



FACULTAD DE MEDICINA “HIPÓLITO UNANUE”

PRINCIPALES FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS A LA PREMATURIDAD EN
RECIÉN NACIDOS EN EL HOSPITAL SANTA ROSA, LIMA 2022

Línea de investigación:

Salud pública

Tesis para optar el Título Profesional de Médico Cirujano

Autora:

Montes Bedón, Pamela Fiorella

Asesor:

Del Águila Villar, Carlos
(ORCID: 0000-0002-5345-5995)

Jurado:

La Rosa Botonero, José Luis
Méndez Campos, María Adelaida
Méndez Campos, Julia Honorata

Lima - Perú

2023



PRINCIPALES FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS A LA PREMATURIDAD EN RECIEN NACIDOS EN EL HOSPITAL SANTA ROSA, LIMA 2022

INFORME DE ORIGINALIDAD

27%

INDICE DE SIMILITUD

26%

FUENTES DE INTERNET

3%

PUBLICACIONES

9%

TRABAJOS DEL
ESTUDIANTE

FUENTES PRIMARIAS

1	repositorio.unfv.edu.pe Fuente de Internet	4%
2	hdl.handle.net Fuente de Internet	2%
3	repositorio.unan.edu.ni Fuente de Internet	2%
4	repositorio.urp.edu.pe Fuente de Internet	1%
5	repositorio.usanpedro.edu.pe Fuente de Internet	1%
6	1library.co Fuente de Internet	1%
7	repositorio.unap.edu.pe Fuente de Internet	1%
8	pesquisa.bvsalud.org Fuente de Internet	1%



Universidad Nacional
Federico Villarreal

VRIN | VICERRECTORADO
DE INVESTIGACIÓN

FACULTAD DE MEDICINA “HIPÓLITO UNANUE”

PRINCIPALES FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS A LA PREMATURIDAD EN
RECIEN NACIDOS EN EL HOSPITAL SANTA ROSA, LIMA 2022.

Línea de investigación:

Salud Pública

Modalidad para Optar por el Título Profesión de Médico Cirujano

Autora

Montes Bedón, Pamela Fiorella

Asesor

Del Águila Villar, Carlos

(ORCID: 0000-0002-5345-5995)

Jurado

La Rosa Botonero, José Luis

Méndez Campos, María Adelaida

Méndez Campos, Julia Honorata

Lima – Perú

2023

DEDICATORIA

A mi abuelita Paulita y mi abuelo Estanislao (QEPD) quienes me formaron a mí y mis hermanos y sentaron la base de nuestra formación personal y académica, gracias por quererme como su propia hija, los amare siempre.

A mi madre Mónica por su apoyo incondicional siempre.

AGRADECIMIENTOS

A mi querida Universidad Federico Villarreal que me permitió estudiar la carrera que tanto deseé.

A mi querido Hospital Santa Rosa donde lleve a cabo mi internado del cual tengo muy buenos recuerdos y el servicio de Neonatología a cargo del Dr. Sánchez que me ayudó en todo momento a realizar este estudio.

A mi familia y a Kevin que siempre estuvieron apoyándome durante mi carrera.

ÍNDICE

I. INTRODUCCIÓN.....	10
1.1 Descripción y formulación de problema	10
<i>1.1.1 Descripción del problema</i>	<i>10</i>
<i>1.1.2 Formulación del problema</i>	<i>12</i>
1.2 Antecedentes.....	13
<i>1.2.1 Antecedentes Internacionales.....</i>	<i>13</i>
<i>1.2.2 Antecedentes Nacionales</i>	<i>14</i>
1.3 Objetivos.....	20
<i>1.3.1 Objetivo general</i>	<i>20</i>
<i>1.3.2 Objetivos específicos</i>	<i>20</i>
1.4 Justificación.....	21
1.5 Hipótesis.....	22
II. MARCO TEÓRICO	23
2.1 Bases teóricas sobre el tema de investigación.....	23
<i>2.1.2 Etiología</i>	<i>23</i>
<i>2.1.3 Factores De Riesgo</i>	<i>25</i>
3.1 Tipo de investigación	30
3.2 Ámbito Temporal y Espacial	30
3.3 Variable.....	30
3.4 Población y Muestra	31

3.4.1 Población.....	31
3.4.2 Muestra.....	31
3.5 Procedimiento.....	33
3.5.1 Primera fase	33
3.5.2 Segunda fase	33
3.6 Análisis de datos.....	33
3.7 Consideraciones éticas.....	34
IV. RESULTADOS	35
4.1. Análisis descriptivo	35
4.2. Análisis Bivariado y Multivariado	53
V. DISCUSIÓN DE RESULTADOS	55
VI. CONCLUSIONES	57
VII. RECOMENDACIONES	58
VIII. REFERENCIAS	59
IX. ANEXOS	65
ANEXO A	65
ANEXO B	68
ANEXO C	73
ANEXO D	75

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1	18
Tabla 2	30
Tabla 3	35
Tabla 4.....	35
Tabla 5	36
Tabla 6.....	37
Tabla 7.....	38
Tabla 8.....	38
Tabla 9.....	39
Tabla 10	40
Tabla 11.....	41
Tabla 12.....	41
Tabla 13	42
Tabla 14	43
Tabla 15.....	44
Tabla 16.....	45
Tabla 17	46
Tabla 18	46
Tabla 19	47
Tabla 20	48
Tabla 21	49
Tabla 22	49
Tabla 23	50

Tabla 24	51
Tabla 25	52
Tabla 26	53
Tabla 27	53

RESUMEN

Objetivo: Determinar los principales factores de riesgo asociados a la prematuridad en recién nacidos en el Hospital Santa Rosa, Lima 2022. **Metodología:** Estudio de tipo casos y controles que constó de 206 recién nacidos, de los cuales 103 fueron recién nacidos prematuros que se clasificaron como casos, mientras que 103 recién nacidos fueron a término y se consideraron como controles. **Resultados:** El análisis bivariado encontró una asociación significativa de la prematuridad con el peso del recién nacido (OR=15,85; IC95%: 6,379-39,411), la preeclampsia (OR=4,29; IC95%: 1,919-9,60) y controles prenatales (OR=2,09; IC95%:1,18-3,69). Sin embargo, en el análisis multivariado solo mostraron significancia estadística las variables peso del recién nacido (OR=10,92; IC95%:4,0 - 9,19) y preeclampsia (OR=3,78; IC95%: 1,45 - 9,86). **Conclusión:** En conclusión, el peso del recién nacido y la preeclampsia fueron los principales factores de riesgo asociados a la prematuridad en recién nacidos en el Hospital Santa Rosa durante el periodo 2022.

Palabras claves: prematuridad, factores de riesgo, peso del recién nacido, preeclampsia.

ABSTRACT

Objective: To determine the main risk factors associated with prematurity in newborns at Hospital Santa Rosa, Lima 2022. **Methodology:** Case-control study consisting of 206 newborns, of which 103 were premature newborns who were classified as cases, while 103 newborns were at term and were considered as controls. **Results:** The bivariate analysis found a significant association of prematurity with newborn weight (OR=15.85; 95%CI: 6.379-39.411), preeclampsia (OR=4.29; 95%CI: 1.919-9.60) and prenatal controls (OR=2.09; 95% CI: 1.18-3.69). However, in the multivariate analysis, only the variables newborn weight (OR=10.92; 95%CI: 4.0 - 9.19) and preeclampsia (OR=3.78; 95%CI: 1.45) showed statistical significance. - 9.86). **Conclusion:** In conclusion, the weight of the newborn and preeclampsia were the main risk factors associated with prematurity in newborns at the Santa Rosa Hospital during the period 2022.

Keywords: prematurity, risk factors, newborn weight, preeclampsia.

I. INTRODUCCIÓN

Existen diversas causas de morbimortalidad en el recién nacido, una de ellas es el parto precoz o prematuro, que se define como un parto previo a la semana 37 del embarazo. (World Health Organization [WHO], 2023).

No existen datos precisos sobre los nacimientos prematuros en América Latina, pero se estima que los nacimientos prematuros cuyo porcentaje supera al 10% de todos los nacimientos a nivel global. Esta situación puede atribuirse a las disparidades en el nivel socioeconómico y el nivel educativo entre las naciones desarrolladas y en desarrollo, que se reflejan tanto cuantitativa como cualitativamente en los recursos sugeridos a prevenir y tratar a los partos prematuros. (Castillo et al., 2019). Sin embargo, en nuestro país la cifra de prematuridad ha ido disminuyendo hasta un 7% que es el valor actual de prematuridad, pero la tasa de defunciones se ha mantenido o hasta aumento en algunas regiones del Perú por lo que es importante abordar esta problemática.

El fin del presente estudio es identificar y evaluar los principales factores asociados al riesgo que conlleva el parto prematuro en el Hospital Santa Rosa en el año 2022.

1.1 Descripción y formulación de problema

1.1.1 Descripción del problema

Actualmente, el nacimiento prematuro es considerado uno de los eventos altamente relacionado a la mortalidad en la población pediátrica menores de 5 años. En el año 2019, aproximadamente 900 000 niños murieron por complicaciones relacionadas con el parto prematuro. (WHO, 2023). En el 2015, el porcentaje de partos prematuros fue de un 7%, donde el 30% se asoció a muerte neonatal. (Ávila, 2019).

Muchas de las patologías relacionadas a la prematurez están fuertemente relacionadas al aparato respiratorio como el Sd de dificultad respiratoria, enfermedad de membrana hialina y la neumonía, a su vez también puede coexistir otras complicaciones como crisis convulsivas,

alteraciones de la alimentación, enterocolitis necrotizante y sepsis neonatal. Todas éstas afecciones interrumpen el desarrollo y aumenta fuertemente la mortalidad del neonato. (Díaz-Granda, 2019).

Existen estrategias para reducir la ocurrencia de partos prematuros como la accesibilidad a controles antes y durante el embarazo, la identificación de gestantes en riesgo de parto prematuro, así como prevenir embarazos no deseados adolescentes, por lo que para implementar estas estrategias se necesita sistemas de vigilancia de alta calidad para monitorear los nacimientos antes de la semana 37, los factores de riesgo relacionados a su mortalidad y los resultados. (Centers for Disease Control and Prevention [CDC], 2016).

El MINSA ha implementado una serie de intervenciones para reducir la tasa de mortalidad infantil prematura, incluidos los corticosteroides prenatales, el contacto piel a piel o llamado "método canguro", la lactancia materna temprana y los antibióticos para tratar infecciones, entre otras, sin embargo, estos métodos tienen más que ver con la supervivencia que con la prevención del parto prematuro. (Ávila, 2019).

Varios estudios han identificado factores de riesgos asociados al riesgo de un parto pretérmino. A nivel nacional contamos con un estudio de Pérez (2015) en la provincia de Loreto-Iquitos, en el cual se demostró que en su mayoría las gestantes que proceden de la zona rural que no contaron con estudios escolares y otro grupo de gestantes con grado de instrucción primaria, tenían antecedente de parto prematuro, menos de 6 consultas prenatales y con morbilidad durante la gestación se asociaron con el parto precoz, como la investigación realizado por Grajeda (2021) en el departamento de Arequipa, con las variables de antecedente de parto prematuro y los que no tenían control prenatal muestran una asociación significativa con la prematuridad.

En Piura Sernaque (2020) encontró en su estudio que los factores del feto que guardaron relación estadística de gran importancia con el parto pretermino fueron el sexo masculino, un

apgar menor a 7, RCIU y oligohidramnios contradiciéndose con Medina (2022) en la ciudad de Lima donde los factores fetales como el género, alteraciones del líquido amniótico y distocia fetal, tuvieron una ($p > 0,05$) por lo que no guardan significancia con el progreso del parto prematuro y no actúan como factores de riesgo desencadenantes para el desarrollo de parto pretérmino.

En el ámbito internacional en Nicaragua, Sequeira (2021) menciona que la edad materna menor a 34 años supone un riesgo para parto pretermino (OR:1.159), esto se contradice por lo encontrado en México por Rodríguez (2013) que refiere que la edad de la madre superior a 35 años tiene un mayor riesgo de parto pretermino ($p < 0.03$).

Escobar (2017) en México, menciona al RPM como el factor que está más asociado a la amenaza de parto prematuro ($p = 0.000$) y se asocia con los datos encontrados por Sequeira (2021) en Nicaragua donde la RPM representó un factor de riesgo altamente importante para la prematuridad ($p: 0.002$).

Como se acaba de mencionar, varios autores han encontrado correlaciones entre varios factores de riesgo asociados con el parto pretérmino. Existe cierta inconsistencia, ya que algunos autores lo consideran un factor de riesgo y otros un factor correlacionado, sin embargo, la mayoría de investigaciones concuerdan en que ciertas variables como la edad, el control prenatal inadecuado, la infección del tracto urinario y el peso al nacer pueden ser considerados factores de riesgo significativos.

Es importante destacar que estos estudios nos proporcionan una visión más amplia de la población y contribuyen a la disminución de estos factores de riesgo mediante la implementación de políticas de salud pública. En base a esto nos hacemos pregunta siguiente.

