



UNAP



**FACULTAD DE ENFERMERÍA
ESCUELA PROFESIONAL DE ENFERMERÍA**

TESIS

**VARIABLES MATERNO FETALES Y PREMATURIDAD EN NEONATOS
ATENDIDOS EN EL HOSPITAL REGIONAL DE LORETO DE LA CIUDAD
DE IQUITOS DURANTE LOS AÑOS 2018 Y 2019**

**PARA OPTAR EL TÍTULO PROFESIONAL DE
LICENCIADA EN ENFERMERÍA**

PRESENTADO POR:

SONNY DEL PILAR RENGIFO VASQUEZ

ASESORAS:

Lic. Enf. HAYDEE ALVARADO CORA, Dra.

Lic. Enf. CARMEN MÉLIDA CHUQUIPIONDO CARRANZA, Dra.

ASESOR ESTADÍSTICO:

Lic. Estad. ELISEO EDGARDO ZAPATA VASQUEZ, Dr.

IQUITOS, PERÚ

2024



UNAP

FACULTAD DE ENFERMERÍA
Escuela Profesional de Enfermería

ACTA DE SUSTENTACIÓN DE TESIS N.º 002-CGT-FE-UNAP-2024

En Iquitos, a los 26 días del mes de enero del 2024, a horas 11:00 am., se dió inicio a la sustentación pública de la tesis titulada: "VARIABLES MATERNO FETALES Y PREMATURIDAD EN NEONATOS ATENDIDOS EN EL HOSPITAL REGIONAL DE LORETO DE LA CIUDAD DE IQUITOS DURANTE LOS AÑOS 2018 Y 2019", aprobado con Resolución Decanal N° 010-2024-FE-UNAP, presentada por la Bachiller: **SONNY DEL PILAR RENGIFO VASQUEZ**, para optar el Título Profesional de Licenciada en Enfermería que otorga la Universidad de acuerdo a Ley y Estatuto.

El Jurado calificador y dictaminador designado mediante Resolución Decanal N° 282-2023-FE-UNAP, está integrado por:

- Lic. Enf. Zoraida Rosario SILVA ACOSTA, Dra. - Presidenta
- Lic. Enf. Elva Lorena REÁTEGUI DEL CASTILLO, Dra. - Miembro
- Lic. Enf. Inés del Carmen CASTILLO GRANDEZ, Dra. - Miembro

Luego de haber escuchado con atención y formulado las preguntas necesarias, las cuales fueron respondidas: *en su mayoría*

El jurado después de las deliberaciones correspondientes, llegó a las siguientes conclusiones:

La Sustentación pública y la Tesis han sido *APROBADA de buena* con la calificación

Estando la Bachiller apta para obtener el Título Profesional de Licenciada en Enfermería.

Siendo las *13:00 hrs. con fluctuaciones* se dió por terminado el acto a la sustentante.

Lic. Enf. Zoraida Rosario SILVA ACOSTA, Dra.
Presidenta .

Lic. Enf. Elva Lorena REÁTEGUI DEL CASTILLO, Dra.
Miembro

Lic. Enf. Inés del Carmen CASTILLO GRANDEZ, Dra.
Miembro

Lic. Enf. Haydee ALVARADO CORA, Dra.
Asesora

Lic. Enf. Carmen Mélida CHUQUIPIONDO CARRANZA, Dra.
Asesora

Lic. Estad. Eliseo Edgardo ZAPATA VASQUEZ, Dr.
Asesor

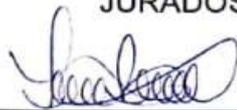
Somos la Universidad licenciada más importante de la Amazonia del Perú, rumbo a la acreditación.
Dirección: Pasaje Dina Limaco N° 186, Iquitos, Perú
Teléfono: (5165) 26 6368

www.unapiquitos.edu.pe
mail: enfermeria@unapiquitos.edu.pe



TESIS APROBADA EN SUSTENTACIÓN PÚBLICA EL DÍA 26 MES DE ENERO
AÑO 2024 EN LA FACULTAD DE ENFERMERÍA DE LA UNIVERSIDAD
NACIONAL DE LA AMAZONÍA PERUANA, EN LA CIUDAD DE IQUITOS PERÚ.

JURADOS:



Lic. Enf. ZORAIDA ROSARIO SILVA ACOSTA, Dra.

PRESIDENTE



Lic. Enf. ELVA LORENA REÁTEGUI DEL CASTILLO, Dra.

MIEMBRO



Lic. Enf. INÉS DEL CARMEN CASTILLO GRANDEZ, Dra.

MIEMBRO

ASESOR(ES):



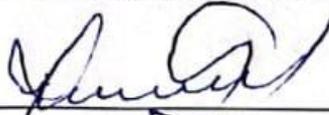
Lic. Enf. HAYDEE ALVARADO CORA, Dra.

ASESORA METODOLÓGICA



Lic. Enf. CARMEN MÉLIDA CHUQUIPIONDO CARRANZA, Dra.

ASESORA METODOLÓGICA



Lic. Estad. ELISEO EDGARDO ZAPATA VASQUEZ, Dr.

ASESOR ESTADÍSTICO

RESULTADO DEL INFORME DE SIMILITUD

Reporte de similitud

NOMBRE DEL TRABAJO

FE_TESIS_RENGIFO VASQUEZ.pdf

AUTOR

SONNY DEL PILAR RENGIFO VASQUEZ

RECUENTO DE PALABRAS

18429 Words

RECUENTO DE CARACTERES

94136 Characters

RECUENTO DE PÁGINAS

84 Pages

TAMAÑO DEL ARCHIVO

970.3KB

FECHA DE ENTREGA

Dec 15, 2023 7:37 PM GMT-5

FECHA DEL INFORME

Dec 15, 2023 7:38 PM GMT-5

● 33% de similitud general

El total combinado de todas las coincidencias, incluidas las fuentes superpuestas, para cada base de datos.

- 31% Base de datos de Internet
- Base de datos de Crossref
- 19% Base de datos de trabajos entregados
- 2% Base de datos de publicaciones
- Base de datos de contenido publicado de Crossref

● Excluir del Reporte de Similitud

- Material bibliográfico
- Coincidencia baja (menos de 10 palabras)

A Dios y a mi familia por ser mi guía y apoyo en cada momento de mi vida.

Sonny del Pilar Rengifo Vásquez

AGRADECIMIENTO

A los distinguidos miembros del Jurado Calificador: Lic. Enf. Zoraida Rosario Silva Acosta Dra; Lic. Enf. Elva Lorena Reategui Del Castillo Dra; Lic. Enf. Inés Del Carmen Castillo Grandez, Dra, por sus valiosos aportes durante la elaboración y ejecución de la tesis.

A la Lic. Enf. Haydee Alvarado Cora Dra y Lic. Enf. Carmen Melida Chuquipiondo Carransa Dra. asesoras de la tesis por su apoyo y motivación constante que ha hecho posible culminar con éxito mi tesis.

Al Lic. Estad. Eliseo Edgardo Zapata Vásquez Dr., por la asesoría estadística, quien hizo posible la planificación, organización y evaluación del tratamiento estadístico de los datos.

Al Hospital Regional de Loreto por permitir el acceso a las fichas de registro (Historia clínica), para poder realizar el estudio.

ÍNDICE GENERAL

	Páginas
PORTADA	i
ACTA DE SUSTENTACIÓN	ii
JURADO Y ASESORES	iii
RESULTADO DEL INFORME DE SIMILITUD	iv
DEDICATORIA	v
AGRADECIMIENTO	vi
ÍNDICE GENERAL	vii
ÍNDICE DE TABLAS	ix
ÍNDICE DE GRÁFICOS	xi
RESUMEN	xiii
ABSTRACT	xiv
INTRODUCCIÓN	1
CAPÍTULO I: MARCO TEÓRICO	6
1.1. Antecedentes	6
1.2. Bases teóricas	11
1.3. Definición de términos básicos	28
CAPÍTULO II: HIPÓTESIS Y VARIABLES	29
2.1. Formulación de la hipótesis	29
2.2. Variables y su operacionalización	31
CAPÍTULO III: METODOLOGÍA	33
3.1. Tipo y diseño	33
3.2. Diseño Muestral	33
3.3. Procedimiento de recolección de datos	34
3.4. Procesamiento y análisis de datos	36
3.5. Aspectos éticos	36
CAPÍTULO IV: RESULTADOS	38
CAPÍTULO V: DISCUSIÓN	75
CAPÍTULO VI: CONCLUSIONES	82
CAPÍTULO VII: RECOMENDACIONES	83

CAPÍTULO VIII: FUENTES DE INFORMACIÓN	85
ANEXOS	91
Anexo 1. Matriz de consistencia	92
Anexo 2. Ficha de características maternas y fetales de neonatos prematuros atendidos en el Hospital Regional de Loreto 2018 – 2019.	94
Anexo 3. Ficha de la clasificación de prematuridad en neonatos atendidos en el Hospital Regional de Loreto 2018 2019.	96

ÍNDICE DE TABLAS

		Páginas
Tabla 1.	Edad materna en neonatos atendidos en el Hospital Regional de Loreto 2018 – 2019.	38
Tabla 2.	Control prenatal materno en neonatos atendidos en el Hospital Regional de Loreto 2018 - 2019.	39
Tabla 3.	Consumo de tabaco de la madre en neonatos prematuros atendidos en el Hospital Regional de Loreto 2018 - 2019.	40
Tabla 4.	Paridad materna en neonatos prematuros atendidos en el Hospital Regional de Loreto 2018 - 2019.	41
Tabla 5.	Intervalo intergenésico materno en neonatos prematuros atendidos en el Hospital Regional de Loreto 2018 - 2019.	42
Tabla 6.	Antecedentes de embarazos múltiples maternos en neonatos prematuros atendidos en el Hospital Regional de Loreto 2018 - 2019.	43
Tabla 7.	Infección urinaria materna en neonatos prematuros atendidos en el Hospital Regional de Loreto 2018-	44
Tabla 8.	2019. Partos pretérminos anteriores maternos en neonatos prematuros atendidos en el Hospital Regional de Loreto 2018 - 2019.	45
Tabla 9.	Rotura prematura de membranas materna en neonatos prematuros atendidos en el Hospital Regional de Loreto 2018 – 2019.	46
Tabla 10.	Anemia materna en neonatos prematuros atendidos en el Hospital Regional de Loreto 2018 – 2019.	47
Tabla 11.	Hipertensión arterial materna en neonatos prematuros atendidos en el Hospital Regional de Loreto 2018 – 2019.	48
Tabla 12.	Anomalías congénitas en neonatos prematuros atendidos en el Hospital Regional de Loreto 2018 –	49

Tabla 14.	Edad materna y prematuridad en neonatos atendidos en el Hospital Regional de Loreto 2018 – 2019.	51
Tabla 15.	Control prenatal materno y prematuridad en neonatos atendidos en el Hospital Regional de Loreto 2018 – 2019.	53
Tabla 16.	Consumo de tabaco de la madre y prematuridad en neonatos atendidos en el Hospital Regional de Loreto 2018 – 2019.	55
Tabla 17.	Paridad materna y prematuridad en neonatos atendidos en el Hospital Regional de Loreto 2018 – 2019.	57
Tabla 18.	Intervalo intergenésico materno y prematuridad en neonatos atendidos en el Hospital Regional de Loreto 2018 – 2019.	59
Tabla 19.	Antecedentes de embarazos múltiples materno y prematuridad en neonatos atendidos en el Hospital Regional de Loreto 2018 – 2019.	61
Tabla 20.	Infección urinaria materna y prematuridad en neonatos atendidos en el Hospital Regional de Loreto 2018 – 2019.	63
Tabla 21.	Partos pretérminos anteriores maternos y prematuridad en neonatos atendidos en el Hospital Regional de Loreto 2018 – 2019.	65
Tabla 22.	Rotura prematura de membranas en el parto materno y prematuridad en neonatos atendidos en el Hospital Regional de Loreto 2018 – 2019.	67
Tabla 23.	Anemia materna y prematuridad en neonatos atendidos en el Hospital Regional de Loreto 2018 – 2019.	69
Tabla 24.	Hipertensión arterial materna y prematuridad en neonatos atendidos en el Hospital Regional de Loreto 2018 – 2019.	71
Tabla 25.	Anomalías congénitas y prematuridad en neonatos atendidos en el Hospital Regional de Loreto 2018 – 2019	73

ÍNDICE DE GRÁFICOS

	Páginas
Gráfico 1. Edad materna en neonatos atendidos en el Hospital Regional de Loreto 2018 – 2019.	38
Gráfico 2. Control prenatal materno en neonatos atendidos en el Hospital Regional de Loreto 2018 - 2019.	39
Gráfico 3. Consumo de tabaco de la madre en neonatos prematuros atendidos en el Hospital Regional de Loreto 2018 – 2019.	40
Gráfico 4. Paridad materna en neonatos prematuros atendidos en el Hospital Regional de Loreto 2018 - 2019.	41
Gráfico 5. Intervalo intergenésico materno en neonatos prematuros atendidos en el Hospital Regional de Loreto 2018 – 2019.	42
Gráfico 6. Antecedentes de embarazos múltiples maternos en neonatos prematuros atendidos en el Hospital Regional de Loreto 2018 – 2019.	43
Gráfico 7. Infección urinaria materna en neonatos prematuros atendidos en el Hospital Regional de Loreto 2018 – 2019.	44
Gráfico 8. Partos pretérminos anteriores maternos en neonatos prematuros atendidos en el Hospital Regional de Loreto 2018 – 2019.	45
Gráfico 9. Rotura prematura de membranas materna en neonatos prematuros atendidos en el Hospital Regional de Loreto 2018 – 2019.	46
Gráfico 10. Anemia materna en neonatos prematuros atendidos en el Hospital Regional de Loreto 2018 – 2019.	47
Gráfico 11. Hipertensión arterial materna en neonatos prematuros atendidos en el Hospital Regional de Loreto 2018 – 2019.	48
Gráfico 12. Anomalías congénitas en neonatos prematuros atendidos en el Hospital Regional de Loreto 2018 – 2019.	49
Gráfico 13. Prematuridad en neonatos atendidos en el Hospital Regional de Loreto 2018 – 2019.	50

Gráfico 14.	Edad materna y prematuridad en neonatos atendidos en el Hospital Regional de Loreto 2018 – 2019.	51
Gráfico 15.	Control prenatal materno y prematuridad en neonatos atendidos en el Hospital Regional de Loreto 2018 – 2019.	53
Gráfico 16.	Consumo de tabaco en la madre y prematuridad en neonatos atendidos en el Hospital Regional de Loreto 2018 – 2019.	55
Gráfico 17.	Paridad materna y prematuridad en neonatos atendidos en el Hospital Regional de Loreto 2018 – 2019.	57
Gráfico 18.	Intervalo intergenésico materno y prematuridad en neonatos atendidos en el Hospital Regional de Loreto 2018 – 2019.	59
Gráfico 19.	Antecedente de embarazos múltiples materno y prematuridad en neonatos atendidos en el Hospital Regional de Loreto 2018 – 2019.	61
Gráfico 20.	Asociación de la infección urinaria materna y prematuridad en neonatos atendidos en el Hospital Regional de Loreto 2018 – 2019.	63
Gráfico 21.	Asociación de partos pretérminos anteriores maternos y prematuridad en neonatos atendidos en el Hospital	65
Gráfico 22.	Regional de Loreto 2018 – 2019. Rotura prematura de membrana en el parto materno y prematuridad en neonatos atendidos en el Hospital	67
Gráfico 23.	Regional de Loreto 2018 – 2019. Anemia materna y prematuridad en neonatos atendidos en el Hospital Regional de Loreto 2018 –	69
Gráfico 24.	2019. Hipertensión arterial materna y prematuridad en neonatos atendidos en el Hospital Regional de Loreto	71
Gráfico 25.	2018 – 2019. Anomalías congénitas y prematuridad en neonatos atendidos en el Hospital Regional de Loreto 2018 –	73

RESUMEN

El objetivo fue, determinar la relación entre las variables materno fetales y la prematuridad en neonatos atendidos en el Hospital Regional de Loreto de la ciudad de Iquitos durante los años 2018 y 2019. Se empleó el método cuantitativo con diseño no experimental descriptivo correlacional retrospectivo. La muestra estuvo conformada por 126 historias clínicas. La técnica fue la revisión documentaria y los instrumentos ficha de características maternas y fetales en neonatos prematuros y ficha de clasificación de la prematuridad en neonatos. Para el procesamiento de la información se utilizó el paquete estadístico SPSS versión 24.0 y para el análisis se utilizó la prueba estadística chi cuadrado (χ^2). Los resultados fueron: existe relación estadística significativa entre la prematuridad con, la edad $p = 0,011$ ($p < 0,05$), controles prenatales de la madre $p = 0,000$ ($p < 0,05$), consumo de tabaco en la madre $p = 0,014$ ($p < 0,05$), paridad en la madre $p = 0,044$ ($p < 0,05$), intervalo intergenésico en la madre $p = 0,025$ ($p < 0,05$), infección urinaria en la madre $p = 0,042$ ($p < 0,05$), partos pretérminos en la madre $p = 0,001$ ($p < 0,05$), presencia de anemia en la madre $p = 0,014$ ($p < 0,05$), presencia de hipertensión arterial en la madre $p = 0,023$ ($p < 0,05$). Así mismo, no existe relación estadística significativa con antecedente de embarazos múltiples $p = 0,274$ ($p > 0,05$) y rotura prematura de membrana $p = 0,955$ ($p > 0,05$). Concluyendo que existe relación entre las variables materno fetales y la prematuridad en neonatos atendidos en el Hospital regional de Loreto, Iquitos 2018-2019.

PALABRAS CLAVE: Materno Fetal, Prematuridad, Neonato

ABSTRACT

The objective was to determine the relationship between maternal-fetal variables and prematurity in neonates treated at the Loreto Regional Hospital in the city of Iquitos during the years 2018 and 2019. The quantitative method was used with a retrospective descriptive correlational non-experimental design. The sample consisted of 126 medical records. The technique was the documentary review and the instruments, maternal and fetal characteristics sheet in premature neonates and prematurity classification sheet in neonates. The SPSS statistical package version 24.0 was used to process the information and the chi square statistical test (χ^2) was used for the analysis. The results were: there is a significant statistical relationship between prematurity and age $p = 0.011$ ($p < 0.05$), maternal prenatal check-ups $p = 0.000$ ($p < 0.05$), maternal tobacco use $p = 0.014$ ($p < 0.05$), parity in the mother $p = 0.044$ ($p < 0.05$), interpregnancy interval in the mother $p = 0.025$ ($p < 0.05$), urinary infection in the mother $p = 0.042$ ($p < 0.05$), preterm births in the mother $p = 0.001$ ($p < 0.05$), presence of anemia in the mother $p = 0.014$ ($p < 0.05$), presence of arterial hypertension in the mother $p = 0.023$ ($p < 0.05$). Likewise, there is no significant statistical relationship with a history of multiple pregnancies $p = 0.274$ ($p > 0.05$) and premature rupture of membrane $p = 0.955$ ($p > 0.05$). Concluding that there is a relationship between maternal-fetal variables and prematurity in neonates treated at the Regional Hospital of Loreto, Iquitos 2018-2019

KEYWORDS: Maternal Fetal, Prematurity, Neonate

INTRODUCCIÓN

En la salud pública el parto prematuro es un grave problema por su elevada morbimortalidad, así como por los enormes gastos sociales y económicos que supone su consideración. El nacimiento prematuro afecta aproximadamente a 1 de cada 10 recién nacidos alrededor del mundo. Existen numerosos factores determinantes. El parto prematuro abarca tanto causas biológicas como las que son responsabilidad del sector sanitario y del Estado, como los determinantes medioambientales, económicos, políticos y sociales. (1)

Acorde a la Organización Mundial de la Salud, la prematuridad es un problema urgente de salud pública. Según las estimaciones disponibles, cada año nacen 15 millones de bebés prematuros, lo que representa más de uno de cada diez bebés nacidos en todo el mundo, y un número aún mayor de bebés (más de 20 millones) presentan peso bajo al nacer. Actualmente la prematuridad, que marca una tendencia creciente en términos numéricos, es la principal causa de muerte entre los niños menores de cinco años.(2)

En América Latina, Cada año, aproximadamente 35.000 bebés que nacen prematuramente pierden la vida debido a estas complicaciones; Brasil con 9.000 muertes ocupa el primer lugar, seguidamente México con 6,000 muertes, posterior a ello, Colombia con 3,500 muertes, Argentina con 2,400 muertes, Venezuela con 2,200 muertes, Perú con 2.000 muertes y, por último, Guatemala, Bolivia, Honduras y Ecuador con menos de 1,700 muertes cada uno. Costa Rica y Chile presentan las mayores tasas de mortalidad infantil por complicaciones de parto prematuro, con 27,2% y 27,1%, respectivamente; La tasa de Perú es del 19,6%, siendo la más baja la de Guatemala, con un 12,6%.(3)

La Organización Mundial de la Salud en el año 2018, refiere en una publicación, que se estima que tres cuartas partes de la mortalidad neonatal,

especialmente entre los recién nacidos prematuros, podrían prevenirse mediante el uso de terapias existentes y de bajo costo.(3)

Conforme el Sistema de Registro de Certificados de Nacido Vivo en Línea (Minsa) del Ministerio de Salud, los nacimientos prematuros en el Perú han aumentado un poco este año. Entre enero y octubre de 2022, se registraron 27,383 nacimientos prematuros, lo que representa un aumento del 0.10% en comparación con el mismo período en 2021. Asimismo, señalan que la prematuridad es un riesgo potencial de morbilidad infantil a nivel global, siendo considerado uno de los tantos desafíos más serios para la salud pública, debido a que cuando un neonato nace prematuro enfrenta una variedad de riesgos con múltiples consecuencias, que van desde limitaciones físicas, dificultades auditivas o visuales, enfermedades pulmonares crónicas, hasta discapacidades motoras neuronales como la parálisis cerebral. El impacto sobre los supervivientes y sus familias puede ser catastrófico, especialmente si tienen bajos ingresos o viven en la pobreza.

Datos proporcionados por la Sala Virtual de Muerte Fetal y Neonatal del Centro Nacional de Epidemiología, Prevención y Control de Enfermedades (CDC Perú), durante la Semana Epidemiológica (SE) 40-2022, se registraron 1898 fallecimientos neonatales. De estos, el 67.6% estuvo asociado a la prematuridad o a complicaciones relacionadas con la prematuridad.(4)

De acuerdo con los registros del Ministerio de Salud, en relación con los casos acumulados de fallecimiento de recién nacidos durante los años 2017-2018 y 2019 en las distintas entidades de salud del país, como las Geresas (Gerencias Regionales de Salud), las Diresas (Direcciones Regionales de Salud) y las Diris (Direcciones de Redes Integradas de Salud), se observa que la Diris Lima Centro presentó la mayor cantidad de decesos en bebés durante la etapa neonatal (es decir, antes de los 28 días de nacido) se produjeron en la Diris Lima Centro: con un total de 234 casos. Le siguieron la Región Libertad (134 casos), Cusco (114 casos), Lambayeque (100 casos), Loreto (90 casos), Junín (83 casos), Diris Lima Norte (82 casos) y Puno (80 casos).

Por otra parte, los departamentos con una menor tasa de mortalidad neonatal prematura son Moquegua (5), Cutervo (6), Chanka y Chota (7), Madre de Dios (11), Apurímac (12), Tumbes (17) y Tacna (18).(5)

El Hospital Regional de Loreto, en el 2021 registró 451 y en el 2022, 471 neonatos prematuros, que fueron hospitalizados en la Unidad de Cuidados Neonatales (UCIN).(6)

Cabe destacar que, existen muchos factores y/o variables que pueden estar asociadas a prematuridad, así lo demostró Toro C. et al. (2021) en su estudio de las variables maternas asociadas a la prematuridad en las embarazadas proveniente de un centro de salud público de Trujillo (Perú), descubrió que menos de cuatro controles prenatales durante el periodo de gestación se asociaba al nacimiento prematuro (OR 2,65; IC 95%: 2,21-3,18). La ausencia de infección urinaria, por su parte, se relaciona con un menor riesgo de prematuridad (OR 0,73; IC 95%: 0,56-0,95).(7)

Carrasco A. (2019) observó en su investigación, que los recién nacidos prematuros se diferenciaban por haber presentado en la evolución del embarazo: infecciones del tracto urinario ($p = 0,04$); se identificaron problemas durante la gestación: pre eclampsia y ruptura prematura de membranas ($p=0,00$), así como el intervalo intergenésico (mayor o igual a 2 años) ($p = 0,00$).(8)

Milján I, et al. (2019), determinó, en cuanto a las variables epidemiológicas de las madres que tuvieron parto prematuro, que el 59,5% tenía entre 20 y 34 años de edad, el 64.5% eran nulíparas, el 7.6% presentaron hipertensión arterial crónica. En cuanto a la edad gestacional el 45.6% ingreso a las 28 y 31.6 semanas de gestación, El 15,1% ingresó con menos de 28 semanas de embarazo.(9)

De acuerdo a lo revisado, la presente investigación intenta dar evidencia científica acerca de las variables maternas y neonatales que se asocian a la prematuridad, en nuestro medio a través del análisis del documento,

información que ayudará al equipo directivo del HRL (Hospital Regional de Loreto) replantear estrategias de intervención y mejora de sus procesos de atención, así como el cuidado de enfermería.

