



UNIVERSIDAD CÉSAR VALLEJO

FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS

ESCUELA ACADÉMICO PROFESIONAL DE MEDICINA

Factores Maternos y Fetales Asociados a Prematuridad en Recién Nacidos Atendidos en el
Servicio de Neonatología del Hospital Santa Rosa, Piura 2019

TESIS PARA OBTENER EL TÍTULO PROFESIONAL DE:

Médico Cirujano

AUTORA:

Br. Sernaque Anastacio, Karen Evelyn (ORCID: 0000-0002-0498-3513)

ASESOR:

Dr. Segundo Palacios Navarro (ORCID: 0000-0002-9408-1280)

LINEA DE INVESTIGACIÓN:

Enfermedades No Transmisibles

PIURA – PERÚ

2020

DEDICATORIA

Este estudio se lo dedico a mis padres Cristóbal y Aurora por brindarme apoyo moral y entusiasmo para seguir adelante en mis propósitos y por sobre todo por creer en mí.

A la memoria de mi ángel, mi hermana Mercedes, por enseñarme tantas cosas.


A mis hermanos Crisbel, Cristhian y Deybi por estar pendiente de mí y apoyarme en los momentos más importantes de mi vida.

A mi amado hijo Crisbel por ser la luz de mi vida y a la vez mi fuente de motivación e inspiración para poder superarme cada día más.

AGRADECIMIENTO

Agradezco a mis padres, sus esfuerzos son impresionantes, porque su amor es para mí infinito y por todo lo que me han dado a lo largo de mi carrera y de mi vida.

PÁGINA DEL JURADO

 UCV UNIVERSIDAD CÉSAR VALLEJO	ACTA DE APROBACIÓN DE LA TESIS	Código : F07-PP-PR-02.02 Versión : 07 Fecha : 31-03-2017 Página 1 de 4
--	---------------------------------------	---

El Jurado encargado de evaluar la tesis presentada por don (ña) **SERNAQUE ANASTACIO KAREN EVELYN** cuyo título es:

FACTORES MATERNOS Y FETALES ASOCIADOS A PREMATURIDAD EN RECIEN NACIDOS DEL SERVICIO DE NEONATOLOGIA DEL HOSPITAL SANTA ROSA, PIURA 2019

Reunido en la fecha, escuchó la sustentación y la resolución de preguntas por el estudiante, otorgándole el calificativo de: ...14... (número)
 catonce (letras).

Piura..... 04 de Febrero del 2020..



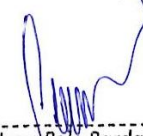
 Dr. EDGAR BAZÁN PALOMINO
 Coordinador de la Escuela de Medicina
 UCV - Piura

 PRESIDENTE



 DR. RODOLFO ARTURO GONZÁLEZ RAMÍREZ
 CIRUGIA GENERAL Y LAPAROSCÓPICA
 C.M.P. 24596 - R.N.E. 27806

 SECRETARIO



 Dr. Roxy Juan Polo Bardales
 CIRUGIA GENERAL Y LAPAROSCÓPICA
 C.M.P. 30308 R.N.E. 16028
 AUDITOR

 VOCAL

Elaboró	Dirección de Investigación	Revisó	Representante de la Dirección / Vicerrectorado de Investigación y Calidad	Aprobó	Rectorado
---------	----------------------------	--------	---	--------	-----------

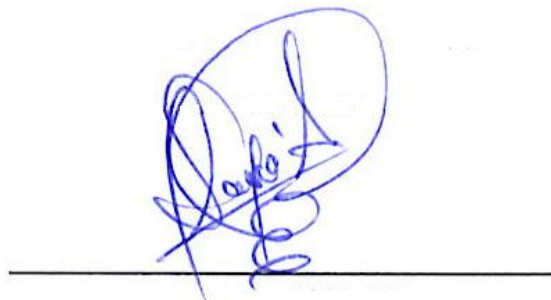
DECLARATORIA DE AUTENTICIDAD

Yo, Karen Evelyn Sernaque Anastacio, con DNI N° 47235267, a efecto de cumplir con las disposiciones vigentes consideradas en el Reglamento de Grados y Títulos de la Universidad César Vallejo, Facultad de Ciencias Médicas, Escuela de Medicina Humana, declaro bajo juramento que toda la documentación que acompaño es veraz y auténtica.

Así mismo, declaro también bajo juramento que todos los datos e información que se presenta en la presente tesis son auténticos y veraces.

En tal sentido asumo la responsabilidad que corresponda ante cualquier falsedad, ocultamiento u omisión tanto de los documentos como de información aportada por lo cual me someto a lo dispuesto en las normas académicas de la Universidad Cesar Vallejo.

Piura, 29 de Enero del 2020



FIRMA

Karen Evelyn Sernaque Anastacio

DNI N° 47235267

ÍNDICE

Carátula	i
Dedicatoria	ii
Agradecimiento	iii
Página del Jurado	iv
Declaratoria de autenticidad	v
Índice	vi
RESUMEN	viii
ABSTRACT	ix
I. INTRODUCCIÓN	1
II. MÉTODOS	16
2.1 Tipo y Diseño de investigación	16
2.2 Variables, Operacionalización	16
2.3 Población y muestra	18
2.4 Técnicas e instrumentos de recolección de datos	18
Validez y confiabilidad	
2.5 Métodos de análisis de datos	18
2.6 Aspectos éticos	19
III. RESULTADOS	20
IV. DISCUSIÓN	24

V. CONCLUSIONES	26
VI. RECOMENDACIONES	27
REFERENCIAS	28
ANEXOS	32
Anexo 1:	32
Acta de Originalidad de Turnitin	
Anexo 2:	33
Pantallazo de Software de Turnitin	
Anexo 3:	34
Autorización de Publicación de Tesis	
Anexo 4:	35
Versión Final de Trabajo de Investigación	

RESUMEN

Introducción: La causa de muerte neonatal se debe a la prematuridad y actualmente se considera una causa principal de muerte neonatal y considerada la subalterna en menores de 5 años. **Objetivo:** Determinar los factores maternos y fetales asociados a la prematuridad en recién nacidos atendidos en el servicio de neonatología del Hospital Santa Rosa Piura, Piura, 2019. **Metodología:** Estudio descriptivo, analítico, de corte transversal. Diseño observacional, no experimental. **Resultados:** De las 70 historias clínicas que ingresaron al estudio, la mediana de edad fue 20 años, el 65% presentó un parto distócico, el 38% fueron multíparas, el 58% presentaron patologías en gestación anterior, el 59% presentó enfermedad relacionada a la gestación, el 64% presentó controles prenatales incompletos, y solo el 11% fueron embarazos múltiples. Respecto a las características fetales de los recién nacidos con prematuridad, se encontró que el 57% fueron del sexo masculino, el 69% presentó un test de apgar < 7, el 83% presentó un peso al nacer menor a 2500 gramos, el 34% presentó restricción del crecimiento intrauterino, el 58% presentó oligohidramnios, y el 69% tuvieron presentación cefálica. Al realizar el análisis bivariado y multivariado, los factores maternos que mantuvieron su asociación estadística de manera significativa según la prematuridad fueron el parto distócico ($p=0,001$), la paridad múltiple ($p<0,001$) y la enfermedad actual asociada a la gestación ($p=0,002$). Los factores fetales que mantuvieron su asociación estadística de manera significativa según la prematuridad fueron el sexo masculino ($p=0,004$), test de apgar < 7 ($p=0,002$), presencia de RCIU ($p=0,003$) y oligohidramnios ($p=0,001$). **Conclusión:** Los factores maternos asociados a la prematuridad fueron el parto distócico, la paridad múltiple y la enfermedad actual asociada a la gestación. Los factores fetales asociados a la prematuridad fueron el sexo masculino, test de apgar < 7, presencia de RCIU y oligohidramnios. Existe asociación estadísticamente significativa entre los factores maternos, fetales y la prematuridad en recién nacidos atendidos en el servicio de neonatología del Hospital Santa Rosa Piura, Piura, 2019.

Palabras claves: factores maternos, fetales, prematuridad.

ABSTRACT

Introduction: The cause of neonatal death is due to prematurity and is currently considered a leading cause of neonatal death and considered subaltern in children under 5 years.

Objective: To determine the maternal and fetal factors associated with prematurity in newborns treated in the neonatology service of the Santa Rosa Piura Hospital, Piura, 2019.

Methodology: Descriptive, analytical, cross-sectional study. Observational design, not experimental.