1.1.2 Formulación del problema

1.1.2.1. Problema General

- ¿Cuáles son los principales factores de riesgo asociados a la prematuridad en recién nacidos en el Hospital santa Rosa, Lima 2022?

1.2 Antecedentes

1.2.1 Antecedentes Internacionales

Vanin et al. (2019) refieren en su trabajo llamado “Factores de riesgo materno y fetal asociados con rn prematuros tardío”, realizaron una investigación con 432 pacientes, donde se obtuvo lo siguiente: control prenatal inadecuado (OR 1,23), RPM (OR 4,98), estancia hospitalaria ≥ 24 horas hasta el parto (OR 0,18), cesárea (OR 2,74) y recién nacido pequeño para la edad gestacional, se asociaron a prematuridad tardía. (OR 3,02).

Díaz-Granda y Díaz-Granda (2020) en su trabajo de nombre “Factores fetales asociados a prematuridad”, realizó un estudio donde se contabilizó una muestra de 160 casos y 320 controles, con los resultados: el parto pretermino se asoció con: gemelaridad OR=7,36; antecedente de hermano prematuro OR=2,96; peso al nacer menor al percentil 10 OR=1,66.

Sequeira (2021) en su trabajo titulado “Factores asociados a prematurez en recién nacidos pretérminos nacidos por vía cesárea versus vía vaginal hospitalizados en el servicio de Neonatología Hospital SERMESA Masaya, 2020 – I trimestre 2021”, en su investigación de 45 pacientes obtuvo los siguientes resultados: edad materna menor de 34 años supone un factor de riesgo significativo para parto prematuro OR:1.159 al igual que procedencia rural de la madre OR: 1.833. Las características de la madre descritas como factores de riesgo para parto pretermino: infección vaginal activa OR:1.500. IVU activa OR:4.500. placenta previa OR:1.038, El DPPNI OR:1.038. El factor de riesgo más significativo para los prematuros fue la edad gestacional entre 31 y 33 semanas, OR: 1,643. Los recién nacidos por cesárea se clasificaron como prematuros tempranos [31-33 semanas] con un riesgo estimado de 1,231. El parto vaginal disminuyó el riesgo de que los recién nacidos fueran clasificados como prematuros: 0,800.

Rodríguez et al. (2013) mencionan en su trabajo llamado “Factores de riesgo para la prematuridad. Estudio de casos y controles”, en su estudio realizado con 300 mujeres obtuvo los siguientes resultados: los factores de riesgo para nacimiento pretermino fueron la edad de la madre mayor de 35 años (14.6%), placenta previa (9.3%) e infecciones urinarias (46%). La asociación de factores como el RPM y procesos infecciosos fue más significativa con cervicovaginitis (76%).

Escobar et al. (2017) describen en su trabajo denominado “Factores de riesgo asociados a parto pretérmino en un hospital de segundo nivel de atención”, se realizó una investigación con un total de pacientes estudiadas de 688, y los resultados fueron: Los factores de riesgo asociados al parto pretérmino fueron placenta previa: OR = 10,2 ; antecedente de parto prematuro: OR = 10,2 ; preeclampsia: OR = 6,38 ; embarazo gemelar: RM = 5,8 ; oligohidramnios: RM = 5,8 ; tabaquismo = RM = 4,6, RPM: RM= 4,1; cervicovaginitis: OR = 3 ; ITU: OR = 1,5.

Castillo et al. (2019) describen en su trabajo llamado “Factores de riesgo maternos asociados al parto pre término” lograron una muestra de 130 gestantes como casos y 130 gestantes control. Conclusiones: Los factores asociados al parto prematuro se ajustaron mediante regresión logística binaria: edad materna adolescente OR=0,495, bajo nivel económico OR=2,134 como un factor de riesgo. Factores maternos conceptuales asociados al parto pretérmino: ITU OR=3,074, vaginosis bacteriana OR=7,93; Ambos son factores de riesgo.

1.2.2 Antecedentes Nacionales

Pérez (2015) en su estudio denominado “Factores de riesgo asociados a prematuridad en pacientes del Hospital Apoyo Iquitos “Cesar Garayar Garcia” enero a diciembre 2014”, se analizaron 200 casos de nacimientos prematuros y 400 controles de nacimientos a término sanos. Los resultados mostraron que las grávidas que provenían de áreas rurales ($p=0.035$), que

no tenían nivel de educación o tenían educación primaria ($p=0.004$), que tenían antecedentes de parto prematuro ($p=0.048$), que habían tenido menos de 6 controles prenatales ($p=0.001$) y que habían experimentado enfermedad durante el embarazo ($p=0.041$) estaban asociadas con partos prematuros. La anemia, ITU y preclampsia fueron significativamente asociadas con parto prematuro ($p=0.037$, $p=0.049$, $p=0.031$).

Vergara (2020) en su estudio de título “Factores asociados a prematuridad en recién nacidos por cesárea por preclampsia, Hospital Sergio E. Bernal, 2017-2019”, en su estudio de tamaño muestral de 189, se encontró que el inadecuado peso al nacimiento (RP 2.63) y la baja cantidad de controles prenatales (RP 1.13) son factores asociados a prematuridad en la población de estudio.

Rengijo (2019) en su trabajo denominado “Factores de riesgo asociados a parto pre término en el Hospital II-2 Tarapoto. Octubre 2017-2018”, se realizó un análisis de una muestra no pareada de 200 y se obtuvo lo siguiente: Los factores asociados a parto prematuro son el control prenatal inadecuado OR=3,198; ITU OR=3,738; vaginosis bacteriana con OR= 2,467; RPM con OR=3,389.

Grajeda (2021) en su estudio titulada “ Factores de riesgo asociados a prematuridad , Hospital Antonio Lorena del Cusco, 2016” , se realizó una investigación con 148 casos y 148 controles, se obtuvo lo siguiente: la edad de la madre extrema (ORa=1.48); periodo intergenésico corto/largo (ORa=6.69); parto pretermino anterior (ORa=2.10); sin control prenatal (ORa=2.10); hemorragia durante el embarazo (ORa=2.54); embarazo múltiple (ORa=4.70) y hospitalización durante el embarazo (ORa=3.36) muestran relación con el parto pretermino.

Toro-Huamanchumo et al. (2021) en su trabajo llamado “Factores maternos asociados a prematuridad en gestantes de un hospital público de Trujillo, Perú”, en este estudio retrospectivo, se analizaron 2000 neonatos vivos, se encontró que contar con menos de cuatro

controles prenatales durante la gestación aumenta el riesgo de prematuridad (OR 2,65). En contraste, no tener ITU (OR 0,73) se relaciona con un menor peligro de parto prematuro.

Sernaque (2020) en su trabajo titulado “Factores Maternos y Fetales Asociados a Prematuridad en Recién Nacidos Atendidos en el Servicio de Neonatología del Hospital Santa Rosa, Piura 2019” se realizó un estudio con un tamaño muestral de 70 historias clínicas, se obtuvo lo siguiente: los factores de la madre que obtuvieron una asociación significativa con el parto pretermino fueron el parto distócico ($p=0,001$), la paridad múltiple ($p < 7$ ($p=0,002$), presencia de RCIU ($p=0,003$) y oligohidramnios ($p=0,001$).

Huaroto et al. (2013) en su trabajo llamado “Factores de riesgo maternos, obstétricos y fetales asociados al parto pre término, en pacientes de un hospital público de Ica, Perú”, en su estudio con una población de 107 pacientes, se obtuvo los siguientes resultados: El 23% de los partos prematuros fueron madres adolescentes (OR 2.993). La edad de la madre extrema <19 años 76,7% (OR 2.292); el estado civil casada tuvo el 20, 5% (OR 1.963); 84, 1% tuvieron un nivel de instrucción baja: (OR 4,694); infecciones urinarias (OR 1.350; IC 2, 077-13, 116); vaginosis bacteriana (OR 1.224); nuliparidad (OR 1.012); bajo peso al nacer (OR 66,536); generalidad (OR 14.23).

Medina (2022) en su trabajo que lleva de título “Análisis multivariado de los factores de riesgo asociados a parto pretermino en el Hospital Nacional Hipólito Unanue, en el año 2021.Lima-Peru”, con una población de 30 casos y 60 controles, se obtuvo los resultados: la edad de la madre tuvo un nivel de $p = 0,001$, de los factores obstétricos con significancia se hallaron que: el antecedente de parto prematuro (OR = 5,5) y el antecedente de ITU (OR = 5,0) aumenta el riesgo 5 veces , así mismo el RPM (OR = 4,5;) lo cuadruplica y el número inadecuado de controles prenatales (OR = 6,1) aumenta hasta en 6 veces su riesgo. De los factores de la madre y fetales y ovulares, no se hallaron resultados estadísticamente significativos.

Quispe (2018) en su trabajo que lleva de título “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”, llevó a cabo un estudio donde se incluyeron los neonatos prematuros como casos y los neonatos a término como controles. Los resultados fueron: se encontraron como factores de riesgo asociados al parto prematuro el no contar con control prenatal (OR de 10.13); tener control prenatal en número menor de 6 (OR de 11.03); procedencia de la madre de área rural (OR de 3.58); grado de instrucción de primaria (OR de 2.58); ocupación de la madre comerciante (OR de 6.68); ITU, (OR de 4.18); RPM (OR de 2.9).

Monge (2015) en su estudio titulado “Factores maternos, fetal y socio demográficos asociados al parto pretermino en el hospital Hipólito Unanue de Tacna durante el período 2013” , encontró los siguientes resultados con una población de 107 mujeres grávidas para los casos y 214 para controles : se halló que los factores asociados al parto prematuro fueron el período intergenésico menor a 2 años (OR 6.44) ,los controles prenatales menores a 6 (OR 2.75) , el embarazo gemelar (OR 4.95).

Tabla 1*Antecedentes estadísticos de las variables*

Variable	Autores	Estadístico
Edad Materna	Sequeira (2021)	<34 años: OR=1.159
	Rodríguez et al (2013)	>35 años: 14.6%
	Castillo et al. (2019)	Adolescente: OR=0.495
	Grajeda (2021)	Edad extrema: OR = 1.48
	Huaroto et al (2013)	Edad extrema<19 años: OR= 2.292
	Huaroto et al (2013)	Adolescente: OR =2.993
	Medina (2022)	Adultas: 18-35 años: p = 0,001
Controles Prenatales	Vanin et al (2019)	Inadecuado: OR= 1,23
	Pérez (2015)	<6 controles: p=0.001
	Vergara (2020)	Insuficientes controles: p= 0.648
	Rengijo (2019)	Inadecuado: OR=3,198
	Grajeda (2021)	Sin controles: OR=2.10
	Toro-Huamanchumo et al (2021)	<4 controles: OR =2,65
	Medina (2022)	Inadecuado: OR = 6,1
	Quispe (2018)	No tener controles: OR =10.13
		<6 controles: OR =11.03
	Monge (2015)	<6 controles: OR 2.75
ITU Embarazo	Sequeira (2021)	infección vaginal activa OR:1.500
	Rodríguez et al (2013)	infecciones urinarias (46%)
	Castillo et al. (2019)	Infección urinaria :OR=3.074
	Pérez (2015)	ITU (p=0.049)
	Rengijo (2019)	Infección del tracto urinario OR =3,738
	Huaroto et al (2013)	Infecciones urinarias: OR =1.350
	Medina (2022)	Antecedente ITU : OR = 5,0
	Quispe (2018)	ITU: OR =4.18
Peso	Vanin et al (2019)	PEG: OR =3,02

al nacer	Díaz-Granda y Díaz-Granda (2020)	Peso < percentil 10: OR=1,66
	Vergara (2020)	Peso inadecuado: p= 0.0001
	Sernaque(2020)	RCIU: p=0,003
	Huaroto et al (2013)	bajo peso al nacer: OR =66,536
Paridad	Díaz-Granda y Díaz-Granda (2020)	Gemelaridad: OR=7,36
	Escobar et al (2017)	Embarazo gemelar: RM = 5.8 (p = 0.000)
	Grajeda (2021)	Gestación múltiple: OR=4.70
	Sernaque(2020)	Paridad múltiple=0,002
	Huaroto et al (2013)	Nuliparidad: OR =1.012
	Huaroto et al (2013)	Gemelaridad: OR= 14.23
	Monge (2015)	Embarazo gemelar: OR= 4.95
Placenta Previa	Sequeira (2021)	Placenta previa: OR=1.038
	Rodríguez et al (2013)	Placenta previa (9.3%)
	Escobar et al (2017)	Placenta previa: RM = 10.2 (p = 0.005)
RPM	Escobar et al (2017)	Ruptura prematura de membranas: RM = 4.1 (p = 0.000)
	Vanin et al (2019)	Rotura prematura de membranas: OR =4,98
	Rengijo (2019)	RPM con OR=3,389
	Medina (2022)	RPM: OR = 4,5
	Quispe (2018)	RPM: OR = 2.9
Antecedente Parto Prematuro	Díaz-Granda y Díaz-Granda (2020)	Antecedente de hermano nacido pretérmino: OR=2,96
	Escobar et al (2017)	Antecedente de parto pretérmino: RM = 10.2 (p = 0.005)

	Pérez (2015)	Antecedente de prematuridad (p=0.048)
	Grajeda (2021)	Antecedente de parto prematuro: OR =2.10
	Medina (2022)	Antecedente parto pretermino: OR = 5,5
Preeclampsia	Escobar et al (2017)	Preeclampsia: RM = 6.38, p = 0.00
	Pérez (2015)	Preclampsia (p=0.031)
Procedencia madre	Sequeira (2021)	Rural: OR=1.833
	Pérez (2015)	Zona rural: p=0.035
	Quispe (2018)	Área rural: OR =3.58
Grado Instrucción	Pérez (2015)	Nivel de instrucción primaria: p=0.004
	Quispe (2018)	Grado de instrucción de la madre primaria: OR= 2.58
Oligohidramnios	Escobar et al (2017)	Oligohidramnios: RM = 5.8 (p = 0.000)
	Sernaque(2020)	Oligohidramnios (p=0,001)

Nota: elaboración propia

1.3 Objetivos

1.3.1 Objetivo general

- Determinar los principales factores de riesgo asociados a la prematuridad en recién nacidos en el Hospital santa Rosa, Lima 2022.