Así mismo, el presente estudio busca encontrar respuesta a la interrogante ¿Cuál es la relación que existe entre las variables materno fetales y la prematuridad en neonatos atendidos en el Hospital Regional de Loreto de la ciudad de Iquitos durante los años 2018 y 2019?

Los resultados de la presente investigación contribuye, en el aspecto teórico, con información sustentada científicamente respecto a las variables que se asocian con la prematuridad, en la investigación, proporciona una importante base de datos para futuras investigaciones con otras metodologías, en la práctica, proporciona a los proveedores del cuidado de la salud, información importante para incidir en áreas específicas como: coordinaciones con el primer nivel para realizar seguimiento a las madres en riesgo de parto prematuro y cumplimiento del control prenatal, vigilancia y monitoreo de la gestante hospitalizada, y promoción del autocuidado del embarazo, en lo social, proporciona percepción de seguridad y satisfacción de los padres respecto al cuidado del neonato prematuro.

El objetivo general es, determinar la relación entre las variables materno fetales y la prematuridad en neonatos atendidos en el Hospital Regional de Loreto de la ciudad de Iquitos durante los años 2018 y 2019. Así mismo, los objetivos específicos son: a) Identificar las variables maternas: Edad, Control pre natal, consumo de tabaco, paridad, intervalo intergenésico, embarazo múltiple, infección urinaria, parto pre termino anterior, rotura prematura de membranas, anemia, hipertensión arterial, en las historias clínicas de los neonatos prematuros atendidos en el Hospital Regional de Loreto de la ciudad de Iquitos durante los años 2018 y 2019, b) Identificar las variables fetales: anomalías congénitas, en las historias clínicas de los neonatos prematuros atendidos en el Hospital Regional de Loreto de la ciudad de Iquitos durante los años 2018 y 2019, c) Identificar el grado de prematuridad de neonatos atendidos en el Hospital Regional de Loreto de la

ciudad de Iquitos durante los años 2018 y 2019 y c) Relacionar las variables materno fetales con la prematuridad en neonatos atendidos en el Hospital Regional de Loreto de la ciudad de Iquitos durante los años 2018 y 2019.

El método empleado es el cuantitativo, con diseño no experimental descriptivo, transversal, correlacional, retrospectivo. La población y muestra está conformada por 126 historias clínicas de recién nacidos prematuros atendidos en el Hospital Regional de Loreto de la ciudad de Iquitos durante los años 2018 y 2019.

La tesis cuenta con VIII Capítulos: Capítulo I: Marco teórico; Capítulo II: Hipótesis y variables; Capítulo III: Metodología; Capítulo IV: Resultados; Capítulo V: Discusión; Capítulo VI: Conclusiones; Capítulo VII: Recomendaciones y Capítulo VIII: Fuentes de información.

CAPÍTULO I: MARCO TEÓRICO

1.1. Antecedentes

En el año 2022, se llevó a cabo una revisión sistemática narrativa con un diseño descriptivo, para analizar los factores de riesgo vinculados con el parto prematuro. Se seleccionaron 30 investigaciones de PubMed, Sciencedirect, Scopus, Dianet, Plos One y Scielo que abarcaban el período entre los años 2015 y 2020. Los resultados obtenidos revelaron que los factores de riesgo relacionados con el parto prematuro incluyeron antecedentes de parto anterior prematuro (OR: 14.1), preeclampsia (OR: 10.3), menor nivel educativo materno (OR: 5.22, IC 95%: 2.01-13.58), antecedentes de muerte fetal (OR: 3.17, IC 95%: 1.20-8.36), menor cantidad de visitas prenatales (OR: 6.68, IC 95%: 2.71-16.48), hemorragia antes del parto (OR: 2.39, IC 95%: 1.04-5.53), edad materna avanzada (OR: 2.23, IC 95%: 0.97-4.85), residencia urbana (OR: 6.23), restricción de crecimiento intrauterino (OR: 3.77) e infecciones urinarias (OR: 3.7). Como conclusión, el estudio demostró que los factores de riesgo más frecuentes relacionado con el parto prematuro eran antecedentes de parto anterior prematuro, preeclampsia, menor nivel educativo materno, menor cantidad de visitas prenatales y una avanzada edad materna. (10)

En el 2022, se desarrolló una investigación cuantitativa, diseño analítico de casos y controles, con el objetivo de, determinar los factores maternos atribuibles a la prematurez en un hospital de Iquitos de III nivel entre los años 2020 - 2021, evaluando las historias de 104 madres con recién nacidos pretérmino y 208 madres con recién nacidos a término. Madres adolescentes (27,7% OR 2,83; 0,003), educación primaria (31,9% OR 3,22; 0. 000); soltera (36,0%,OR 3,34;

58% tuvo patologías en gestaciones previas, el 59% tuvo enfermedad relacionada a la gestación, el 64% tuvo controles prenatales insuficientes y el 11% tuvo múltiples embarazos. En cuanto a las características fetales, se descubrió que el 57% de los bebés prematuros eran varones, el 69% presentaban un test de Apgar 7 puntos, el 83% tenían un peso al nacer inferior a 2.500 gr, el 34% presentaban retraso del crecimiento intrauterino, el 58% oligohidramnios y el 69% presentación cefálica. El estudio concluyó que el parto distócico ($p = 0,001$), la paridad múltiple ($p = 0,002$), la presencia de RCIU ($p = 0,003$) y el oligohidramnios ($p = 0,001$) eran variables maternas relacionadas de forma estadísticamente sustancial con la prematuridad.(12)

En el año 2019 se ejecutó una investigación observacional, retrospectivo, transversal y analítico para determinar los factores de riesgo asociados al parto pretérmino en gestantes atendidas en el Hospital Amazónico Yarinacocha-Ucayali del periodo de enero a diciembre 2015, en 167 casos y 835 controles. La investigación determinó asociación significativa con la prematuridad, intervalo intergenésico corto menor de 1 año OR = 2.681, control prenatal deficiente VOR = 2.59, anemia grave (Hb menor a 7 g/dl) OR = 2.528, preeclampsia OR = 32 y embarazo múltiple, OR = 32 y 5. ruptura de membranas OR = 2.25. Este trabajo concluyó que el servicio de atención primaria de salud debe promover y brindar información adecuada sobre el parto prematuro y sus factores asociados a la misma para educar a las mujeres embarazadas sobre cómo identificar los factores asociados para que se pueda prevenir el parto prematuro.(13)

En el año 2019, se desarrolló una investigación, de tipo descriptivo correlacional, diseño no experimental transversal, con el objetivo de determinar las características epidemiológicas de madres que estuvieron asociadas al bajo peso al nacer de recién nacidos pre términos, en recién nacidos de bajo peso al nacer pre términos durante

el año 2018. La investigación determinó que los recién nacidos pretérmino se caracterizaban por haber tenido peso < 2500gr. y > 1500gr. en el 77,6%. Se evidenció una relación significativa en la característica biológica: anemia preparto ($p = 0,008$); características de la evolución del embarazo: enfermedades crónicas (anemia) ($p = 0,03$), infecciones: infecciones urinarias ($p = 0,04$); complicaciones del embarazo: preeclampsia y rotura prematura de membranas ($p = 0,00$) e intervalo intergenésico ($p = 0,00$). El trabajo concluyó que existe relación estadísticamente significativa entre las características maternas y el bajo peso al nacer de recién nacidos pre términos en el servicio de Neonatología del Hospital Hipólito Unanue de Tacna con un p valor de 0,001.(8)

En el 2019, se desarrolló una investigación, de tipo observacional analítica, diseño retrospectivo, transversal, con el objetivo de determinar los factores de riesgo asociados a la morbilidad de los prematuros en el periodo neonatal en el Hospital Carlos Monge Medrano de Juliaca, en el 2018, una muestra de 228 recién nacidos prematuros, 182 casos y 46 controles. El estudio determinó que 182 presentaron morbilidad (79,8%) y 41 fallecieron (17,9%). El estudio indicó que se encontró relación como factor de riesgo: prematuro extremo (OR:4,17; IC:1,01 a 18,17; $p:0,03$) y el Apgar al minuto menor a 7 (OR:2,29; IC:1,17 a 4,48; $p:0,0,001$) y relación como factor protector: prematuro leve (OR:0.17; IC:0.06 a 0.44; $p:0.001$) y Apgar de 7 a más (OR:0.06; IC:0.03 a 0.11; $p:0.001$). (3)

En el 2019, se desarrolló un estudio de tipo analítico transversal, con el objetivo de, estudiar la incidencia de enfermedad de membrana hialina en neonatos pretérminos en la Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales y factores relacionados a la mortalidad en esta población. El estudio determinó que, de 2057 nacimientos en 2018, se identificaron 167 (8,11%) fue internado en la unidad de cuidados intensivos neonatales y de estos, 79 (47,3%) nacieron prematuramente por enfermedad de membrana hialina. La tasa de mortalidad neonatal

fue de 161,6 por 1000 recién nacidos hospitalizados. Los factores relacionados fue la edad materna ≥ 35 años ($p = 0,010$; RP = 2,16; IC = 1,20-3,89), edad gestacional CAPURRO < 28 semanas ($p = 0,035$; RP = 2,16; IC = 1,15-50,3), peso extremadamente bajo al nacer ($p = 0,004$; RP = 18; IC = 2,58-125,6) APGAR < 7 al 1er ($p=0,001$; RP = 6,36, IC = 2,07-19,6) y 5to minuto de vida ($p = 0,001$; RP = 2,81; IC= 1,51–5,18), la reanimación neonatal con ventilación con presión positiva ($p = 0,018$; RP = 6; IC = 1,36-26,5), intubación endotraqueal ($p = 0,002$; PR = 9; IC = 2,19-36,9) y masaje cardiaco ($p = 0,001$; PR = 11,7; IC = 2,89-46,9); y ventilación mecánica ($p = 0,004$; RP = 2,84; IC = 1,41-5,72). El estudio concluye que la reanimación neonatal con ventilación con presión positiva ($p = 0,029$; RP = 3,89) y la ventilación mecánica ($p = 0,014$; RP = 2,01) son factores asociados a la mortalidad en los recién nacidos prematuros con enfermedad de la membrana hialina.(14)

En el 2019, se desarrolló una investigación, de tipo descriptivo transversal, con el objetivo de caracterizar las variables epidemiológicas relacionadas con el parto pretérmino espontáneo en el Hospital “Mariana Grajales” 2015 a 2017, Se valoraron variables epidemiológicas y las características relacionadas con el parto pretérmino. La investigación determinó, en cuanto a las características epidemiológicas de las pacientes con parto pretérmino que, el 59,5% tenía entre 20 y 34 años de edad, el 64.5% eran nulíparas, el 7.6% presentaron hipertensión arterial crónica. En cuanto a la edad gestacional el 45.6% ingreso a las 28 y 31.6 semanas, El 15,1% ingresó con menos de 28 semanas de gestación. El trabajo concluyó que, la edad gestacional y el momento del parto (≤ 7 días y > 7 días) tuvo resultados estadísticamente significativa (prueba t de Student $p < 0,001$), es decir las variables epidemiológicas modificables son susceptibles de modificación durante la estancia hospitalaria, en aras de disminuir la prematuridad extrema y sus consecuencias.(9)

1.2. Bases teóricas

Prematuridad

Definición.

Se describe como un recién nacido entre las semanas 22 y 37 semanas de gestación, caracterizada por la falta de madurez de sus órganos y/o sistemas, rasgo que predispone a la presentación y/o desarrollo de trastornos prematuros.(15)

La Norma Técnica N° 106-MINSA /DGSP, de atención integral de salud neonatal, lo define como el recién nacido de menos de 37 semanas completas (menos de 259 días) de gestación.(16)

Etiología

Muchas mujeres no tienen factores de riesgo conocidos para tener un parto prematuro, pero varias cosas pueden aumentar la probabilidad de que esto ocurra.

Las mujeres con estos factores de riesgo son más propensas a parir antes de término:

Tener antecedentes de trabajo de parto prematuro o parto prematuro

Quedar embarazada poco tiempo después (menos de un año) de haber tenido un bebé

Estar embarazada de más de un bebé

Tener un cuello uterino o un útero anormales

Ser menor de 16 años o mayor de 35 años

Tener problemas de salud, como presión arterial alta, diabetes, enfermedades cardíacas, enfermedades renales o niveles altos de estrés social o psicológico

Tabaquismo

Consumir drogas ilegales, como la cocaína

Además, las mujeres que tienen cualquiera de estos problemas durante el embarazo son más propensas a tener un parto prematuro:

Infecciones

Presión arterial alta

Diabetes

Problemas de coagulación

Problemas con la placenta

Sangrado vaginal

Algunos problemas del desarrollo en los bebés recién nacidos también pueden provocar el parto prematuro.(17)

De acuerdo con, Vergara A. 2020, indica que la prematuridad relacionadas con las causas maternas se produce con mayor frecuencia en gestantes añosas, antecedentes de parto pretérmino, incompetencia cervical, relacionada con el feto: Malformaciones congénitas, relacionadas a la gestación: Preeclampsia, infecciones urinarias, corioamnionitis, ruptura prematura de membranas, embarazo múltiple, diabetes materna, vaginosis bacteriana.(18)

Además, Osorio L y colaboradores (2008), afirman que existen diferentes factores asociados al parto prematuro. Estos incluyen un nivel socioeconómico bajo, que abarca aspectos como el ingreso familiar, el nivel educativo, la residencia, la clase social y la ocupación. También se identificó que la edad materna < 16 años o > a 35 años, el estado civil, la intensidad de la actividad laboral de la madre, la paridad, el tabaquismo y el consumo de otras drogas, así como las enfermedades maternas crónicas (como el asma, las cardiopatías, la diabetes y la hipertensión), las ITU, la bacteriuria asintomática, la vaginosis bacteriana, los embarazos múltiples, los antecedentes

obstétricos desfavorables (como partos pretérminos y abortos previos), las complicaciones del embarazo (como la pre eclampsia, la rotura prematura de membranas, el sangrado, la oligo o polihidramnios) y los factores fetales (como las malformaciones e infecciones) también se encuentran asociados. Estudios epidemiológicos realizados en diferentes países han confirmado el perfil médico, sociodemográfico y obstétrico de las gestantes con riesgo de parto pretérmino.(19)

Epidemiología

La Organización Mundial de la Salud indica que, el parto prematuro es una de las principales causas de muerte en niños < de 5 años. Además, se trata de una población muy vulnerable debido al alto riesgo de morbilidad, según las estadísticas demuestran que la cifra ha incrementado en los últimos años, siendo un grave problema sociosanitario y en una cuestión emergente. Cabe señalar que cada año se producen 15 millones de nacimientos, lo que significa que 1 de cada 10 recién nacidos es pretérmino, lo que representa entre el 5% y el 18% de los bebés prematuros, la mayoría de los cuales mueren debido a dificultades en el parto y a la prematuridad, convirtiéndose en la principal causa de muerte en el periodo neonatal. Según el boletín estadístico peruano de 2016, el 6,5% del total de nacimientos son prematuros y de los 27 mil nacidos, el 4,2% son extremadamente prematuros (> 28 EG), el 9% son muy prematuros (28-31 EG) y el 86,8% son prematuros tardíos (32-36 EG). De la misma forma, la Encuesta Demográfica y de Salud Familiar encontró que Lima tenía 29.5% de nacimientos prematuros, seguida por La Libertad y Piura, cada una con 6.5%. Asimismo, las muertes neonatales prematuras representaron el 66,8% del total de muertes de recién nacidos, siendo así la primera causa de muerte neonatal con un promedio del 25% del total de muertes, por ende, es uno de los factores de muerte infantil y de alta morbilidad en el Perú, siendo la discapacidad permanente una secuela, tanto física, como neurológica o de aprendizaje.(15)

Fisiopatología

Los neonatos pretérmino tienen una elevada morbilidad a causa de la falta de madurez de la mayor parte de sus órganos y sistemas. Hay una relación inversa entre edad gestacional y morbilidad, lo que significa que, a menor edad gestacional, mayor morbilidad.

El recién nacido prematuro, sobre todo el extremo, aún no está preparado para la vida extrauterina, y el principal problema es la asfixia. Posteriormente, el pulmón inmaduro es uno de los mayores retos que debe afrontar el neonato prematuro, o sea, la enfermedad de membrana hialina (EMH), ya que su vida depende del manejo adecuado de esta patología. Luego es el control y vigilancia de la apnea del prematuro, y paralelamente la prevención de la displasia broncopulmonar o enfermedad pulmonar crónica, mediante un adecuado manejo de la oxigenoterapia.(20)El segundo gran problema del prematuro extremo es la persistencia de la circulación fetal, que acompaña al pulmón inmaduro. Del manejo farmacológico o quirúrgico de la persistencia del ductus arterioso puede depender también la vida de este bebé. Otra patología frecuente en los prematuros extremos es la hemorragia peri-intraventricular, desencadenada por cambios bruscos de la presión venosa o arterial, que puede ser también mortal en el grado IV, y para lo cual no hay aún tratamiento conocido. La leucomalacia periventricular es otra patología diferente a la anterior, relacionada a episodios de hipoxia prolongada. Si sobrevive a las patologías mencionadas, el siguiente reto es evitar las infecciones intrahospitalarias que pueden dar lugar a sepsis, con o sin compromiso gastrointestinal (enterocolitis necrotizante) o con o sin compromiso neurológico (meningoencefalitis). Si no se realiza un manejo adecuado, oportuno y racional del oxígeno, podemos tener secuelas oftalmológicas, como la retinopatía del prematuro. El éxito del manejo del prematuro extremo depende del tratamiento oportuno de cada una de estas patologías 'mayores', lo cual conduce a la sobrevivencia de estos bebés con el menor riesgo de secuelas posteriores.(20)

Clasificación

La prematuridad se clasifica del siguiente modo: Prematuro tardío: de 32 a 36 semanas. Muy Prematuro: de 28 a 31 semanas. Extremadamente prematuro: antes de las 28 semanas, después de las 20 semanas.(18)

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS) conceptualiza la prematuridad como un nacimiento que se produce antes de las 37 semanas de gestación o antes de los 259 días de embarazo, a partir del primer día del ciclo menstrual anterior. La prematuridad se clasifica en grados en función del número de semanas de gestación (SG).

- a) Extremadamente prematuros (menores de 28 semanas de gestación) representan el 5,2% - 5,3% de todos los recién nacidos prematuros.
- b) Muy prematuros (28 - 31 semanas de gestación) representan el 10,4% de todos los recién nacidos prematuros.
- c) Moderadamente prematuros (32-36 semanas de gestación) estos constituyen la mayor parte de los recién nacidos prematuros, con el (84,3%) Un subgrupo de estos niños moderadamente prematuros se ha identificado como "niños prematuros tardíos" (34-36 semanas de gestación).(21)

Manejo de la Prematuridad

El manejo de los extremadamente prematuros debe tenerse en cuenta los siguientes factores: evitar la prematuridad y las infecciones prenatales, mayor el número de UCI neonatales y disponer de equipos adecuados. Capacitación permanente del personal involucrado, Seguimiento adecuado al alta, Fomentar la investigación, Adecuada aplicación de la bioética, Sistema de referencia y contra referencia adecuados y oportunos, Comités de morbilidad perinatal tecnología.(21)

Complicaciones

No obstante, no todos los recién nacidos pretérminos presentan complicaciones, el nacimiento prematuro suele provocar problemas de

salud a corto y largo periodo. Cuanto antes nazca un bebé, mayor será el peligro de dificultades. Al nacer el peso también es crucial.

Ciertos problemas pueden ser identificados antes del nacimiento, por otro lado, otras complicaciones pueden aparecer a largo plazo.(22)

Complicaciones a corto plazo

Durante las primeras semanas, las complicaciones de un parto prematuro comprenden las siguientes:

- Dificultades respiratorias. Debido a un sistema respiratorio poco desarrollado, un bebé prematuro puede tener dificultades para respirar. Como los pulmones no pueden expandirse y contraerse con regularidad, si los pulmones del bebé carecen de surfactante (una sustancia química que permite que los pulmones se expandan), puede desarrollar el síndrome de dificultad respiratoria. Los bebés prematuros también pueden padecer displasia broncopulmonar. Además, algunos recién nacidos prematuros pueden sufrir largas pausas en la respiración, una afección conocida como "apnea".(22)
- Problemas cardíacos. Los recién nacidos prematuros suelen padecer conducto arterioso persistente y tensión arterial baja (hipotensión). Una abertura persistente entre la aorta y la arteria pulmonar se conoce como conducto arterioso persistente. Aunque este defecto cardíaco suele cerrarse sola, al no ser tratada, suele provocar un soplo cardíaco, insuficiencia cardíaca y otras consecuencias. La presión arterial baja puede requerir cambios en los líquidos intravenosos, medicamentos y, en ciertos casos, transfusiones de sangre.(22)
- Problemas cerebrales. Cuanto más pronto se produzca el nacimiento, mayor es el peligro de hemorragia cerebral, también conocida como "hemorragia intraventricular". La mayoría de las hemorragias son leves y tienen pocas consecuencias a largo

plazo. Sin embargo, algunos bebés pueden sufrir hemorragias cerebrales importantes, que provocan daños cerebrales irreversibles.(22)

- Problemas con el control de la temperatura. Los recién nacidos pretérminos están condicionados a perder la temperatura corporal de manera rápida. Carecen de la grasa corporal almacenada de un recién nacido a término y son incapaces de producir el calor necesario para compensar la pérdida de calor por medio de la superficie corporal. Si la temperatura corporal desciende demasiado, puede provocar hipotermia (Disminución de la temperatura corporal por debajo de lo normal).(22)

La hipotermia del bebé pretérmino suele provocar dificultades respiratorias e hipoglucemia. Así mismo, un bebé pretérmino puede consumir la totalidad de energía que recibe de la lactancia para mantenerse caliente. Por ello, los neonatos pretérminos pequeños requieren calor suplementario de un calentador o una incubadora hasta que tienen edad suficiente para regular su temperatura corporal por sí mismos.(22)

- Problemas con el tracto gastrointestinal. Los recién nacidos prematuros tienen un tubo digestivo poco desarrollado, lo que les hace vulnerables a complicaciones como la enterocolitis necrosante. Este trastorno potencialmente mortal, en el que se destruyen las células que recubren la pared intestinal, puede aparecer en recién nacidos prematuros después de que empiecen a alimentarse. La enterocolitis necrosante es mucho menos frecuente en los recién nacidos prematuros que sólo toman leche materna.(22)
- Problemas sanguíneos. Los bebés prematuros están predispuestos a sufrir trastornos sanguíneos como anemia e ictericia infantil. La anemia es un trastorno frecuente en el que el

organismo carece de suficientes glóbulos rojos. Aunque todos los recién nacidos experimentan una disminución constante de glóbulos rojos a lo largo del primer mes de vida, los prematuros pueden presentar una disminución mayor.