Results: Of the 70 medical records that entered the study, the median age was 20 years, 65% presented a dystocic delivery, 38% were multiparous, 58% presented pathologies in previous pregnancy, 59% presented disease related to gestation, 64% presented incomplete prenatal controls, and only 11% were multiple pregnancies. Regarding the fetal characteristics of newborns with prematurity, it was found that 57% were male, 69% presented an apgar test <7, 83% had a birth weight less than 2500 grams, 34% presented intrauterine growth restriction, 58% had oligohydramnios, and 69% had cephalic presentation. When performing the bivariate and multivariate analysis, the maternal factors that maintained their statistical association significantly according to prematurity were dystrophic delivery ($p = 0.001$), multiple parity ($p < 0.001$) and the current disease associated with pregnancy ($p = 0.002$). Fetal factors that maintained their statistical association significantly according to prematurity were male sex ($p = 0.004$), apgar test <7 ($p = 0.002$), presence of RCIU ($p = 0.003$) and oligohydramnios ($p = 0.001$). **Conclusion:** The maternal factors associated with prematurity were dystrophic delivery, multiple parity and the current disease associated with pregnancy. Fetal factors associated with prematurity were male sex, apgar test <7, presence of RCIU and oligohydramnios. There is a statistically significant association between maternal, fetal factors and prematurity in newborns treated in the neonatology service of Santa Rosa Piura Hospital, Piura, 2019.

Keywords: maternal, fetal, prematurity factors.

I. INTRODUCCIÓN

1.1. Realidad problemática

La causa de muerte neonatal se debe a la prematuridad y actualmente se considera una de las causas principales de fallecimiento neonatal y se piensa la subalterna en aquellos que tienen menos de 5 años. Estadísticamente solo el 6% de nacidos vivos tuvieron una edad de gestación de 32 a 36 semanas, 9 de cada 10 gestantes terminaron su embarazo en una edad de gestación de 37 semana a más, y el 1% entre las semanas 27 a 31, año 2015¹.

Por otro lado, el 83% de prematuros, en la totalidad de las regiones nacen con mayor o igual a 32 semanas de gestación; entonces se manifiesta que para el análisis de prematuridad, el mayor de los casos se evidencian en prematuros entre las semanas 32 a 36 de gravidez, es decir que si son viables; esto según informa el boletín estadístico.

Numerosos recién nacidos subsisten debido a gratitudes de los avances médicos, pero en su proceso de vida deberán afrontar graves problemas de salud, sobre todo, respiratorios, esto es porque sus pulmones, debido a su prematurez implica que no se desarrollen bien y, además, por el gran porcentaje a contraer infecciones generalizadas. Debido a que en Sullana se encuentra uno de los dos servicios de Neonatología de la región Piura, es importante dar a conocer que Piura tiene un 8.03% de recién nacidos prematuros, de los cuales el 15.2% nacen con menos de 31 semanas. De 1686 prematuros, 79 son prematuros extremos, 178 son recién nacidos muy prematuros y 1429 prematuros moderado, es decir que nacen entre las 32 y 36 semanas; esta información está de acuerdo al boletín estadístico de todos los de nacimientos según el ministerio de salud.³

En cuanto al peso, que es otro factor importante, de 1650 recién nacido prematuros, 99 RN pesaron <1000 gramos, lo que corresponde al 6%, 134 RN pesaron entre 1000 gramos a 1494 gramos, es decir un 8.1% y por último 1417 RN pesaron entre 1500 a 2499 gramos, que sería un 85.9%⁴.

Con las cifras mencionadas, es evidente que en la ciudad de Piura existe una importante incidencia de prematuridad. Para las mujeres gestantes en la etapa de adolescencia y adultez, y son afectadas por la pobreza, calidad de vida, acceso a una alimentación saludables, estructura de la familia, admisión a la asistencia en salud, tecnología en salud y carencia de

instrumentos, incubadoras o medicamentos son muchas las causas reflejadas que pueden ser perjudiciosas.⁵

1.2. TRABAJOS PREVIOS

1.1.1. Internacionales.

Ramos-González R, Coutiño S-Rodríguez, Hernández-Herrera R. (2013). Realizan la tesis titulado “Componentes de inseguridad para la prematuridad. Tesis de asuntos y exámenes”, 75% de las muertes neonatales sin afectaciones congénitas son de origen frecuente para coaccionar en la morbi-mortalidad. Para el tesista indagar sobre los determinantes de peligro y su relación en como implica la prematuridad neonatal en el nosocomio de Ginecoobstetricia No.23 del Instituto Mexicano del Seguro Social, Monterrey Nueva León tuvo como objetivo. La observación hecha a 600 pacientes entre 37 a 41 semanas, en el mes de abril y setiembre; por otro lado solo 300 gestantes culminaron el embarazo que estuvieron entre las semanas 28 y 36 en el conjunto de ocurrencias. Entre los resultados encontrados: La relación de los determinantes irremediables y patológicos como la ruptura de membranas e infecciones de alta repercusión en la salud de la gestantes como la (76%), infecciones urinarias (46%), gestante añosa con un (14.6%), y los constituyentes de de peligro para el neonato con prematuridad son: placenta previa (9.3%). y Se concluye que: Es irrefutable que se debe incorporar mejoras en el cuidado asistencial y vigilancia continua ante los determinantes de riesgo que conllevan a la etapa de embarazo perinatal deficiente.⁶

T Álvarez de Acosta, Rojas Quintero L, Rossell-Pineda M R, I Cluet de Rodríguez, (2013). En un trabajo sobre “determinantes de peligro relacionados a la prematuridad de neonatos en gestantes en edad adolescente”. Para todos los autores en su tesis, su objeto fue establecer cuáles son los determinantes de peligro que al vincularse con los prematuros de 205 madres embarazadas adolescentes desde enero - agosto 2012; la tesis abarco un enfoque transversal, descriptivo, prospectivo y, la fuente de información fue la investigación de los formatos clínicos de la gestante y el producto y también una entrevista a la madre; indicadores recopilados, socioeconómicos, del nacimiento factores personales, gineco – obstétricos y demográficos. En los resultados: la masa corporal oscila: 18,5-24,99 kg/m² (71,13 %), Hubo

15,13 % de partos prematuros en gestantes adolescentes, embarazadas que no estudiaban (41,46.%), entre 17-19 años (67,31 %), amas de casa con el (68,29 %), no completaron la secundaria (78,54.%); estatus económico en el quinto nivel (52,68 %), en aquellas que no consumieron bebidas alcohólicas, estupefacientes y tabaco (100 %), en concubinato (55,12 %); raza mestiza (61,46.%); venezolanas (97,56 %), conviven con las familias de los padres del recién nacido (41,95.%), aquellas que residían en sectores urbanos (62,44.%); rechazo familiar (65,85 %); familias disfuncionales (55,61 %); sin intentos de aborto en 82,93 %, embarazos no deseados (88,29 %), primiparidad (72,68 %), mujeres con primera menstruación con media de $11,81 \pm 1,09$ años, con la primera experiencia sexual a los $14,67 \pm 1,11$ años; control ineficiente prenatal (64,39 %), que oscilaron en las 34 y 38 semanas de gestación (79,51 %); nacimiento por parto (56,59 %); peso entre 1 501-2.500 g (45,37 %); neonato femenino (58,05 %); buen APGAR al minuto (56,59 %), a los cinco (74,63 %), adecuados para la edad gestacional (79,51 %). Presentaron patologías neonato (89 %), maternas (100 %). Se Concluye: fue un determinante de riesgo para la prematuridad en gestantes adolescentes es el bajo nivel económico.⁷

Aguilar Cordero M J, Rizo Baeza M M, Cortés Castell E. (2013) realizan un artículo sobre la edad materna como componente de riesgo para prematuridad, la variable que domina en el análisis de embarazos prematuros es la edad de la gestante. Esto conlleva a que exista un riesgo alto en la tasa de morbilidad neonatal, según la edad avanzada o añosa de la gestante, así como también una edad prematura, ya que es el caso de las adolescentes. Para todos los tesisistas del trabajo, establecer la consecuencia de las madres añosas implicadas en partos con prematuridad en la provincia de Albacete, fue el objeto primordial. De estudio retrospectivo de casos - control en el tiempo de enero de 2008 al 31 de diciembre de 2011, explicativo. La tesis se orientó al estudio de casos de recién nacidos, y que para la inclusión de los casos se tomó en cuenta a los nacidos a pretermino, o sea embarazos superior a 37 semanas de edad gestacional (grupo control) y las que transcurrieron entre las semanas 22 y 36 de gestación (5.295 de 78.391 de neonatos, escenificando el 6,75% de prematuros). Al estudiar la prematurez en forma inconstante dependiente y edad materna como una inconstante independiente. Los hallazgos señalaron que existe un elevado peligro de partos prematuros en gestantes adolescentes, a diferencia del grupo de embarazadas que se acercan a una edad a término, la misma que se corroboró con una distribución significativa diferente al test Chi cuadrado ($p < 0,0001$) con una OD de 1,71 (1,32-2,19) para los pretérminos y