1.3.2 Objetivos específicos

- Describir si la edad materna es uno de los principales factores de riesgo para la prematuridad en recién nacidos en el Hospital santa Rosa, Lima 2022.
- Evaluar si los controles prenatales es uno de los principales factores de riesgo para la prematuridad en recién nacidos en el Hospital santa Rosa, Lima 2022.
- Determinar si el ITU en el embarazo es uno de los principales factores de riesgo para la prematuridad en recién nacidos en el Hospital santa Rosa, Lima 2022.

- Describir si el peso al nacer es uno de los principales factores de riesgo para la prematuridad en recién nacidos en el Hospital santa Rosa, Lima 2022.
- Detallar si la paridad es uno de los principales factores de riesgo para la prematuridad en recién nacidos en el Hospital santa Rosa, Lima 2022.
- Evaluar si la placenta previa es uno de los principales factores de riesgo para la prematuridad en recién nacidos en el Hospital santa Rosa, Lima 2022.
- Determinar si la ruptura prematura de membranas es uno de los principales factores de riesgo para la prematuridad en recién nacidos en el Hospital santa Rosa, Lima 2022.
- Analizar si el antecedente de parto prematuro es uno de los principales factores de riesgo para la prematuridad en recién nacidos en el Hospital santa Rosa, Lima 2022.
- Describir si la preeclampsia es uno de los principales factores de riesgo para la prematuridad en recién nacidos en el Hospital santa Rosa, Lima 2022.
- Evaluar si el grado de instrucción de la madre es uno de los principales factores de riesgo para la prematuridad en recién nacidos en el Hospital santa Rosa, Lima 2022.
- Analizar si la procedencia de la madre es uno de los principales factores de riesgo para la prematuridad en recién nacidos en el Hospital santa Rosa, Lima 2022.
- Determinar si la presencia de oligohidramnios es uno de los principales factores de riesgo para la prematuridad en recién nacidos en el Hospital santa Rosa, Lima 2022.

1.4 Justificación

Al año aproximadamente nacen 15 millones de niños prematuros, aproximadamente 1 de cada 10 nacimientos, siendo esta una causa importante de mortalidad infantil. En nuestro país la tasa de prematuridad es del 7%, de las cuales la mortalidad neonatal se mantiene en un 30%, habiendo un incremento de esta tasa en departamentos como Piura, La Libertad, Lambayeque, Junín, Arequipa y Pasco, departamentos donde de cada 100 nacimientos, 6 a 8

son prematuros. (Boletín Epidemiológico del Perú [BEP], 2019).

Este estudio es teóricamente importante porque permitirá identificar factores asociados con el parto prematuro, además de brindar una oportunidad para conocer y prevenir complicación en los neonatos, así como detallar la teoría ideal para cada variable estudiada y además, permitirá establecer una teoría ideal para cada factor y generar debates sobre las decisiones tomadas, dimensiones y formas de medición en cada investigación realizada.

En términos de metodología, ayudará a entender mejor las variables estudiadas mediante la creación de herramientas de medición válidas y confiables.

En la práctica, los hallazgos ofrecerán sugerencias para entender mejor los elementos relacionados con el nacimiento prematuro en el Hospital Santa Rosa.

1.5 Hipótesis

Los principales factores de riesgo asociados a la prematuridad son la inadecuada cantidad de controles prenatales, antecedente de parto prematuro, edades extremas de la madre, procedencia rural de la madre, la multiparidad, grado de instrucción secundaria incompleta, preeclampsia, placenta previa, ITU, RPM, oligohidramnios y bajo peso al nacer en el Hospital Santa Rosa

II. MARCO TEÓRICO

2.1 Bases teóricas sobre el tema de investigación

2.1.1 Definición

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS) el parto pretérmino es definido como todo bebe recién nacido antes de culminar las 37 semanas de gestación. Se pueden clasificar según su edad gestacional en:

- Extremadamente prematuro (menos de 28 semanas)
- Muy prematuro (de 28 a 32 semanas)
- Prematuro entre moderado y tardío (de 32 a 37 semanas). (Organización Mundial de la Salud [OMS], 2023)

Existen intervenciones que pueden ayudar a reducir la frecuencia de los nacimientos prematuros, como la atención prenatal adecuada para describir a las mujeres embarazadas con factor de riesgo de parto pretérmino. Estos factores de riesgo incluyen antecedentes de parto prematuro, embarazo múltiple, antecedentes de preeclampsia/eclampsia, anomalías útero-cervicales, tabaquismo, entre otros. Esta atención prenatal también debe ofrecer un tratamiento preventivo.

Si se presenta la amenaza de un parto prematuro, es necesario hospitalizar a la embarazada para iniciar un tratamiento tocolítico, que permite prolongar el embarazo y administrar corticoides, con el objetivo de reducir el riesgo de síndrome de membranas hialinas en el recién nacido. (Guevara-Ríos, 2023).

2.1.2 Etiología

Se menciona que el parto prematuro tiene un origen multifactorial, para lo cual lo dividen en dos tipos:

2.1.2.1 Parto pretérmino espontáneo: Este tipo de parto representa aproximadamente dos tercios de todos los casos de parto prematuro. En este grupo, tan solo el 15% de las mujeres

tienen antecedentes de partos prematuros, en contraste, el 85% de las mujeres son primigestas o tuvieron gestaciones a término en el pasado.

2.1.2.2 Parto pretérmino iatrogénico: ocurre cuando es necesario inducir el parto para proteger la vida de la madre, el feto o ambos, debido a una complicación grave durante el embarazo.

Las causas estudiadas son principalmente de las causas del parto pretérmino espontaneo divididas en:

- Intrínsecas: activaciones hormonales, activaciones neurales
- Extrínsecas: sobre distensión uterina, infecciones maternas, isquemia uteroplacentaria, malformaciones uterinas, estrés (Huertas, 2018)

En últimos estudios se menciona cuatro principales procesos patogénicos de la prematuridad:

- Activación prematura del eje hipotálamo-pituitario-suprarrenal fetal en respuesta al estrés materno y/o fetal: El estrés fetal causado por una insuficiencia vascular placentario, sangrado, daño vascular fetal, lo cual produce trastornos como la preeclampsia o restricción del crecimiento fetal que conlleva a partos prematuros. (Kelly et al., 2019)

El estrés materno causado por diversos factores psicosociales como la depresión, ansiedad, activa también el eje hipotalámico-pituitario-suprarrenal (HPA) materno, pero está asociada en menor medida al riesgo de parto prematuros. (Dole et al., 2003)

- Respuesta inflamatoria/infección exagerada y/o microbioma del tracto genital alterado: Algunas bacterias producen diversas sustancias como las endotoxinas que estimulan las contracciones uterinas lo que promueven los partos prematuros. (Gibbs et al., 1992)
- Hemorragia decidual (desprendimiento de placenta): En el desprendimiento de la

placenta está relacionado con la expresión celular decidual que activa a la trombina, esta activación genera por ejemplo un aumento del tono de las contracciones mio-métricas lo que provoca la ruptura de las membranas fetales y el parto prematuro. (Elovitz et al., 2001)

- **Distensión uterina patológica:** Causada por la gestación múltiple, polihidramnios, que da un riesgo para el parto pretérmino. A lo largo del embarazo, la presión dentro del líquido amniótico se mantiene constante, a pesar del desarrollo fetal y la placenta. Este fenómeno se debe a la relajación gradual del músculo uterino, influenciada por la progesterona y otros relajantes musculares, como el óxido nítrico. Sin embargo, la distensión del músculo uterino puede aumentar la contracción de este, la liberación de prostaglandinas y la expresión de conexina-43, una proteína que participa en la comunicación celular. Además, puede elevar la expresión del receptor de oxitocina en el músculo uterino. (Espinoza, 2015).

2.1.3 Factores De Riesgo

2.1.3.1 Factores maternos

- **ITU en el embarazo:** Durante la gestación, hay un mayor riesgo de infecciones del tracto urinario, que se detectan en aproximadamente un 2-8% de las mujeres embarazadas. Entre los factores de riesgo que favorecen la ITU durante el embarazo se incluyen la dilatación de los uréteres, cambios en la vejiga, alteraciones en la composición de la orina y factores hormonales. La infección urinaria puede ocurrir a través de tres vías: hematogénica, ascendente y linfática. Los microorganismos podrían ascender desde la vagina y el cuello uterino, replicarse en la placenta, la decidua y las membranas, lo que resultaría en un aumento de citocinas en el líquido amniótico. A su vez, esto podría aumentar la concentración de prostaglandinas E2 y F2 α , que se conocen como estimulantes de la actividad uterina (Lucio et al., 2005). El ITU durante el embarazo al

desencadenar procesos inflamatorios ante la invasión de diversos microorganismos como la Chlamydia Trachomatis, Trichomonas Vaginales, etc.; que conllevan al parto prematuro, según estudios se demostró que había una relación de las madres que no tenían infecciones del tracto urinario con no tener partos prematuros. (Toro-Huamanchumo et al., 2021)

- **Paridad:** Se asocian los embarazos múltiples con un aumento en la incidencia de diversos problemas de salud materna. Entre estos problemas se encuentran la anemia, las infecciones respiratorias y urinarias, la preclampsia-eclampsia, las hemorragias del embarazo, y la atonía uterina. Se observa, además, un aumento en la morbi-mortalidad perinatal. Esto se debe especialmente a partos prematuros y a sus complicaciones, tales como traumatismos, asfixia, abortos espontáneos de al menos uno de los fetos, anomalías en el desarrollo, restricción en el crecimiento fetal, compresión en el cordón umbilical y trastornos placentarios. El riesgo de restricción del crecimiento fetal crece a medida que se incrementa el número de fetos en términos generales. (Chen, 2018).

- **Las gestaciones múltiples y la gemelaridad** implican un mayor esfuerzo y el doble de condiciones nutricionales por lo que también implica un factor para los partos prematuros. (Montero et al., 2019).

- **Antecedente de parto prematuro:** es probable que la recurrencia de un nuevo parto prematuro ocurra en madres que ya han tenido un parto pretérmino anterior.

2.1.3.2. Factores sociodemográficos

- **Edad materna:** edades extremas como el embarazo adolescente que tiene un riesgo de 17% de ser prematuro, así como en el caso de madres añosas mayores a los 35 años tienen más probabilidades a tener complicaciones médicas (hipertensión, malformaciones fetales, etc.) y terminar en un embarazo prematuro. (Shapiro et al., 2016).

- **Grado de instrucción de la madre:** A medida que el nivel socioeconómico y educativo de las madres es más bajo, disminuyen las oportunidades de recibir un buen control prenatal. Esto tiene un impacto significativo en la prematuridad, ya que se reduce o incluso se ausenta la implementación de estrategias y consejos durante el embarazo que podrían mejorar los resultados satisfactorios (Ceriani, 2019). Las madres sin ningún nivel de instrucción y con nivel de instrucción primaria presentan significativamente mayor frecuencia de recién nacidos prematuros ($p=0.004$) (Pérez, 2015).

- **Procedencia de la madre:** Otro factor social importante en nuestro medio es la procedencia tanto rural como urbana, observándose las brechas que hay en cuanto a la disponibilidad de un acceso digno a los servicios de salud, siendo los departamentos de la zona rural andina como de la región selva los más predisponentes a tener partos pretérminos. Encontramos que el 24.4% de los casos procedían de áreas rurales y el 40% de los controles de áreas urbanas. Esto demuestra que la procedencia rural de las gestantes es un factor de riesgo importante para los casos y los controles. (Sequeira, 2021)

2.1.3.3. Factores fetales

- **Peso al nacer:** Los neonatos pueden ser clasificados según su peso al nacer. Un neonato se considera prematuro con bajo peso al nacer cuando su peso es inferior a 2500 gramos dentro de la primera hora después del nacimiento. Si su peso al nacer es inferior a 1500 gramos, se clasifica como prematuro de muy bajo peso. Por último, si el peso al nacer es menor a 1000 gramos, se considera extremadamente prematuro. (Matos-Alviso, et al., 2020). Se asocia en diversos estudios el peso menor al percentil 10 con la prematuridad o un peso menor a los 2500 gr lo cual guarda relación ya que aún no han completado su desarrollo al haber un parto prematuro. (Díaz-Granda, 2019).