La ictericia infantil viene a ser una coloración amarillenta de la piel y los ojos del recién nacido provocada por un exceso de bilirrubina. La ictericia puede deberse a diversos factores, aunque es más frecuente en los neonatos pretérminos.(22)

- Problemas metabólicos. Los recién nacidos prematuros suelen tener problemas metabólicos. Algunos recién nacidos prematuros pueden sufrir hipoglucemia (bajo nivel de azúcar en sangre). Los bebés prematuros suelen tener menos cantidad de glucosa almacenada que los recién nacidos a término. Además, los recién nacidos prematuros presentan más dificultades para transformar el glucógeno almacenado en formas activas de glucosa más útiles.(22)
- Problemas del sistema inmunitario. El sistema inmunitario de los bebés prematuros suele ser débil, la cual incrementa el riesgo de infecciones. En un bebé prematuro, una infección se puede extender con rapidez al torrente sanguíneo y provocar septicemia, una infección que se extiende al torrente sanguíneo.(22)

Complicaciones a largo plazo

Un parto prematuro a largo plazo suele provocar las siguientes complicaciones:

- Parálisis cerebral infantil. Es un problema de movimiento, tono muscular o postura causado por una enfermedad, un flujo sanguíneo insuficiente o una lesión cerebral. Infección, flujo sanguíneo insuficiente o lesión en el cerebro en desarrollo de un

bebé en el transcurso de la gestación o mientras el bebé es aún pequeño e inmaduro.(22)

- Deficiencia en el aprendizaje. En varios hitos del desarrollo, los recién nacidos prematuros tienen más probabilidades de sufrir retrasos que los nacidos a término. Un niño que nació pretérmino tiene más probabilidades de tener problemas de aprendizaje cuando llega a la edad escolar.(22)

- Problemas de visión. La retinopatía del prematuro es una condición que afecta a los bebés prematuros y se caracteriza por el crecimiento excesivo y la inflamación de los vasos sanguíneos en la capa de nervios sensibles a la luz en la parte posterior del ojo, conocida como retina. En ocasiones, los vasos sanguíneos anormales en la retina pueden dañarla progresivamente y desplazarla de su posición original. Cuando la retina se separa de la parte posterior del ojo, se denomina "desprendimiento de retina". Esta condición, si no se diagnostica a tiempo, puede causar una disminución en la visión e incluso llevar a la ceguera.(22)

- Problemas de audición. Los bebés que nacen prematuramente presentan un riesgo elevado de experimentar cierto grado de pérdida auditiva. Todos los recién nacidos se someten a pruebas de audición antes de ser dados de alta y regresar a sus hogares.(22)

- Problemas en los dientes. Los bebés prematuros que han enfrentado enfermedades graves tienen una probabilidad elevada de desarrollar complicaciones dentales, como retraso en la erupción de los dientes, alteraciones en el color dental y malformaciones de los mismos.(22)

- Problemas de conducta y psicológicos. Los bebés nacidos prematuramente tienen una mayor probabilidad de experimentar

ciertos problemas de comportamiento o psicológicos, así como retrasos en su desarrollo en comparación con los neonatos que nacen a término.(22)

- Problemas crónicos de salud. Los bebés que nacen prematuramente tienen una mayor tendencia a desarrollar enfermedades crónicas, algunos de los cuales pueden requerir hospitalización, en comparación con los niños que nacen a término. Existe una mayor posibilidad de que se presenten infecciones, asma y dificultades en la alimentación en los bebés prematuros, así como la probabilidad de que estas condiciones persistan. Además, los recién nacidos prematuros presentan un riesgo elevado de sufrir el síndrome de muerte súbita del lactante (SMSL).(22)

Variables materno fetales

Se trata de los rasgos o características que describen un determinado escenario, en este caso las características maternas y fetales.(23)

En cuanto a las características maternas, se tienen en cuenta factores sociodemográficos y clínico patológicos, como se indica a continuación:

Sociodemográficas

Edad materna

Es el número de años vivido desde el nacimiento.(24)

Los riesgos de salud de la madre y del hijo se incrementan cuando la primera es una adolescente de 15 años o tiene más de 35 años, debido a que las condiciones biopsicosociales repercuten en mayor cuantía y existe una incidencia más alta de toxemia, pseudogestosis e intervenciones obstétricas. Otras características relacionadas con la adolescencia son la soltería, el bajo nivel educativo, la inasistencia a las consultas y el hecho de que sólo la mitad de ellas consulte durante el primer trimestre. Y entre mayor edad cronológica, más

probabilidades hay de desarrollar problemas como la diabetes y la hipertensión. Estas patologías repercuten en el desarrollo de la gestación y provocar un nacimiento pretérmino(25)

Control prenatal

Es esencial para seguir la evolución perinatal del producto; las madres que no tienen o tienen pocos controles prenatales pueden tener partos prematuros. La Organización Mundial de la Salud recomienda 8 controles prenatales para prevenir la mortalidad infantil; el MINSA considera que 4 controles prenatales son una atención prenatal adecuada.(26)

Consumo de tabaco

El tabaquismo incide tanto en el nacimiento prematuro como también en el retraso del crecimiento intrauterino. Se demostró que los hijos de mujeres fumadoras pesan entre 200 y 300 gr menos al nacer que los hijos de mujeres que no son fumadoras. Las fumadoras tienen el doble de posibilidades de tener un bebé prematuro o con bajo peso. Los productos tóxicos del tabaquismo favorecen la degradación del lecho vascular y la modificación de la circulación, lo que compromete la oxigenación y la nutrición embrionaria. Por ello, debemos promover a las mujeres a que dejen de fumar, al menos durante el embarazo y la lactancia.(27)

Paridad

Es la totalidad de partos de una mujer. Según la paridad descubierta, puede dividirse en tres grupos: primíparas, multíparas y gran multíparas, según la paridad encontrada. Primípara Mujer es aquella que tuvo un parto que dio lugar a un producto viable, sin tomar en cuenta si el niño vivió o murió al nacer, o de si el parto fue único o múltiple. Una mujer que tuvo entre 2 y 3 hijos se considera multípara. Gran multípara, suele reservarse dicho nombre para la mujer que ha tenido de 4 a más partos.(28)

Intervalo Intergenésico

El tiempo transcurrido entre la finalización del embarazo anterior, tanto si dio lugar a un parto como a un aborto, y el inicio del embarazo actual; cuando es significativamente menor a dos años es mayor la incidencia de presentarse parto prematuro causado por la hipertrofia de los miocitos uterinos.(25)

Antecedente de embarazo múltiple

se produce cuando se desarrolla más de un feto. Los fetos gemelares suelen ser siempre el resultado de la fecundación de 2 óvulos diferentes (gemelos dicigóticos o fraternos) y, con menor frecuencia, el resultado de la división de un único óvulo fecundado (gemelos monocigóticos o idénticos). Ambos casos, suelen contribuir al desarrollo de embarazos con mayor número de fetos. Los embarazos con estos rasgos suponen un riesgo elevado para la madre y el feto, que crece a medida que incrementa el número de hijos. El nacimiento prematuro afecta al 60% de los gemelos, al 90% de los trillizos y a casi todos los cuatrillizos.(28)

Infección tracto urinario

Se define como la presencia de bacterias en el sistema urinario que pueden provocar alteraciones funcionales y/o morfológicas. Debemos comprobar la presencia de bacteriuria significativa (> 100.000 unidades formadoras de colonias (UFC)/ml de un único uropatógeno recogidas por micción espontánea en dos muestras consecutivas, > 1.000 UFC/ml si se recogen por sonda vesical, o cualquier cantidad si se obtienen por punción suprapúbica) mediante análisis de orina. Existen cambios fisiológicos y estructurales en las gestantes que incrementan el riesgo de infección del tracto urinario desde un punto de vista fisiopatológico. La dilatación pielocalicial es el más importante, ya que produce por causas mecánicas y hormonales y da lugar a hidrouréter/hidronefrosis. Esta ectasia ureterorrenal tiene una

capacidad de 200 ml. Al finalizar el primer trimestre, comienza la compresión mecánica del útero y de la vena ovárica sobre el uréter derecho. La influencia hormonal de la progesterona y de ciertas prostaglandinas reduce el tono y la contractilidad del uréter, favoreciendo el reflujo vesicoureteral. El incremento del 50% del volumen circulante provoca un aumento del filtrado glomerular, que favorece la estasis urinaria. Finalmente, también se ha visto que durante el embarazo la médula renal es particularmente sensible a la infección. En ella el ambiente hipertónico inhibe la migración leucocitaria, la fagocitosis y la actividad del complemento.(26)

Parto prematuro anterior

Un parto pretérmino Anterior es el principal factor de riesgo y por tanto el más importante para que en el próximo embarazo se desencadene un parto antes del término, y a menudo suele presentarse a la misma edad gestacional en la que se presentó la pérdida del embarazo anterior. Según varios estudios. El riesgo con un antecedente de parto pretérmino es del 14-22%, con dos antecedentes aumenta el riesgo 28 al 42% y con más de 3 partes pretérmino previos se incrementa al 67%. Por otro lado, hay tener en cuenta que el antecedente de un parto mayor de 37 semanas disminuye el riesgo en embarazos posteriores de presentar un parto pretérmino.(28)

Rotura prematura de membranas

La rotura prematura de membranas es una solución de continuidad de las membranas ovulares antes del inicio del parto, que pone en contacto la cavidad amniótica con el endocérnix y la vagina. La infección viene a ser una causa constante e importante de parto prematuro. De por sí, es el único mecanismo que tiene una clara relación causal con la prematuridad y una fisiopatología molecular bien definida. La rotura prematura de membranas sin infección suele provocar contracciones o, al menos, es una causa de parto prematuro.(28)

Anemia:

Varios estudios han relacionado esta condición no obstétrica del embarazo con el parto pretérmino y el bajo peso del recién nacido. En consecuencia, la evaluación hematológica y sus variantes es un aspecto valioso de la atención prenatal. Las anemias nutricionales suelen ser muy constantes en el embarazo; la anemia ferropénica representa el 75% aproximadamente de todas las anemias reconocidas y está causada principalmente por un aumento del consumo de hierro (Fe).(27)

Hipertensión arterial:

Se considera el factor más constante de los partos prematuros y el bajo peso al nacer tras una gestación múltiple, en el que el producto gestacional resulta dañado tanto por la patología como por los fármacos utilizados para tratarla. La preeclampsia (PE) durante la gestación provoca un aumento significativo en la incidencia de enfermedades y muertes durante el periodo perinatal, así como un mayor riesgo de sufrimiento fetal intraparto y retraso del crecimiento intrauterino (18,8% en la PE moderada y 37% en la PE grave). Para el bienestar materno, la enfermedad gestacional hipertensiva hace necesaria la interrupción del embarazo antes del término.(27)

Del mismo modo, la preeclampsia, se define como una lectura de presión arterial menor o igual 140/90 mm/Hg después de la semana 20 de embarazo, cuando la presión arterial previamente estaba dentro de los valores normales, y la presencia de mayor o igual de 300mg de proteína en una muestra de orina recogida durante el periodo de 24 horas, provoca una reducción de la perfusión de la placenta, lo que conlleva a una privación de oxígeno para el feto(hipoxia), colaborando al desarrollo de enfermedades como la enterocolitis necrotizante, el crecimiento intrauterino retardado y la asfixia neonatal, entre otras. Como también, se cree que la preeclampsia se caracteriza por cambios en la angiogénesis debido a la producción de factores de crecimiento placentario, endotelina soluble, fms-like y tirosina quinasa-1, que

pueden señalar problemas en recién nacidos. Ha habido informes de que los descendientes de mujeres con preeclampsias tenían niveles bajos de factor de crecimiento endotelial vascular (VEGF) y niveles altos de VEGFR-1, que están relacionados con problemas respiratorios neonatal, ya que el VEGF puede desempeñar un papel en la maduración pulmonar. Se cree que el estado hipertensivo del embarazo induce un incremento del cortisol en el neonato, lo que aumenta el riesgo de problemas respiratorios. En términos neurológicos, se ha descubierto que la descendencia de mujeres que padecen preeclampsia presenta un alto índice de inmadurez neuromuscular y física. Desde una perspectiva bioquímica, se relaciona con hipoglucemia, hipocalcemia e hipo o hipermagnesemia; además, existe una asociación entre el uso de Labetalol y la hipoglucemia del neonato hasta en un 50% de los casos.(18)

Características Fetales

Anomalías congénitas

Se refieren a las alteraciones que pueden ser de origen cromosómico y causar malformaciones múltiples. Estas anomalías son confirmadas mediante el análisis del cariotipo realizado en muestras de líquido amniótico o sangre del feto. Algunos ejemplos incluyen el Síndrome de Turner (XO), Trisomía 18, Trisomía.

No cromosómicas. De causa multifactorial, producto de factores ambientales, enfermedades maternas, agentes infecciosos, físicos, químicos, uso de medicamentos o de factores mecánicos durante el primer trimestre de la gestación, sin estudio cromosómico y asociadas con lesiones vellositarias sugerentes: inclusiones del trofoblasto, estroma inmaduro, trofoblasto hipoplásico, edema vellositario o calcificaciones. Habitualmente son malformaciones de un órgano o sistema: del tubo neural, cardiacos, del riñón y vía urinaria, displasias musculoesqueléticas y otros.(29)

Las anomalías cardíacas congénitas son el tipo más común de malformaciones presentes desde el nacimiento, afectando alrededor

del 1% de los recién nacidos. Por otro lado, las anomalías metabólicas se presentan en aproximadamente 1 de cada 3.500 RN 2,5. Las malformaciones más comunes en Sudamérica son las anomalías cardíacas (28 por cada 10.000 nacidos vivos), los defectos en el cierre del tubo neural (24 por cada 10.000 nacidos vivos), el síndrome de Down (16 por cada 10.000 nacidos vivos), el labio/paladar hendido (15 por cada 10.000 nacidos vivos) y los defectos en la pared abdominal (4 por cada 10.000 nacidos vivos).(30)

Cardiopatía congénita

Son anomalías anatómicas del corazón que surgen durante el proceso de formación del feto, en una fase temprana del embarazo (primer trimestre). Existen distintas formas de defectos cardíacos y diversas formas de clasificarlas. El modo y el momento de presentación son diferentes según el tipo de defecto, así el recién nacido afecto puede estar asintomático durante las primeras semanas o meses de vida o, por el contrario, presentar graves síntomas incompatibles con la vida tras el nacimiento. Debido a la posible gravedad de la enfermedad, siempre debe activarse un protocolo de diagnóstico inmediato en el caso de un recién nacido con sospecha de cardiopatía congénita.(31)

Defectos del cierre neural

Constituyen a un grupo de alteraciones que se muestran en las primeras fases del desarrollo fetal durante el embarazo, producen dificultades de diversa gravedad que afectan al desarrollo del infante y persisten durante toda la vida. La espina bífida, la anencefalia y la encefalocele pertenecen a esta categoría.

Durante las primeras tres o cuatro semanas del embarazo, un tipo de células del embrión se fusionan para formar un tubo estrecho que dará lugar a la formación de la médula espinal, el cerebro y los huesos y tejidos que les rodean. Este tubo neural se completa a las 6 semanas de embarazo, incluso antes de que la mujer se dé cuenta de que está embarazada. Cuando el tubo no se cierra correctamente en algún lugar a lo largo del mismo se producirá defectos del cierre neural.(32)

Defectos de pared abdominal

Son una clase de anomalías congénitas que se distinguen por la protrusión o evisceración de uno o varios órganos de la cavidad abdominal como consecuencia de una anomalía en el desarrollo de la pared abdominal. Los trastornos más comunes de este grupo son la gastrosquisis y el onfalocele, pero existen otros, como la pentalogía de Cantrell, el complejo de la pared de las extremidades y la extrofia vesical y cloacal.

Cada una de estas enfermedades (excluido el onfalocele) tienen un mismo origen durante el desarrollo embrionario que es el fallo en el cierre de los pliegues laterales de la pared abdominal en la cuarta semana del desarrollo embrionario.(33)

Síndrome de Down (Trisomía 21)

Es el origen genético más común de deterioro cognitivo detectable. Además, es conocido como trisomía 21. Se trata de una anomalía cromosómica que afecta a 1 de cada 800 recién nacidos, la frecuencia aumenta a medida que la edad de la madre avanza. Es la anomalía cromosómica más prevalente y mejor conocida.(34)

Labio/paladar hendido

El labio leporino y el paladar hendido es una fisura labio-palatina, una malformación craneofacial congénita producida por una falta de fusión parcial o total de la etapa de desarrollo facial embrionario durante las primeras semanas de su desarrollo; también se dañan los maxilares y los tejidos blandos. La hendidura del paladar se da cuando la fusión de los paladares anterior y posterior no se sella correctamente, se forma una unión entre la cavidad oral y la nasal. Puede extenderse desde la parte frontal del paladar duro hasta el paladar al blando.(35)

1.3. Definición de términos básicos

Prematuridad. Nacimiento que acontece antes de que se alcancen las 37 semanas de gestación.(21)

Preeclampsia. Es la elevación de la presión arterial por encima de los 140/90 mm/Hg que ocurre después de la semana 20 de embarazo.(18)

Paridad. Cantidad de partos que ha experimentado una mujer.(18)

Embarazo normal. periodo fisiológico de la mujer que comienza con la concepción y finaliza con el parto y el nacimiento del neonato.(36)

Embarazo de alto riesgo. Embarazo en el cual exista posibilidad de que se produzcan condiciones patológicas o anomalías para la salud de la madre o del bebé.(36)

Parto. Evento activo y pasivo que encaminan la expulsión vaginal del producto de la concepción, la placenta y sus anexos.(36)

Nacimiento. Expulsión o extracción completa del producto de la concepción del organismo materno. (36)

Recién nacido. Producto de la concepción desde el nacimiento hasta los 28 días de edad.(27)

Anomalías congénitas. Condición o problema médico que presenta el neonato desde su nacimiento estructural y funcionalmente.(37)

CAPÍTULO II: HIPÓTESIS Y VARIABLES

2.1. Formulación de la hipótesis

Hipótesis general

Existe relación estadística significativa entre las variables maternos fetales y la prematuridad en neonatos atendidos en el Hospital Regional de Loreto de la ciudad de Iquitos durante los años 2018 y 2019.

Hipótesis específicas

- Existe relación estadística significativa entre la edad y la prematuridad en neonatos atendidos en el Hospital Regional de Loreto de la ciudad de Iquitos durante los años 2018 y 2019.
- Existe relación estadística significativa entre el control prenatal y la prematuridad en neonatos atendidos en el Hospital Regional de Loreto de la ciudad de Iquitos durante los años 2018 y 2019.
- Existe relación estadística significativa entre el consumo de tabaco y la prematuridad en neonatos atendidos en el Hospital Regional de Loreto de la ciudad de Iquitos durante los años 2018 y 2019.
- Existe relación estadística significativa entre la paridad y la prematuridad en neonatos atendidos en el Hospital Regional de Loreto de la ciudad de Iquitos durante los años 2018 y 2019.
- Existe relación estadística significativa entre el intervalo intergenésico y la prematuridad en neonatos atendidos en el Hospital Regional de Loreto de la ciudad de Iquitos durante los años 2018 y 2019.

- Existe relación estadística significativa entre el antecedente de embarazo múltiple y la prematuridad en neonatos atendidos en el Hospital Regional de Loreto de la ciudad de Iquitos durante los años 2018 y 2019.
- Existe relación estadística significativa entre la infección urinaria en la gestación y la prematuridad en neonatos atendidos en el Hospital Regional de Loreto de la ciudad de Iquitos durante los años 2018 y 2019.
- Existe relación estadística significativa entre parto pre término anterior y la prematuridad en neonatos atendidos en el Hospital Regional de Loreto de la ciudad de Iquitos durante los años 2018 y 2019.
- Existe relación estadística significativa entre la rotura prematura de membranas y la prematuridad en neonatos atendidos en el Hospital Regional de Loreto de la ciudad de Iquitos durante los años 2018 y 2019.
- Existe relación estadística significativa entre la anemia en la gestación y la prematuridad en neonatos atendidos en el Hospital Regional de Loreto de la ciudad de Iquitos durante los años 2018 y 2019.
- Existe relación estadística significativa entre la hipertensión arterial y la prematuridad en neonatos atendidos en el Hospital Regional de Loreto de la ciudad de Iquitos durante los años 2018 y 2019.
- Existe relación estadística significativa entre la anomalía congénita y la prematuridad en neonatos atendidos en el Hospital Regional de Loreto de la ciudad de Iquitos durante los años 2018 y 2019.

2.2. Variables y su operacionalización

Variable	Definición conceptual	Tipo por su relación	Dimensiones	Indicador	Escala de medición	Categorías	Valores de las categorías	Medio de verificación
Variables materno fetales	Son aquellas características o atributos que identifican condiciones maternas y fetales	Independiente	Características maternas	Edad de la madre	Ordinal	Adolescente	Menor de 18 años	Ficha de características maternas y fetales de Neonatos prematuros atendidos en el Hospital Regional de Loreto.
						Joven	De 18 a 34 años	
						Adulto	De 35 a más años	
				Control pre natal	Ordinal	Completos	más de 6 controles	
						Incompletos	menos de 6 controles	
						Ninguno	Sin control	
				Consumo de tabaco	Nominal	Si	1	
						No	2	
				Paridad	Ordinal	Primípara	Un parto	
						Múltipara	De 2 a 3 partos	
						Gran múltipara	De 4 a mas	
				Intervalo intergenésico	Ordinal	Sin intervalo	Primíparas	
						Intervalo corto	Menor o igual a 1 año	
						Intervalo optimo	De 2 a 3 años	
				Antecedente de embarazo múltiple	Nominal	Si	De 2 a más fetos	
						No	Feto único	
Infección urinaria	Nominal	Si	1					
		No	2					
Parto pre término anterior	Nominal	Si	1					
		No	2					
Rotura prematura de	Nominal	Si	1					

				membranas		No	2	
				Anemia	Nominal	Si	Hb menor de 11 gm/dL	
						No	Hb de 11gm/dl a mas	
				Hipertensión arterial	Nominal	Si	1	
						No	2	
			Características fetales	Anomalías congénitas: incluye Cardiopatías, defectos del cierre neural, defectos de pared abdominal, Síndrome de Down, labio/paladar hendido	Nominal	Si	1	
							No	2
Prematuridad en neonatos	Recién nacido, que nace entre las semanas 22 y 37 de gestación que presenta falta de madurez en sus órganos y/o sistemas, lo que le predispone a presentar y/o adquirir trastornos prematuros.	Dependiente	Clínica	Clasificación de prematuridad	Nominal	Moderadamente prematuro	De 32 a 36 semanas	Ficha de clasificación de la prematuridad en neonatos atendidos en el Hospital Regional de Loreto
						Muy prematuro	De 28 a 31 semanas	
						Extremadamente prematuro	Antes de las 28 semanas, luego de las 20 semanas.	

CAPÍTULO III: METODOLOGÍA

3.1. Tipo y diseño

El tipo de investigación fue cuantitativo porque el procesamiento y análisis de los datos investigados fueron expresados cuantitativamente y se utilizaron pruebas estadísticas para probar la hipótesis planteada y dar respuesta al problema de la investigación.

El diseño que se empleó en el presente estudio fue el no experimental, porque se observó al fenómeno tal y como se presenta en su contexto natural, para después analizarlo, descriptivo porque se pretendió describir los hechos tal como se encuentran en la realidad, de corte transversal porque se recolectaron los datos en un solo momento, correlacional porque se estableció asociación entre las variables de estudio y retrospectivo porque se recolectaron datos de hechos ocurridos en el pasado.

3.2. Diseño Muestral

La población estuvo conformada por 126 historias clínicas neonatal de prematuros atendidos en el Hospital Regional de Loreto de la ciudad de Iquitos durante los años 2018 y 2019.

La muestra lo conformaron las 126 historias clínicas de recién nacidos prematuros atendidos en el Hospital Regional de Loreto de la ciudad de Iquitos durante los años 2018 y 2019.

El muestreo fue el no probabilístico por conveniencia.

Para la selección se tuvo en cuenta criterios de inclusión y exclusión:

- Criterios de Inclusión:
Que los recién nacidos prematuros hayan sido atendidos en el Hospital Regional de Loreto de la ciudad de Iquitos durante los años 2018 y 2019.

- Criterios de Exclusión:

Historias clínicas incompletos de recién nacidos prematuros ya que dificulten la recolección de datos.

3.3. Procedimiento de recolección de datos

La recolección de la información se realizó de la siguiente manera:

1. Una vez aprobado el plan de tesis por el comité de Ética de la Universidad Nacional de la Amazonia Peruana. Se solicitó a la Decana de la Facultad de Enfermería de la Universidad Nacional de la Amazonía Peruana, el documento de autorización para la ejecución de la tesis.
2. Así mismo se solicitó la autorización a la Dirección del Hospital Regional de Loreto para poder realizar el respectivo estudio.
3. Luego de ser aceptado el documento de autorización a ambas entidades, y aprobado el proyecto para su ejecución, se inició la recolección de datos.
4. Se identificaron a través de las historias clínicas de los recién nacidos prematuros en el periodo 2018 y 2019 en el Hospital Regional de Loreto teniendo en cuenta los criterios de inclusión y exclusión.
5. Se revisaron una a una las historias clínicas y se llenaron los instrumentos: Ficha de características maternas y fetales y ficha de clasificación de la prematuridad en neonatos atendidos en el Hospital Regional de Loreto.
6. Se asistió al Hospital utilizando el uniforme de salud pública en horarios de mañana (de 9 a 11 am.) y tarde (de 2 a 5 pm.). La recolección de datos se realizó en un periodo de 30 días recolectando datos de 6 historias clínicas por día.
7. Luego de culminado la recolección de datos se inició el procesamiento y análisis estadístico respectivo.
8. Posteriormente se elaboró el informe final.