2,41 (1,51-3,24) para los grandes prematuros. Esta casuística de 1,86 (1,39-2,48) se presentó también en embarazadas jóvenes y de 1,66 (1,44- 1,91) para recién nacidos preterminos precoces que nacieron y prematuros, correspondientemente. Los hallazgos indican que las madres en etapa de la adolescencia y madres jóvenes o con multiparidad, tienen el riesgo de tener un neonato con prematuridad o con un peso bajo en el nacimiento, conllevando a dejar complicaciones en un lapso de tiempo determinado, por ende conllevará a realizar intervenciones educativas y minimizar el problema a partir de los datos de esta tesis.⁸

Ramos Navarro C, Villar Castro S, Sánchez Luna M, Zeballos Sarrato G, Zeballos Sarrato S. (2016) realizan un artículo, los autores ostentan que el parto prematuro conduce a una primordial causa de muerte y de morbilidad perinatal. Por todos los autores su enfoque fue examinar la muerte neonatal y los determinantes de peligro relacionados con muerte intrauterino en embarazos inferior a 32 semanas, ese fue objeto de estudio. Para el análisis se implicó aquellos alumbramientos prematuros en las semanas 22 y 31 del hospital terciario en el ciclo (2008-2014). Por otro lado el análisis de retrocesión logística sirvió para nivelar aquellos determinantes de riesgo que son actualmente implicados a la muerte fetal intraparto. Tuvieron como conclusión en esta fase 63,1% (106/168) muerte fetal (≥ 22 semanas) embarazos inferiores a 32 semanas. 882 nacimientos que oscilaban en las 22 a 32 semanas también fueron implicados en el estudio. 11,3% (100/882) fue de muerte neonatal, afligiendo en el 78,2% de los casos (18/23) a embarazadas hospitalizadas, como efecto el 2,6% (23/882) fue de muerte neonatal untrauterino. Así mismo se descubrió, metodologías de reproducción asistida, ecografía patológica fetal, la no administración de corticoides antes del prenatal, la etapa inferior de gestación y peso inferior al nacer, se acoplan a que sean factores de riesgo y los encamine a elevar la tasa de muerte fetal. Todos concluyen que los determinantes de riesgo son de índole clínico encaminados a mejorar el cuidado asistencial perinatal y desarrollar la vida de los prematuros, muerte fetal intrauterina se reflejó en el daño causado a un considerable número de partos entre las semanas 22 y 31+6 días.⁹

Mendoza Tascón L I, Mendoza Tascón L A, D D Arias Guatibonza, Peñaranda Ospina C. B, Claros Benítez D I. (2016) Realizan un artículo especial sobre epidemiología de la prematuridad, factores y comprensión del parto pretérmino, donde se suma a una casuística muy fatídica en la salud pública por su gran implicancia y elevada tasa de morbi-mortalidad, arrastrando consigo factores económicos y sociales. Uno de cada diez neonatos nacen

prematuros nivel mundial. En el parto prematuro se involucran los determinantes políticos, ambientales, sociales y económicos además de los factores biológicos, los que son débito del estado, del sector salud. Es por ello que se involucra a muchos actores como la aprensión y el procedimiento de la prematuridad, tomando en cuenta las habilidades empleadas desde que la mujer se cuida en su etapa de embarazo, hasta la culminación de su parto y sirve para la prevención y tratar el nacimiento prematuro.¹⁰

1.1.2. Nacionales.

Guadalupe Huamán S M. (2017) nos da a conocer su tesis titulada “Determinantes de Inseguridad relacionado con nacimientos pretermino en madres ubicadas en el área de Gineco - obstetricia del nosocomio María Auxiliadora, año 2015”. Según el ejecutor tesista, su objeto principal es establecer los componentes de peligro asociados en nacimientos precoz de embarazadas en el servicio de Gineco - Obstetricia del nosocomio María Auxiliadora, año 2015. Mientras la finalidad del autor se caracterizo de estar al tanto de las causas de riesgo relacionado en gestas a pre-termino, ayudando en el cuidado de la madre gestantes y dirigirla a un plan de estrategias para la minimización de las tasas de morbi-mortalidad neonatal. El trabajo de índole analítica, controles y casos, observacional, retrospectiva, 400 madres embarazadas asistidas del nosocomio María Auxiliadora, año 2015, estos se dividieron en la casuística de madres con nacimiento a prematuros y a término, siendo esa la muestra. Mediante SPSS Statistics V 24 se realizó un análisis bivariado y univariado. En el estudio se analizó los pertinentes parámetros de confianza al 95%, la agrupación de algunos circunstancias de peligro en cuanto al parto prematuro mediante OR. Se adquirió de conclusión: Edad, atención perinatal inadecuada, multiparidad, infecciones urinarias, rotura de membranas tienen valor estadístico revelador ($p < 0.5$) siendo determinantes peligrosos relacionados a nacimiento prematuros (OR: 2.579). Se concluyó que para observar un nacimiento prematuro, fluctuara en torno a la edad de la gestante, membrana rota, multiparidad, una asistencia perinatal inadecuada, enfermedades hipertensivas, infecciones urinarias, esos serán los determinantes de riesgo de acuerdo a la intensidad que representaron.¹¹

Guillen Guevara J (2015) confeccionó el trabajo de investigación para obtener la especialidad en obstetricia y ginecología; para Guevara el objeto fue observar los

determinantes gestantes relacionados a un nacimiento prematuro del nosocomio Nacional Alberto Sabogal Sologuren de enero a junio, 2014. La tesis fue de corte transversal, descriptivo, y retrospectivo, con 127 madres gestantes, donde el 60,6% no presentaron parto pre-término y el 39,4% se observó nacimiento a pre-termino. Entre los resultados encontrados fueron: mayor resultado (26% versus 3,9%) en madres de 35 años, en los casos, la edad media de las embarazadas, de la casuística fue 28,7+/-7,2 años y de los registros tuvieron una edad que oscila entre 26,5+/-5,6 años, se concluye edades menor de 15 años y mayor de 40 años; presentando concordancia estadísticamente significativa. La enfermedad materna frecuente es la vulvovaginitis (32%) y todas las madres controles tenían una edad superior de 37 semanas de gestación, siendo la casuística obtenida 35 a 37 semanas (64%), consecutivamente infección de vías de origen urinario (28%). Dependiente con enfermedades metabólicas, tenemos diabetes (14%) cuyos determinantes de embarazo son de tipologías infecciosas asociadas a nacimientos pre-termino: vulvovaginitis, infecciones urinarias, corioamnionitis. ($P < 0,05$), fueron sus conclusiones.¹²

Munares-García O, Heredia – Olivera K, (2015) hicieron su tesis sobre los determinantes de riesgo relacionados con bajo peso en su nacimiento, en el Perú el peso bajo en los nacimientos prematuros son un alto riesgo y se estima como un indicador de problemas perinatales; para los dos tesisistas su compromiso de estudio fue establecer los determinantes de embarazo relacionados al peso bajo en el neonato. Es un análisis de casos y controles registra 123 casos de neonatos con peso bajo y 123 controles de peso normal distribuidos por día de nacimientos y lugar. Se comparó entre casos y controles, se investigaron determinantes coexistentes al peso bajo gestacional. La aplicación del Chi cuadrada, Odds ratio (OR) con regresión logística binaria y curva ROC y sus treguas de confianza es de 95% (IC 95%). En la obtención de los datos halló historiales de gestantes de peso bajo: 1 a 3 controles prenatales, multiparidad y consumo de tabaco, prematuridad, antecedente de eclampsia, estar en la etapa de la adolescencia. El piloto presentado manifiesta el 18.6% del acontecimiento, el área se ubicó debajo de la curva con 72.9% teniendo en cuenta el análisis adecuado ($p < 0.001$). las multiparidades, la edad de una madre adolescente, el tiempo entre embarazos no menos de dos años, orientan a determinantes maternos de alto peligro, como peso bajo en el parto en embarazadas de zonas urbanas de la costa, o como tener en todo su embarazo 1 a 3 controles, fueron las conclusiones.¹³

Colqui Cabello E. (2014). Realizo su tesis: “determinantes relacionados a inconvenientes en los neonatos de gestantes en la etapa adolescente”. Para colqui su objetivo de estudio fue establecer y confrontar los determinantes relacionados a las dificultades en neonatos de gestantes adolescentes en dos hospitales: Santa Rosa/Lima y Daniel Alcides Carrión/Pasco. Es un estudio diseño descriptivo-comparativo retrospectivo, de enfoque cuantitativo. La recolección de datos de febrero - marzo/2011 por la investigadora utilizando una Ficha de Registro. Para relacionar las variables se usó el *Odds ratio* considerando un $p < 0,05$ superior, las investigaciones de datos fue descriptivo. Entre los resultados: la incidencia de BPN, PEG, sepsis neonatal, asfixia neonatal, síndrome de dificultad respiratoria y reanimación tuvieron mas evidencia en el Hospital de Pasco; por otro lado existió una superioridad sobre las dificultades de amenaza de parto prematuro, los RN de madres con RPM, y trabajo de parto complicado. Conclusiones: en comparación a los RN del Hospital de Lima (12,6%), destacándose como factores relacionados a una inminencia de nacimiento, DPP, RPM, parto tiempo prolongado además un trabajo previo de parto con implicancia de sufrimiento del producto, el mayor porcentaje (55,8%) de RN de gestantes prematuras asistidas en el Hospital de Pasco presentó complicaciones.¹⁴