- **Oligohidramnios:** se define como el índice de líquido amniótico (ILA) de

5,0 cm o menos. Es esencial que exista una cantidad adecuada de líquido amniótico para permitir el movimiento fetal normal, el crecimiento y para proporcionar un amortiguamiento al feto y al cordón umbilical. El oligohidramnios, que se caracteriza por una disminución del líquido amniótico, puede obstaculizar estos procesos y llevar a deformaciones en el feto, compresión del cordón umbilical e incluso a su fallecimiento. Por esta razón, se ha observado una asociación entre el oligohidramnios y un aumento en la realización de cesáreas y la inducción del trabajo de parto, especialmente cuando está relacionado con enfermedades como la hipertensión arterial (HTA) y el crecimiento restringido intrauterino (RCIU). (Sante-Falfan et al., 2016). El oligohidramnios se asoció a parto pretérmino en el 82.50%. (Escobar et al, 2017).

2.1.3.4. Factores obstétricos

- **RPM:** La ruptura anticipada de las membranas antes de las 37 semanas de gestación y antes del inicio del trabajo de parto es comúnmente conocida como ruptura prematura de membranas pretérmino. Esta condición puede generar complicaciones en alrededor del 3% de todos los embarazos y en aproximadamente un tercio de los embarazos que ocurren antes de término. Una de las consecuencias graves de la ruptura prematura de membranas pretérmino es la prematuridad, que es la principal causa de problemas de salud y muerte en los recién nacidos. Un enfoque de tratamiento llamado expectante-conservador, que busca retrasar el parto en casos de ruptura prematura de membranas pretérmino sin complicaciones obstétricas, resulta beneficioso debido a que aumenta la edad gestacional al momento del nacimiento (Fernández-Lara et al., 2018). La RPM es responsable de más de un tercio de los partos prematuros, siendo este un factor multifactorial pero que se relaciona fundamentalmente a infecciones cervicovaginales y vaginosis bacteriana. (Montero et al, 2019).

- **Preeclampsia:** la enfermedad hipertensiva durante el embarazo es una causa

frecuente de parto prematuro, que incluso es un factor importante de morbimortalidad perinatal asociado con sufrimiento fetal y retardo del crecimiento intrauterino. (Montero et al, 2019).

- **Controles prenatales:** según el ministerio de salud de nuestro país el número de controles prenatales mínimos es el de 6 durante la gestación ya que da una perspectiva del estado del feto y a reconocer situaciones de riesgo, una menor cantidad de controles prenatales o ninguno es un factor de riesgo importante para el parto prematuro. (Toro-Huamanchumo et al., 2021).

- **Placenta previa:** La presentación clínica típica de la placenta previa es una hemorragia súbita de color rojo brillante o intenso, que ocurre de manera indolora y es visible. La cantidad de sangrado puede ser leve o abundante. Esta condición anormal de la implantación de la placenta resulta en una perfusión placentaria anómala, lo que provoca una reducción en el flujo de sangre hacia la placenta debido a cambios en la extensión y grosor de las vellosidades coriónicas. Estos cambios pueden ocasionar problemas tanto en el feto como en el neonato, así como el desarrollo de sangrado durante la gestación. Dependiendo de la cantidad de sangrado, puede ser necesario adelantar el parto, ya sea de forma natural o mediante intervención médica. Sin embargo, esto conlleva riesgos para el neonato y la madre, especialmente en relación con la necesidad de realizar una cesárea para finalizar el embarazo en la mayoría de los casos (Isla et al., 2008).

III. MÉTODO

3.1 Tipo de investigación

Es un estudio observacional, analítico, transversal y retrospectivo de casos y controles.

3.2 Ámbito Temporal y Espacial

Este trabajo se llevó a cabo en el servicio de Neonatología del Hospital Santa Rosa durante el año 2022. La recopilación de datos de las historias clínicas de los recién nacidos se realizó en julio.

El área de estudio de la tesis fue el Hospital Santa Rosa, una institución de salud del Ministerio de Salud (MINSA) clasificada como nivel III-1. Situado en el distrito de Pueblo Libre y formando parte de la Dirección de Redes Integradas de Salud de Lima-Centro.

3.3 Variable

3.3.1 Variables Independientes

- Factores de riesgo

3.3.2 Variable Dependientes

- Prematuridad

Tabla 2

Descripción de las variables.

Variables	Posición de la hipótesis	Por su naturaleza	Escala de medición
Prematuridad	Dependiente	Cualitativa	Nominal
Factores de riesgo	Independiente	Cualitativa	Nominal

CASO: Recién nacidos prematuros.

CONTROL: Recién nacidos a término.

RIESGO: Definido como la probabilidad de daño a una persona.

FACTOR DE RIESGO: Es una característica o atributo que, al estar presente en una persona, incrementa la posibilidad de sufrir un daño.

3.3.3 Operacionalización de variables

La operacionalización de las variables está disponible en el Anexo A

3.4 Población y Muestra

3.4.1 Población

La población incluyo todos los neonatos del servicio de Neonatología del Hospital Nacional Santa Rosa, durante los meses de enero del 2022 a diciembre del 2022.

Los casos investigados fueron los neonatos prematuros y los controles fueron los neonatos nacidos a término.

3.4.2 Muestra

Se utilizaron las siguientes fórmulas para la estadística del tamaño poblacional en casos y controles, tomando en cuenta el OR del control prenatal inadecuado, que fue de 2.10..

$$n = \frac{\left[Z \frac{1-\alpha}{2} \sqrt{(c+1)p(1-p)} + Z1 - \beta \sqrt{cp1(1-p1) + p2(1-p2)} \right]^2}{c(p2 - p1)^2}$$

$$p1 = \frac{\phi^2}{(1-p2)+\phi^2}$$

$$p = \frac{p1+p2}{2}$$

Donde:

$$Z \frac{1-\alpha}{2} = 1,96 \quad \text{Nivel de Seguridad al 95\% } (\alpha: 0.05)$$

$$Z1 - \beta = 0,84 \quad \text{Poder estadístico al 80\% } (\beta: 0.20)$$

$$c = 1 \quad \text{Número de controles por caso}$$

$$p2 = 0,56 \quad \text{Frecuencia de exposición entre los controles}$$

$$\text{O.R} = w = 2.10 \quad \text{Odds Ratio previsto}$$

De acuerdo con estos datos se estimó que la frecuencia de exposición entre los casos vendrá dada por:

$$p1 = \frac{\varphi2}{(1-p2)+\varphi2} = \frac{2.10 \times 0.56}{(1-0.56)+2.10(0.56)} = \frac{1.176}{0.44+1.176} = \frac{1.176}{1.616} = 0.72$$

Hallando P:

$$p = \frac{p1+p2}{2} = \frac{0.72+0.56}{2} = \frac{1.28}{2} = 0.61$$

Aplicando la ecuación para hallar el tamaño de la muestra completa en relación de 1 caso por cada 1 controles, se obtuvo:

$$n = \frac{\left[Z \frac{1-\alpha}{2} \sqrt{(c+1)p(1-p)} + Z1 - \beta \sqrt{cp1(1-p1) + p2(1-p2)} \right]^2}{c(p2 - p1)^2}$$

$$n = \frac{\left[1.96 \sqrt{(1+1)0.61(1-0.61)} + 0.84 \sqrt{1(0.72)(1-0.72) + 0.56(1-0.56)} \right]^2}{1(0.56-0.72)^2} = 103$$

$$\text{Si: } c = \frac{m}{n}$$

Donde:

N = número de casos = 103

c = número de controles por caso = 1

$$1 = \frac{m}{103} \rightarrow m = \text{número de controles} = 103$$

Según la fórmula, el número de casos mínimos a realizar es 103, por lo tanto, la muestra estará conformada por 103 casos con prematuridad. Estos casos serán comparados con un grupo control compuesto por 103 pacientes sin prematuridad que acudieron al Departamento de Neonatología del Hospital Santa Rosa durante los meses comprendidos entre enero del 2022 y diciembre del 2022. De este modo, el número total de pacientes para el estudio será de 206.

El muestreo será probabilístico, aleatorio simple.

Criterios de Selección.

A. Criterios de Selección para Casos

Criterios de Inclusión:

- Recién nacido prematuro del Hospital Santa Rosa
- Historia clínica del recién nacido prematuro completa

- Presencia de la evaluación pediátrica del recién nacido prematuro

Criterios de Exclusión:

- Pacientes con historia clínica incompleta y/o incomprensible
- Presencia de la evaluación pediátrica incompleta del recién nacido prematuro

B. Criterios de Selección para Controles**Criterios de Inclusión:**

- Recién nacido a término del Hospital Santa Rosa
- Historia clínica del recién nacido a término
- Evaluación pediátrica del recién nacido

Criterios de Exclusión:

- Pacientes con historia clínica incompleta y/o incomprensible

3.5 Procedimiento**3.5.1 Primera fase**

Desarrollo del protocolo: Una vez elaborado el protocolo, fue revisado por el asesor, quien realizó las correcciones y sugerencias oportunas para mejorar tanto la estructura como el contenido del presente proyecto.

Se solicitó permiso al Comité de ética del Hospital Santa Rosa para realizar una investigación en su institución y utilizar la ficha de recolección de datos en las historias clínicas de los recién nacidos.

3.5.2 Segunda fase

Se empleó la ficha de recolección de datos. Se consignará como resultado por el profesional de salud el llenado de la ficha de recolección. La información se recopilará y organizará en una base de datos usando Excel, para su análisis estadístico posterior.

3.6 Análisis de datos

Se obtuvo la información de la ficha de datos a partir de las historias clínicas para crear una base de datos en Excel para luego realizar el análisis. Se utilizará el programa SPSS 24 para procesar y examinar los datos. Al principio se utilizaron estadísticas como la media, mediana y varianzas para mostrar cómo se distribuyen los datos recolectados. Después se realizaron pruebas estadísticas para analizar y evaluar las variables con el objetivo de confirmar o negar las hipótesis planteadas y determinar su significancia.

Se calcularon las odds ratio (OR), frecuencias y intervalos de confianza de las variables para identificar los factores de riesgo más relevantes para el parto prematuro. Todas las pruebas estadísticas utilizadas están al nivel del intervalo de confianza del 95% (IC: 95%) (debido a los parámetros utilizados para obtener el tamaño de la muestra). Se consideró estadísticamente significativo un valor de $p < 0,05$.

Para determinar la contribución de los factores significativos en el análisis bivariado, se llevó a cabo el análisis multivariado de regresión logística binaria, con el objetivo de obtener el OR ajustado.

3.7 Consideraciones éticas

La aplicación del instrumento en la investigación fue llevada a cabo con el permiso por parte del comité de ética del Hospital Nacional Santa Rosa.

Este estudio se llevó a cabo examinando los expedientes médicos de los pacientes que cumplieron con los requisitos de participación. No se necesitó el consentimiento informado debido a que no hubo interacción directa con los participantes. Se mantiene siempre la confidencialidad y el anonimato de los datos recogidos. Se utilizó como guía las normativas éticas para realizar estudios con seres humanos de la declaración de Helsinki, versión más reciente modificada y realizada en Fortaleza, Brasil, durante la 64a Asamblea General de la WMA en octubre de 2013.

IV. RESULTADOS

Este trabajo se llevó a cabo en el departamento de Neonatología del Hospital Santa Rosa en el distrito de Pueblo Libre, Lima. Se usó una ficha para recolectar datos de acuerdo a los historiales médicos de los bebés recién nacidos.

4.1. Análisis descriptivo

Tabla 3

Tabla cruzada entre “Peso del RN” y “Prematuridad”

		Peso del recién nacido vs prematuridad			
		Prematuridad		Total	
		No	si		
Peso del RN		Recuento	97	52	149
	Peso Adecuado	% dentro de Peso del RN	65,1%	34,9%	100,0%
		% dentro de Prematuridad	94,2%	50,5%	72,3%
		Recuento	6	51	57
	Peso Inadecuado	% dentro de Peso del RN	10,5%	89,5%	100,0%
		% dentro de Prematuridad	5,8%	49,5%	27,7%
Total		Recuento	103	103	206
		% dentro de Peso del RN	50,0%	50,0%	100,0%
		% dentro de Prematuridad	100,0%	100,0%	100,0%

Nota: Elaboración propia

Se puede observar que los recién nacidos con inadecuado peso un 49,5% de los 103 que participaron en el estudio presentaron prematuridad es decir un recuento de 51 recién nacidos prematuros. También podemos apreciar que los recién nacidos que presentaron un peso adecuado y a su vez presentaron prematuridad fueron alrededor de 34,9% del total.