Técnica de recolección de datos

La técnica que se empleó en la presente investigación fue: la revisión documental que permitió obtener información respecto a las variables maternas y fetales asociadas a prematuridad en recién nacido atendidos en el Hospital Regional de Loreto.

Instrumentos de recolección de datos

Se contaron con dos instrumentos:

- a. Ficha de características maternas y fetales de Neonatos prematuros atendidos en el Hospital Regional de Loreto 2018 2019, instrumento elaborado por la investigadora, cuya estructura contiene presentación, instrucciones y contenido, conformado por 12 preguntas de las cuales, 11 corresponde a las características maternas y 01 a característica fetal, todos estos datos fueron recolectados para su correlación con la variable dependiente prematuridad del recién nacido.
- b. Ficha de clasificación de la prematuridad en neonatos atendidos en el Hospital Regional de Loreto 2018 y 2019, instrumento elaborado por la investigadora, cuya estructura contiene presentación, instrucciones y contenido, conformado por tres criterios de grado de prematuridad, clasificados por: Moderadamente prematuro: De 32 a 36 semanas, Muy prematuro: De 28 a 31 semanas y extremadamente prematuro: Recién nacido antes de las 28 semanas.

Validez y confiabilidad

Las fichas de recolección de datos no requirieron medición de validez y confiabilidad, porque la información que se recolectó fue inherente a la población de estudio, y que constaron en la historia clínica respectiva.

3.4. Procesamiento y análisis de datos

Se procesó la información utilizando el paquete estadístico SPSS versión 24.0. Se presentaron los datos en tablas, para el análisis de correlación se utilizó la prueba estadística chi cuadrada (χ^2). El nivel de significancia fue el 95% con alfa $\alpha = 0.05$.

3.5. Aspectos éticos

Se aplicaron los principios éticos, tales como:

- **No Maleficencia:** No se perjudicó a ninguno de los sujetos (recién nacidos prematuros) que formaron parte de la muestra, no se afectó su integridad física, emocional ni social, y en todo momento se conservó la integridad moral, al revisar y recolectar información de su historia clínica y/o información contenida en los registros de la institución y se salvaguardó su identidad, así mismo no se dañó la imagen de la institución.
- **Justicia:** Todas las historias clínicas y/o registros seleccionados de los recién nacidos prematuros del Hospital Regional de Loreto, fueron respetados, se trabajó sin discriminación racial, social, política, económica o religiosa.
- **Beneficencia:** Los registros (historia clínica y/o registros) fueron respetados manteniendo en el anonimato la información identificada de los recién nacidos prematuros del Hospital Regional de Loreto.

Los datos de los recién nacidos prematuros fueron tratados con respeto, considerando su individualidad y privacidad requerida.

Los resultados fueron confidenciales y utilizados únicamente para fines de estudio, en todo momento se tuvo en cuenta la ética y bioética en la salud.

Los datos se analizaron en forma agrupada, luego de ese procedimiento los instrumentos fueron destruidos.

- Autonomía: Para acceder a los registros de los recién nacidos prematuros, se cumplió con las normas establecidas por la institución, solicitando a través de un documento la autorización para el acceso a las bases de datos respectivas.

CAPÍTULO IV: RESULTADOS

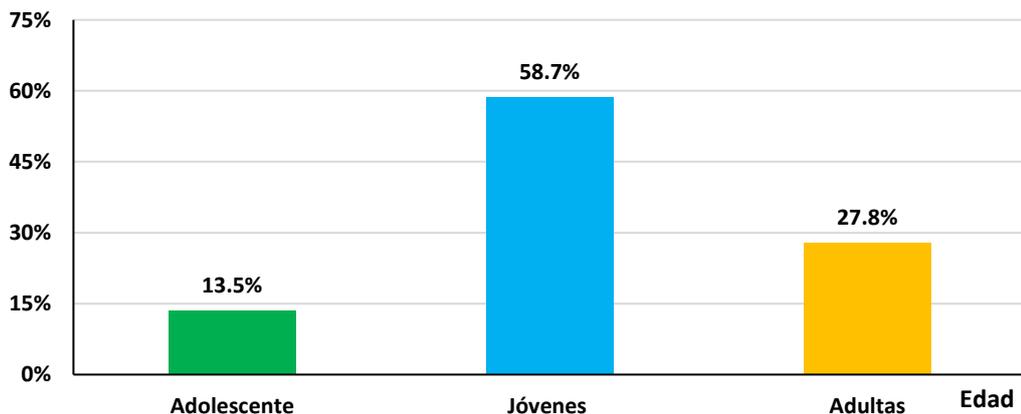
Variables maternas

Tabla 1. Edad materna en neonatos atendidos en el Hospital Regional de Loreto 2018 - 2019.

Edad de la madre	fi	%
Adolescentes	17	13,5
Jóvenes	74	58,7
Adultas	35	27,8
Total	126	100,0

$$\bar{x} \pm s = 28,63 \text{ años} \pm 6,78 \text{ años}$$

Gráfico 1: Edad materna en neonatos atendidos en el Hospital Regional de Loreto 2018 - 2019



Fuente: Ficha de registro de datos maternos fetales de neonatos prematuros atendidos en el Hospital Regional de Loreto Iquitos.

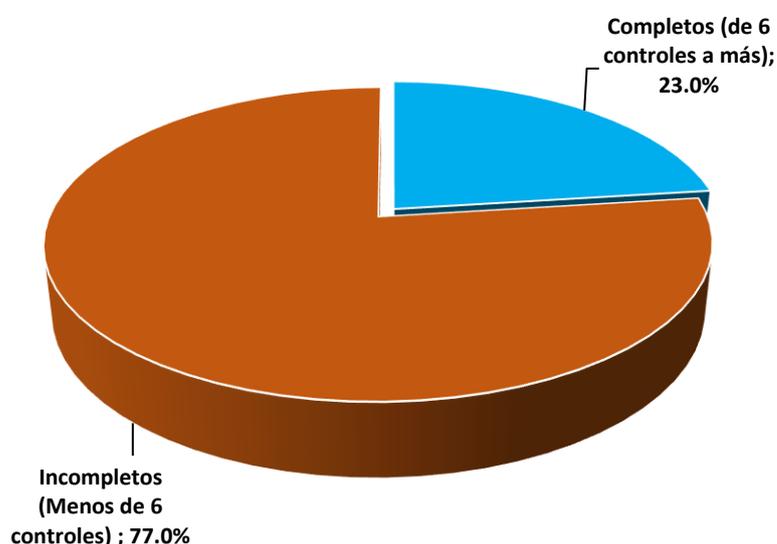
$$\bar{x} \pm s = 28,63 \text{ años} \pm 6,78 \text{ años}$$

La tabla y gráfico 1, sobre la edad materna en los 126 (100,0%) neonatos prematuros atendidos en el Hospital Regional de Loreto del 2018 al 2019, nos muestra que, predominan las madres jóvenes en el 58,7%, luego están las madres adultas en 27,8% y las madres adolescentes 13,5%. Siendo la edad promedio de 28,63 años con desviación típica de $\pm 6,78$ años.

Tabla 2 . Control prenatal materno en neonatos atendidos en el Hospital Regional de Loreto 2018 - 2019.

Controles prenatales	fi	%
Completos (de 6 controles a más)	29	23,0
Incompletos (Menos de 6 controles)	97	77,0
Total	126	100,0

Gráfico 2: Control prenatal materno en neonatos atendidos en el Hospital Regional de Loreto 2018 - 2019.



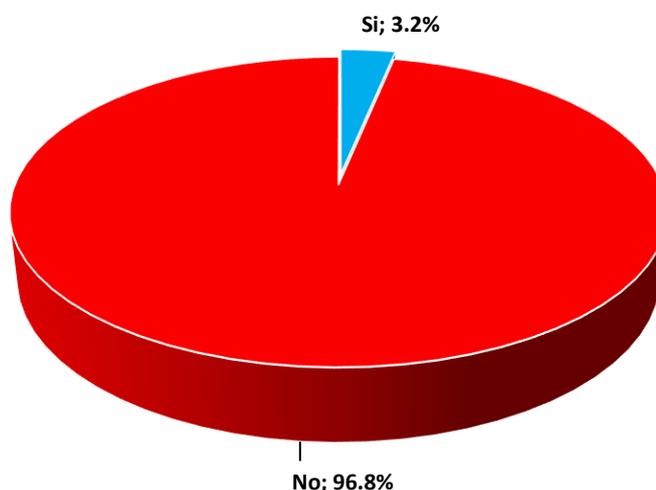
Fuente: Ficha de registro de datos maternos fetales en neonatos prematuros atendidos en el Hospital Regional de Loreto Iquitos.

La tabla y gráfico 2, sobre los controles prenatales de las madres en los 126 (100,0%) neonatos prematuros atendidos en el Hospital Regional de Loreto del 2018 al 2019, nos muestra que, el 77,0% de las madres presentaron controles prenatales incompletos (Menos de 6 controles) y solo el 23,0% de ellas tenían Controles prenatales completos (de 6 controles a más).

Tabla 3. Consumo de tabaco de la madre en neonatos prematuros atendidos en el Hospital Regional de Loreto 2018 - 2019.

Consumo de tabaco	fi	%
Si	4	3,2
No	122	96,8
Total	126	100,0

Gráfico 3: Consumo de tabaco de la madre en neonatos prematuros atendidos en el Hospital Regional de Loreto 2018 – 2019.



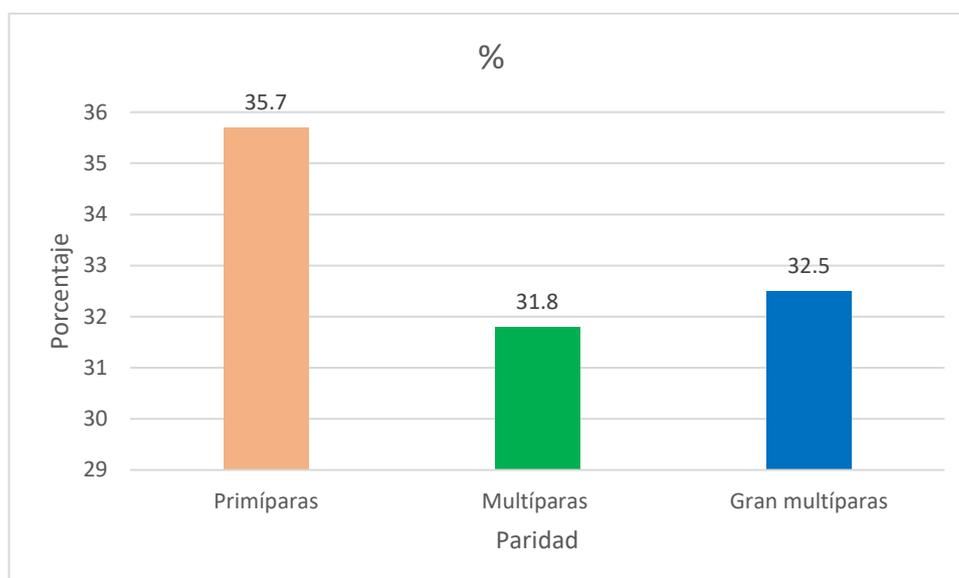
Fuente: Ficha de registro de datos maternos fetales de neonatos prematuros atendidos en el Hospital Regional de Loreto Iquitos.

La tabla y gráfico 3, sobre el consumo de tabaco de las madres de los 126 (100,0%) neonatos prematuros atendidos en el Hospital Regional de Loreto del 2018 al 2019, se aprecia que prevalece las que no consumieron tabaco durante el embarazo con el 96,8% luego están las que no consumieron tabaco durante su embarazo con el 3,2% respectivamente.

Tabla 4. Paridad materna en neonatos prematuros atendidos en el Hospital Regional de Loreto 2018 - 2019.

Paridad	fi	%
Primíparas	45	35,7
Múltiparas	40	31,8
Gran múltiparas	41	32,5
Total	126	100,0

Gráfico 4: Paridad materna en neonatos prematuros atendidos en el Hospital Regional de Loreto 2018 - 2019.



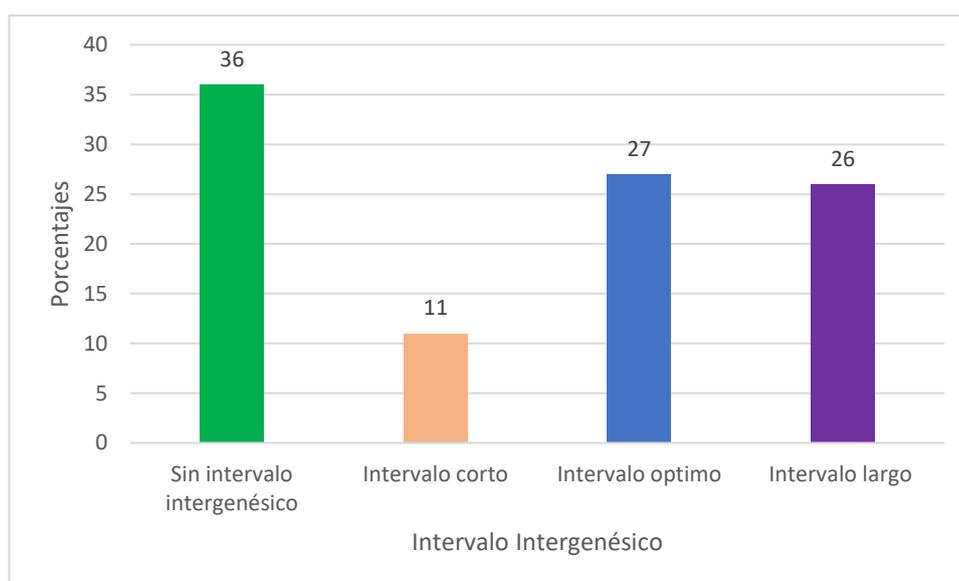
Fuente: Ficha de registro de datos maternos fetales de neonatos prematuros atendidos en el Hospital Regional de Loreto Iquitos.

La tabla y gráfico 4, referente a la paridad en las madres de los 126 (100,0%) neonatos prematuros atendidos en el Hospital Regional de Loreto entre el 2018 y el 2019, observamos que, el 35,7% eran primíparas, el 32,5% fueron gran múltiparas, y el 31,8% eran múltiparas correspondientemente.

Tabla 5. Intervalo intergenésico materno en neonatos prematuros atendidos en el Hospital Regional de Loreto 2018 - 2019.

Intervalo intergenésico	fi	%
Sin intervalo intergenésico	13	36
Intervalo corto	12	11
Intervalo optimo	34	27
Intervalo largo	67	26
Total	126	100,0

Gráfico 5: Intervalo intergenésico materno en neonatos prematuros atendidos en el Hospital Regional de Loreto 2018 – 2019.



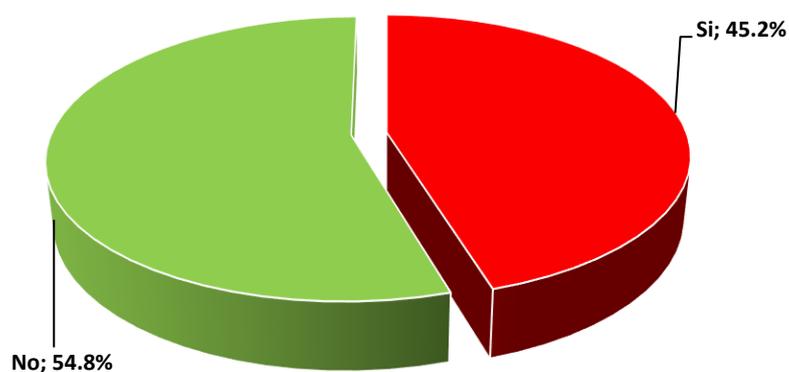
Fuente: Ficha de registro de datos maternos fetales de neonatos prematuros atendidos en el Hospital Regional de Loreto Iquitos.

La tabla y gráfico 5, sobre el intervalo intergenésico materno de los 126 (100,0%) neonatos prematuros atendidos en el Hospital Regional de Loreto del 2018 al 2019, se tiene que, el 36% fueron sin intervalo intergenésico, el 27,0% fueron las de intervalo óptimo, así mismo el 26% fueron de intervalo largo, el 11% las de intervalo corto.

Tabla 6. Antecedentes de embarazos múltiples maternos en neonatos prematuros atendidos en el Hospital Regional de Loreto 2018 - 2019.

Antecedentes de embarazos múltiples	fi	%
Si	57	45,2
No	69	54,8
Total	126	100,0

Gráfico 6: Antecedentes de embarazos múltiples maternos en neonatos prematuros atendidos en el Hospital Regional de Loreto 2018 – 2019



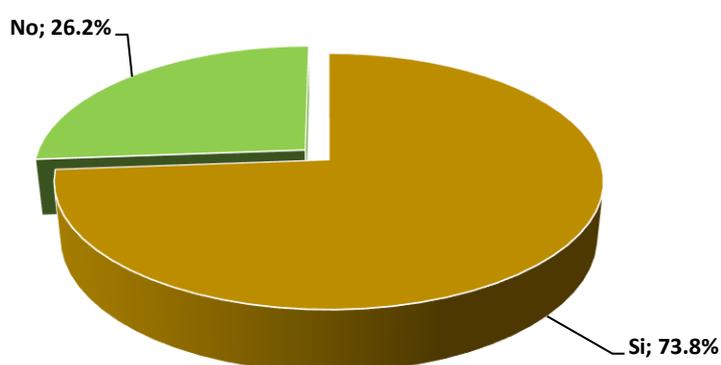
Fuente: Ficha de registro de datos maternos fetales de neonatos prematuros atendidos en el Hospital Regional de Loreto Iquitos.

La tabla y gráfico 6, en cuanto a los antecedentes de embarazos múltiples materno de los 126 (100,0%) neonatos prematuros atendidos en el Hospital Regional de Loreto del 2018 al 2019, observamos que, el 45,2% si habían tenido embarazos múltiples mientras que el 54,8% no lo habían tenido respectivamente.

Tabla 7. Infección urinaria materna en neonatos prematuros atendidos en el Hospital Regional de Loreto 2018 - 2019.

Infección urinaria	fi	%
Si	93	73,8
No	33	26,2
Total	126	100,0

Gráfico 7: Infección urinaria materna en neonatos prematuros atendidos en el Hospital Regional de Loreto 2018 – 2019.



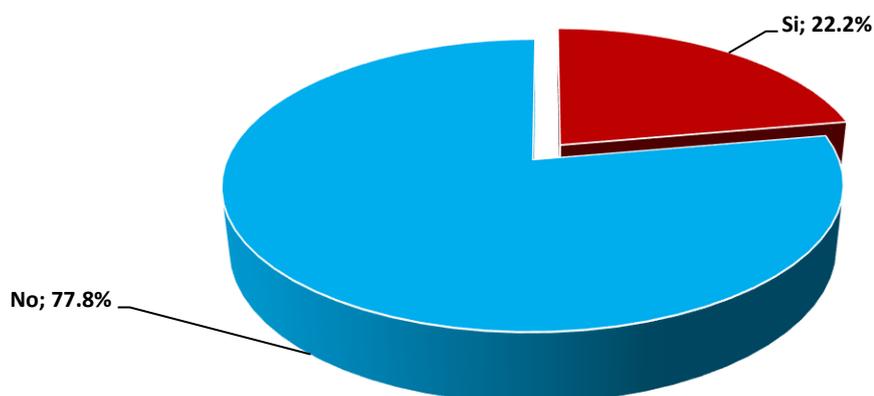
Fuente: Ficha de registro de datos maternos fetales de neonatos prematuros atendidos en el Hospital Regional de Loreto Iquitos.

La tabla y gráfico 7, sobre la infección urinaria materna de los 126 (100,0%) neonatos prematuros atendidos en el Hospital Regional de Loreto del 2018 al 2019, apreciamos que, predomina las que, si presentaron infección urinaria durante su embarazo con el 73,8%, mientras que el 26,2% no tuvieron infección urinaria respectivamente.

Tabla 8. Partos pretérminos anteriores maternos en neonatos prematuros atendidos en el Hospital Regional de Loreto 2018 - 2019.

Partos pretérminos anteriores	fi	%
Si	28	22,2
No	98	77,8
Total	126	100,0

Gráfico 8: Partos pretérminos anteriores maternos en neonatos prematuros atendidos en el Hospital Regional de Loreto 2018 – 2019.



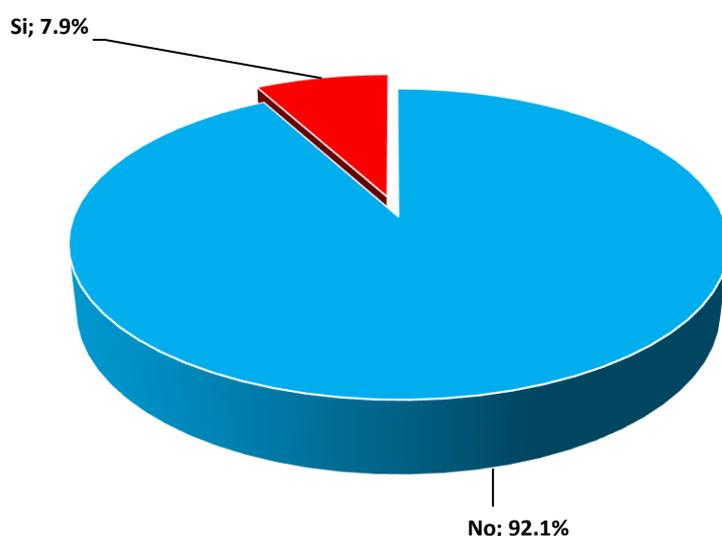
Fuente: Ficha de registro de datos maternos fetales de neonatos prematuros atendidos en el Hospital Regional de Loreto Iquitos.

La tabla y gráfico 8, sobre los partos pretérminos anterior materno de los 126 (100,0%) neonatos prematuros atendidos en el Hospital Regional de Loreto del 2018 al 2019, se observa que, el 22,2% si presentaron partos pretérmino anterior y el 77,8% no tuvieron partos pretérminos anterior correspondientemente

Tabla 9. Rotura prematura de membranas materna en neonatos prematuros atendidos en el Hospital Regional de Loreto 2018 - 2019

Rotura Prematura de Membranas	fi	%
Si	10	7,9
No	116	92,1
Total	126	100,0

Gráfico 9: Rotura prematura de membranas materna en neonatos prematuros atendidos en el Hospital Regional de Loreto 2018 – 2019.



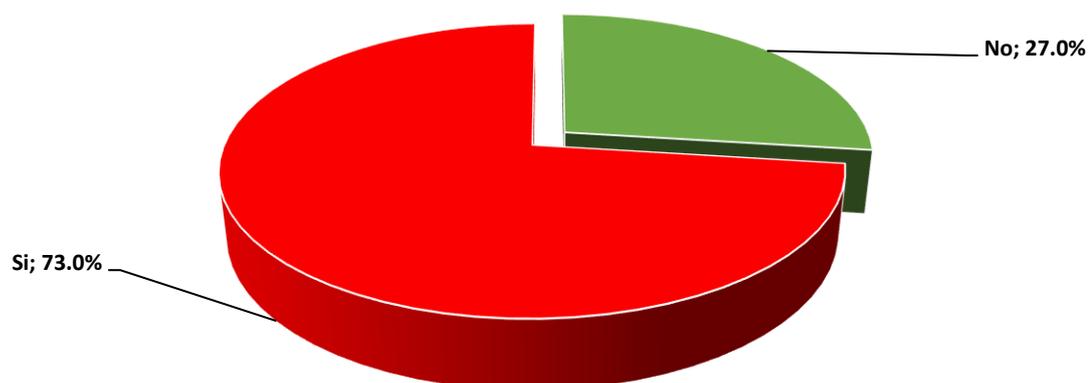
Fuente: Ficha de registro de datos maternos fetales de neonatos prematuros atendidos en el Hospital Regional de Loreto Iquitos.

La tabla y gráfico 9, sobre la rotura prematura de membranas materna de los 126 (100,0%) neonatos prematuros atendidos en el Hospital Regional de Loreto del 2018 al 2019, apreciamos que, el 92,1% no lo presentaron y el 7,9% si tuvieron rotura prematura de membranas antes del parto correspondientemente.

Tabla 10. Anemia materna en neonatos prematuros atendidos en el Hospital Regional de Loreto 2018 - 2019

Anemia	fi	%
Si	92	73,0
No	34	27,0
Total	126	100,0

Gráfico 10: Anemia materna en neonatos prematuros atendidos en el Hospital Regional de Loreto 2018 – 2019.