Aparcana valdivia, M A. (2013) realiza su tesis cuyo título es determinantes de riesgo relacionados con nacimiento pre-termino en el nosocomio María Auxiliadora de San Juan De Miraflores, año 2013. Parto pretermino es aquel que oscila en la 22 a 37 semanas. Su causa principal de morbi-mortalidad perinatal. Para los tesisistas su objeto de la tesis fue establecer los determinantes de riesgo relacionados al nacimiento pre-termino del nosocomio maría auxiliadora del distrito de san juan de Miraflores, año 2013. Cuyo análisis de índole retrospectiva y transversal, descriptivo, observacional, se investigaron formatos clínicos de gestantes con embarazo pretermino; se trabajó con 925 embarazadas en pretérmino y por formulo se obtuvo 159 casos para ser evaluados. Como resultados tenemos: el 31% no tuvo un adecuado control, el 40% de madres son de edad mayor, el 30% presentaron ha presentados inminencia en gestación pretérmino, el 39% tuvo patología hipertensiva, el 35% giro en torno a abortos en sus primeras gestas, hablando según el determinante de riesgo se obtiene el 43% que la embarazada anemia, el 8% de los neonatos presento un atraso de crecimiento en la cavidad uterina, el 34% presento infección urinaria, y 31% rotura de membranas descenadenando compromiso placentario. Aparcana llega a deducir los determinantes de riesgo para presentar un parto pre-termino, presentan anemia, hipertensión,

infecciones urinarias, multiparidad, antecedentes de aborto. Controles inadecuados y ser una embarazada añosa.¹⁵

1.3. TEORÍAS RELACIONADAS AL TEMA

Aquellos recién nacido con fecha gestacional temprana se denominan producto prematuro o de pre término. Un neonato será prematuro, a término o posmaduro, en relación con la edad gestacional. Una categoría que incluye a los recién nacidos que nacen con deficiencia notable de peso es el término peso pequeño o bajo al nacimiento. En tanto a la característica de la talla el neonato puede crecer de forma normal, es decir puede ser pequeño para su edad o demasiado grande para su edad. En consecuencia, se hallan dentro de la definición de prematuridad los productos que nacen antes del término del embarazo, según refiere Williams 24^a edición¹⁶.

La OMS e International Federation of Gynecology and Obstetrics difundieron dicha definición a partir de 1976, los productos prematuros se denominan aquellos que logran salir antes de las 37 semanas completas, es decir $\leq 36^{6/7}$ y se ha utilizado durante casi 40 años. Desde 2005 se introdujo una subdivisión de los pacientes prematuros según la OMS y como se detalla en el artículo epidemiológico de prematuridad, sus factores y aprensión del nacimiento con prematuridad al reconocer que los productos nacidos entre las $34^{0/7}$ y $36^{6/7}$ semanas presentaban morbilidad y mortalidad características de los prematuros,¹⁷:

- Nacidos con menos de 28 semanas se les denomina extremadamente prematuro
- Nacido entre las 32 – 36 semanas, se le denomina prematuro moderado o tardío,
- Entre las semanas 28 – 31, se les llama muy prematuro

Se dice que la mortalidad en neonatos son concurrentes en prematuros. Lo que a consecuencia la prematuridad es determinante de riesgo alto originando falencias y secuelas a largo plazo o corto plazo en el producto, repercutiendo en la vida social y familiar, además de conllevar a un gasto elevado en tratamientos de supervivencia para el prematuro. En los continentes desarrollados, se evidencia la elevada tasa de incidencia, y así mismo una tasa elevada de morbilidad neonatal prematura¹⁸.

Epidemiológicamente para la OMS la mayoría de neonatos que nacen en el mundo llegan a su edad gestacional a término, mientras que de más de 10000 de prematuros fallecen a causa de problemas en el parto o conllevando a que tengan secuelas o discapacidades en su vida. ¹⁹.

El porcentaje de nacimientos prematuros se elevó 36%, de 9.4% en 1984 a 12.8% en 2006. La prematurez en todos los países se apreció como casuística primordial, la muerte en infantes con edad inferior a 5. A pesar de ello, desde 2006 se ha observado una reversión de tal tendencia y el porcentaje de nacimientos prematuros descendió a 11.7% en 2011²⁰.

99 de cada 100 mujeres culminaron su gestación con 37 semanas a más, el 6% son neonatos activos que oscilaban con 32 a 36 semanas de gestación y 1% de 27 a 31 semanas. En Perú, estadísticamente en el año 2015 se observa en las regiones los mismos hallazgos que a nivel nacional, más del 90% de los partos oscilaban en 37 de edad gestacional, de manera que el porcentaje de neonatos vitales tenían 32 a 36 semanas, hallándose entre las ciudades de Piura, Cajamarca, La Libertad, San Martín, Tumbes, Callao, Ucayali Lambayeque y Apurímac; representando el 6%, Loreto (7,2%). Por otro lado, el 1,1% de neonatos vitales de Tumbes, Ancash, La Libertad, Lambayeque, 1 % de neonatos en regiones de Callao, Tacna, Junín y, el 1,2% de neonatos en el departamento de Piura tuvieron una edad inferior a 31 semanas, del mismo modo se obtuvo un inferior resultado de 1% a neonatos con inferioridad de 31 de edad gestacional. ²¹

El 93,5% de neonatos nacieron en las (semanas 37 a 42), otro 0,01% nacieron postérmino (> a semana 42), 6,5% fueron prematurientos (< a semana 37). Esto en cuanto al porcentaje de prematuridad en el recién nacido, el boletín estadístico refiere que, durante el 2015. De los 27 mil neonatos vivos durante el 2015 su superior porcentaje se halla en los neonatos con prematuridad moderada a tardía (86,8%), explicando el hallazgo se dice que los neonatos nacieron entre las semana 32 a 36, otro 9% nacieron muy precoces (de semanas 28 a 31), el 4,2% tuvo neonatos con menos de 28 de edad gestacional. ²²

Por otro lado, las regiones de Tacna (12,2%), Ayacucho (12,7%), Ancash (11,9%), Piura (10,6%), Arequipa (10,3%) y Junín (12,2%), representan hallazgos superiores de neonatos

con prematuridad, también se obtuvo un alto resultado en el departamento de Amazonas con partos prematuros extremos (6%).²³

Según la revista chilena de ginecología y obstetricia (2016) que habla sobre epidemiología y determinantes de la prematuridad, el estatus social de las familias, también reprimen el bienestar de las personas. Se refiere que los factores ambientales y sociales manejan un impacto de dos veces en cuanto a los accesos de atención en salud. Son varios los determinantes que pueden afectar el, como, acceso a servicios de salud pobreza, a la obtención de productos comestibles saludables, y de atención primaria, buen material de la vivienda, tecnología en salud, etc. La prematuridad es un definitivo de la salud, el cual se convierte, es una de morbilidad y mortalidad neonatal, con secuelas a tiempo fijo largo²⁴.

Según la revista cubana de pediatría sobre los factores prenatales para prematuridad, para hablar de mortalidad infantil debe de presentar el neonato un peso bajo y estar a pre-termino. Estos minimizan la probabilidad de que se tenga un desarrollo y crecimiento agradable; por ello el índice de peso bajo se implica como un itinerario del sector de salud²⁵.

Respeto a la prematuridad se dice que será una situación negativa obstétrica, debido a que ayuda a la morbi-mortalidad prenatal. Relacionándose de una circunstancia multifactorial, su causa no está determinada, así mismo es que se urge en recomendar la prevención asistencial en los factores prenatales²⁵.