Tabla 4

Tabla de Chi cuadrado entre “Peso del recién nacido” y “Prematuridad”

Pruebas de chi-cuadrado				
Valor	df	Significación asintótica	Significación exacta	Significación exacta

			(bilateral)	(bilateral)	(unilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	49,117 ^a	1	,000		
Corrección de continuidad ^b	46,958	1	,000		
Razón de verosimilitud	54,463	1	,000		
Prueba exacta de Fisher				,000	,000
Asociación lineal por lineal	48,878	1	,000		
N de casos válidos	206				

Nota: Elaboración propia

Se realiza la prueba de chi-cuadrado para encontrar la relación entre la variable peso del recién nacido con prematuridad, obteniendo un valor de p de 0,000, siendo estadísticamente significativo ($p < 0,05$).

Tabla 5

Tabla cruzada entre la variable “Edad Materna” y “Prematuridad”

		Edad materna vs prematuridad			
		Prematuridad		Total	
		No	si		
Edad materna	< 35 años	Recuento	81	77	158
		% dentro de Edad materna	51,3%	48,7%	100,0%
		% dentro de Prematuridad	78,6%	74,8%	76,7%
	≥ 35 años	Recuento	22	26	48
		% dentro de Edad materna	45,8%	54,2%	100,0%
		% dentro de Prematuridad	21,4%	25,2%	23,3%
Total	Recuento	103	103	206	
	% dentro de Edad materna	50,0%	50,0%	100,0%	
	% dentro de Prematuridad	100,0%	100,0%	100,0%	

Nota: Elaboración propia

Se puede observar que 26 madres que presentaron un hijo prematuro tuvieron una edad materna mayor o igual a 35 años es decir representaron un 25,2% del total. También podemos apreciar que las madres menores a 35 años presento una prevalencia del 78,6% de no presentar prematuridad.

Tabla 6

Tabla de Chi cuadrado entre “Edad Materna” y “Prematuridad”

	Pruebas de chi-cuadrado				
	Valor	df	Significación asintótica (bilateral)	Significación exacta (bilateral)	Significación exacta (unilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	,435 ^a	1	,510		
Corrección de continuidad ^b	,244	1	,621		
Razón de verosimilitud	,435	1	,510		
Prueba exacta de Fisher				,621	,311
Asociación lineal por lineal	,432	1	,511		
N de casos válidos	206				

Nota: Elaboración propia

Se realizó la prueba de chi-cuadrado para hallar la relación entre la variable edad materna con prematuridad obteniendo un ρ valor de 0,5 como $\rho > 0,05$ no tiene significancia estadística

Tabla 7

Tabla cruzada entre la variable “Procedencia Materna” y “Prematuridad”

		Procedencia materna vs prematuridad			
		Prematuridad		Total	
		No	si		
Procedencia materna	rural	Recuento	0	4	4
		% dentro de Procedencia materna	0,0%	100,0%	100,0%
		% dentro de Prematuridad	0,0%	3,9%	1,9%
	urbano	Recuento	103	99	202
		% dentro de Procedencia materna	51,0%	49,0%	100,0%
		% dentro de Prematuridad	100,0%	96,1%	98,1%
Total	Recuento	103	103	206	
	% dentro de Procedencia materna	50,0%	50,0%	100,0%	
	% dentro de Prematuridad	100,0%	100,0%	100,0%	

Nota: Elaboración propia

Se puede observar que los recién nacidos con madres de procedencia urbana fue de un 96,1% del total que participaron en el estudio presentaron prematuridad es decir un recuento de 99 recién nacidos prematuros. También podemos apreciar que los recién nacidos con madres de procedencia rural y a su vez presentaron prematuridad fueron alrededor de 3,9% del total

Tabla 8

Tabla de Chi cuadrado entre “Procedencia Materna” y “Prematuridad”

Pruebas de chi-cuadrado				
Valor	df	Significación asintótica (bilateral)	Significación exacta (bilateral)	Significación exacta (unilateral)

Chi-cuadrado de Pearson	4,079 ^a	1	,043	
Corrección de continuidad ^b	2,295	1	,130	
Razón de verosimilitud	5,624	1	,018	
Prueba exacta de Fisher				,121
Asociación lineal por lineal	4,059	1	,044	
N de casos válidos	206			

Nota: Elaboración propia

Se realizó la prueba de chi-cuadrado para hallar la relación entre la variable procedencia materna con prematuridad obteniendo un p valor de 0,043 siendo esta significativamente estadística ($p < 0,05$).

Tabla 9

Tabla cruzada entre la variable “Grado de instrucción” y “Prematuridad”

		Grado de instrucción vs prematuridad			
			Prematuridad		Total
			No	si	
Grado de instrucción	Educativo superior	Recuento	29	29	58
		% dentro de Grado de instrucción	50,0%	50,0%	100,0%
		% dentro de Prematuridad	28,2%	28,2%	28,2%
	Educativo básico	Recuento	74	74	148
		% dentro de Grado de instrucción	50,0%	50,0%	100,0%
		% dentro de Prematuridad	71,8%	71,8%	71,8%
Total	Recuento	103	103	206	
	% dentro de Grado de instrucción	50,0%	50,0%	100,0%	

% dentro de 100,0% 100,0% 100,0%

Prematuridad

Nota: Elaboración propia

Se puede observar que 74 madres que presentaron un hijo prematuro tuvieron un grado de instrucción básica es decir representaron un 71.8% del total. También podemos apreciar que las madres que tuvieron un grado de instrucción superior presento una prevalencia del 28,2% de presentar prematuridad

Tabla 10

Tabla de Chi cuadrado entre “Procedencia Materna” y “Prematuridad”

	Valor	df	Significación asintótica (bilateral)	Significación exacta (bilateral)	Significación exacta (unilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	,000 ^a	1	1,000		
Corrección de continuidad ^b	,000	1	1,000		
Razón de verosimilitud	,000	1	1,000		
Prueba exacta de Fisher				1,000	,562
Asociación lineal por lineal	,000	1	1,000		
N de casos válidos	206				

Nota: Elaboración propia

Realizamos la prueba de chi-cuadrado para hallar la relación entre la variable grado de instrucción con prematuridad obteniendo un p valor de 1,0 como $p > 0,05$ no tiene significancia estadística.

Tabla 11*Tabla cruzada entre la variable “Paridad” y “Prematuridad”*

		Paridad vs prematuridad			
		Prematuridad		Total	
		No	si		
Paridad	Multípara	Recuento	47	41	88
		% dentro de Paridad	53,4%	46,6%	100,0%
		% dentro de Prematuridad	45,6%	39,8%	42,7%
Primípara	Primípara	Recuento	56	62	118
		% dentro de Paridad	47,5%	52,5%	100,0%
		% dentro de Prematuridad	54,4%	60,2%	57,3%
Total		Recuento	103	103	206
		% dentro de Paridad	50,0%	50,0%	100,0%
		% dentro de Prematuridad	100,0%	100,0%	100,0%

Nota: Elaboración propia

Se puede observar que 62 madres que presentaron un hijo prematuro fueron primíparas es decir representaron un 60,2% del total. También podemos apreciar que las madres multíparas presentaron una prevalencia del 45,6% de no presentar prematuridad.

Tabla 12*Tabla de Chi cuadrado entre “Paridad” y “Prematuridad”*

	Pruebas de chi-cuadrado				
	Valor	df	Significación asintótica (bilateral)	Significación exacta (bilateral)	Significación exacta (unilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	,714 ^a	1	,398		

Corrección de continuidad	,496	1	,481	
Razón de verosimilitud	,715	1	,398	
Prueba exacta de Fisher			,481	,241
Asociación lineal por lineal	,711	1	,399	
N de casos válidos	206			

Nota: Elaboración propia

Para identificar la relación entre la variable paridad y parto pretérmino se desarrolló una prueba de chi-cuadrado, la cual arrojó un valor de p de 0.398, ya que $p > 0.05$ no es estadísticamente significativo.

Tabla 13

Tabla cruzada entre la variable “Antecedente de Prematuridad” y “Prematuridad”

Antecedente de prematuridad vs prematuridad					
		Prematuridad		Total	
		No	si		
Antec. de prematuridad	No	Recuento	102	99	201
		% dentro de Antec. de prematuridad	50,7%	49,3%	100,0%
		% dentro de Prematuridad	99,0%	96,1%	97,6%
	si	Recuento	1	4	5
	% dentro de Antec. de prematuridad	20,0%	80,0%	100,0%	

	% dentro de Prematuridad	1,0%	3,9%	2,4%
Total	Recuento	103	103	206
	% dentro de Antec. de prematuridad	50,0%	50,0%	100,0%

Nota: Elaboración propia

Se puede observar que 4 madres que presentaron un hijo prematuro tuvieron un 3,9% de presentar un nuevo embarazo con prematuridad. También podemos apreciar que las madres que no presentaron antecedente de prematuridad presentaron una prevalencia del 99,0% de no presentar un embarazo con prematuridad.

Tabla 14

Tabla de Chi cuadrado entre “Antecedente de Prematuridad” y “Prematuridad”

	Pruebas de chi-cuadrado				
	Valor	df	Significación asintótica (bilateral)	Significación exacta (bilateral)	Significación exacta (unilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	1,845 ^a	1	,174		
Corrección de continuidad ^b	,820	1	,365		
Razón de verosimilitud	1,972	1	,160		
Prueba exacta de Fisher				,369	,184
Asociación lineal por	1,836	1	,175		

lineal

N de casos válidos 206

Nota: Elaboración propia

Se llevó a cabo la prueba de chi-cuadrado con el fin de encontrar la relación entre la variable antecedente de prematuridad y la prematuridad, obteniendo un valor de ρ de 0,174. Debido a que ρ es mayor a 0,05, no presenta significancia estadística.

Tabla 15*Tabla cruzada entre la variable “Antecedente de ITU” y “Prematuridad”*

		Antec de ITU vs prematuridad			
		Prematuridad		Total	
		No	si		
Antec. de ITU en gestación	No	Recuento	72	60	132
		% dentro de Antec. de ITU en gestacion	54,5%	45,5%	100,0%
		% dentro de Prematuridad	69,9%	58,3%	64,1%
		Recuento	31	43	74
		% dentro de Antec. de ITU en gestacion	41,9%	58,1%	100,0%
		% dentro de Prematuridad	30,1%	41,7%	35,9%
Total	si	Recuento	103	103	206
		% dentro de Antec. de ITU en gestacion	50,0%	50,0%	100,0%
		% dentro de Prematuridad	100,0%	100,0%	100,0%

Nota: Elaboración propia

Se puede observar que 43 madres que tuvieron antecedente de ITU es decir el 41,7% presentaron prematuridad. También podemos observar que las madres que no tuvieron antecedente de ITU el 69,9% no presentaron prematuridad y que el 58,3% si presentaron prematuridad.

Tabla 16

Tabla de Chi cuadrado entre “Antecedente de ITU” y “Prematuridad”

	Pruebas de chi-cuadrado				
	Valor	df	Significación asintótica (bilateral)	Significación exacta (bilateral)	Significación exacta (unilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	3,037 ^a	1	,081		
Corrección de continuidad ^b	2,552	1	,110		
Razón de verosimilitud	3,047	1	,081		
Prueba exacta de Fisher				,110	,055
Asociación lineal por lineal	3,022	1	,082		
N de casos válidos	206				

Nota: Elaboración propia

Hacemos una prueba de chi-cuadrado para determinar la relación entre la variable antecedente de infección urinaria con la prematuridad, obteniendo un valor de p igual a 0,081. Como p es mayor a 0,05, no tiene significancia estadística.

Tabla 17

Tabla cruzada entre la variable “RPM” y “Prematuridad”

		RPM vs prematuridad			
			Prematuridad		Total
			No	si	
Ruptura prematura de membranas (RPM)	No	Recuento	58	59	117
		% dentro de Ruptura prematura de membranas (RPM)	49,6%	50,4%	100,0%
		% dentro de Prematuridad	56,3%	57,3%	56,8%
	si	Recuento	45	44	89
		% dentro de Ruptura prematura de membranas (RPM)	50,6%	49,4%	100,0%
		% dentro de Prematuridad	43,7%	42,7%	43,2%
Total	Recuento	103	103	206	
	% dentro de Ruptura prematura de membranas (RPM)	50,0%	50,0%	100,0%	
	% dentro de Prematuridad	100,0%	100,0%	100,0%	

Nota: Elaboración propia

Se puede observar que se presentaron 44 casos de RPM en el embarazo es decir un 42,7% presentó prematuridad. También se puede observar que el 57,3% de los que presentaron prematuridad no tuvieron RPM.

Tabla 18

Tabla de Chi cuadrado entre “RPM” y “Prematuridad”

Pruebas de chi-cuadrado				
Valor	df	Significación	Significación	Significación

			asintótica (bilateral)	exacta (bilateral)	exacta (unilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	,020 ^a	1	,888		
Corrección de continuidad ^b	,000	1	1,000		
Razón de verosimilitud	,020	1	,888		
Prueba exacta de Fisher				1,000	,500
Asociación lineal por lineal	,020	1	,888		
N de casos válidos	206				

Nota: Elaboración propia

Se llevó a cabo la prueba de chi-cuadrado para determinar la relación entre RPM y prematuridad, obteniendo un valor ρ de 0,888. Como ρ es mayor a 0,05, no es estadísticamente significativo.