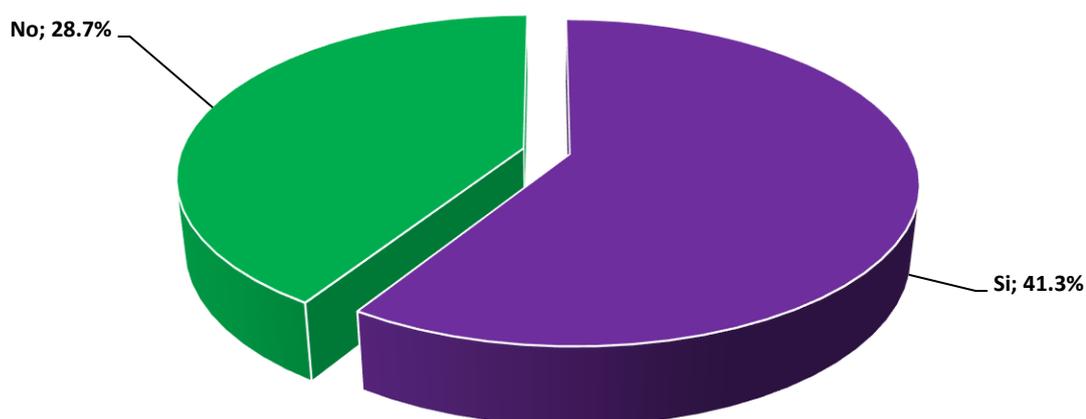
Fuente: Ficha de registro de datos maternos fetales de neonatos prematuros atendidos en el Hospital Regional de Loreto Iquitos.

La tabla y gráfico 10, sobre la anemia durante el embarazo en las madres de los 126 (100,0%) neonatos prematuros atendidos en el Hospital Regional de Loreto del 2018 al 2019, observamos que, el 73,0% si presentaron anemia durante du embarazo y 27,0% no lo padecieron respectivamente.

Tabla 11. Hipertensión arterial materna en neonatos prematuros atendidos en el Hospital Regional de Loreto 2018 - 2019

Hipertensión arterial	fi	%
Si	52	41,3
No	74	58,7
Total	126	100,0

Gráfico 11: Hipertensión arterial materna en neonatos prematuros atendidos en el Hospital Regional de Loreto 2018 – 2019



Fuente: Ficha de registro de datos maternos fetales de neonatos prematuros atendidos en el Hospital Regional de Loreto Iquitos.

La tabla y gráfico 11, sobre la hipertensión arterial materna de los 126 (100,0%) neonatos prematuros atendidos en el Hospital Regional de Loreto del 2018 al 2019, se tiene que, el 58,7% no lo presentaron y el 41,3% de las madres de ellos si presentaron hipertensión arterial correspondientemente

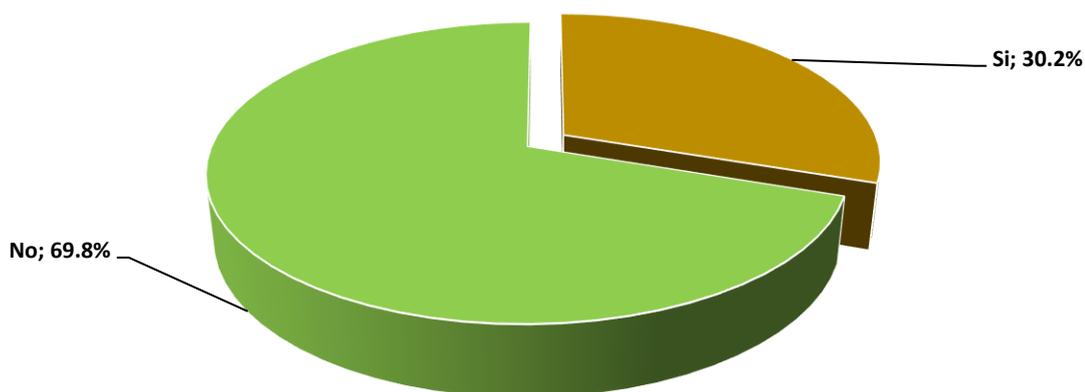
Variables fetales

Tabla 12. Anomalías congénitas en neonatos prematuros atendidos en el Hospital Regional de Loreto 2018 – 2019

Anomalías congénitas	fi	%
Si	38	30,2
No	88	69,8
Total	126	100,0

Fuente: Ficha de registro de datos maternos fetales de neonatos prematuros atendidos en el Hospital Regional de Loreto Iquitos.

Gráfico 12: Anomalías congénitas en neonatos prematuros atendidos en el Hospital Regional de Loreto 2018 – 2019.



Fuente: Ficha de registro de datos maternos fetales de neonatos prematuros atendidos en el Hospital Regional de Loreto Iquitos.

La tabla y gráfico 12, sobre anomalías congénitas de los 126 (100,0%) neonatos prematuros atendidos en el Hospital Regional de Loreto del 2018 al 2019, se deduce que, el 30,2% de ellas si presentaron alguna anomalía congénita tales como: cardiopatía congénita, defectos del cierre neural, defectos de la pared abdominal, síndrome de Down, labio/paladar hendido y el 69,8% no lo presentaron respectivamente.

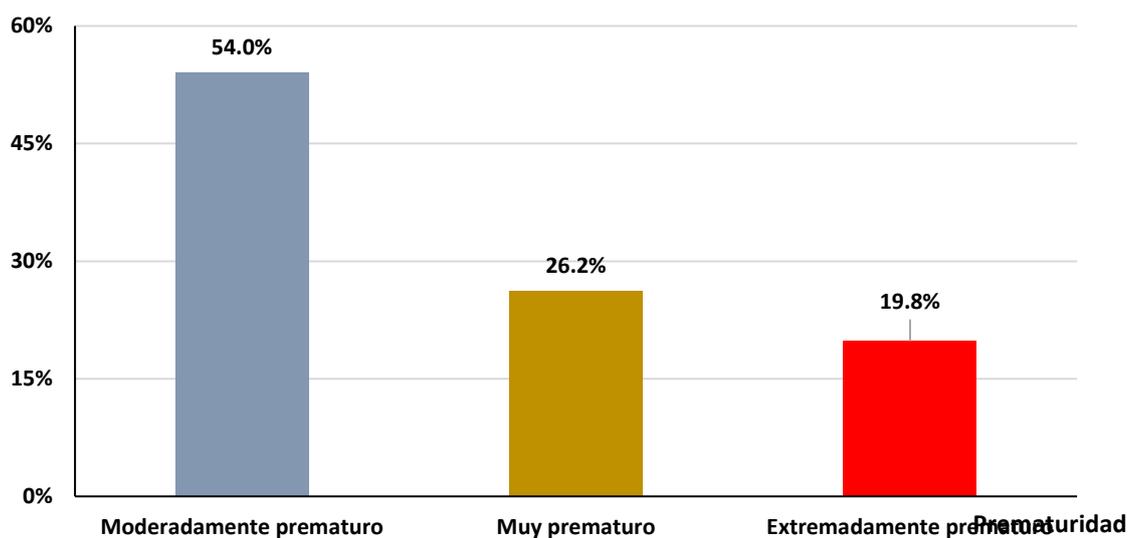
Prematuridad en neonatos

Tabla 13. Prematuridad en neonatos atendidos en el Hospital Regional de Loreto 2018 – 2019

Clasificación de prematuridad	fi	%
Moderadamente prematuro	68	54,0
Muy prematuro	33	26,2
Extremadamente prematuro	25	19,8
Total	126	100,0

Fuente: Ficha de registro de datos maternos fetales de neonatos prematuros atendidos en el Hospital Regional de Loreto Iquitos

Gráfico 13: Prematuridad en neonatos atendidos en el Hospital Regional de Loreto 2018 – 2019



Fuente: Ficha de registro de datos maternos fetales de neonatos prematuros atendidos en el Hospital Regional de Loreto Iquitos

La tabla 13, nos muestra la prematuridad en los 126 (100,0%) neonatos atendidos en el Hospital Regional de Loreto del 2018 al 2019, en la que se identifica que, el 54,0% fueron moderadamente prematuros, el 26,2% fueron muy prematuros y el 19,8% extremadamente prematuros.

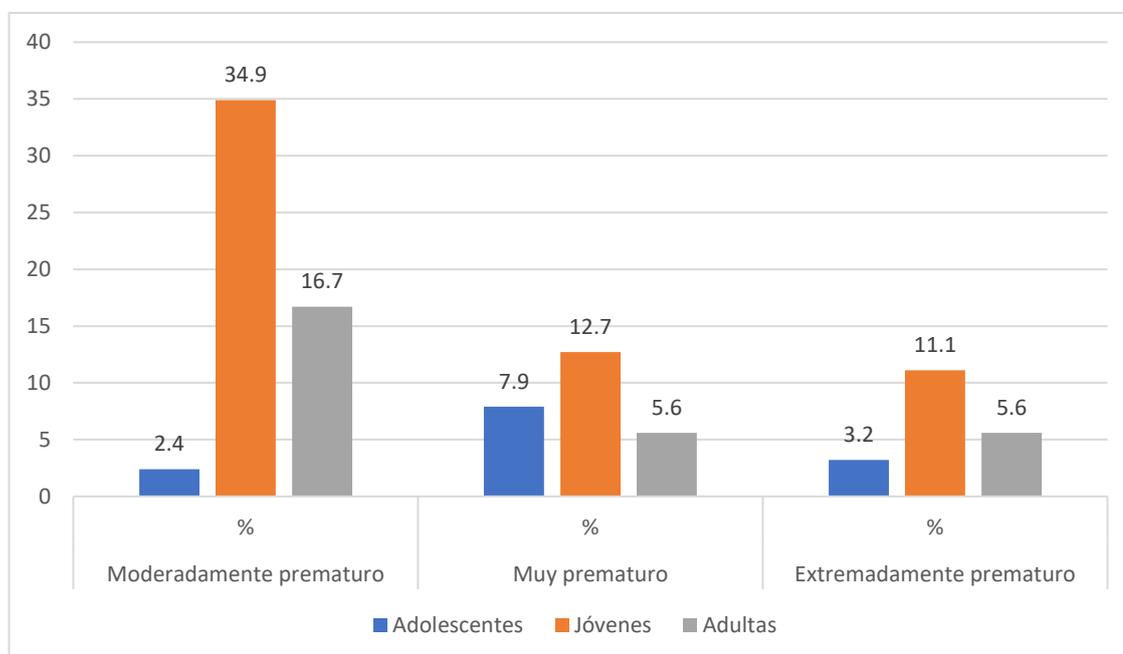
Tabla 14. Edad materna y prematuridad en neonatos atendidos en el Hospital Regional de Loreto 2018 – 2019

Edad de la madre	Prematuridad						TOTAL	
	Moderadamente prematuro		Muy prematuro		Extremadamente prematuro		fi	%
	Fi	%	fi	%	fi	%		
Adolescentes	3	2,4	10	7,9	4	3,2	17	13,5
Jóvenes	44	34,9	16	12,7	14	11,1	74	58,7
Adultas	21	16,7	7	5,6	7	5,6	35	27,9
Total	68	54,0	33	26,2	25	19,8	126	100

$X^2_c = 12,97$ $p = 0,011$ ($p < 0,05$)

Fuente: Elaboración propia

Gráfico 14: Edad materna y prematuridad en neonatos atendidos en el Hospital Regional de Loreto 2018 - 2019



Fuente: Elaboración propia

La tabla y gráfico 14, sobre la relación de edad materna y prematuridad en neonatos atendidos en el Hospital Regional de Loreto 2018 al 2019, nos muestra que, de 68 (54,0%) neonatos moderadamente prematuros el 34,9% tuvo madres jóvenes, el 16,7% madres adultas y el 2,4% madres adolescentes. De 33 (26,2%) neonatos muy prematuros, el 12,7% tuvo madres jóvenes, el 7,9% madres adolescentes y el 5,6% madres adultas. Sobre los 25 (19,8%) neonatos extremadamente prematuros, el 11,1% tuvo madres jóvenes, el 5,6% madres adultas y el 3,2% fueron madres adolescentes.

Al aplicar la prueba estadística χ^2 de Pearson, con significancia de $p=0,011$ ($p < 0,05$), valor calculado de 12,97 y 4 grados de libertad, permite aprobar la hipótesis planteada, Existe relación estadística significativa entre la edad y la prematuridad en neonatos atendidos en el Hospital Regional de Loreto de la ciudad de Iquitos durante los años 2018 al 2019.

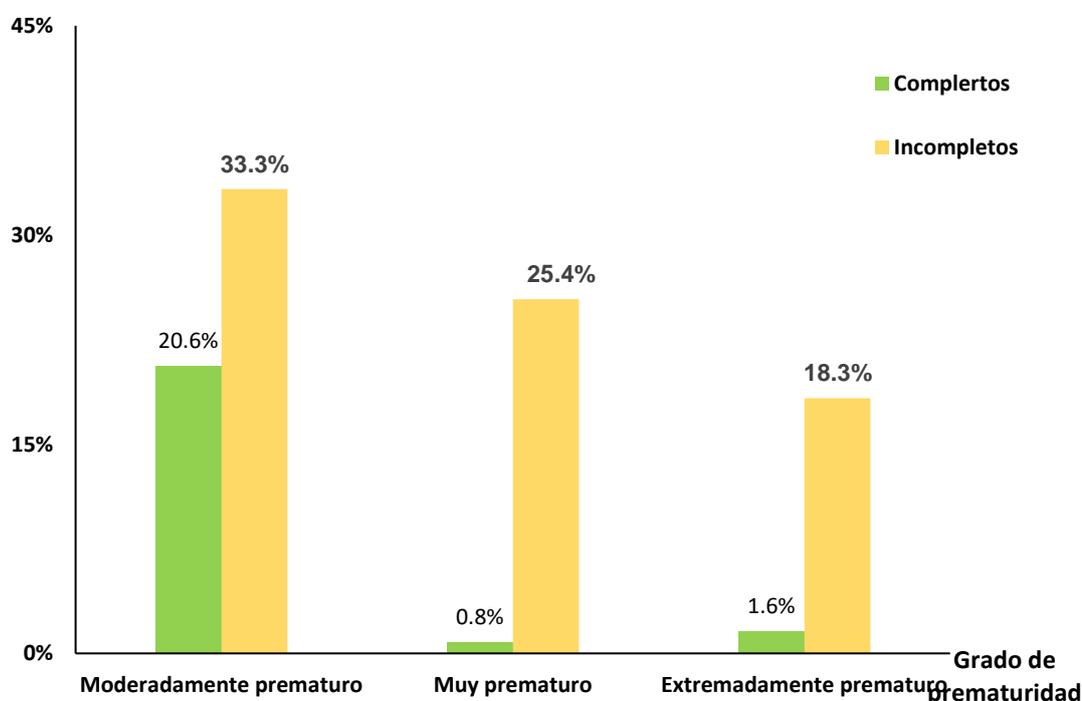
Tabla 15. Control prenatal materno y prematuridad en neonatos atendidos en el Hospital Regional de Loreto 2018 – 2019

Control prenatal	Prematuridad						TOTAL	
	Moderadamente prematuro		Muy prematuro		Extremadamente prematuro		fi	%
	Fi	%	fi	%	fi	%		
Completos	26	20,6	1	0,8	2	1,6	29	23
Incompletos	42	33,3	32	25,4	23	18,3	97	77
Total	68	54,0	33	26,2	25	19,8	126	100

X^2_c 19,51 $p= 0,000$ ($p < 0,05$)

Fuente: Elaboración propia

Gráfico 15: Control prenatal materno y prematuridad en neonatos atendidos en el Hospital Regional de Loreto 2018 – 2019.



Fuente: Elaboración propia

La tabla y gráfico 15, sobre la relación del control prenatal materno y prematuridad en neonatos atendidos en el Hospital Regional de Loreto del 2018 al 2019, se aprecia que de 68 (54,0%) neonatos moderadamente prematuros, el 33,3% de madres no completaron sus controles prenatales, y el 20,6% completaron sus controles prenatales. De 33 (26,2%) neonatos muy prematuros, el 25,4% de madres tuvieron controles prenatales incompletos y solo el 0,8% tuvieron controles prenatales completos. Sobre los 25 (19,8%) neonatos extremadamente prematuros, el 18,3% de madres no completaron sus controles prenatales y el 1,6% tuvieron controles prenatales completos

Al aplicar la prueba estadística χ^2 de Pearson, con significancia de $p = 0,000$ ($p < 0,05$), valor calculado de 19,51 y 2 grados de libertad, lo que permite aprobar la hipótesis planteada, \square Existe relación estadística significativa entre el control prenatal y la prematuridad en neonatos atendidos en el Hospital Regional de Loreto de la ciudad de Iquitos durante los años 2018 al 2019.

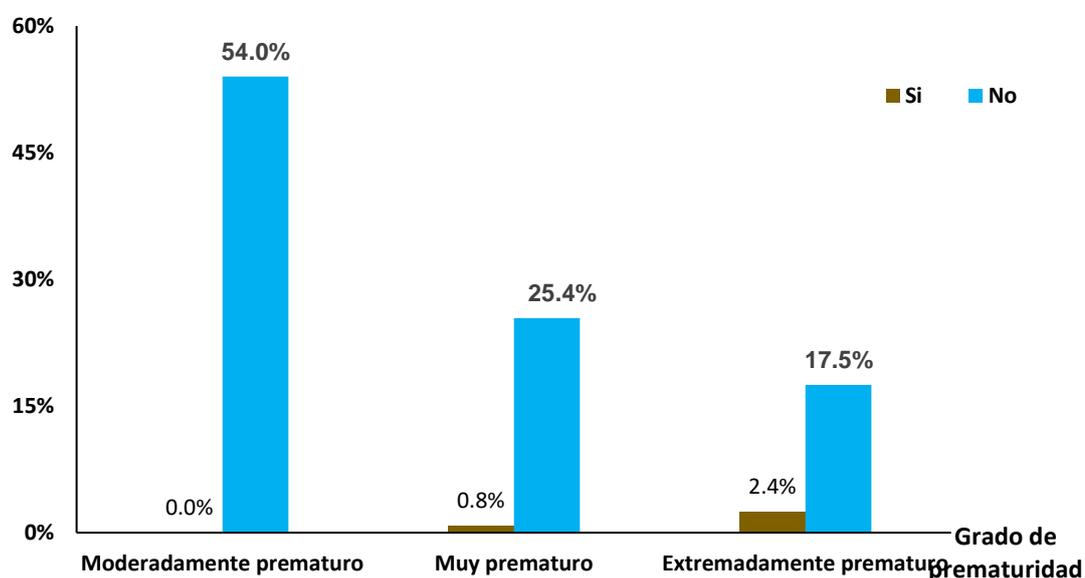
Tabla 16. Consumo de tabaco de la madre y prematuridad en neonatos atendidos en el Hospital Regional de Loreto 2018 – 2019

Consumo de tabaco	Prematuridad						TOTAL	
	Moderadamente prematuro		Muy prematuro		Extremadamente prematuro		fi	%
	Fi	%	fi	%	fi	%		
Si	0	0,0	1	0,8	3	2,4	4	3,1
No	68	54,0	32	25,4	22	17,5	122	96,9
Total	68	54,0	33	26,2	25	19,8	126	100

$\chi^2_c 8,57$ $p= 0,014$ ($p < 0,05$)

Fuente: Elaboración propia

Gráfico 16: Consumo de tabaco en la madre y prematuridad en neonatos atendidos en el Hospital Regional de Loreto 2018 – 2019.



Fuente: Elaboración propia

La tabla y gráfico 16, sobre la relación entre el consumo de tabaco en la madre y prematuridad en neonatos atendidos en el Hospital Regional de Loreto del 2018 al 2019, se tiene que los 68 (54,0%) neonatos moderadamente prematuros, tuvieron madres que no habían consumido

tabaco. De los 33 (26,2%) neonatos muy prematuros, solo 0,8% presento madres que habían consumido tabaco y 25,4% no consumieron tabaco. Sobre los 25 (19,8%) neonatos extremadamente prematuros, el 2,4% de madres consumieron tabaco y 17,5% no consumieron.

Al aplicar la prueba chi X^2 de Pearson, con significancia de $p_valor = 0,014$ ($p < 0,05$), valor calculado de 8,57 y 2 grados de libertad, lo que permite aprobar la hipótesis planteada, Existe relación estadística significativa entre el consumo de tabaco y la prematuridad en neonatos atendidos en el Hospital Regional de Loreto de la ciudad de Iquitos durante los años 2018 al 2019.

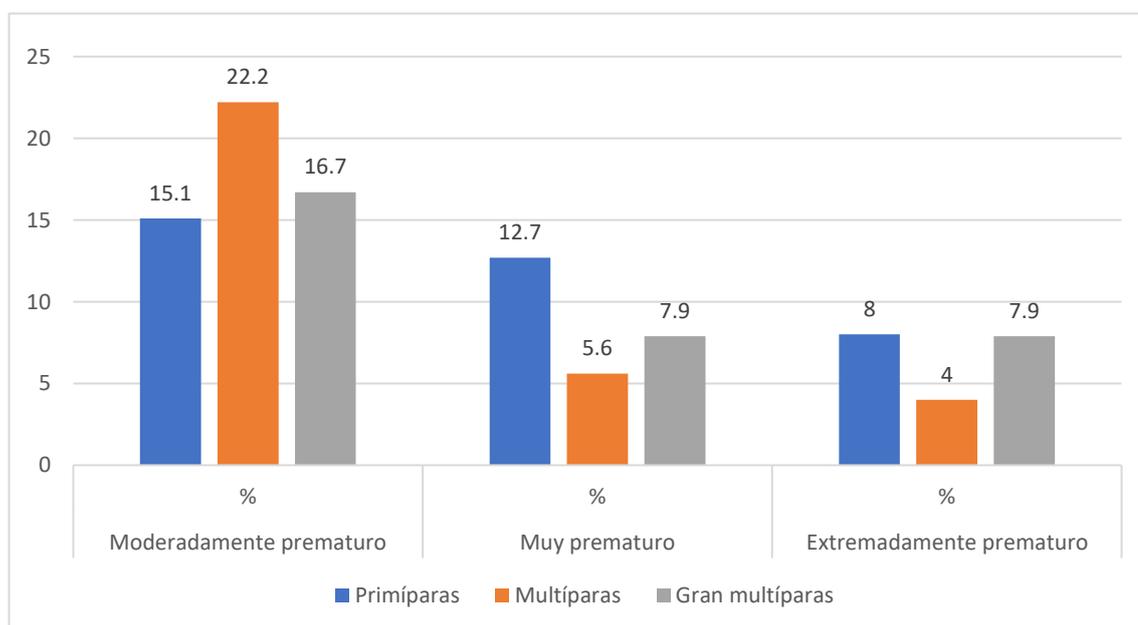
Tabla 17. Paridad materna y prematuridad en neonatos atendidos en el Hospital Regional de Loreto 2018 – 2019

Paridad	Prematuridad						TOTAL	
	Moderadamente prematuro		Muy prematuro		Extremadamente prematuro		fi	%
	Fi	%	fi	%	fi	%		
Primíparas	19	15,1	16	12,7	10	8,0	45	35,7
Múltiparas	28	22,2	7	5,6	5	4,0	40	31,8
Gran múltiparas	21	16,7	10	7,9	10	7,9	41	32,5
Total	68	54,0	33	26,2	25	19,8	126	100

X^2_c 12,92 p= 0,044 (p < 0,05)

Fuente: Elaboración propia

Gráfico 17: Paridad materna y prematuridad en neonatos atendidos en el Hospital Regional de Loreto 2018- 2019



Fuente: Elaboración propia

La tabla y gráfico 17, sobre la relación entre la paridad materna y prematuridad en neonatos atendidos en el Hospital Regional de Loreto durante el 2018 y el 2019, se observa que de 68 (54,0%) neonatos

moderadamente prematuros, el 22,2% fueron de madres multíparas, el 16,7% de las madres fueron gran multíparas y el 15,1% fueron primíparas. De 33 (26,2%) neonatos muy prematuros, el 5,6% (7) de ellos tuvo madres que eran multíparas, 7,9% (10) tuvieron madres gran multíparas y 12,7% (16) fueron de madres primíparas. De los 25 (19,8%) neonatos extremadamente prematuros, el 8,0% (10) fueron de madres primíparas, 7,9% de madres (10) eran de madres gran multíparas y 4,0% (n=5) tuvieron madres multíparas.

Al aplicar la prueba chi X^2 de *Pearson*, con significancia de $p = 0,044$ ($p < 0,05$), valor calculado de 12,92 y 6 grados de libertad, lo que permite aprobar la hipótesis planteada, Existe relación estadística significativa entre la paridad y la prematuridad en neonatos atendidos en el Hospital Regional de Loreto de la ciudad de Iquitos durante los años 2018 al 2019.