Para tratar la prematuridad se da importancia a la madre gestante en cuanto a su fisiología, además de algunas condiciones como presión arterial, esto para minimizar la prematurez y evitar dejar secuelas neurológicas.²⁵

El consumo de drogas, el bajo estatus socioeconómico, edad materna menor de 16 años, grado educativo, ingreso familiar, actividad laboral, enfermedades crónicas, antecedentes prenatales, abortos, complicaciones de embarazo, factores fetales, antecedente obstétricos, infecciones y malformaciones son varios de los factores que se pueden nombrar para hablar de un riesgo de parto prematuro.²⁵

Podemos hablar de 2 tipos de parto pretérmino: los nacimientos a pretérmino (20 %) nacen a causa de patologías maternas o fetales como: Placenta previa (PP), Pre eclampsia - eclampsia, desprendimiento placenta (DPP), diabetes mellitus, limitación de crecimiento intrauterino, (80%) de nacimientos pre-término espontáneo el cual implica una patología multifactorial, que incluyen un 30% por rotura de membranas ovulares (RPM) y trabajo de parto pretérmino (TPPT) en el 50 %²⁶

Se denomina determinantes de riesgo materno a las patologías infecciones, metabólicas embarazos múltiples, malformaciones congénitas, la ruptura de membranas es una de las causas más relacionada a un nacimiento prematuro y a dificultades neonatales, rotura prematura de membranas, que pueda latentemente desatar en parto pre-término²⁶.

Embarazo con infecciones intrauterina: RPM, corioamnionitis clínica, infección cérvicovaginal especialmente por Estreptococos Grupo B (SGB), dispositivo intrauterino (DIU) no extraído, infección del tracto urinario (ITU), placenta previa con sangrado vaginal⁽¹⁷⁾. La vaginosis bacteriana, la corioamnionitis clínica se asocian a un nacimiento prematuro, además de la infección intrauterina. Latera et al (2013) relata que la infección intrauterina es causa de nacimientos pre-termino. Diferentes tesis ubican hallazgos que se relacionan con prematurez en un 50% de los casos.²⁶

Hipertensión arterial. Un embarazado con esta característica presentara, restricción del crecimiento intrauterino (RCIU), DPPNI, síndrome de HELLP, relacionado con resultados histopatológicos placentarios inespecíficos: hemorragia subcorial, arterias espiraladas deciduales, hematoma retroplacentario, aterosclerosis, infarto vellositario, endarteritis obliterante de los vasos fetales, hemorragia intervlositaria⁽¹⁷⁾. Cabe resaltar que las patologías hipertensivas son la tercera casuística de mortalidad en gestantes en el Perú.²⁶

Las madres sin control prenatal tienen a consecuencia que sus niños vengan gravemente prematuros a diferencia de aquellas que manejan un control constante y defectivo.⁽¹⁸⁾. Además implica a reconocer las características cualitativas ante alguna morbilidad materna y perinatal, lo que paralelo a ello puede prevenir un parto a pretérmino por el seguimiento de diagnósticos encontrados²⁶.

Edad materna. Según Guillen Guevara las embarazadas que presentan un parto a pre-termino tienen derrumbe de CPN, además se halló que las madres añosas oscilan en 15.9% de nacimientos a pre-término en balance con 10.1 % de nacimientos a término, múltiparidad (15.4 %), 17 veces más frecuente y limitación de desarrollo intrauterino (7.7 %) y además una elevada tasa de nacimientos por cesáreas, concluyendo que las que las enfermedades en gestantes relacionadas a nacimientos pre-termino. y con cuantía significativa se evidencia la preeclampsia (26 %), 3.8 veces más frecuente en nacimientos pre-término que en gestas a término²⁷.

Nivel educativo: en el Perú según el analisis estadístico, para el año 2015 solo el 1,1% de gestantes indico que su grado de instrucción era de inicial o que no había cursado ningún nivel, solo el 16,5% de las gesntantes señalo tener al menos una carrera técnica, mientras que 1 de cada 5 gestantes mostraron que tenían nivel primario, un 12,5% indicó haber cursado la universidad y el 54,1% de los nacimientos registrados, provenían de embarazadas que solo tenían el nivel secundario terminado. ²⁷

Antecedentes de partos pretérmino y abortos: la bibliografía señala que una gestante con nacimiento pre-termino anterior, tendrá el riesgo de presentarlo nuevamente, entonces, se añade porcentualmente que los antecedentes de prematurez va de 17% y 40 % y tendrá dependencia del número de partos pre-término y abortos anteriores. ²⁷

Anomalías congénitas. Síndrome de Turner (XO), Cromosómicas, Trisomía 21, Confirmadas por cariógrama, Trisomía 18. ²⁸.

De causa multifactorial, determinantes ambientales, patologías en gestantes, agentes químicos, infecciosos, físicos, drogas durante el primer trimestre de gestacion, no se realizo exámenes de cromosómia, lesiones vellositarias sugerentes: como estroma inmaduro, inclusiones del trofoblasto, edema vellositario o calcificaciones, trofoblasto hipoplásico, se denomina no cromosómicas. ²⁸.

Embarazo múltiple: la mayoría de casos solo tienen 37 semanas de embarazo y esto representa el 50% de embarazos múltiples. Siendo un componente de peligro ante la prematuridad en los neonatos.²⁸

El recién nacido con signos de prematuridad se caracteriza por que sus sistemas no están totalmente desarrollados, lo que se dice que no está apto para vida extrauterina. Por ello de habla que a menor es la edad gestacional más riesgo y/o probabilidad de presentar problemas graves tiene y más complicado su procedimiento²⁸.

1.1.3. Marco conceptual

- Edad gestacional: para la OMS y la desde la perspectiva obstétrica, la EG o tiempo de amenorrea es conceptualizado por el tiempo y hablado en semanas desde el primer día de la última menstruación y un momento dado de la detección del embarazo.
- Recién Nacido Prematuro: aquellos neonatos que tienen una edad inferior de 37 semanas cabe resaltar que es un problema de morbilidad y mortalidad neonatal que a largo plazo tendrá secuelas de salud.
- Prematuro tardío: aquellos que oscilan en las 34 a la 36 semana.
- Muy prematuro: antes de 32 EG.
- Extremadamente prematuro: EG inferior de 28.
- Recién nacidos de peso bajo: Corresponde a neonatos con valor subordinado de 2500 gramos y superior a 1500 gramos.
- Neonatos con peso muy inferior a lo normal: neonatos con inferioridad de 1500 gramos.
- Recién nacidos con peso extremadamente bajo: Son aquellos que pesan 1000 gramos.
- Amenaza de parto prematuro: se dice cuando es de las 28 a 36 semanas en la cual aparecen contracciones de intensidad, duración y frecuencia, conllevando a modificaciones del cuello uterino.
- Trabajo de parto prematuro: la característica principal es el anulamiento de la cervix y tener 4 cm de dilatación, esto conlleva a una dinámica uterina.
- Parto inmaduro: a partir de 20 semanas y antes de 28^{va} semanas.
- Aborto: que presente un peso menor de 500 gramos y la interrupción del embarazo que ocurra antes de las 20 semanas.

1.4.FORMULACIÓN DEL PROBLEMA

¿Cuáles son los factores maternos y fetales asociados a la prematuridad en recién nacidos atendidos en el servicio de neonatología del Hospital Santa Rosa, Piura, 2019?

1.5. JUSTIFICACIÓN DEL ESTUDIO

La actual investigación es realizada necesariamente tras la incidencia de recién nacidos prematuros, incluso en países desarrollados. Ya que no solo tiene importancia en la vida perinatal si no a largo plazo, por los disímiles obstáculos que manifiestan los neonatos vitales. Entonces haciendo una investigación y dando a conocer los factores de riesgo que se presentan en Nosocomio Santa Rosa de Piura nos beneficia saber en qué trabajar y hacer mayor énfasis para prevenir y así disminuir las incidencias de parto prematuros, así por ejemplo tenemos que un factor importante será la edad, tanto para adolescentes como madres añosas.

Para un recién nacido prematuro el riesgo de morir será de 180 veces superior al de un neonato con edad gestacional adecuada. Los prematuros vivos tendrán como consecuencia gastos elevados en sus tratamiento, cuidados de UCI y por ultimo secuelas a largo plazo.⁽¹⁹⁾

La etapa del embarazo es un determinante biopsicosocial y sobre todo en las mujeres adolescentes será un mayor riesgo de estar embarazadas, las razones para que se conlleve a esto son los determinates de la salud y sociales, ambientales, etc, teniendo en cuenta que es una cuestión multifactorial, como aspectos del comportamiento, tradición, social, cultural o religiosos⁽¹³⁾.

Es evidente el aumento de embarazos adolescentes, por que toman de manera precoz la prontitud sexual. Para la salud pública esta complicación representa un problema social un en la trayectoria de la madre. Así también tenemos que se deben a malformaciones o anomalías genéticas, la cual algunos investigadores sugieren que se modificaría con una atención ginecológica adecuada, la buena higiene y la cura de enfermedades, como

infecciones, diabetes e hipertensión. Además, dice que si la asistencia clínica fuera mejor se minimizaría las muertes en un 28%⁽³⁾.

Además, la calidad de atención es deficiente, no existe un control óptimo sobre las gestantes que son involucradas dentro de la población en riesgo y además de la calidad de atención que algunas de ellas pueda estar recibiendo, estas condiciones son determinantes de peligro para la prematuridad neonatal, aumentando así la morbi-mortalidad.⁽¹⁸⁾.