Tabla 19

Tabla cruzada entre la variable “Placenta previa” y “Prematuridad”

		Placenta previa vs prematuridad			
			Prematuridad		Total
			No	si	
Placenta previa	No	Recuento	103	95	198
		% dentro de Placenta previa	52,0%	48,0%	100,0%
		% dentro de Prematuridad	100,0%	92,2%	96,1%
	si	Recuento	0	8	8

	% dentro de Placenta previa	0,0%	100,0%	100,0%
	% dentro de Prematuridad	0,0%	7,8%	3,9%
Total	Recuento	103	103	206
	% dentro de Placenta previa	50,0%	50,0%	100,0%
	% dentro de Prematuridad	100,0%	100,0%	100,0%

Nota: Elaboración propia

Se puede observar que se presentaron 8 casos de placenta previa es decir un 7,8% presento prematuridad. También se observa que de los casos que presentaron prematuridad el 92,2% no presento placenta previa

Tabla 20

Tabla de Chi cuadrado entre “Placenta previa” y “Prematuridad”

	Pruebas de chi-cuadrado				
	Valor	df	Significación asintótica (bilateral)	Significación exacta (bilateral)	Significación exacta (unilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	8,323 ^a	1	,004		
Corrección de continuidad ^b	6,372	1	,012		
Razón de verosimilitud	11,414	1	,001		
Prueba exacta de Fisher				,007	,003
Asociación lineal por lineal	8,283	1	,004		
N de casos válidos	206				

Nota: Elaboración propia

Se llevó a cabo la prueba de chi-cuadrado para hallar la relación entre la variable placenta previa con prematuridad obteniendo un p valor de 0,004 siendo esta significativamente estadística ($p < 0,05$).

Tabla 21

Tabla cruzada entre la variable “Preeclampsia” y “Prematuridad”

		Preeclampsia vs prematuridad			
		Prematuridad		Total	
		No	si		
Preeclampsia	No	Recuento	94	73	167
		% dentro de Preeclampsia	56,3%	43,7%	100,0%
		% dentro de Prematuridad	91,3%	70,9%	81,1%
	si	Recuento	9	30	39
		% dentro de Preeclampsia	23,1%	76,9%	100,0%
		% dentro de Prematuridad	8,7%	29,1%	18,9%
Total	Recuento	103	103	206	
	% dentro de Preeclampsia	50,0%	50,0%	100,0%	
	% dentro de Prematuridad	100,0%	100,0%	100,0%	

Nota: Elaboración propia

Se observa que se presentaron 30 casos de preeclampsia en los recién nacidos prematuros es decir un 29,1% presento prematuridad. También observamos que de los que no presentaron preeclampsia un 70,9% eran prematuros.

Tabla 22

Tabla de Chi cuadrado entre “Preeclampsia” y “Prematuridad”

Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	df	Significación asintótica (bilateral)	Significación exacta (bilateral)	Significación exacta (unilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	13,948 ^a	1	,000		
Corrección de continuidad ^b	12,652	1	,000		
Razón de verosimilitud	14,577	1	,000		
Prueba exacta de Fisher				,000	,000
Asociación lineal por lineal	13,881	1	,000		
N de casos válidos	206				

Nota: Elaboración propia

Para encontrar la relación entre la variable preeclampsia y prematuridad, se llevó a cabo la prueba de chi-cuadrado, obteniendo un valor de p de 0,000. Esta resultó ser estadísticamente significativa ($p < 0,05$).

Tabla 23

Tabla cruzada entre la variable "CPN" y "Prematuridad"

		CPN vs prematuridad			
			Prematuridad		Total
			No	si	
Controles prenatales (CPN)	Control prenatal ≥ 6	Recuento	71	53	124
		% dentro de Controles prenatales (CPN)	57,3%	42,7%	100,0%
		% dentro de	68,9%	51,5%	60,2%

		Prematuridad			
	Control	Recuento	32	50	82
	prenatal < 6	% dentro de	39,0%	61,0%	100,0%
		Controles			
		prenatales (CPN)			
		% dentro de	31,1%	48,5%	39,8%
		Prematuridad			
Total		Recuento	103	103	206
		% dentro de	50,0%	50,0%	100,0%
		Controles			
		prenatales (CPN)			
		% dentro de	100,0%	100,0%	100,0%
		Prematuridad			

Nota: Elaboración propia

Observamos que se presentaron 50 casos de controles prenatales inadecuados (<6) en prematuros, es decir un 48.5% presentaron prematuridad. También se puede observar que de los prematuros el 51.5% presentaron controles prenatales adecuados (≥ 6).

Tabla 24

Tabla de Chi cuadrado entre “CPN” y “Prematuridad”

Pruebas de chi-cuadrado					
	Valor	df	Significación asintótica (bilateral)	Significación exacta (bilateral)	Significación exacta (unilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	6,564 ^a	1	,010		
Corrección de continuidad ^b	5,855	1	,016		
Razón de verosimilitud	6,606	1	,010		

Prueba exacta de				,015	,008
Fisher					
Asociación lineal por	6,532	1		,011	
lineal					
N de casos válidos	206				

Nota: Elaboración propia

Se llevó a cabo la prueba de chi-cuadrado para hallar la relación entre la variable controles prenatales con prematuridad obteniendo un p valor de 0,010 siendo esta significativamente estadística ($p < 0,05$).

Tabla 25

Tabla cruzada entre la variable “Oligohidramnios” y “Prematuridad”

		Oligohidramnios vs prematuridad			
		Prematuridad		Total	
		No	si		
Oligohidramnios	No	Recuento	96	91	187
		% dentro de Oligohidramnios	51,3%	48,7%	100,0%
		% dentro de Prematuridad	93,2%	88,3%	90,8%
	si	Recuento	7	12	19
		% dentro de Oligohidramnios	36,8%	63,2%	100,0%
		% dentro de Prematuridad	6,8%	11,7%	9,2%
Total	Recuento	103	103	206	
	% dentro de Oligohidramnios	50,0%	50,0%	100,0%	
	% dentro de Prematuridad	100,0%	100,0%	100,0%	

Nota: Elaboración propia

Se puede observar que se presentaron 12 casos de oligohidramnios es decir un 11,7% presentaron prematuridad. También se puede observar que de los prematuros un 88,3% no presentaron oligohidramnios.

Tabla 26

Tabla de Chi cuadrado entre “Oligohidramnios” y “Prematuridad”

	Pruebas de chi-cuadrado				
	Valor	df	Significación asintótica (bilateral)	Significación exacta (bilateral)	Significación exacta (unilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	1,449 ^a	1	,229		
Corrección de continuidad ^b	,928	1	,335		
Razón de verosimilitud	1,465	1	,226		
Prueba exacta de Fisher				,336	,168
Asociación lineal por lineal	1,442	1	,230		
N de casos válidos	206				

Nota: Elaboración propia

Realizamos la prueba de chi-cuadrado para hallar la relación entre la variable oligohidramnios con prematuridad obteniendo un ρ valor de 0,229 como $\rho > 0,05$ no tiene significancia estadística.

4.2. Análisis Bivariado y Multivariado

Tabla 27

Tabla de odds ratio

		Modelo simple				Modelo multivariante			
		OR	IC	ρ	OR	IC	ρ		
Peso del RN	Peso adecuado	1			1				
	Peso inadecuado	15,85	6,379	39,411	0,00	10,92	4,09	29,19	0,00
Edad materna	< 35 años	1			1				
	\geq 35 años	1,243	0,6	2,3	0,51	0,88	0,38	2,0	0,76
Procedencia	rural	1			1				

materna	urbana	0,0	0	0	0,90	0	0	0	0,99
Grado de	Nivel básico	1				1			
instrucción	Nivel superior	1,0	0,54	1,83	1,00	0,67	0,32	1,4	0,30
Paridad	multípara	1				1			
	primípara	1,26	0,73	2,20	0,39	1,72	0,83	3,56	0,13
Antc.	No	1				1			
Prematuridad	si	4,12	0,4	37,5	0,20	3,09	0,21	43,87	0,40
Antc. ITU en	No	1				1			
gestación	si	1,66	0,9	2,95	0,08	1,56	0,76	3,19	0,22
RPM	No	1				1			
	si	0,96	0,55	1,66	0,80	1,22	0,60	2,48	0,56
Placenta	No	1				1			
previa	si	0,0	0,0	0,0	0,90	0	00	00	0,99
Preeclampsia	No	1				1			
	si	4,29	1,919	9,60	0,00	3,78	1,45	9,86	0,006
Controles	Control	1				1			
prenatales	prenatal ≥ 6								
(CPN)	Control	2,09	1,18	3,69	0,01	1,69	0,82	3,48	0,14
	prenatal < 6								
Oligohidramni	No	1				1			
os	si	1,80	0,68	4,79	0,23	2,59	0,83	8,06	0,09

Nota: Elaboración propia

Para el análisis bivariado se aplicó un modelo de regresión logística binaria donde se observó que solo la variable peso del recién nacido, preeclampsia y controles prenatales resultaron estadísticamente significativo, ya que tuvieron un $\rho < 0,05$. Sin embargo, en el análisis multivariado solo las variables peso del recién nacido y preeclampsia se mantuvieron estadísticamente significativas. Obteniendo que presentar un peso inadecuado al nacer tiene 11 veces mayor riesgo de ser prematuros a comparación de los recién nacido con adecuado peso (OR=10,92; IC95%:4,0 - 9,19). El otro factor de riesgo encontrado fue la preeclampsia que presento 4 veces mayor riesgo de generar prematuridad en comparación de las mujeres sin preeclampsia (OR=3,78; IC95%: 1,45 - 9,86).

V. DISCUSIÓN DE RESULTADOS

El objetivo de este estudio fue identificar los principales factores de riesgo asociados a prematuridad en los recién nacidos del Hospital Santa Rosa en 2022. Se revisaron 206 historias clínicas, 103 de ellos pertenecían a bebés prematuros (casos) y 103 a bebés nacidos a término (controles).

En nuestro estudio se encontró en el análisis bivariado que el peso del recién nacido inadecuado (OR=15,85; IC95%: 6,379-39,411), la preeclampsia (OR=4,29; IC95%: 1,919-9,60) y los controles prenatales inadecuados (OR=2,09; IC95%: 1,18-3,69) se asociaron de manera significativa con la prematuridad. Sin embargo, al realizar el análisis multivariado se halló que solo el peso del recién nacido inadecuado (OR=10,92; IC95%: 4,0 - 9,19) y la preeclampsia (OR=3,78; IC95%: 1,45 - 9,86) tienen asociación significativa con la prematuridad.

Respecto al peso del recién nacido se determinó que presentar un peso inadecuado tiene 11 veces mayor probabilidad de presentar prematuridad a comparación de los recién nacidos con adecuado peso. Otros autores como Vergara (2020) (RP 2.63, IC: 1.8-3.85, p= 0.0001), Huaroto et al. (2013) (OR 66,536; IC 18,015-248,746) y Díaz-Granda y Díaz-Granda (2020) (OR=1,66; IC 95%=1,01-2,75; p=0,048) respaldan nuestros resultados.

Sin embargo, para Medina (2022) reporto que no había significancia estadística adecuada entre el peso del recién nacido y la prematuridad ya que el 74,4% de los neonatos tuvieron un peso adecuado al nacer.

Pérez (2015) (OR=,19; p=0,031) y Escobar et al (2017) (RM = 6.38; p = 0.000) mencionan que la preeclampsia fue un factor de riesgo significativo para desarrollar prematuridad. En el presente estudio también se encontró que la preeclampsia presentó un riesgo 4 veces mayor de generar prematuridad en comparación de las mujeres sin preeclampsia (OR=3,78; IC95%: 1,45 - 9,86).

Contrario a lo mencionado previamente, Rengifo (2019) menciona que la preeclampsia no se considera un factor de riesgo significativo para parto pretérmino (OR= 0,678, IC (0,252 a 1,825)).

Gran parte de las madres de los neonatos tuvieron controles prenatales adecuados (>6) sin embargo los que tuvieron controles prenatales inadecuados (<6) presentaron mayor frecuencia de presentar prematuridad. En el análisis bivariado se encontró que los controles prenatales menores a 6, se asociaron significativamente a la prematuridad (OR=2,09; IC95%:1,18-3,69). Quispe (2018) encontró que el control prenatal menores a 6 (OR de 11.03, I.C. del 95% entre 5.24 y 23.04 y valor de p de 0.0000001) se asoció como factor de riesgo para la prematuridad. Asimismo, Toro-Huamachuco (2021) menciona que tener controles prenatales <4 (OR 2,65; IC95%: 2,21-3,18) incrementa la probabilidad de presentar recién nacidos prematuros.

La edad materna \geq 35 años (OR=0.88, IC 0.38-2.0, p=0.76), la procedencia urbana de la madre, grado de instrucción de nivel superior (OR=0.67, IC 0.32-1.4, p=0.30), las madres primíparas, el antecedente de prematuridad, el antecedente de ITU en la gestación, RPM, placenta previa y el oligohidramnios no presentaron asociación significativa con la prematuridad.