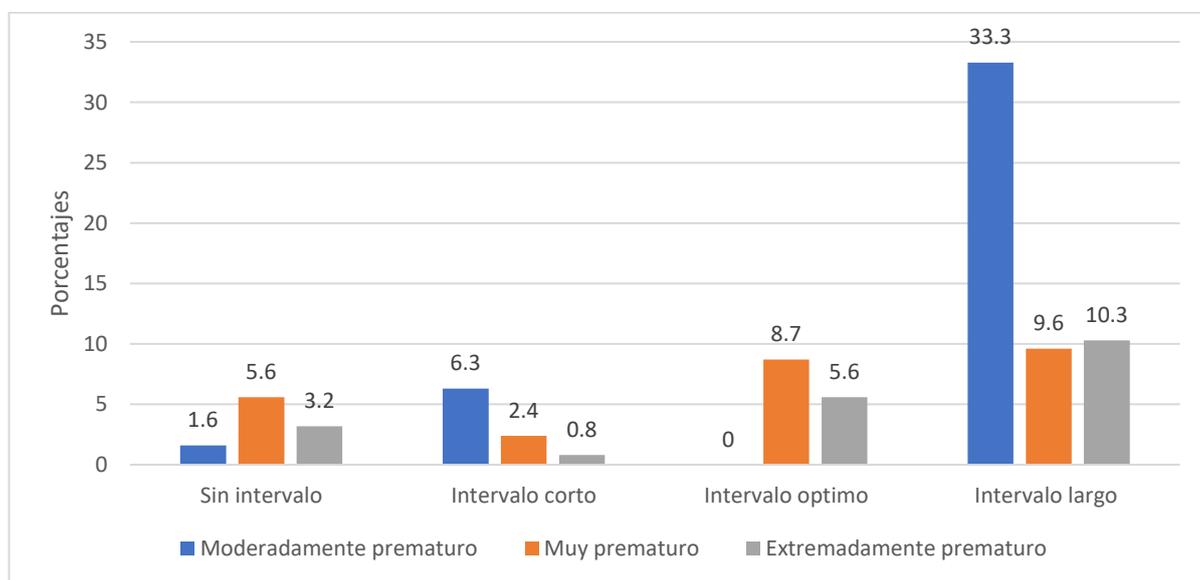
Tabla 18. Intervalo intergenésico materno y prematuridad en neonatos atendidos en el Hospital Regional de Loreto 2018 – 2019.

intervalo intergenésico	Prematuridad						TOTAL	
	Moderadamente prematuro		Muy prematuro		Extremadamente prematuro		fi	%
	Fi	%	fi	%	fi	%		
Sin intervalo	2	1,6	7	5,6	4	3,2	13	36
Intervalo corto	8	6,3	3	2,4	1	0,8	12	11
Intervalo optimo	16	12,7	11	8,7	7	5,6	34	27
Intervalo largo	42	33,3	12	9,6	13	10,3	67	26
Total	68	54,0	33	26,2	25	19,8	126	100

$\chi^2_c 17,54$ $p= 0,025$ ($p < 0,05$)

Fuente: Elaboración propia

Gráfico 18: Intervalo intergenésico materno y prematuridad en neonatos atendidos en el Hospital Regional de Loreto 2018 – 2019.



Fuente: Elaboración propia

La tabla y gráfico 18, sobre la relación entre Intervalo intergenésico materno y prematuridad en neonatos atendidos en el Hospital Regional de Loreto 2018 al 2019, se observa que, de 68 (54,0%) neonatos moderadamente prematuros, el 33,3% (43) de las madres tuvo intervalo intergenésico largo,

el 12,7% de la madre tuvo intervalo intergenésico de intervalo óptimo, el 6,3% (8) de las madres intervalo intergenésico corto y 1,6% (2) de ellas sin intervalo intergenésico. De 33 (26,2%) neonatos muy prematuros, el 9,6% (12) de las madres tuvo intervalo intergenésico largo el 8,7% (11) intervalo intergenésico óptimo, el 2,4% (3) intervalo intergenésico corto y el 5,6% (7) sin intervalo intergenésico. De los 25 (19,8%) neonatos extremadamente prematuros, el 10,3% (13) de las madres tuvo intervalo intergenésico largo el 5,6% (7) intervalo intergenésico óptimo, el 0,8% (1) intervalo intergenésico corto y el 3,2% (4) sin intervalo intergenésico. Al aplicar la prueba chi X^2 de *Pearson*, con significancia de $p=0,025$ ($p < 0,05$), valor calculado de 17,54 y 8 grados de libertad, lo que permite aprobar la hipótesis planteada, Existe relación estadística significativa entre el intervalo intergenésico y la prematuridad en neonatos atendidos en el Hospital Regional de Loreto de la ciudad de Iquitos durante los años 2018 al 2019.

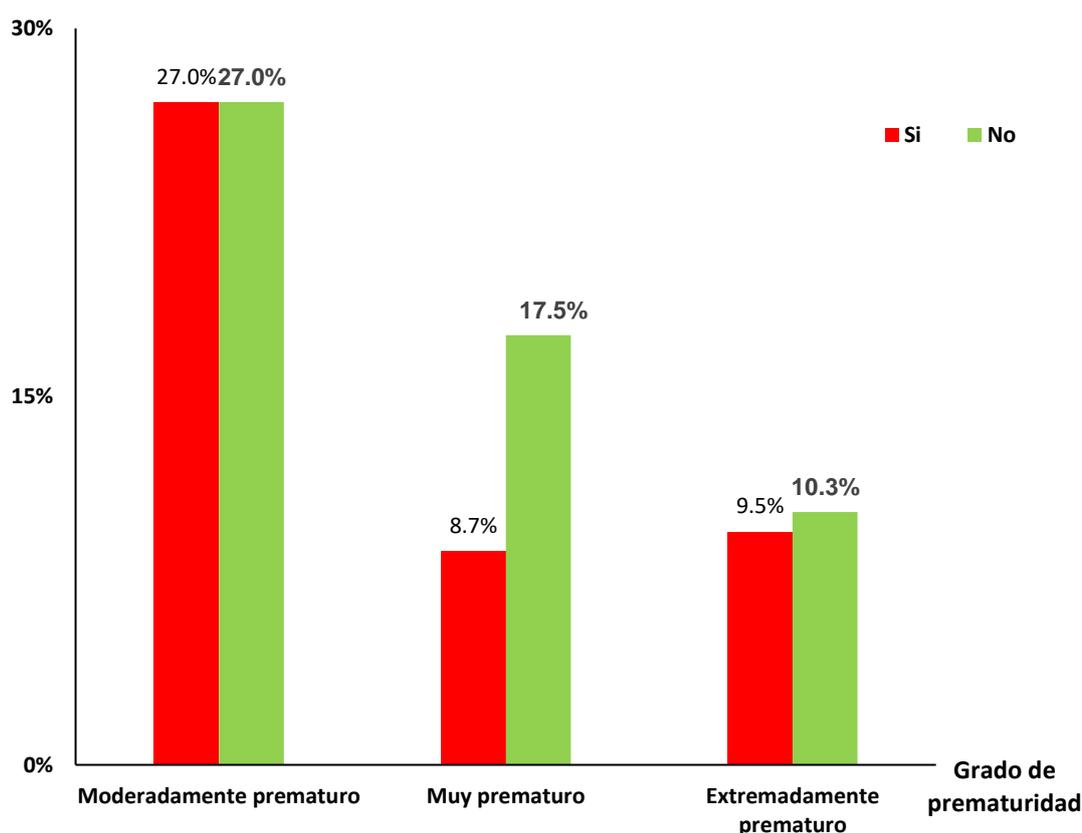
Tabla 19. Antecedentes de embarazos múltiples materno y prematuridad en neonatos atendidos en el Hospital Regional de Loreto 2018 – 2019.

Antecedente de embarazo múltiple	Prematuridad						TOTAL	
	Moderadamente prematuro		Muy prematuro		Extremadamente prematuro		fi	%
	Fi	%	fi	%	fi	%		
Si	34	27,0	11	8,7	12	9,5	57	45,2
No	34	27,0	22	17,5	13	10,3	69	54,8
Total	68	54,0	33	26,2	25	19,8	126	100

$\chi^2_c 2,59$ $p= 0,274$ ($p < 0,05$)

Fuente: Elaboración propia

Gráfico 19: Antecedente de embarazos múltiples materno y prematuridad en neonatos atendidos en el Hospital Regional de Loreto 2018 – 2019.



Fuente: Elaboración propia

La tabla y gráfico 19, sobre la relación entre el antecedente de embarazo múltiple materno y prematuridad en neonatos atendidos en el Hospital Regional de Loreto del 2018 al 2019, se tiene que de los 68 (54,0%) neonatos moderadamente prematuros, el 27,0% de madres tuvieron antecedentes de embarazo múltiple y no múltiples respectivamente. De los 33 (26,2%) neonatos muy prematuros, el 17,5% de madres no tuvo antecedente de embarazos múltiples y el 8,7% si tuvo antecedente de embarazos múltiples. De los 25 (19,8%) neonatos extremadamente prematuros, el 10,3% no tuvo antecedente de embarazo múltiple y el 9,5% si tuvo antecedente de embarazos múltiples.

Al aplicar la prueba chi X^2 de *Pearson*, con significancia de $p = 0,274$ ($p > 0,05$), valor calculado de 2,59 y 2 grados de libertad, lo que permite aprobar la hipótesis planteada, Existe relación estadística significativa entre el antecedente de embarazo múltiple y la prematuridad en neonatos atendidos en el Hospital Regional de Loreto de la ciudad de Iquitos durante los años 2018 al 2019.

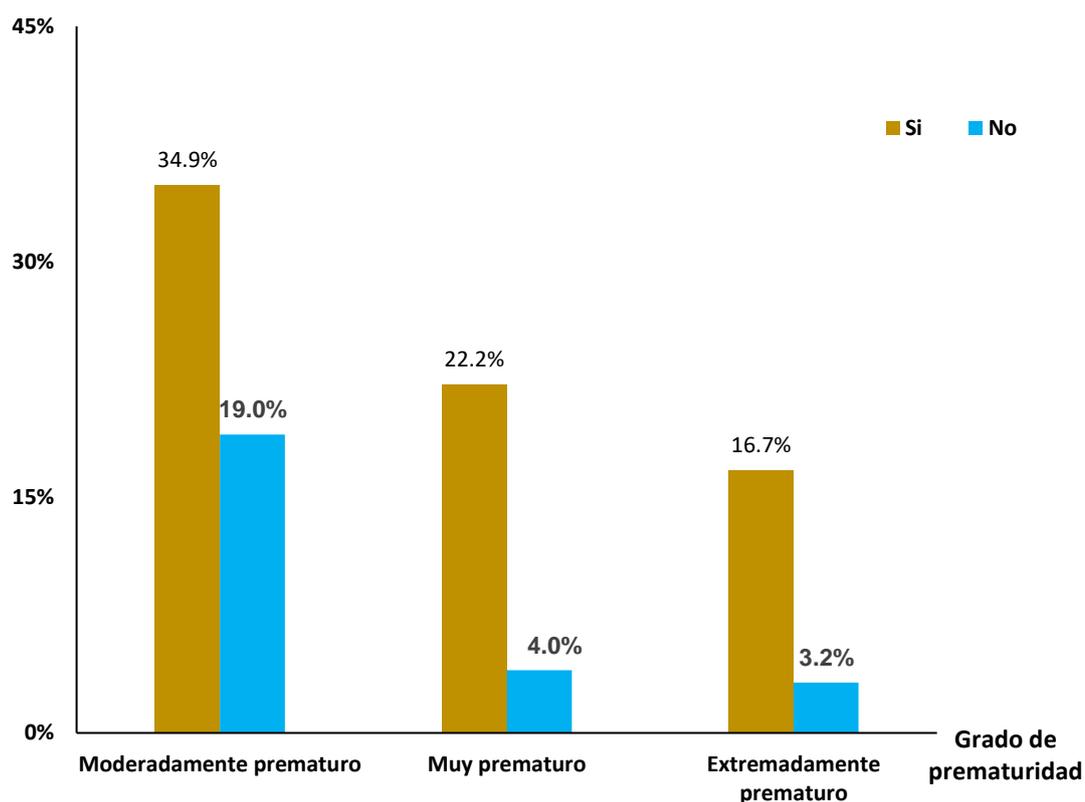
Tabla 20. Infección urinaria materna y prematuridad en neonatos atendidos en el Hospital Regional de Loreto 2018 – 2019.

Infección urinaria	Prematuridad						TOTAL	
	Moderadamente prematuro		Muy prematuro		Extremadamente prematuro		fi	%
	Fi	%	fi	%	fi	%		
Si	44	34,9	28	22,2	21	16,7	93	73,8
No	24	19,0	5	4,0	4	3,2	33	26,2
Total	68	54,0	33	26,2	25	19,8	126	100

$\chi^2_{c,6,34} p= 0,042 (p < 0,05)$

Fuente: Elaboración propia

Gráfico 20: Asociación de la infección urinaria materna y prematuridad en neonatos atendidos en el Hospital Regional de Loreto 2018 – 2019.



Fuente: Elaboración propia

La tabla y gráfico 20, sobre la relación entre la Infección urinaria materna y prematuridad en neonatos atendidos en el Hospital Regional de Loreto del 2018 al 2019, se tiene que de los 68 (54,0%) neonatos moderadamente prematuros, el 34,9% de madres presentaron infección urinaria y el 19,0% no presentaron. De los 33 (26,2%) neonatos muy prematuros, el 22,2% de madres presentaron infección urinaria y 4,0% de ellas no lo presentaron. De los 25 (19,8%) neonatos extremadamente prematuros, el 16,7% de madres presentaron infección urinaria y el 3,2% no lo presentaron

Al aplicar la prueba chi X^2 de *Pearson*, con significancia de $p= 0,042$ ($p < 0,05$), valor calculado de 8,34 y 2 grados de libertad, lo que permite aprobar la hipótesis planteada, Existe relación estadística significativa entre la infección urinaria en la gestación y la prematuridad en neonatos atendidos en el Hospital Regional de Loreto de la ciudad de Iquitos durante los años 2018 al 2019.

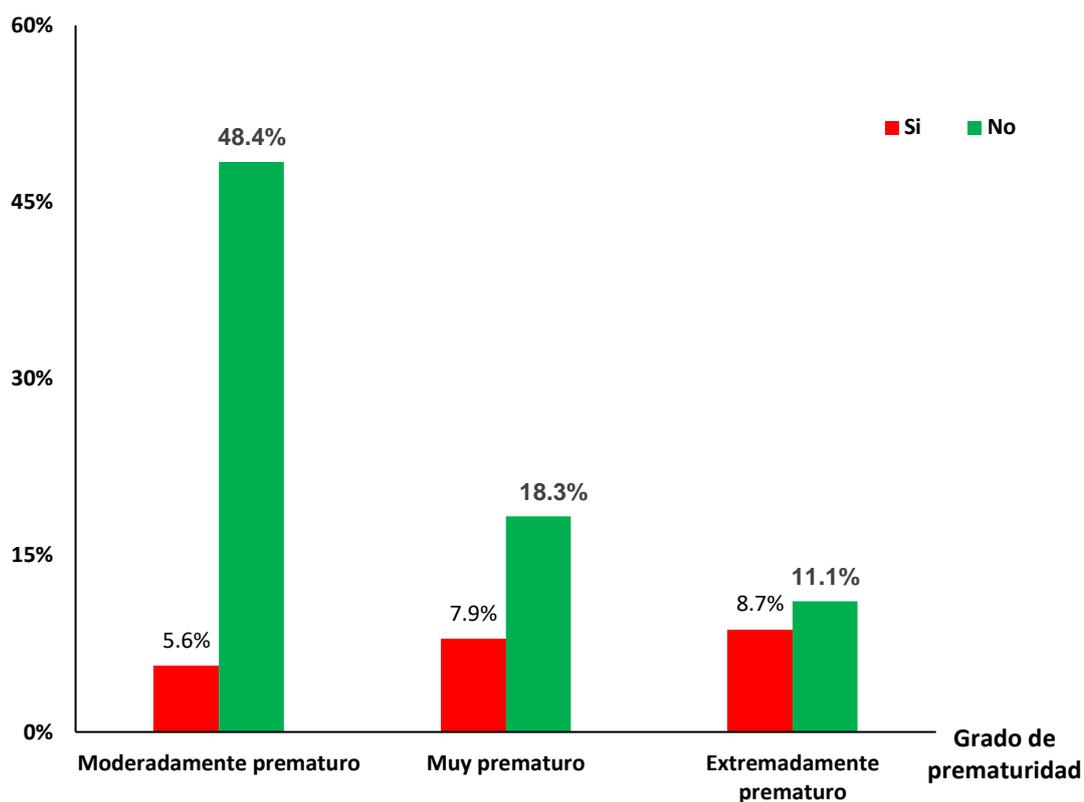
Tabla 21. Partos pretérminos anteriores maternos y prematuridad en neonatos atendidos en el Hospital Regional de Loreto 2018 – 2019.

Partos pretérminos anteriores	Prematuridad						TOTAL	
	Moderadamente prematuro		Muy prematuro		Extremadamente prematuro		fi	%
	Fi	%	fi	%	fi	%		
Si	7	5,6	10	7,9	11	8,7	28	22,2
No	61	48,4	23	18,3	14	11,1	98	77,8
Total	68	54,0	33	26,2	25	19,8	126	100

$\chi^2_c 13,70$ $p= 0,001$ ($p < 0,05$)

Fuente: Elaboración propia

Gráfico 21: Asociación de partos pretérminos anteriores maternos y prematuridad en neonatos atendidos en el Hospital Regional de Loreto 2018 – 2019.



Fuente: Elaboración propia

La tabla y gráfico 21, sobre la relación entre parto pre término anterior y prematuridad en neonatos atendidos en el Hospital Regional de Loreto del 2018 al 2019, se observa que, de los 68 (54,0%) neonatos moderadamente prematuros, el 48,4% de madres no tuvieron parto pre término anterior y el 5,6% si tuvo parto pre término anterior. De los 33 (26,2%) neonatos muy prematuros, el 18,3% no tuvieron parto pre término anterior y el 7,9% si tuvo parto pre término anterior. De los 25 (19,8%) neonatos extremadamente prematuros, el 11,1% de madres no tuvo parto pre término anterior y el 8,7% si tuvo parto pre término anterior.

Al aplicar la prueba chi X^2 de Pearson, con significancia de $p = 0,001$ ($p > 0,05$), valor calculado de 13,70 y 2 grados de libertad, lo que permite aprobar la hipótesis planteada, Existe relación estadística significativa entre el parto pre término anterior y la prematuridad en neonatos atendidos en el Hospital Regional de Loreto de la ciudad de Iquitos durante los años 2018 al 2019.

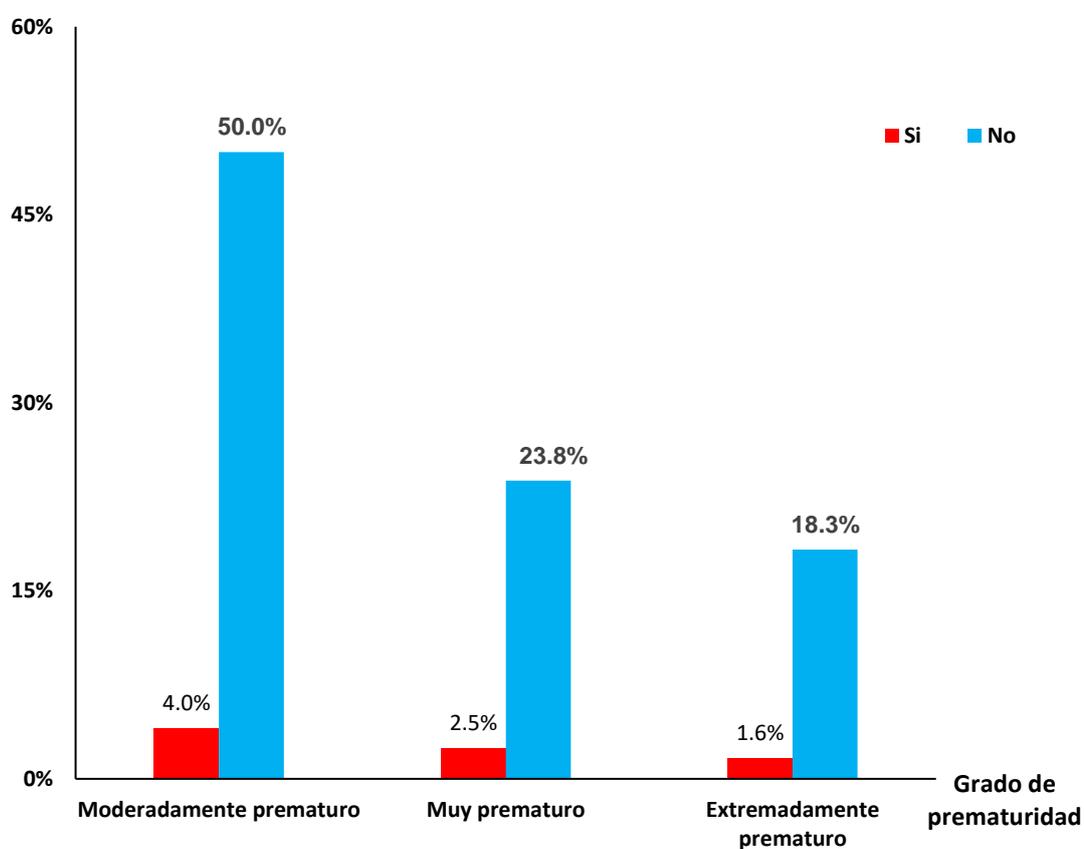
Tabla 22. Rotura prematura de membranas en el parto materno y prematuridad en neonatos atendidos en el Hospital Regional de Loreto 2018 – 2019

Rotura Prematura de Membranas	Prematuridad						TOTAL	
	Moderadamente prematuro		Muy prematuro		Extremadamente prematuro		fi	%
	Fi	%	fi	%	fi	%		
Si	5	4,0	3	2,4	2	1,6	10	8
No	63	50,0	30	23,8	23	18,3	116	92
Total	68	54,0	33	26,2	25	19,8	126	100

$\chi^2_c 0,092$ $p = 0,955$ ($p < 0,05$)

Fuente: Elaboración propia

Gráfico 22: Rotura prematura de membrana en el parto materno y prematuridad en neonatos atendidos en el Hospital Regional de Loreto 2018 – 2019.



Fuente: Elaboración propia

La tabla y gráfico 22, sobre la relación entre la rotura prematura de membrana en el parto materno y prematuridad en neonatos atendidos en el Hospital Regional de Loreto del 2018 al 2019, se observa que de los 68 (54,0%) neonatos moderadamente prematuros, el 50,0% no presentó rotura prematura de membranas y el 4,0% si la presentó. De los 33 (26,2%) neonatos muy prematuros, el 23,8% no presento rotura prematura de membrana y 2,4% si lo presentaron. De los 25 (19,8%) neonatos extremadamente prematuros, el 18,3% no presentó rotura prematura de membranas y el 1,6% si presentaron rotura prematura de membrana.

Al aplicar la prueba chi X^2 de *Pearson*, con significancia de $p = 0,955$ ($p > 0,05$), valor calculado de 0,092 y 2 grados de libertad, lo que nos indica que no se aprueba la hipótesis planteada, No existe relación estadística significativa entre la rotura prematura de membranas y la prematuridad en neonatos atendidos en el Hospital Regional de Loreto de la ciudad de Iquitos durante los años 2018 al 2019.