El establecer los condicionantes de riesgo maternos y fetales de los embarazos pretérmino ayudaría a saber a qué darle prioridad y en qué se puede trabajar, con el fin de disminuir la incidencia en nuestra región, porque como se ha visto en las estadísticas tenemos un importante porcentaje de recién nacido prematuros, y mejorar con respecto a otros hospitales de otros departamentos.

1.6. OBJETIVOS

1.6.1 General

1. Determinar los factores maternos y fetales asociados a la prematuridad en recién nacidos atendidos en el servicio de neonatología del Hospital Santa Rosa Piura, Piura, 2019.

1.6.2. Específicos:

1. Determinar los factores maternos asociados a la prematuridad en recién nacidos atendidos en el servicio de neonatología del Hospital Santa Rosa Piura, Piura, 2019.
2. Determinar los factores fetales asociados a la prematuridad en recién nacidos atendidos en el servicio de neonatología del Hospital Santa Rosa Piura, Piura, 2019.
3. Establacer la asociación entre los factores maternos, fetales y la prematuridad en recién nacidos atendidos en el servicio de neonatología del Hospital Santa Rosa Piura, Piura, 2019.

II. MÉTODO

2.1. Tipo y diseño de investigación

Estudio descriptivo, analítico, de corte transversal. Diseño observacional, no experimental.

2.2. Variables, operacionalización

Variable	Definición	Tipo de Variable	Modo de obtención	Dimensiones	Indicadores
Edad	Operacional: Edad (en años) de la gestante Conceptual: es un vocablo que permite hacer mención al tiempo que ha transcurrido desde el nacimiento de un ser vivo.	Cuantitativa Ordinal	Ficha de recolección de datos de HC.	Edad cumplida	Edad en años.
Número de gestación	Operacional: Número de gestaciones previas registrada en HC Conceptual: Estado de la mujer o de la hembra de mamífero que lleva en el útero un embrión o un feto producto de la fecundación del óvulo por el espermatozoide.	Cuantitativa Ordinal	Ficha de recolección de datos de HC.	Gestaciones previas	0= Primigesta 1= Segundigesta 2= Multigesta.
Paridad	Operacional: Número de partos previos registrados en HC Conceptual: número de partos que ha tenido la gestante	Cuantitativa Ordinal	Ficha de recolección de datos de HC.	Partos previos	0= Primipara 1= Multipara 2= Gran Multipara.
Control prenatal	Operacional: Número de controles prenatales durante su última gestación Conceptual: conjunto de acciones y procedimientos sistemáticos y periódicos, destinados a la prevención, diagnóstico y tratamiento de los factores que puedan condicionar morbimortalidad materna y perinatal.	Cuantitativa Ordinal	Ficha de recolección de datos de HC.	Número de CPN	0= CPN completos (>6) 1= CPN incompletos (<6)
Patología previa en gestación anterior	Operacional: Presencia de patologías en alguna gestación anterior registrada en H.C	Categoría Politémica	Ficha de recolección de datos de HC.	Antecedente patológico	0=ITU 1= Preeclampsia 2= Diabetes gestacional

	Conceptual: patología o enfermedad presente en algún embarazo anterior.				3= Vulvovaginitis 4= otros
Enfermedad actual asociada a gestación	Operacional: Presencia de patología en su gestación actual registrada en HC Conceptual: patología o enfermedad actual durante la presente gestación	Catagórica Politómica	Ficha de recolección de datos de HC..	Patología actual	0=ITU 1= Preeclampsia 2= Diabetes gestacional 3= Vulvovaginitis 4= otros
Tipo de parto	Operacional: Medio o Forma como salió el producto de la concepción Conceptual: proceso o resultado de parir	Categorica Dicotomica	Ficha de recolección de datos de HC.	Tipo de parto	0= Eutocico 1= Distocico
Antibioticoterapia	Operacional: Presencia de terapia antibiotica registrada en HC Conceptual: un antibiotico es una sustancia química que destruye microorganismos, especialmente las bacterias.	Categorica Dicotomica	Ficha de recolección de datos de HC.	Recibio antibiotico	0= No 1= Si
Presentación del producto	Operacional y conceptual: Polo del feto que se ofreció al canal del parto	Categorica Dicotomica	Ficha de recolección de datos de HC.	Tipo de presentación	0= Cefalico 1= Podalico
Edad gestacional	Operacional: Determinado por examen físico del RN registrado en HC Conceptual: tiempo que dura una gestación, aproximadamente hasta las 40 semanas.	Cuantitativa ordinal	Ficha de recolección de datos de HC.	Edad por examen físico del RN	0= RNAT (37 – 41 s) 1= RNPRET (<37 s) 2= RNPOST (> 41 s)
Peso al nacer	Operacional: Medida antropométrica que se determina al RN al nacer Conceptual: medida en kilogramos.	Cuantitativa Ordinal	Ficha de recolección de datos de HC..	Peso en Kg	0= Normopeso (2,500 – 4 kg) 1= BPN (<2,5 kg) 2= MBPN (< 1,5 kg) 3= XBPN (<1 kg) 4= Macrosomico (4 kg)
Sexo del RN	Operacional: Género del RN Conceptual: género que se determina como masculino o femenino	Catagórica Dicotómica	Ficha de recolección de datos de HC..	Sexo fenotípico	0=Femenino. 1= Masculino.

2.3. Población y muestra

- Universo de Estudio: constituido por el conjunto de neonatos vitales atendidos en el Hospital Santa Rosa, Piura, 2019.
- Población: Serán los prematuros vitales del nosocomio Santa Rosa, servicio de neonatología, Piura, 2019.
- Unidad de análisis: prematuros vitales.
 - Criterios de selección:
 - o Criterios de inclusión:
 - Recién nacidos con edad gestacional por debajo de 37 semanas y peso menor de 2,500 gramos en el Hospital Santa Rosa, 2019.
 - Recién nacidos prematuros y cuyas madres continuen en el nosocomio Santa Rosa, Piura.
 - o Criterios de exclusión:
 - Prematuros y madres que sean referidos a otros establecimientos de salud y no continuen su estadia en el Hospital de Santa Rosa dentro del periodo de la investigación.

2.4. Técnicas e instrumentos de recolección de datos, validez y confiabilidad

Fue el análisis de la historia clínica y la observación, con la cual se recogieron los datos importantes de las variables de interés para poder realizar de manera óptima el presente el estudio.

2.5. Métodos de análisis de datos

Después de recolectar los datos del documento médico legal (HC) se ingresaron al programa estadístico SPSS v. 24, para su análisis y posterior interpretación. Se utilizaron normas de disseminación, tendencia central para las variables que expresan cantidad y porcentajes con sus frecuencias para las variables que expresan cualidad. Los datos se detallaron por medio de tablas de porcentajes y frecuencias. En cuanto al análisis estadístico, se utilizó estadística

bivariada y multivariada, familia binominal y función de enlace de log, teniendo un valor estadístico de asociación $p < 0.05$.

2.6. Aspectos éticos

Se consideró la privacidad de los datos en todo momento. Llenando la ficha de recolección de datos de manera anónima según la historia clínica en donde se realizó la recolección respectiva. Además se aplicaron en todo momento los principios de ética y deontología.

La investigación se expidió al comité de ética de la Universidad Cesar Vallejo Filial Piura, para la observación y conformidad respectiva.

III. RESULTADOS

Fueron 70 historias clínicas que ingresaron al estudio, la mediana de edad fue 20 años, el 65% presentó un parto distócico, el 38% fueron multíparas, el 58% presentaron patologías en gestación anterior, el 59% presentó enfermedad relacionada a la gestación, el 64% presentó controles prenatales incompletos, y solo el 11% fueron embarazos múltiples, evidenciándose en la tabla 1.

Tabla 1. Características maternas de los recién nacidos atendidos con prematuridad atendidos en el servicio de neonatología del nosocomio Santa Rosa, 2019.

Características	n°	%
Parto		
Distócico	46	65
Eutócico	24	35
Paridad múltiple		
No	43	62
Si	27	38
Patología en gestación anterior		
No	29	42
Si	41	58
Edad materna*	20	(18 – 22)
Enfermedad actual asociada a gestación		
No	29	41

Si	41	59
CPN incompletos		
No	25	36
Si	45	64
Embarazo múltiple		
No	62	89
Si	7	11

*Media y rango intercuartílico

Fuente: Nacidos vivos prematuros atendidos en el servicio de neonatología del Hospital Santa Rosa, 2019

Respecto a neonatos prematuros cuyas características, se descubrió que 57% fueron de sexo masculino, 69% presentó un test de apgar < 7, 83% demostró un peso por debajo de 2500 gramos, el 34% presentó restricción del crecimiento intrauterino, el 58% presentó oligohidramnios, y el 69% tuvieron presentación cefálica. Representada en tabla n° 2.