Las limitaciones de este estudio incluyeron la recopilación de registros médicos, ya que algunos de los datos no estaban claros o estaban incompletos, lo que limitó el tamaño de la muestra y la extracción de otras variables importantes. Sin embargo, el presente estudio pudo recopilar datos que permitieron conocer los principales factores de riesgo relacionados con el parto prematuro en nuestro medio.

VI. CONCLUSIONES

- El estudio muestra que la prematuridad se encuentra asociado principalmente con peso del recién nacido inadecuado (OR=10.92) y preeclampsia (OR=3.78) como factores de riesgo.
- Los controles prenatales inadecuados (<6), la preeclampsia y el peso del recién nacido inadecuado presentaron asociación significativa con la prematuridad en el análisis bivariado.
- Condiciones maternas como la edad ≥ 35 años, procedencia urbana, grado de instrucción superior, primíparas, ITU gestacional o partos prematuros previos, así como condiciones de la gestación como RPM, placenta previa y el oligohidramnios no presentaron asociación con la prematuridad.

VII. RECOMENDACIONES

- Incrementar y fomentar políticas de salud pública para concientizar a las madres para un buen control del embarazo con el fin de llevar una gestación saludable tanto para ella como para el neonato.
- Se hace énfasis en la necesidad de aumentar la muestra del estudio y el desarrollo de este en hospitales de mayor complejidad por su mayor captación de gestantes y embarazos complicados.
- Instruir a los trabajadores de la salud para que identifiquen de manera temprana y oportuna los factores de riesgo de parto pretérmino y mejoren su calidad de atención.
- Se recomienda precisar el adecuado llenado de historias clínicas tanto en el diagnóstico del neonato como en los antecedentes de la madre.

VIII. REFERENCIAS

- Ávila V. (2019) Vigilancia epidemiológica de la mortalidad neonatal en el Perú SE 46-2019. *Boletín Epidemiológico del Perú*. 28(46), 1171-1175.
<https://www.dge.gob.pe/portal/docs/vigilancia/boletines/2019/46.pdf>
- Castillo, S., Moyano, B., Ortiz, D. y Villa, P. (2019) Factores de riesgo maternos asociados al parto pre término. *Revista Archivos Venezolanos de Farmacia y Terapéutica* 38 (6), 706-710.
https://www.revistaavft.com/images/revistas/2019/avft_6_2019/4_factores_maternos.pdf
- Ceriani Cernadas J. (2019). Las causas principales de la prematuridad y los muy frecuentes trastornos que ocasionan. *Archivos Argentinos de Pediatría*, 117(4), 210-211. <http://dx.doi.org/10.5546/aap.2019.210>
- Chen Wu, X. (2018). Gestación múltiple. *Revista Médica Sinergia*, 3(5), 14-19.
<https://doi.org/10.31434/rms.v3i5.122>
- Cluet, D., Rossell-Pineda, M., Álvarez, D. y Rojas, Q. (2013). Factores de riesgo asociados a la prematuridad en recién nacidos de madres adolescentes. *Revista de Obstetricia y Ginecología de Venezuela* 73(3), 157-170.
http://ve.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0048-77322013000300003
- Díaz-Granda, R. (2020). Factores fetales asociados a prematuridad. *Archivos de Medicina*, 20(1), 97-106.
<https://www.redalyc.org/journal/2738/273862538010/html/#:~:text=Los%20factores%20fetales%20verdaderamente%20asociados,se%20asociaron%20a%20la%20premat,uridad.>

- Dole, N., Savitz, D., Hertz-Picciotto, I., Siega-Riz, A., McMahon, M. & Buekens, P. (2003). Maternal Stress and Preterm Birth. *American Journal of Epidemiology*, 157(1), 14–24. <https://doi.org/10.1093/aje/kwf176>
- Elovitz, M., Baron, J. & Phillippe, M. (2001). The role of thrombin in preterm parturition. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, 185(5), 1059–1063. <https://doi.org/10.1067/mob.2001.117638>
- Escobar-Padilla, B., Gordillo-Lara, L. y Martínez-Puon, H. (2017). Factores de riesgo asociados a parto pretérmino en un hospital de segundo nivel de atención. *Revista Médica Instituto Mexicano del Seguro Social*; 55(4), 424-428. <https://www.medigraphic.com/pdfs/imss/im-2017/im174d.pdf>
- Espinoza, J. (2015). Fisiopatología del síndrome de parto pretérmino. *Revista Peruana Ginecología y Obstetricia*, 54(1), 15–21. <https://doi.org/10.31403/rpgo.v54i1064>
- Fernández-Lara, J., Mendoza-Huerta, M., De La Maza-Labastida, S., Peña-Zepeda, C., Esparza-Valencia, D., y Ling-García, J. (2018). Placenta previa acreta complicada con rotura prematura de membranas pretérmino: reporte de un caso. *Ginecología y obstetricia de México*, 86 (2), 151-157. <https://doi.org/10.24245/gom.v86i2.1568>
- Gibbs, R., Romero, R., Hillier, S., Eschenbach, D., & Sweet, R. (1992). A review of premature birth and subclinical infection. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, 166(5), 1515–1528. <https://doi.org/10.31403/rpgo.v54i1064>
- Grajeda, A. (2021). *Factores de riesgo asociados a prematuridad, Hospital Antonio Lorena Del Cusco, 2016*. [Tesis para optar el Grado Académico de Doctor en Ciencias: Salud Publica, Universidad Nacional San Agustín de Arequipa]. Repositorio Institucional de la Universidad Nacional San Agustín de Arequipa. <http://hdl.handle.net/20.500.12773/12825>

- Guevara-Ríos, E. (2023). La prematuridad: Un problema de salud pública. *Revista Peruana De Investigación Materno Perinatal*, 12(1), 7–8. <https://doi.org/10.33421/inmp.2023334>
- Huaroto-Palomino, K., Pauca-Huamancha, M., Polo-Alvarez, M. y Meza-Leon, J. (2019). Factores de riesgo maternos, obstétricos y fetales asociados al parto pretérmino, en pacientes de un hospital público de Ica, Perú. *Revista Médica Panacea*, 3(2), 27-31. <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/biblio-982906>
- Huertas, T. (2018). Parto pretérmino: causas y medidas de prevención. *Revista Peruana De Ginecología Y Obstetricia*, 64(3), 399-404. <https://doi.org/10.31403/rpgo.v64i2104>
- Isla, A., Cruz, J., Velasco, A., Hernández, P., Fajardo, R. y Díaz, A. (2008). Comportamiento de la placenta previa en el Hospital Gineco-obstétrico "América Arias", período 2003-2005. *Revista Cubana de Medicina General Integral*, 24(3), 1-13. http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S086421252008000300007&lng=es&tlng=es.
- Kelly, R., Holzman, C., Senagore, P., Wang, J., Tian, Y., Rahbar, M., & Chung, H. S. (2009). Placental Vascular Pathology Findings and Pathways to Preterm Delivery. *American Journal of Epidemiology*, 170(2), 148–158. <https://doi.org/10.1093/aje/kwp131>
- Lucio, L., Escudero, A., Rodríguez-Vega, E., Vázquez-Caamaño, M., Vaquerizo, O., y Herrera, F. (2005). Asociación entre las infecciones del tracto urinario y el parto pretérmino. *Progresos de Obstetricia y Ginecología*, 48(8), 373-378. [https://doi.org/10.1016/s0304-5013\(05\)72417-1](https://doi.org/10.1016/s0304-5013(05)72417-1)
- 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., Quero-Hernández A. y Quero-Estrada A. (2020). La prematuridad: epidemiología, causas y consecuencias, primer lugar de mortalidad y discapacidad. *Revista*

Médico Científica de la Secretaría de Salud Jalisco, 7(3), 179-186.

<https://www.medigraphic.com/pdfs/saljalisco/sj-2020/sj203h.pdf>

Medina, J. (2022). *Análisis multivariado de los factores de riesgo asociados a parto pretérmino en el Hospital Nacional Hipólito Unanue, en el año 2021, Lima - Perú*. [Tesis de investigación para optar el título de médico cirujano, Universidad Nacional Federico Villarreal]. Repositorio Institucional UNFV. <https://hdl.handle.net/20.500.13084/6137>

Monge, M. (2015). *Factores maternos, fetal y socio demográficos asociados al parto pretérmino en el Hospital Hipólito Unanue de Tacna durante el periodo 2013*. [Tesis de investigación para optar el título de médico cirujano, Universidad Nacional Jorge Basadre Grohmann]. Repositorio Institucional de la Universidad Nacional Jorge Basadre Grohmann. <http://repositorio.unjbg.edu.pe/handle/UNJBG/2156>

Montero, A., Ferrer, M., Paz, D., Pérez, D. y Diaz, F. (2019). Riesgos maternos asociados a la prematuridad. *Multimed, Revista Médica, Granma* 23(5), 1155-1173. http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S102848182019000501155&lng=es&tlng=es.

Organización Mundial de la Salud (11 de mayo de 2023). Nacimientos prematuros. *Organización Mundial de la Salud*. <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/preterm-birth>.

Pérez, C. (2015). *Factores de riesgo asociados a prematuridad en pacientes del Hospital Apoyo Iquitos César Garayar García, enero a diciembre 2014*. [Tesis de investigación para optar el título de médico cirujano, Universidad Nacional de la Amazonia Peruana]. Repositorio Institucional de la Universidad Nacional de la Amazonia Peruana. <https://repositorio.unapiquitos.edu.pe/handle/20.500.12737/3751>

Quispe Adco, R. (2018). *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 de investigación para optar el título de médico cirujano, Universidad Nacional del Altiplano]. Repositorio Institucional Universidad Nacional del Altiplano. <http://repositorio.unap.edu.pe/handle/UNAP/6361>
- Rengifo-Pinedo, S. (2019). *Factores de riesgo asociados a parto pretérmino en el Hospital II – 2 Tarapoto. octubre 2017 – octubre 2018*. [Tesis para optar el grado de Médico Cirujano, Universidad Nacional de San Martín]. Repositorio Institucional de la Universidad Nacional de San Martín. <https://repositorio.unsm.edu.pe/handle/11458/3213>
- Rodríguez, C., Ramos, G. y Hernández, H. (2013). Factores de riesgo para la prematurez. Estudio de casos y controles. *Ginecología y Obstetricia de México*, 81(09), 499-503. <https://www.medigraphic.com/pdfs/ginobsmex/gom-2013/gom139b.pdf>
- Sante-Farfán, G., Silva-Rado, E. (2016). Oligohidramnios en el Hospital Regional Hipólito Unanue: Tacna, 2013-2015. *Acta Médica Peruana*, 33(2), 165-166. http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S17285917201600200017
- Sequeira, S. (2021). *Factores asociados a prematurez en recién nacidos pretérminos nacidos por vía cesárea versus vía vaginal hospitalizados en el servicio de Neonatología Hospital SERMESA Masaya, 2020–I trimestre 2021*. [Tesis de investigación para optar el título de médico especialista en Pediatría, Universidad Nacional Autónoma de Nicaragua]. Repositorio Institucional de la Universidad Nacional Autónoma de Nicaragua. <http://repositorio.unan.edu.ni/id/eprint/17016>
- Sernaque, A. (2020). *Factores maternos y fetales asociados a prematuridad en recién nacidos atendidos en el servicio de neonatología del hospital Santa Rosa, Piura 2019*. [Tesis para optar el grado de Médico Cirujano, Universidad Cesar Vallejo]. Repositorio

Institucional de la Universidad Cesar Vallejo

<https://repositorio.ucv.edu.pe/handle/20.500.12692/40372>

Shapiro-Mendoza, C., Barfield, W., Henderson, Z., James, A., Howse, J., Iskander, J., & Thorpe, P. (2016). CDC Grand Rounds: Public Health Strategies to Prevent Preterm Birth. *Centers for Disease Control and Prevention*, 65(32), 826-830. <https://doi.org/10.15585/mmwr.mm6532a4>

Toro-Huamanchumo, C., Barboza, J., Pinedo-Castillo, L., Sevillano, S., Gronerth-Silva, J., Del Carmen Gálvez Díaz, N. y Caballero-Alvarado, J. (2021). Factores maternos asociados a prematuridad en gestantes de un hospital público de Trujillo, Perú. *Revista Del Cuerpo Médico Hospital Nacional Almanzor Aguinaga Asenjo*, 14(3), 287-290. <https://doi.org/10.35434/rcmhnaaa.2021.143.1246>

Vanin, L., Zatti, H., Soncini, T., Nunes, R., & De Siqueira, L. (2020). Maternal and fetal risk factors associated with late preterm infants. *Revista Paulista De Pediatria*, 38: e2018136, 1-8. <https://doi.org/10.1590/1984-0462/2020/38/2018136>

Venturi, A., Matkowski, G., Suárez, M., Viegas, J., Vigliarolo, L. y Lopardo, H. (2018). Vaginosis bacteriana en embarazadas y su impacto en la prematurez y en el bajo peso al nacer. *Acta Bioquímica Clínica Latinoamericana*, 52(3), 347-353. http://www.scielo.org.ar/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S032529572018000300010&lng=es&tlng=es.