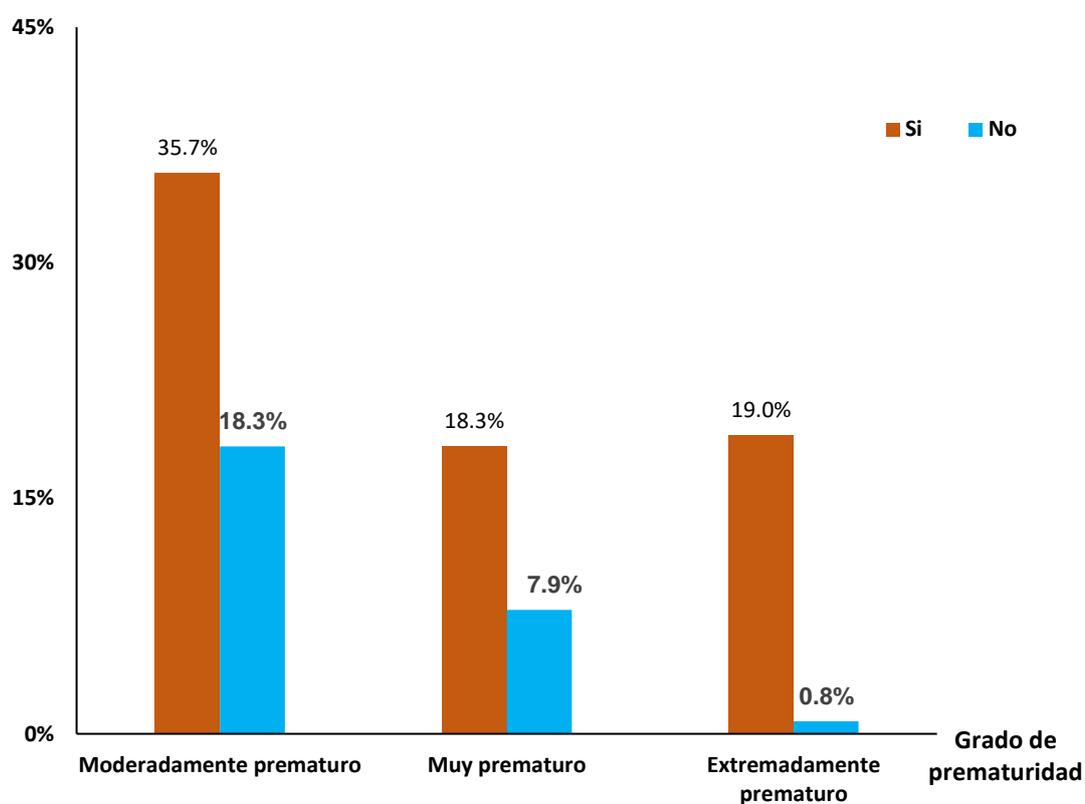
Tabla 23. Anemia materna y prematuridad en neonatos atendidos en el Hospital Regional de Loreto 2018 – 2019

Anemia	Prematuridad						TOTAL	
	Moderadamente prematuro		Muy prematuro		Extremadamente prematuro		fi	%
	Fi	%	fi	%	fi	%		
Si	45	35,7	23	18,3	24	19,0	92	63
No	23	18,3	10	7,9	1	0,8	44	27
Total	68	54,0	33	26,2	25	19,8	126	100

$X^2_{c,8,50} p= 0,014 (p < 0,05)$

Fuente: Elaboración propia

Gráfico 23: Anemia materna y prematuridad en neonatos atendidos en el Hospital Regional de Loreto 2018 – 2019.



Fuente: Elaboración propia

La tabla y gráfico 23, sobre la relación entre la anemia materna y prematuridad en neonatos atendidos en el Hospital Regional de Loreto del 2018 al 2019, se aprecia que de los 68 (54,0%) neonatos moderadamente prematuros, el 35,7% de madres tuvo anemia y el 18,3% no la presentó. De los 33 (26,2%) neonatos muy prematuros, el 18,3% de madres presento anemia y 7,9% no la presentó. De los 25 (19,8%) neonatos extremadamente prematuros, el 19,0% de madres tuvo anemia y 0,8% no la presentó.

Al aplicar la prueba chi X^2 de *Pearson*, con significancia de $p = 0,014$ ($p < 0,05$), valor calculado de 8,50 y 2 grados de libertad, lo que permite aprobar la hipótesis planteada, Existe relación estadística significativa entre la anemia en la gestación y la prematuridad en neonatos atendidos en el Hospital Regional de Loreto de la ciudad de Iquitos durante los años 2018 al 2019.

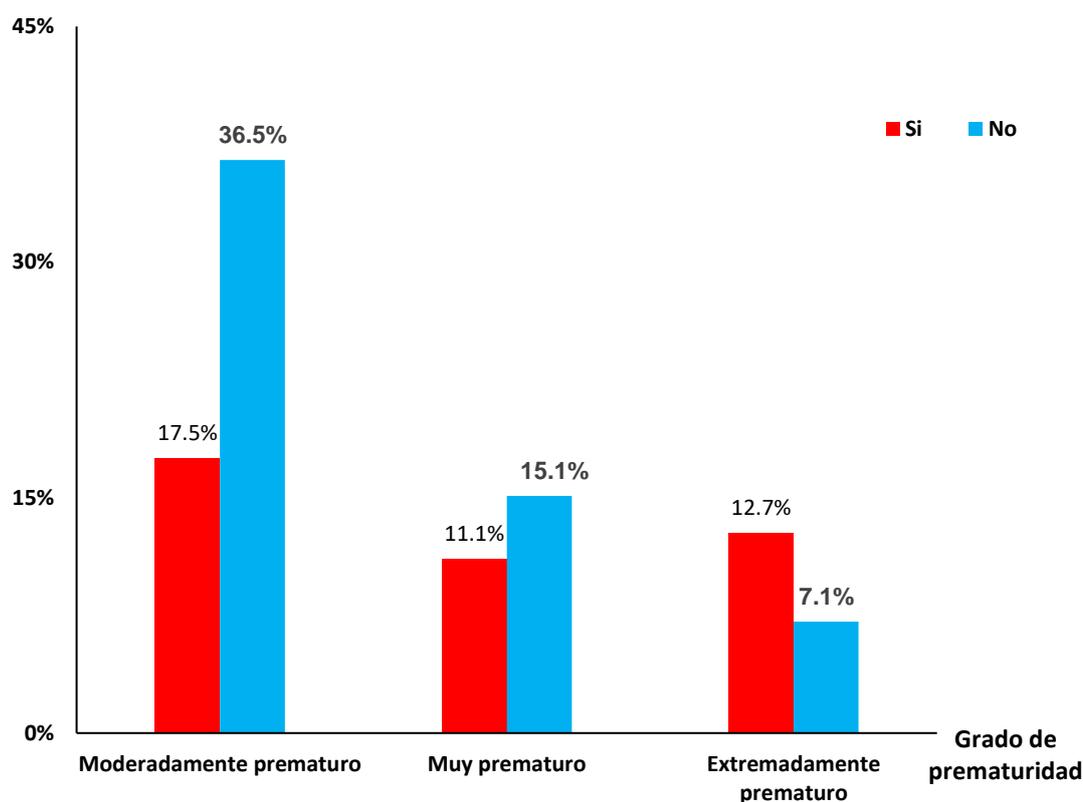
Tabla 24. Hipertensión arterial materna y prematuridad en neonatos atendidos en el Hospital Regional de Loreto 2018 – 2019

Hipertensión arterial	Prematuridad						TOTAL	
	Moderadamente prematuro		Muy prematuro		Extremadamente prematuro		fi	%
	Fi	%	fi	%	fi	%		
Si	22	17,5	14	11,1	16	12,7	52	41,3
No	46	36,5	19	15,1	9	7,1	74	58,7
Total	68	54,0	33	26,2	25	19,8	126	100

$\chi^2_{c} 7,58$ $p = 0,023$ ($p < 0,05$)

Fuente: Elaboración propia

Gráfico 24: Hipertensión arterial materna y prematuridad en neonatos atendidos en el Hospital Regional de Loreto 2018 – 2019.



Fuente: Elaboración propia

La tabla y gráfico 24, sobre la relación entre la Hipertensión arterial materna y prematuridad en neonatos atendidos en el Hospital Regional de Loreto del 2018 al 2019, se observa que de los 68 (54,0%) neonatos moderadamente prematuros, el 17,5% presentaron hipertensión arterial y el 36,5% no la presentaron. De los 33 (26,2%) neonatos muy prematuros, el 11,1% presento hipertensión arterial y 15,1% no la presentó. De los 25 (19,8%) neonatos extremadamente prematuros, el 12,7% presentó hipertensión arterial y el 7,1% no la presentaron.

Al aplicar la prueba chi X^2 de *Pearson*, con significancia de $p_valor = 0,023$ ($p < 0,05$), valor calculado de 7,58 y 2 grados de libertad., lo que permite aprobar la hipótesis planteada, Existe relación estadística significativa entre la hipertensión arterial y la prematuridad en neonatos atendidos en el Hospital Regional de Loreto de la ciudad de Iquitos durante los años 2018 al 2019.

Asociación de variables fetales

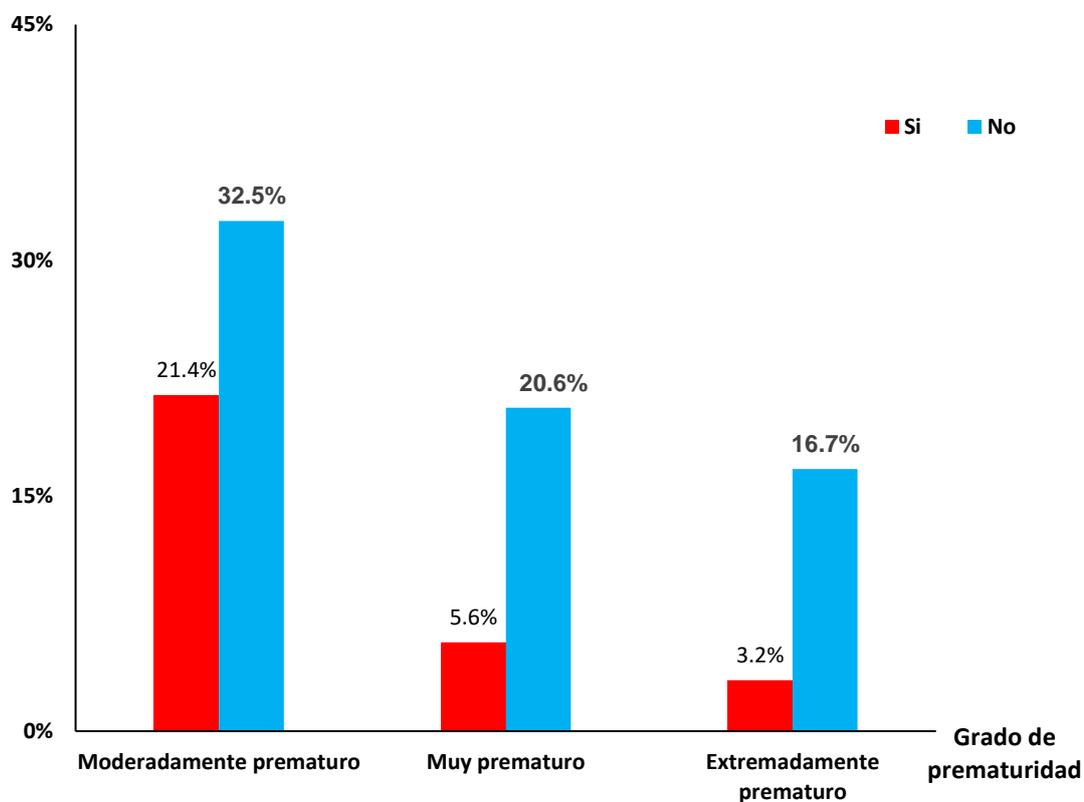
Tabla 25. Anomalías congénitas y prematuridad en neonatos atendidos en el Hospital Regional de Loreto 2018 – 2019

anomalías congénitas	Prematuridad						TOTAL	
	Moderadamente prematuro		Muy prematuro		Extremadamente prematuro		fi	%
	Fi	%	fi	%	fi	%		
Si	27	21,4	7	5,6	4	3,2	38	30,2
No	41	32,5	26	20,6	21	16,7	88	69,8
Total	68	54,0	33	26,2	25	19,8	126	100

χ^2 6,58 p= 0,037 (p < 0,05)

Fuente: Elaboración propia

Gráfico 25: Anomalías congénitas y prematuridad en neonatos atendidos en el Hospital Regional de Loreto 2018 – 2019.



Fuente: Elaboración propia

La tabla y gráfico 25, sobre la relación entre las anomalías congénitas y prematuridad en neonatos atendidos en el Hospital Regional de Loreto del 2018 al 2019, se aprecia que de los 68 (54,0%) neonatos moderadamente prematuros, el 21,4% de madres presentó anomalías congénitas y el 32,5% no presentaron anomalías congénitas. De los 33 (26,2%) neonatos muy prematuros, el 5,6% de madres presentó anomalías congénitas y 20,6% (no lo presentaron). De los 25 (19,8%) neonatos extremadamente prematuros, el 3,2% de madres presentaron anomalías congénitas y 16,7% no lo presentaron.

Al aplicar la prueba estadística χ^2 de Pearson, con significancia de $p = 0,037$ ($p < 0,05$), valor calculado de 6,58 y 2 grados de libertad, lo que permite aprobar la hipótesis planteada, Existe relación estadística significativa entre la anomalía congénita y la prematuridad en neonatos atendidos en el Hospital Regional de Loreto de la ciudad de Iquitos durante los años 2018 al 2019.

CAPÍTULO V: DISCUSIÓN

Según los resultados encontrados relacionados a las variables materno fetales y la prematuridad, tenemos que, de las 126 pacientes atendidas en el Hospital Regional de Loreto de la ciudad de Iquitos, se pudo determinar lo siguiente:

Respecto a las variables maternas, edad y prematuridad, se observa relación estadística significativa entre ambas variables aplicando la prueba chi X^2 de *Pearson*, con significancia de $p = 0,011$ ($p < 0,05$), valor calculado de 12,97 y 4 grados de libertad. Así mismo, de las 17 madres adolescentes, el 23,5% tuvieron neonatos extremadamente prematuros, siendo este el mayor promedio de neonatos con dicha clasificación de prematuridad. Este hallazgo coincide con lo encontrado por Condezo E. (2019). en su investigación sobre, factores de riesgo relacionado al parto pretérmino en gestantes atendidas en el Hospital Amazónico de Yarinacocha – Ucayali, en la que, hubo relación entre gestantes adolescentes y el parto pre término en un 27,7% y un OR 2,83; 0,003.(13)

Sin embargo, no coincide con, Espinoza T. (2022)., en su estudio sobre factores de riesgo relacionados al parto pre término. Universidad Norbert Wiener, en la que encontró una relación entre edad materna avanzada y prematuridad con un (OR: 2.23, IC 95%).(10)

Así mismo, Flores E. (2016)., refiere que, los riesgos para la salud de la madre y el niño aumentan cuando la primera es una adolescente de 15 años o adulta de 35 años, debido en el primer caso relacionadas con la adolescencia con la soltería, el bajo nivel educativo, la inasistencia a las consultas y el hecho de que sólo la mitad de ellas consulte durante el primer trimestre. Y cuanto mayor se es, más probabilidades hay de desarrollar problemas como la diabetes y la hipertensión. Estas patologías repercuten en el desarrollo de la gestación y pueden ocasionar un parto pre término.(25) De este resultado, se destaca que las edades extremas para la gestación constituyen un factor de riesgo de prematuridad por lo que el proveedor de salud debe tomar en cuenta la edad de la al brindar el cuidado.

Sobre el análisis de relación de los controles prenatales maternos y prematuridad, se observa relación estadística significativa entre ambas variables al aplicar la prueba chi X^2 de *Pearson*, con significancia de $p=0,000$ ($p < 0,05$), valor calculado de 19,51 y 2 grados de libertad. Así mismo, de los 25 neonatos con clasificación extremadamente prematuros, el 92% fueron de madres con controles prenatales incompletos; demostrándose la importancia de estos controles y el factor de riesgo que representa el no cumplirlos adecuadamente, este hallazgo coincide con, Toro C. et al. (2021)., en su estudio sobre factores maternos relacionados a prematuridad en gestantes de un hospital público de Trujillo, Perú, en la que revelaron que tener menos de cuatro controles prenatales durante el embarazo se encuentra relacionado con un mayor riesgo de prematuridad (OR 2,65; IC95%: 2,21-3,18).(7)

Este resultado constituye un reto para el sistema de salud específicamente para el primer nivel de atención en donde se debe enfatizar en los controles prenatales para prevenir partos prematuros.

Al analizar la relación del consumo de tabaco en la madre y prematuridad, se pudo observar relación estadística significativa entre ambas variables demostrada con la aplicación de la prueba chi X^2 de *Pearson*, con significancia de $p=0,014$ ($p < 0,05$), valor calculado de 8,57 y 2 grados de libertad. Así mismo, de las 4 madres que sí consumían tabaco, el 75,0% tuvieron neonatos con condición de extremadamente prematuros, evidenciando que, el tabaquismo puede ser un factor de riesgo a desarrollar una clasificación más elevada de prematuridad en los neonatos. Este hallazgo se sustenta en lo referido por Montero A. et al. (2019)., en su estudio sobre, riesgos maternos relacionados a la prematuridad, en la que, las fumadoras tienen el doble de posibilidades de tener un bebé prematuro o con bajo peso y que los subproductos tóxicos del tabaquismo favorecen la degradación del lecho vascular y la modificación de la circulación, lo que compromete la oxigenación y la nutrición embrionaria.(27)

Este resultado es de gran importancia y que requiere de un trabajo multidisciplinario e integral en las gestantes fumadoras, toda vez que compromete la salud y calidad de vida posterior niño.

Del análisis de la relación con la paridad materna y prematuridad, se pudo observar relación estadística significativa entre ambas variables aplicando la prueba chi X^2 de Pearson, con significancia de $p = 0,044$ ($p < 0,05$), valor calculado de 12,92 y 6 grados de libertad. Este hallazgo coincide con lo encontrado por, Reyes F. (2022)., en su estudio sobre, factores maternos atribuibles a prematuridad en un Hospital del III nivel de la ciudad de Iquitos 2020 – 2021, en la que encontró asociación con la prematuridad en nulíparas (OR 1,90, 0,038); y en primíparas (OR 1,73, 0,046).(11)

Los resultados del presente estudio indican que la prematuridad se presenta más en primíparas, por lo que el brindar un cuidado a las mujeres en primera gestación constituye un reto, ya que todo el sistema de salud debe desplegar esfuerzos desde la identificación y captación de la gestante, ya que ellas no acuden al control pre natal, sobre todo en aquellas adolescentes.

Al llevar a cabo el análisis de relación con el intervalo intergenésico materno y prematuridad, se pudo apreciar relación estadística significativa entre ambas variables aplicando la prueba chi X^2 de Pearson, con significancia de $p = 0,025$ ($p < 0,05$), valor calculado de 17,54 y 8 grados de libertad. Este hallazgo coincide con lo encontrado por Reyes F.(2022), en su estudio sobre, factores maternos atribuibles a prematuridad en un Hospital del III nivel de la ciudad de Iquitos 2020-2021, en la que encontró relación entre prematuridad y el periodo Inter gestacional menor a 2 años un (OR 1,85; 0,042).(11)Así mismo, Flores E.(2016), en su estudio sobre, factores de riesgo maternos presentes en la prematuridad en mujeres de 15 a 40 años que asisten al programa madre canguro del hospital nacional de la mujer, sostiene que, si el intervalo intergenésico es inferior a 2 años, existe un mayor riesgo de parto prematuro causado por la hipertrofia de los miocitos uterinos.(25)

Este resultado se debe tomar en cuenta ya que evidencia la escasa adherencia a los métodos de anticoncepción de las mujeres y la importancia de tener en cuenta el espacio intergenésico al planificar su familia, por lo que

se debe realizar un trabajo articulado con todos los niveles de atención de salud.

Al analizar la relación entre los antecedentes de embarazos múltiples y prematuridad, se pudo observar que no existe relación estadística significativa entre ambas variables demostrada con la aplicación de la prueba chi X^2 de *Pearson*, con significancia de $p = 0,274$ ($p > 0,05$), valor calculado de 2,59 y 2 grados de libertad. Al respecto, este hallazgo se contrasta con lo encontrado por Condezo E. (2019), debido a que, en su investigación sobre Factores de riesgo relacionados al parto pretérmino en gestantes, determinó que el embarazo múltiple fue un factor de riesgo relacionado a la prematuridad del neonato OR = 32.(13)

Este hallazgo evidencia que, si bien es cierto no existe relación entre las variables de estudio, aún debe tenerse en cuenta al momento de evaluar la condición de la gestante durante los controles y que no debe pasar por alto durante el embarazo, ya que es un antecedente que puede influir en la prematuridad.

Del análisis de la relación con la infección urinaria materna, se observó relación estadística significativa entre ambas variables demostrada al aplicar la prueba chi X^2 de *Pearson*, con significancia de $p = 0,042$ ($p < 0,05$), valor calculado de 8,34 y 2 grados de libertad. Este hallazgo se relaciona con los encontrados por Carrasco A. (2019). en cuya investigación sobre las Características Epidemiológicas de Madres relacionadas al bajo peso al nacer de recién nacidos pre términos pudo determinar que uno de los factores de riesgo relacionados a la prematuridad del neonato fue la presencia de infecciones urinarias en las madres gestantes ($p = 0,04$), representando así un riesgo para la salud de la gestante y del neonato, y siendo un foco de atención para medidas de prevención por parte del personal de salud.(8)

Así mismo, Toro C. et al. (2021), en su investigación sobre, factores maternos relacionados a prematuridad en gestantes de un hospital público de Trujillo, encontró que, la carencia de una infección del tracto urinario (ITU) se relaciona con un menor riesgo de prematuridad (OR 0,73; IC95%: 0,56-

0,95), y sostiene que, es importante resaltar el papel que implica la presencia de infecciones de vías urinarias durante el embarazo. Estas infecciones están relacionadas a complicaciones antenatales e inclusive tienen repercusión en el recién nacido. La rotura prematura de membranas por infección ulterior del tracto urinario es responsable de un tercio de los nacimientos prematuros, y es otro factor que contribuye al aumento de los nacimientos prematuros tardíos.(7)

Los resultados de la presente investigación, reflejan la gran importancia de tener en cuenta la presencia de infecciones sobre todo urinarias ya que pueden ocasionar partos prematuros y se debe incidir en solicitar exámenes de laboratorio en búsqueda de infecciones sobre todo urinarias.

Sobre el análisis de relación de partos pretérminos anteriores y la prematuridad, se pudo observar relación estadística significativa entre ambas variables la que queda demostrada al aplicar la prueba chi X^2 de Pearson, con significancia de $p= 0,001$ ($p < 0,05$), valor calculado de 13,70 y 2 grados de libertad. Este hallazgo coincide con lo encontrado por, Reyes F. (2022), en su investigación sobre, factores maternos atribuibles a prematuridad en un Hospital del III nivel de la ciudad de Iquitos 2020 – 2021, en la que obtuvo un OR= 6,31 en historia de prematurez, concluyendo que estas variables influyen en la prevalencia de partos prematuros. (11)

De este resultado se destaca la importancia de realizar una buena anamnesis que permitan obtener esta información por su implicancia en partos prematuros actuales.

Del análisis de la relación con la rotura prematura de membrana materna, no se observó relación estadística significativa entre ambas variables demostrada al aplicar la prueba chi X^2 de Pearson, con significancia de $p= 0,955$ ($p > 0,05$), valor calculado de 0,092 y 2 grados de libertad. Este hallazgo no se relaciona con lo encontrado por Condezo E. (2019)., quien determinó en su investigación sobre, factores de riesgo relacionados al parto pretérmino en gestantes que uno de los factores de riesgo relacionados a la prematuridad del neonato es la ruptura prematura de membranas OR = 2.25; significando así que esta condición es uno de los principales indicadores

para poder conocer si existe riesgo de sufrir un parto prematuro durante la gestación.(13)

Si bien es cierto no se logró relación estadística, cabe resaltar que la rotura prematura de membranas es una condición muy delicada por el riesgo de infección y el incremento de la probabilidad de nacimientos antes de tiempo, por lo que se debe tomar en cuenta esta condición de fragilidad en la gestante.

Sobre el análisis de relación con la presencia de anemia materna, se pudo observar relación estadística significativa entre ambas variables la que queda demostrada al aplicar la prueba chi X^2 de *Pearson*, con significancia de $p = 0,014$ ($p < 0,05$), valor calculado de 8,50 y 2 grados de libertad. Este hallazgo se relaciona con lo encontrado por Carrasco A. (2018), en una investigación sobre características epidemiológicas de madres relacionadas al bajo peso al nacer se pudo determinar que uno de los principales factores de riesgo para la prematuridad del neonato es la presencia de anemia en las madres ($p = 0,03$). (8)

De ello se destaca la importancia de incidir durante los controles la verificación a detalle si la gestante padece o no de algún índice de anemia, para poder evitar y/o disminuir este factor de riesgo durante el embarazo.