Tabla n° 2. Características fetales de los recién nacidos atendidos con prematuridad atendidos en el nosocomio Santa Rosa, servicio de Neonatología 2019.

Características	n°	%
Sexo del RN		
Masculino	40	57
Femenino	30	43
Test de apgar		
< 7	48	69
> 7	22	31

Peso al nacer		
< 2500	58	83
1500 – 2500	8	12
< 1500	4	5
RCIU		
No	46	66
Si	24	34
Líquido amniótico		
Disminuido	41	58
Normal	28	40
Aumentado	1	2
Presentación		
Podálica	22	31
Cefálica	48	69

Fuente: Recién nacidos con prematuridad atendidos en el nosocomio Santa Rosa, servicio de neonatología, Piura, 2019

Al ejecutar la observación bivariado y multivariado, donde los factores maternos que mantuvieron su asociación estadística de manera significativa según la prematuridad fueron el parto distócico ($p=0,001$), la paridad múltiple ($p<0,001$) y la enfermedad actual asociada a la gestación ($p=0,002$), vease tabla n°3.

Tabla 3. Análisis estadístico de los recién nacidos atendidos con prematuridad según los factores maternos, atendidos en el nosocomio Santa Rosa, servicio de neonatología, 2019.

Factores maternos	Bivariado		Multivariado	
	RPc (IC95%)	Valor <i>p</i>	RPa (IC95%)	Valor <i>p</i>
Edad materna (años)	2,61 (1,69 – 4,05)	<0,001	1,67 (0,95 – 2,92)	0,072
Parto distócico	0,61 (0,49 – 0,76)	<0,001	0,68 (0,49 – 0,94)	0,001
Paridad múltiple	10,14 (5,49 – 18,74)	<0,001	8,39 (4,99 – 14,09)	<0,001
CPN incompletos	1,05 (1,01 – 1,10)	0,029	1,01 (0,96 – 1,07)	0,577
Patología en gestacion anterior	1,75 (1,31 – 2,32)	<0,001	1,19 (0,97 – 1,46)	0,092
Enfermedad actual asociada a gestación	2,28 (1,59 – 3,27)	<0,001	1,72 (1,31 – 2,27)	0,002

Fuente: Recién nacidos con prematuridad atendidos en el servicio de neonatología del Hospital Santa Rosa,

Piura, 2019

Al ejecutar la observación bivariado y multivariado, donde los factores fetales que mantuvieron su asociación estadística de manera significativa según la prematuridad fueron el sexo masculino ($p=0,004$), test de apgar < 7 ($p=0,002$), presencia de RCIU ($p=0,003$) y oligohidramnios ($p=0,001$), vease tabla n°4.

Tabla 4. Análisis estadístico de los recién nacidos atendidos con prematuridad según los factores fetales, atendidos en nosocomio Santa Rosa, servicio de neonatología, 2019.

Factores fetales	Bivariado		Multivariado	
	RPc (IC95%)	Valor <i>p</i>	RPa (IC95%)	Valor <i>p</i>
Sexo masculino	2,48 (2,24 – 2,89)	0,014	2,31 (2,11 – 2,59)	0,004
Test de apgar < 7	2,02 (1,81 – 2,37)	0,034	2,11 (1,77 – 2,45)	0,002
Peso < 2500 gr.	1,51 (1,30 – 1,75)	0,005	1,39 (1,18 – 1,64)	0,087
Presencia de RCIU	1,85 (1,62 – 2,18)	0,002	0,76 (0,54 – 0,98)	0,003
Oligohidramnios	1,57 (1,35 – 1,84)	0,033	1,33 (0,80 – 1,67)	0,001
Peso < 2500	0,68 (0,46 – 0,82)	0,004	1,40 (0,91 – 1,90)	0,636
Feto podálica	1,54 (1,32 – 1,79)	0,002	1,27 (1,12 – 1,43)	0,234

Fuente: Recién nacidos con prematuridad atendidos en el servicio de neonatología del Hospital Santa Rosa,

Piura, 2019

IV. DISCUSIÓN

El presente estudio tuvo por finalidad dar a conocer los principales factores maternos y fetales que se asocian con la presencia de prematuridad en una población de neonatos que se atendieron en un hospital con alta demanda de pacientes, ya que hoy en día por muchas razones es que los recién nacidos vienen prematuros al mundo, presentando muchas comorbilidades para su desarrollo infantil.

Respecto a los factores maternos, se encontró en el presente estudio que el parto distócico ($p=0,001$) se encontró asociado a la prematuridad. Lo que se avala con un análisis ejecutado en Cuba²², donde se reportó que aquellas madres grávidas, siendo sujetas a alumbramiento por cesárea teniendo grave posibilidad de recién nacido con prematuridad. Esto podría deberse a las altas causas e indicaciones de cesárea, que determinan la intervención temprana para evitar riesgos en la vida del recién nacido que llega con alguna patología, por lo que la intervención y el parto distócico es temprano, llegando el producto antes de tiempo, sin embargo, habría que buscar que indicaciones de cesárea se asocian a prematuridad.

Otro de los factores maternos que se asoció a la prematuridad fue aquellas madres que presentaron enfermedades relacionadas a su gestación ($p=0,002$). Estudios afirman que infecciones urinarias, ruptura prematura de membranas, corioamnionitis, entre otras patologías aumentan la probabilidad de que el producto venga prematuro, aumentando la morbimortalidad en esta situación.²³

Las peculiaridades fetales de los neonatos que asociaron a prematuridad, fueron el sexo masculino ($p=0,004$), test de apgar < 7 ($p=0,002$), presencia de RCIU ($p=0,003$) y oligohidramnios ($p=0,001$). Un estudio realizado en nuestra región²⁴ afirma que el valor disminuido de líquido amniótico, es relacionado con la prematuridad, de ahí la indicación también de cesárea de emergencia, aumentando el índice de cesáreas en nuestra región. Otro estudio realizado en Trujillo²⁵, afirma que con género masculino existe asociación con prematuridad, ya que el ser mujer fue un factor protector para la prematuridad. Lo que se contrapone, con un estudio realizado en Arequipa²⁶, el cual muestra que el sexo femenino estuvo asociado a la prematuridad. Estas diferencias podrían deberse a las diferentes muestras estudiadas y la diferencia poblacional, sin embargo, es importante conocer diversas realidades, para ver los diversos manejos ante las situaciones de prematuridad.

Dentro de las principales limitaciones del presente estudio fue la evaluación de historias clínicas, ya que algunos datos no estaban legibles y no se pudieron obtener información de otras variables de importancia. Sin embargo, se recogieron los datos mencionados en el presente estudio que muestran una primera realidad de los factores maternos y fetales, vinculándose con prematuridad en nuestro medio.

V. CONCLUSIONES

1. Los factores maternos vinculados con prematuridad en recién nacidos atendidos en el servicio de neonatología del Hospital Santa Rosa Piura, Piura, 2019, fueron el parto distócico, la paridad múltiple y la enfermedad actual asociada a la gestación.
2. Los factores fetales vinculados a la prematuridad en recién nacidos atendidos en el nosocomio Santa Rosa, servicio de neonatología, Piura, 2019, notándose el sexo masculino, test de apgar inferior a 7, oligohidramnios y presencia de RCIU.
3. Existe vinculación estadísticamente importante entre los factores maternos, fetales y prematurez en neonatos observados en el Santa Rosa, servicio de neonatología, Piura, 2019.

VI. RECOMENDACIONES

- 1.- Indagar acerca de otras variables de interés para buscar nuevas asociaciones estadísticas.
- 2.- Realizar otro tipo de estudios acerca de la prematuridad y su relación con la ginecología y obstetricia.
- 3.- Presentar los resultados del presente informe al departamento de Neonatología del nosocmio Santa Rosa.
- 4.- Impulsar el acrecentamiento de la búsqueda científica en el nosocmio Santa Rosa.
- 5.- Realizar protocolos de captación y manejo a las pacientes gestantes que han tenido antecedente de recién nacido con prematuridad para evitar nuevos casos de recién nacidos prematuros.
- 6.- Intervenir en la población en riesgo a través de la concientización sobre los adecuados controles prenatales.