Vergara, M. (2020). *Factores asociados a prematuridad en recién nacidos de cesárea por preeclampsia, Hospital Sergio E. Bernales, 2017-2019*. [Tesis de investigación para optar el título de médico cirujano, Universidad Ricardo Palma]. Repositorio Institucional de la Universidad Ricardo Palma. <https://repositorio.urp.edu.pe/handle/20.500.14138/2981>

IX. ANEXOS

ANEXO A

MATRIZ DE CONSISTENCIA

Problemas	Objetivos	Hipótesis	Variables	Metodología
Problema General	Objetivo General	Los principales factores de riesgo asociados a la prematuridad son la inadecuada cantidad de controles prenatales, antecedente de parto prematuro, edades extremas de la madre, procedencia rural de la madre, la multiparidad, grado de instrucción secundaria	Variable Independiente: <ul style="list-style-type: none"> Principales factores asociados 	Tipo: Analítico Población y muestra: La población estará conformada por los Pacientes atendidos en el Hospital Santa rosa y la muestra de 206
¿Cuáles son los principales factores de riesgo asociados a la prematuridad en recién nacidos en el Hospital Santa Rosa, Lima 2022.?	Determinar los principales factores de riesgo asociados a la prematuridad en recién nacidos en el Hospital santa Rosa, Lima 2022.			
	Objetivos específicos <ul style="list-style-type: none"> Evaluar si la edad materna es uno de los principales factores de riesgo para la prematuridad en recién nacidos. Evaluar si los controles prenatales es uno de los principales factores de 			

	<p>riesgo para la prematuridad en recién nacidos.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Determinar si el ITU en el embarazo es uno de los principales factores de riesgo para la prematuridad en recién nacidos. • Describir si el peso al nacer es uno de los principales factores de riesgo para la prematuridad en recién nacidos. • Analizar si la paridad es uno de los principales factores de riesgo para la prematuridad en recién nacidos. • Evaluar si la placenta previa es uno de los principales factores de riesgo para la prematuridad en recién nacidos. • Determinar si la ruptura prematura de membranas es uno de los principales factores de riesgo para la prematuridad en recién nacidos. • Analizar si el antecedente de parto prematuro es uno de los principales 	<p>incompleta, preeclampsia, placenta previa, ITU, RPM, oligohidramnios y bajo peso al nacer en el Hospital Santa Rosa</p>		<p>que serán seleccionados de forma aleatoria cumpliendo los criterios de inclusión y exclusión</p> <p>Técnicas e instrumentos:</p> <p>Técnica:</p> <p>Instrumento:</p> <p>ficha de recolección de datos</p> <p>Procedimientos y Análisis de datos:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Estadística descriptiva
--	--	--	--	---

	<p>factores de riesgo para la prematuridad en recién nacidos.</p> <ul style="list-style-type: none">• Describir si la preeclampsia es uno de los principales factores de riesgo para la prematuridad en recién nacidos.• Determinar si la presencia de oligohidramnios es uno de los principales factores de riesgo para la prematuridad en recién nacidos.• Evaluar si el grado de instrucción de la madre es uno de los principales factores de riesgo para la prematuridad en recién nacidos.• Analizar si la paridad es uno de los principales factores de riesgo para la prematuridad en recién nacidos.			<ul style="list-style-type: none">• Estadística inferencial.
--	--	--	--	--

ANEXO B

OPERACIONALIZACION DE VARIABLES

Variable	Definición Operacional	Indicadores	Categoría	Estadístico
Procedencia materna	<p>Se obtendrá la información en la ficha de recolección de datos.</p> <p>Es el lugar donde ha vivido el sujeto en los últimos 5 años en los lugares determinados como urbano o rural definidos en el Censo poblacional del Perú, 2017.</p>	Nominal	<ul style="list-style-type: none"> Urbano: vive en aglomeraciones con 2000 o más habitantes. Rural: vivir en aglomeraciones con menos de 2000 habitantes. 	Porcentaje y OR
Edad materna	<p>Se obtendrá la información en la ficha de recolección de datos.</p> <p>Mediremos la asociación de la variable con la prematuridad. Shapiro et al en el 2016, reporta en su estudio que la edad ≥ 35 años es un factor asociado. Los resultados se interpretan como:</p> <ul style="list-style-type: none"> < 35 años ≥ 35 años 	Nominal	<ul style="list-style-type: none"> Asociación con prematuridad ≥ 35 años No asociación con la prematuridad < 35 años 	Porcentaje y OR

ITU Embarazo	<p>Se obtendrá la información en la ficha de recolección de datos.</p> <p>Mediremos la asociación de la variable con la prematuridad.</p> <p>Para Toro-Huamanchumo et al, en el 20221 se demostró que había una relación de las madres que no tenían infecciones del tracto urinario con no tener partos prematuros.</p>	Ordinal	<ul style="list-style-type: none"> • Adecuado: Gestante sin ITU • Inadecuado: Gestante con ITU 	Porcentaje y OR
Peso al nacer recién nacido	<p>Se obtendrá la información en la ficha de recolección de datos.</p> <p>Según Díaz-Granda, en el año 2019, menciona que es un factor de riesgo asociado a la prematuridad, el peso menor al percentil 10 con la prematuridad o un peso menor a los 2500 gr lo cual guarda relación ya que aún no han completado su desarrollo al haber un parto prematuro.</p>	Ordinal	<ul style="list-style-type: none"> • Peso Adecuado: ≥ 2500 • Peso Inadecuado: < 2500 	Porcentaje y OR
Paridad	<p>Se obtendrá la información en la ficha de recolección de datos.</p> <p>El autor Montero et al, en el año 2017, encuentra que es un factor de riesgo asociado a la prematuridad, las gestaciones</p>	Nominal	<ul style="list-style-type: none"> • Asociado: Gestación ≥ 2 • No asociado: Gestación < 2 	Porcentaje y OR

	<p>múltiples y la gemelaridad implican un mayor esfuerzo y el doble de condiciones nutricionales por lo que también implica un factor para los partos prematuros.</p>		
Grado de instrucción o nivel educativo	<p>Se obtendrá la información en la ficha de recolección de datos.</p> <p>Para medir la variable usaremos los datos brindados por el INEI que clasifica los niveles educativos de la siguiente manera:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Nivel inicial • Nivel primario de primer a sexto año. • Nivel secundario de primer a quinto año. • Técnico superior • Superior universitario 	Ordinal	<ul style="list-style-type: none"> • Nivel educativo básico (asociado): inicial, primaria, secundaria completa o incompleta • Nivel educativo superior (no asociado): técnico superior, superior universitario completo o incompleto <p>Porcentaje y OR</p>
Preeclampsia	<p>Se obtendrá la información en la ficha de recolección de datos.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Madre con diagnóstico de preeclampsia - Madre sin diagnóstico de preeclampsia <p>El autor Montero et al, en el 2019, menciona que el pariente de primer grado está asociado. La enfermedad hipertensiva</p>	Nominal	<ul style="list-style-type: none"> • Asociado: madre con diagnóstico de preeclampsia. • No asociado: madre sin diagnóstico de preeclampsia. <p>Porcentaje y OR</p>

	durante el embarazo es una causa frecuente de parto prematuro.			
Placenta previa	Se obtendrá la información en la ficha de recolección de datos.	Nominal	<ul style="list-style-type: none"> • Asociado: Gestante con diagnóstico de placenta previa • No asociado: Gestante sin diagnóstico de placenta previa 	Porcentaje y OR
RPM	<p>Se obtendrá la información en la ficha de recolección de datos.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Gestante con RPM - Gestante sin RPM <p>El autor Montero et al, en el 2019, menciona que el pariente de primer grado está asociado.</p>	Nominal	<ul style="list-style-type: none"> • Se asocia: Gestante con RPM • No se asocia: Gestante sin RPM 	Porcentaje y OR
Antecedente parto prematuro	<p>Se obtendrá la información en la ficha de recolección de datos.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Gestante con antecedente de parto prematuro - Gestante sin antecedente de parto prematuro 	Nominal	<ul style="list-style-type: none"> • Se asocia: Gestante con antecedente de parto prematuro • No se asocia: Gestante sin antecedente de parto prematuro 	Porcentaje y OR

Oligohidramnios	<p>Se obtendrá la información en la ficha de recolección de datos.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Gestante sin Oligohidramnios - Gestante con Oligohidramnios 	Nominal	<ul style="list-style-type: none"> • Asociado: Oligohidramnios si • No asociado: Oligohidramnios no 	Porcentaje y OR
Controles prenatales	<p>Se obtendrá la información en la ficha de recolección de datos.</p> <p>Según el autor Toro-Huamanchumo et al., en el año 2021 una menor cantidad de controles prenatales es un factor de riesgo importante para el parto prematuro.</p>		<ul style="list-style-type: none"> • Asociado: Control prenatal < 6 • No asociado: Control prenatal ≥ 6 	Porcentaje y OR

ANEXO C

FICHA DE RECOLECCION DE DATOS

DATOS GENERALES

1. Número de historia clínica:
2. Caso () Control ()
3. Clasificación del parto pretérmino (caso)
 - 1. Pretérmino extremo:
 - 2. Muy pretérmino: 28 sem – 31 sem 6/7 días ()
 - 3. Pretérmino moderado: 32 sem – 33 sem 6/7 días ()
 - 4. Pretérmino tardío: 34 sem – 36 sem 6/7 días ()

CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS

1. Edad:
 - 1. <35 años () ● 2. > o = 35 años ()
2. Estado Civil:
 - 1. Soltera () 2. Casada () ● 3. Viuda () 4. Conviviente ()
3. Procedencia Madre:
 - 1. Urbano () ● 2. Rural ()
4. Grado de instrucción:
 - 1: Analfabeta () ● 2. Primaria Incompleta () Completa () ● 3. Secundaria Incompleta () Completa () ● 4. Técnico Superior () Universitario ()

FACTORES OBSTÉTRICOS

1. Paridad:
 - Nulípara () 2.- Primípara () 3. Multípara () 4. Gran Multípara ()
 - Gemelaridad: 1. SI() 2. NO()
2. Antecedente de parto pretérmino: 1. SI () ¿Cuántos?_____ 2. NO ()

4. Antecedente de infección de tracto urinario: 1. SÍ () 2. NO ()
5. Rotura prematura de membranas: 1. SÍ () 2. NO ()
6. Hemorragia en la 2da mitad del embarazo: 1. DPP () 2. Placenta previa () 3. Otros ()
4. NO ()
7. Preeclampsia: 1. SI () 2. NO ()
8. Numero de CPN: 1. <6 () 2. > o = 6 ()

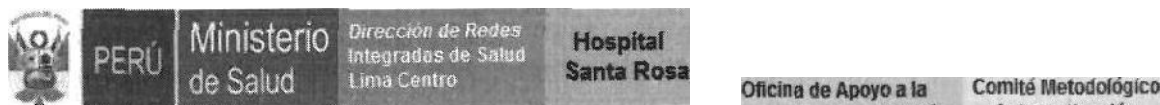
FACTORES FETALES Y OVULARES

1. Sexo: 1. Masculino () 2. Femenino ()
2. Alteración de líquido amniótico: 1. SI: oligohidramnios: () polihidramnios: (), meconial (), Sanguinolento (). 2. NO ()
3. Peso de recién nacido: • 1. Muy bajo peso () 2. Bajo peso () • 3. Peso adecuado () 4. Macrosómico ()

cuestionario diseñado por Medina J., y modificado por el autor

ANEXO D

PROBACION DE PROYECTO

**CONSTANCIA 025 - 2023 - CMI - NSR****HOSPITAL SANTA ROSA**

El Comité Metodológico de Investigación del Hospital Santa Rosa (CMI — NSR) oficializado a través de la Resolución N°138-2020-DG-HSR-MINSA, certifica que, el Proyecto de investigación descrito a continuación, ha sido APROBADO con fecha 20 de julio del 2023.

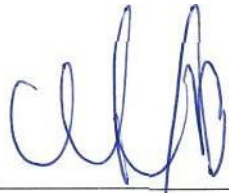
“PRINCIPALES FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS A LA PREMATURIDAD EN RECIEN NACIDOS EN EL HOSPITAL SANTA ROSA, LIMA 2022.”.

Con el código N° 23/025, presentado por la investigadora: MONTES BEDON PAMELA FIORELLA. Esta aprobación tendrá vigencia del 20 de julio del 2023 al 19 de julio del **2024.**

El investigador debe solicitar toda información que requiera para desarrollar su proyecto de investigación a la Oficina de Apoyo a la Docencia e Investigación.

Asimismo, debe **reportar el avance del estudio mensualmente** y el **informe final luego** de terminado el mismo. Los trámites para su renovación deberán iniciarse por lo menos 30 días previos a su vencimiento.

Pueblo Libre, 01 de agosto del 2023



Mg. Flor Milagros Mendoza Barreto
Jefa de la oficina de Apoyo a la Docencia e Investigación
Hospital Santa Rosa

“Producción Científica y Calidad en la Gestión de la Investigación”
Av. Bolívar Cdra. 8 S/N Pueblo Libre, Lima 21 Telefono 6158200 Anexo
500— 501 E-mail: oadi.cie@hsr.gob.pe