Sobre el análisis de relación con la presencia de hipertensión arterial materna, se observó relación estadística significativa entre ambas variables la que queda demostrada al aplicar la prueba chi X^2 de *Pearson*, con significancia de $p = 0,023$ ($p < 0,05$), valor calculado de 7,58 y 2 grados de libertad. Este hallazgo se relaciona con Espinoza T. (2022), en su investigación sobre, factores de riesgo relacionados al parto pretérmino. Universidad Norbert Wiener, en la que encontró un OR= 10.3, en pre eclampsia.(10)

Al respecto Montero A. et al. (2019), sostiene que, la preeclampsia (PE) durante la gestación provoca un aumento significativo en la incidencia de enfermedades y muertes durante el periodo perinatal, así como un mayor riesgo de sufrimiento fetal intraparto y retraso del crecimiento intrauterino (18,8% en la PE moderada y 37% en la PE grave). Para el bienestar materno, la enfermedad gestacional hipertensiva hace necesaria la interrupción del embarazo antes del término.(27)

Este resultado, constituye un reto para el sistema de salud, siendo que la hipertensión arterial no solo va a influir en un parto prematuro, si no en un factor de riesgo de muerte materna, así mismo este problema se detecta muchas veces en condiciones avanzadas, por lo que es importante incidir en las gestantes la identificación de signos y síntomas de hipertensión arterial.

En cuanto a la relación entre la variable fetal y prematuridad en neonatos atendidos en el Hospital Regional de Loreto del 2018 al 2019, en cuanto a las anomalías congénitas, se observó relación estadística significativa entre ambas variables la que queda demostrada al aplicar la prueba X^2 de Pearson, con significancia de $p= 0,037$ ($p < 0,05$), valor calculado de **6,58** y 2 grados de libertad. Este hallazgo se relaciona con lo encontrado por, Machaca J. (2018)., en su estudio sobre, factores de riesgo relacionados a la morbimortalidad del prematuro en el periodo neonatal en el Hospital Carlos Monge Medrano de Juliaca, en la que de 182 recién nacidos prematuros el 79,8% presentó morbilidad.(3)

De este hallazgo, es importante conocer la condición de salud del neonato con controles y exámenes exhaustivos para identificar morbilidad y/o anomalías congénitas, ya que estas van asociadas muchas veces a partos prematuros y agravan la evolución posterior del neonato.

Si bien, se pudo comprobar que evidentemente existen factores de riesgo relacionados a prematuridad del neonato, los cuales se encuentran dentro de las variables maternas y fetales. Sin embargo, no solo basta con conocer cuáles son estos factores relacionados, sino que se debe poner en marcha un programa de prevención con el objetivo de disminuir el riesgo de un parto prematuro y garantizar la salud del neonato y por ende de la madre.

CAPÍTULO VI: CONCLUSIONES

1. El 58,7% de las madres tenían de 18 a 34 años, el 77,0% tuvieron controles prenatales incompletos (menos de 6 controles), el 3,2% de madres consumían tabaco, el 35,7% eran primíparas, el 27,0% tenían un intervalo intergenésico 1 a 2 años y de 4 a más años, el 45,2% tenían antecedentes de embarazos múltiples, el 73,8% presentaron infección urinaria, el 22,2% presentaron partos pre términos anteriores, el 7,9% presentó rotura prematura de membranas, el 73,0% presentaron anemia, el 41,3% presentaron hipertensión arterial.
2. El 30,2% presentaron anomalías congénitas, tales como: cardiopatía congénita, defectos del cierre neural, defectos de la pared abdominal, síndrome de Down, labio/paladar hendido
3. El 54,0% de los neonatos fueron moderadamente prematuros, el 26,2% fueron muy prematuros y el 19,8% fueron extremadamente prematuros.
4. Respecto a la relación entre las variables maternas y fetales y la clasificación de prematuridad del neonato, existe relación entre: la edad $p = 0,011$ ($p < 0,05$), controles prenatales $p = 0,000$ ($p < 0,05$), consumo de tabaco en la madre $p = 0,014$ ($p < 0,05$), paridad $p = 0,044$ ($p < 0,05$), intervalo intergenésico $p = 0,025$ ($p < 0,05$), infección urinaria en la madre $p = 0,042$ ($p < 0,05$), partos pre términos anteriores $p = 0,001$ ($p < 0,05$), presencia de anemia en la madre $p = 0,014$ ($p < 0,05$), presencia de hipertensión arterial en la madre $p = 0,023$ ($p < 0,05$).
No existe relación con: antecedentes de embarazos múltiples $p = 0,274$ ($p > 0,05$) y rotura prematura de membrana $p = 0,955$ ($p > 0,05$).

CAPÍTULO VII: RECOMENDACIONES

1. A las autoridades del sector salud, se recomienda la implementación de más centros especializados en controles prenatales, garantizando la facilidad de acceso para aquellas gestantes que radican en zonas alejadas de la zona urbana, así mismo, implementar un sistema de atención domiciliaria, para aquellas gestantes con dificultad para movilizarse hasta el centro de salud, con el objetivo de garantizar el correcto proceso de controles durante la gestación.
2. A las autoridades de las IPRESS, y en especial al personal profesional responsable de la salud integral de la gestante realizar capacitaciones continuas dirigidos al personal médico y enfermería, sobre los distintos factores de riesgo relacionados a la prematuridad del neonato como: edad de la madre, consumo de tabaco, la paridad, el intervalo intergenésico, infección urinaria de la madre en la gestación, antecedentes de parto pre término, anemia e hipertensión arterial, para que a partir de ellos se implementen medidas eficaces de control para identificarlos. Así mismo, se recomienda incrementar el área de control prenatal, con la finalidad de poder brindar el servicio a un mayor número de gestantes y garantizar que se complete el proceso en las mismas.
3. A la facultad de enfermería, implementar talleres de capacitación prácticos con la participación de gestantes, con el objetivo de instruir en la identificación de factores maternos y fetales que puedan influir en un parto prematuro. Así mismo, brindar información proveniente de estudios con el objetivo de preparar a los futuros profesionales de la salud para poder trabajar en casos de parto prematuro y complicaciones que puedan surgir durante la misma.
4. A docentes y estudiantes de la carrera de enfermería y afines, se recomienda comprometerse con la labor del personal de salud, mediante la correcta preparación teórica y práctica, para poder garantizar el

correcto proceso de controles y la identificación de factores de riesgo en los pacientes gestantes oportunamente.

5. A la comunidad científica, considerar esta importante base de datos para futuras investigaciones con otras metodologías
6. A las mujeres en la etapa de gestación, comprometerse de manera responsable en su autocuidado prenatales desde el inicio del embarazo para asegurar una condición saludable de ella misma como la del niño.

CAPÍTULO VIII: FUENTES DE INFORMACIÓN

1. Mendoza L, Claros D, Mendoza L, Arias M, Peñaranda C. Epidemiología de la prematuridad, sus determinantes y prevención del parto prematuro REV CHIL OBSTET GINECOL 2016; 81(4): 330 – 342 <https://scielo.conicyt.cl/pdf/rchog/v81n4/art12.pdf>
2. Organización Mundial de la Salud. Organización Mundial de la Salud. [Online]; 2022. Acceso 5 de Diciembre de 2023. Disponible en: <https://www.who.int/es/news/item/15-11-2022-who-advises-immediate-skin-to-skin-care-for-survival-of-small-and-preterm-babies>.
3. Machaca J. Factores de riesgo asociados a la morbimortalidad del prematuro en el periodo neonatal en el Hospital Carlos Monge Medrano de Juliaca en el año 2018. Universidad Nacional del Altiplano. Facultad de Medicina Humana. Escuela profesional de Medicina Humana. Puno. Perú. 2019. http://tesis.unap.edu.pe/bitstream/handle/UNAP/11159/Machaca_Quecara_Jose_Luis.pdf?sequence=1&isAllowed=y
4. Ministerio de Salud. Nacimientos prematuros en el Perú se incrementan a 6.89 % en lo que va del 2022. Plataforma digital única del estado peruano. <https://www.gob.pe/institucion/minsa/noticias/668468-nacimientos-prematuros-en-el-peru-se-incrementan-a-6-89-en-lo-que-va-del-2022>
5. D'Angelo P. Ojo Público. [Online]; 2019. Acceso 5 de Diciembre de 2023. Disponible en: <https://ojo-publico.com/1364/afirmacion-ministra-salud-sobre-muerte-ninos-es-enganosa>.
6. Hospital Regional de Loreto. Oficina de estadística e informática. Iquitos. Perú. 2019.
7. Toro-Huamanchumo Carlos J., Barboza Joshuan J., Pinedo-Castillo Liseth, Barros-Sevillano Shamir, Gronerth-Silva Jim K., Galvez-Díaz Norma del Carmen et al. Factores maternos asociados a prematuridad en gestantes de un hospital público de Trujillo, Perú. Rev. Cuerpo Med. HNAAA [Internet]. 2021 jul [citado 2023 Abr 17]; 14(3): 287-290. Disponible en: http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid

=S2227-47312021000400006&lng=es. Epub 26-Nov-2021. <http://dx.doi.org/10.35434/rcmhnaaa.2021.143.1246>.

8. Carrasco A. Características Epidemiológicas de Madres Asociadas al Bajo Peso al Nacer de Recién Nacidos Pre términos en el Servicio de Neonatología el Hospital Hipólito Unanue de Tacna, 2018. Universidad Privada de Tacna. Perú 2019 <http://repositorio.upt.edu.pe/handle/UPT/651>
9. Milián-Espinosa I, Cairo-González V, Silverio-Negrín M, Benavides-Casals M, Pentón-Cortes R, Marín-Tápanes Y. Epidemiología del parto pretérmino espontáneo. Acta Médica del Centro [Internet]. 2019 [citado 11 Feb 2024]; 13 (3): [aprox. 12 p.]. Disponible en: <https://revactamedicacentro.sld.cu/index.php/amc/article/view/1080>
10. Espinoza T. Factores de riesgo asociados al parto pretérmino. Universidad Norbert Wiener. Facultad de Ciencias de la Salud. Escuela Académica Profesional de Obstetricia Código ORCID: 0000-0002-2830-3789. Lima. Perú. 2022
https://repositorio.uwiener.edu.pe/bitstream/handle/20.500.13053/7728/T061_22891131_S.pdf?sequence=1
11. Reyes F. Factores maternos atribuibles a prematuridad en un Hospital del III nivel de la ciudad de Iquitos 2020 – 2021. Universidad Científica del Perú. Facultad de Ciencias de la Salud. San Juan Bautista. Iquitos. Perú. 2022.
<http://repositorio.ucp.edu.pe/bitstream/handle/UCP/2134/FLOR%20MAGDALENA%20REYES%20AGUIRRE-TESES.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
12. Sernaque K. Factores Maternos y Fetales Asociados a Prematuridad en Recién Nacidos Atendidos en el Servicio de Neonatología del Hospital Santa Rosa, Piura 2019. Universidad Cesar Vallejo. Facultad de Ciencias Médicas. Escuela Académico Profesional de Medicina. Piura. Perú. 2020
http://repositorio.ucv.edu.pe/bitstream/handle/UCV/40372/Sernaque_AKE.pdf?sequence=5&isAllowed=y

13. Condezo E. Factores de riesgo asociado al parto pretérmino en gestantes atendidas en el Hospital Amazónico de Yarinacocha – Ucayali 2015. Universidad de Huánuco. Facultad de ciencias de la salud segunda especialidad en obstetricia. Huánuco. Perú. 2019
<http://200.37.135.58/bitstream/handle/123456789/1799/CONDEZO%20GUERRA%2c%20Natali%20Elizabeth.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
14. Sánchez K. Factores asociados a la mortalidad en los prematuros con enfermedad de membrana hialina. Unidad de cuidados intensivos neonatales - Hospital Cayetano Heredia, Piura- 2018. Universidad Nacional de Piura. Facultad de ciencias de la salud. Escuela profesional de Medicina Humana. Piura. Perú. 2019.
<http://repositorio.unp.edu.pe/bitstream/handle/UNP/1645/CCS-SAN-ART-2019.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
15. Pumarrumi I. Influencia de una intervención educativa en el nivel de conocimientos de las madres sobre los cuidados del recién nacido prematuro en la unidad de neonatología del Hospital de Emergencias Villa el Salvador – 2019. Universidad Nacional Cayetano Heredia. Lima. Perú. 2019.
http://repositorio.upch.edu.pe/bitstream/handle/upch/7660/Influencia_PumarrumiCorman_Isabel.pdf?sequence=1&isAllowed=y
16. Ministerio de Salud del Perú. Norma Técnica de Salud para la atención integral de salud Neonatal: NTS N° 106-MINSA/DGSP-V.01(R.M. N° 828 - 2013/MINSA. Segunda ed. Salud Md, editor. Lima: Ministerio de Salud - Dirección General de Salud de las Personas; 2014.
17. Brigham and Women's Hospital. Brigham and Women's Hospital. [Online]; 2023. Acceso 5 de Diciembre de 2023. Disponible en: <https://healthlibrary.brighamandwomens.org/spanish/Encyclopedia/90,P05510>.
18. Vergara A. Factores asociados a prematuridad en recién nacidos de cesárea por pre eclampsia, Hospital Sergio E. Bernales, 2017-2019. Universidad Ricardo Palma. Facultad de Medicina Humana. Perú. 2020.

http://repositorio.urp.edu.pe/bitstream/handle/URP/2981/TESIS_VERGAR_A%20FINAL.pdf?sequence=1&isAllowed=y

19. Osorio L, Rupay G, Rodríguez J, Lavadores A, Dávila J, Echevarría M- Factores maternos relacionados con prematuridad. Artículo original Ginecol Obstet Mex 2008;76(9):526-36. México. 2008 <https://www.medigraphic.com/pdfs/ginobsmex/gom-2008/gom089f.pdf>
20. Ota A. Manejo neonatal del prematuro: avances en el Perú Neonatal. Rev Perú Ginecol Obstet. 2018;64(3) 415. Perú. 2018 <http://www.scielo.org.pe/pdf/rgo/v64n3/a15v64n3.pdf>
21. Matos L, et al. La prematuridad: epidemiología, causas y consecuencias, primer lugar de mortalidad y discapacidad. Sal Jal. 2020;7(3):179-186. <https://www.medigraphic.com/cgi-bin/new/resumen.cgi?IDARTICULO=98553>
22. Libro: Mayo Clinic Guide to a Healthy Pregnancy (Guía de Mayo Clinic para tener un embarazo saludable). Dec. 04, 2018, 06:00 p.m. CDT <https://www.mayoclinic.org/es-es/diseases-conditions/premature-birth/diagnosis-treatment/drc-20376736>
23. Organización Panamericana de la Salud, Módulo de Principios de Epidemiología para el Control de Enfermedades (MOPECE). Segunda edición revisada 1, 2, 3, 4 y 5. 2011.
24. Navarro, J. Edad. 2016. Recuperado de <http://www.definicionabc.com/general/edad.php>.
25. Flores, E. Factores de riesgo maternos presentes en la prematuridad en mujeres de 15 a 40 años que asisten al programa madre canguro del hospital nacional de la mujer “doctora María Isabel Rodríguez” durante el periodo de agosto a septiembre del 2016. Universidad del Salvador Facultad de Medicina. Escuela de Tecnología Médica. Carrera Salud Materno Infantil. El Salvador. 2016. <http://ri.ues.edu.sv/id/eprint/16202/1/Factores%20de%20riesgo%20maternos%20presentes%20en%20la%20prematuridad%20en%20mujeres%20de>

[%2015%20a%2040%20a%C3%B1os%20que%20asisten%20al%20progr
ama%20Madre%20Canguro%20del%20Hospital%20Nacional%20de%20
a%20Mujer%20Doctora%20Mar%C3%ADa%20Isabel%20Rodr%C3%AD
guez%20durante%20el%20periodo%20de%20Agosto%20a%20Septiembr
e.pdf](#)

26. Dueñas F. Factores materno- perinatales asociados a prematuridad en el hospital regional de Ayacucho Miguel Ángel Mariscal Llerena durante julio diciembre 2019. Universidad Ricardo Palma. Facultad de Medicina Humana “Manuel Huamán Guerrero”. Lima. Perú. 2020.
27. Montero A, Ferrer R, Paz D, Pérez M, Díaz Y. Riesgos maternos asociados a la prematuridad. Multimed [Internet]. 2019 oct [citado 2021 Jul 30]; 23 (5): 1155-1173. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1028-48182019000501155&lng=es.
28. Paredes M. Factores de riesgo materno asociados a parto prematuro en el Hospital Regional “Manuel Núñez Butron” – Puno, Enero – diciembre 2018. Universidad Nacional del Altiplano. Facultad de Medicina Humana. Escuela Profesional de Medicina Humana. Puno. Perú. 2019. http://repositorio.unap.edu.pe/bitstream/handle/UNAP/11085/Paredes_Be_doya_Magaly_Mayumi.pdf?sequence=1&isAllowed=y
29. Ovalle A. et al. Factores asociados con el parto prematuro entre 22 y 34 semanas en un hospital público de Santiago. Rev Med Chile 2012; 140: 19-29 <https://scielo.conicyt.cl/pdf/rmc/v140n1/art03.pdf>
30. Ayala F. et al. factores asociados a malformaciones congénitas. Rev Perú Investig Matern Perinat 2019;8(4):30-40. [file:///C:/Users/GESTCAL/Downloads/admin,+REVISTA+2019_8\(4\)+VERSION+FINAL+OCTUBRE+--+DICIEMBRE+WEB+\(1\).pdf](file:///C:/Users/GESTCAL/Downloads/admin,+REVISTA+2019_8(4)+VERSION+FINAL+OCTUBRE+--+DICIEMBRE+WEB+(1).pdf)
31. Cardiopatías congénitas en el recién nacido. Fundación Salud Infantil. Perú-Piura <https://fundacionsaludinfantil.org/cardiopatias-congenitas-en-el-recien-nacido/>

- 32.Labtestsonline. Defectos del tubo neural. 2021. <https://www.labtestsonline.es/conditions/defectos-del-tubo-neural>
- 33.Díaz C, Copado Y, Muñoz G, Muñoz H. Malformaciones de la pared abdominal. Rev. Med. Clin. Condes - 2016; 27(4) 499-508
<https://www.elsevier.es/es-revista-revista-medica-clinica-las-condes-202-articulo-malformaciones-de-la-pared-abdominal-S0716864016300591>
- 34.Artigas M. Síndrome de Down (Trisomia 21)
<https://www.aeped.es/sites/default/files/documentos/6-down.pdf>
- 35.Palmero J, Rodríguez M. Labio y paladar hendido. Conceptos actuales. México. 2019
http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S1870-72032019000400372&lng=es&nrm=iso&tlng=es
- 36.Gómez M, Danglot C, Aceves M. Clasificación de los niños recién nacidos. Rev Mex Pediatr 2012; 79(1); 32-39
<https://www.medigraphic.com/pdfs/pediat/sp-2012/sp121g.pdf>
- 37.Hernández R, Sam P, Baptista L. Metodología de la investigación, quinta edición, editorial Mc Graw Hill 2010, Pp. 181,182.

ANEXOS

ANEXO 1
MATRIZ DE CONSISTENCIA

Título	Problema de investigación	Objetivos de la investigación	Hipótesis	Tipo de diseño de estudio	Población de estudio y procesamiento	Instrumento de recolección de datos
Variables materno fetales y prematuridad en neonatos atendidos del Hospital Regional de Loreto de la ciudad de Iquitos durante los años 2018 y 2019.	¿Cuál es la relación que existe entre las variables materno fetales y la prematuridad en neonatos atendidos en el Hospital Regional de Loreto de la ciudad de Iquitos durante los años 2018 y 2019?	<p>General Determinar la relación que existe entre las variables materno fetales y la prematuridad en neonatos atendidos en el Hospital Regional de Loreto de la ciudad de Iquitos durante los años 2018 y 2019.</p> <p>Específicos Identificar las variables maternas: edad, control prenatal, consumo de tabaco, paridad, intervalo intergenésico, embarazo múltiple, infección urinaria, parto pre termino anterior, rotura prematura de membranas, anemia, hipertensión arterial, en las historias clínicas de los neonatos prematuros atendidos en el Hospital Regional de Loreto de la ciudad de Iquitos durante los años 2018 y 2019.</p> <p>Identificar las variables fetales:</p>	<p>General Existe relación estadística significativa entre las variables maternos fetales y la prematuridad en neonatos atendidos en el Hospital Regional de Loreto Iquitos durante los años 2018 y 2019.</p> <p>Específicas Existe relación estadística significativa entre los las variables maternas y la prematuridad en neonatos atendidos en el Hospital Regional</p>	Estudio cuantitativo, descriptivo, de corte transversal, correlacional y retrospectivo	La población estará conformada por 130 historias clínicas de recién nacidos prematuros atendidos en el Hospital Regional de Loreto 2018 al 2019 y la muestra lo conformarán el total de la población Se procesará la información utilizando el paquete estadístico SPSS versión 24.0.	<p>Ficha de características maternas y fetales de Neonatos prematuros atendidos en el Hospital Regional de Loreto.</p> <p>Ficha de clasificación de la prematuridad en neonatos atendidos en el Hospital Regional de Loreto</p>

		<p>anomalías congénitas, en las historias clínicas de los neonatos prematuros atendidos en el Hospital Regional de Loreto de la ciudad de Iquitos durante los años 2018 y 2019.</p> <p>Identificar el grado de prematuridad de neonatos atendidos en el Hospital Regional de Loreto Iquitos 2018 y 2019.</p> <p>Establecer asociación entre las variables materno fetales con la prematuridad en neonatos atendidos en el Hospital Regional de Loreto de la ciudad de Iquitos durante los años 2018 y 2019.</p>	<p>de Loreto Iquitos durante los años 2018 y 2019.</p> <p>Existe relación estadística significativa entre los las variables fetales y la prematuridad en neonatos atendidos en el Hospital Regional de Loreto Iquitos durante los años 2018 y 2019.</p>			
--	--	---	---	--	--	--

ANEXO 2

FICHA DE CARACTERÍSTICAS MATERNAS Y FETALES DE NEONATOS PREMATUROS ATENDIDOS EN EL HOSPITAL REGIONAL DE LORETO 2018 - 2019

Código:

PRESENTACIÓN:

El presente instrumento es una ficha de características maternas y fetales de neonatos prematuros, que consta de 12 preguntas, con criterios de respuesta, los datos se recolectarán de las historias clínicas neonatales en la Oficina de Estadística e Informática del Hospital Regional de Loreto.

INSTRUCCIONES

El instrumento es una ficha que consta de 12 preguntas, la cual deberá llenarse, en función a los datos registrados en la historia clínica.

CONTENIDO

CARACTERÍSTICAS MATERNAS			
1	Edad	Adolescente	1 ()
		Joven	2 ()
		Adulto	3 ()
2	Control prenatal	Completos (más de 6 controle)	1 ()
		Incompletos (menos de 6 controles)	2 ()
3	Consumo de tabaco	Si	1 ()
		No	2 ()
4	Paridad	Primípara	1 ()
		Múltipara	2 ()
		Gran múltipara	3 ()

5	Intervalo intergenésico	Sin intervalo	1 ()
		Intervalo corto	2 ()
		Intervalo optimo	3 ()
		Intervalo largo	4 ()
6	Embarazo múltiple	Si	1 ()
		No	2 ()
7	Infección urinaria	Si	1 ()
		No	2 ()
8	Parto pretérmino anterior	Si	1 ()
		No	2 ()
9	Rotura prematura de membranas	Si	1 ()
		No	2 ()
10	Anemia	Si	1 ()
		No	2 ()
11	Hipertensión arterial	Si	1 ()
		No	2 ()
CARACTERÍSTICAS FETALES			
12	Anomalías congénitas	Cardiopatía congénita	1 ()
		Defectos del cierre neural	2 ()
		Defectos de pared abdominal	3 ()
		Síndrome de Down	4 ()
		Labio/paladar hendido	5 ()
		Otros	6 ()

OBSERVACIONES:

.....

.....

.....

ANEXO 3

FICHA DE LA CLASIFICACIÓN DE PREMATURIDAD EN NEONATOS ATENDIDOS EN EL HOSPITAL REGIONAL DE LORETO 2018 2019

Código:

PRESENTACIÓN:

El presente instrumento es una ficha de clasificación de la prematuridad en neonatos prematuros, conformado por tres criterios, los datos se recolectaran de las historias clínicas archivadas en la Oficina de Estadística e Informática del Hospital Regional de Loreto.

INSTRUCCIONES

La ficha de datos consta de tres criterios de clasificación según edad gestacional: Moderadamente prematuro, Muy prematuro y extremadamente prematuro, el cual se deberá registrar en función a los datos contenidos en la historia clínica.

CONTENIDO

CRITERIO	CLASIFICACIÓN	EDAD GESTACIONAL	CALIFICACIÓN
Grado de prematuridad	• Moderadamente Prematuro	• De 32 a 36 semanas	(1)
	• Muy prematuro	• De 28 a 31 semanas	(2)
	• Extremadamente prematuro	• Recién nacido antes de las 28 semanas	(3)