REFERENCIAS

1. Ministerio de Salud. Boletín estadístico de nacimientos Perú: 2015. Publicado Abril 2016.
2. Cunningham F, Leveno K, Bloom S, Spong C, Dashe J, Hoffman B, Casey B, Sheffield J. Williams. Obstetricia, 24ª edición. Editorial McGraw Hill, 2015.
3. Rizo Baeza F J. Edad y origen de la madre como factores de riesgo de prematuridad. Tesis para obtener título de Doctor. Universidad de Alicante. Alicante – España. Noviembre 2012. Revisado (12 de Sep.) 2017.
4. Organización Mundial de la Salud. Nacimientos prematuros. Nota descriptiva. Noviembre de 2017. Revisado: 12 de Dic. 2017.
5. Osorno Covarrubias L, Rupay Aguirre G, Rodríguez Chapuz J, Lavadores May A I, Dávila Velázquez J, Echeverría Eguiluz M. Factores maternos relacionados con prematuridad. Estudio cohorte. Centro Médico Nacional Ignacio García Téllez, del 1 de enero de 2000 al 31 de diciembre de 2004. México 2008. Revisado (15 oct) 2017
6. Rodríguez-Coutiño S I, RamosGonzález R, Hernández-Herrera RJ. Factores de riesgo para la prematurez. Estudio de casos y controles. Ginecol Obstet Mex 2013;81:499-503.
7. Rodríguez Isabel Cluet, Rossell-Pineda M, Álvarez de Acosta T, Rojas Quintero L. Factores de riesgo asociados a la prematuridad en recién nacidos de madres adolescentes. Rev Obstet Ginecol Venez [Internet]. 2013 Sep [citado 2017 Dic 04] ; 73(3): 157-170.
8. Cortés Castell E, Rizo-Baeza M, Aguilar Cordero M J. Edad materna como factor de riesgo de prematuridad en España. Estudio explicativo, retrospectivo de casos-control. Centro de Cribado Neonatal de la provincia de Alicante. España. 2013. Revisado (26 Oct) 2017.
9. Zeballos Sarrato S, Villar Castro S, Ramos Navarro C, Zeballos Sarrato G, Sánchez Luna M. Factores de riesgo asociados a mortalidad fetal intraparto en recién nacidos pre término. Estudio retrospectivo, observacional. Hospital General Universitario Gregorio Marañón. Madrid – España. 2017. Revisado (20 Oct) 2017.

10. Mendoza Tascón L A, Claros Benítez D I, Mendoza Tascón L I, Arias Guatibonza M D, Peñaranda Ospina C B. Epidemiología de la prematuridad, sus determinantes y prevención del parto prematuro. Rev. chil. obstet. ginecol. [Internet]. 2016 Ago [citado 2017 Dic 05]; 81(4): 330-342.
11. Guadalupe-Huamán S M, Oshiro-Canashiro S. Factores de riesgo asociados a parto pre término en gestantes del servicio de gineco-obstetricia del Hospital María Auxiliadora durante el año 2015. [Artículo Original]. Rev. Fac. Med. Hum. 2017;17(1):32-42. DOI 10.25176/RFMH.v17.n1.746
12. Guillén Guevara J. Factores maternos asociados al parto pre término hospital nacional Alberto Sabogal Sologuren 2014. [Tesis PostGrado]. Lima-Perú: Universidad San Martin de Porres. Facultad de Medicina Humana. 2015. (Revisado: 12 de Sep. 2017).
13. Herdeia – Olivera K, Munares-García O. Factores maternos asociados al bajo peso al nacer. Artículo de casos – control. Instituto Nacional Materno Perinatal de Lima durante el periodo comprendido entre 2010 y 2011. Lima – Perú. Revisado: 16 de Sep. 2017
14. Colqui Cabello E. Factores asociados a complicaciones en recién nacidos de madres adolescentes. Lima – Perú 2014. Cuidado y Salud/KAWSAYNINCHIS - ISSN 2409-2312 Cuid salud, ene-jun 2014; 1(1) www.eeplt.edu.pe/revista/
15. Aparcana Valdivia, M. Factores de riesgo asociados al parto pre término en el Hospital María Auxiliadora del distrito de San Juan de Miraflores durante el periodo 2013. [Tesis Pregrado]. Lima: Universidad Alas Peruanas. Facultad de obstetricia. 2014.
16. Villegas Calvo A. M. Factores maternos asociados a parto prematuro en el Hospital de Chancay (2011). Trabajo de investigación. Lima – Perú: Universidad Nacional Mayor De San Marcos. Facultad De Medicina Humana. Escuela De Post-Grado. 2012. Revisado: 12 de Dic. 2017.
17. Ovalle A, Kakarieka E, Rencoret G, Fuentes A, Del Río M J, Morong C, Benítez P. Factores asociados con el parto prematuro entre 22 y 34 semanas en un hospital público de Santiago. Artículo de revisión. Servicio de Obstetricia y Ginecología del Hospital San Borja Arriarán, en el período entre el 1 de enero de 2007 y el 30 de junio de 2009. Chile 2011. Revisado: 12 de Sep. 2017

18. Taboada Ramírez R. Factores de riesgos asociados a parto pre término en el hospital regional de loreto “Felipe Arriola Iglesias” de enero a diciembre 2013. Tesis para optar el grado de médico cirujano. Universidad Nacional De La Amazonía Peruana. Iquitos – Peru. 2015
19. Bra. Martínez Valverde L. Factores asociados a prematurez neonatal en hijos de madres adolescentes del Hospital Alemán Nicaragüense en el periodo de Enero 2011 a Enero 2013. Tesis para optar por el título de medico cirujano. Lima – Peru: Universidad Nacional Autónoma de Nicaragua, Managua. Facultad de ciencias medicas. 2013. Revisado (12 de Dic. 2017).
20. Goldstein Sandoval B, Zaglui Matta C. Análisis de los factores de riesgo de prematuridad en el Hospital Calderón Guardia de enero a agosto 2001. Estudio retróspectivo. Servicio de Obstetricia del Hospital Calderón Guardia. San José - Costa Rica. Revista Costarricense de Salud Pública 2003. Revisado (15 Oct) 2017.
21. Oliveros M, Chirinos J. Prematuridad: Epidemiología, Morbilidad Y Mortalidad Perinatal. Pronóstico Y Desarrollo A Largo Plazo. Revista Peruana de Ginecología y Obstetricia. 2008. Revisado (26 Oct) 2017.
22. Rellan Rodríguez S, Garcia de Ribera C y Paz Aragón Garcia M. El recién nacido prematuro. Protocolos Diagnóstico Terapéuticos de la Asociación Cubana de Pediatría: Neonatología. 2017. Revisado (26 Oct) 2017.
23. Ordoñez Castillo H. L. Estresores psicosociales presentes según el instrumento Prenatal Psychosocial Profile: Stress Scale en gestantes adultas con parto prematuro que acuden al servicio de obstetricia del Hospital Nacional Daniel Alcides Carrión - Callao, enero - mayo, 2015. Tesis. Lima: Perú: Universidad Nacional Mayor De San Marcos. Facultad De Medicina E.A.P. De Obstetricia. 2016 (Revisado: 12 de Dic. 2017).
24. Gutierrez cristobal V. Factores maternos asociados a parto pretérmino y hallazgos en el neonato en el hospital regional de Piura; 2017. Tesis para optar el grado de médico cirujano, facultad de medicina humana, universidad nacional de la Piura. 2017.
25. L.R. Lucio, A. Escudero, E. Rodríguez-Vega, M.P. Vázquez-Caamaño, O. Vaquerizo, F.J. Herrera. Asociación entre las infecciones del tracto urinario y el parto pre término. Artículo de casos – control. Servicio de Ginecología del Hospital Nacional de Trujillo durante el período comprendido entre junio de 2014 y junio de 2017. Trujillo. Revisado: 12 de Sep. 2017

26. Ovalle A, Kakarieka E , Rencoret G , Fuentes A , del Río MJ , Morong C , Benítez P. Factores de riesgo para partos prematuros en un hospital público. Estudio retrospectivo. Servicio y Departamento de Obstetricia, Ginecología y Neonatología, Hospital de Arequipa. Perú 2017. Revisado (28 Sep. 2017)
27. Alarcon Celedonio, Joyce Cristy. Factores de riesgo para parto pretérmino en gestantes adolescentes, Hospital Nacional Docente Madre - Niño "San Bartolomé" - 2016. Tesis (Lic.). Lima, Perú: Universidad Nacional Mayor de San Marcos, Facultad de Medicina, EAP. de Obstetricia, 2017. 48 h.
28. Dr. Arias Macías, Dra. Rosa Torres, Dr. Pérez Valdés N y Dra. Milián Vidal M. Factores prenatales relacionados con la prematuridad. Estudio casos – control. Hospital Ginecoobstétrico Provincial Docente "Justo Legón Padilla" de Pinar del Río, en el período comprendido entre el 1ro. de febrero y el 31 de julio de 1998. Revista Cubana de Pediatría 2001. Revisado (15 Oct) 2017.

ANEXOS

Anexo 1:

Acta de Originalidad de Turnitin

 UCV UNIVERSIDAD CÉSAR VALLEJO	ACTA DE ORIGINALIDAD	Código : F07-PP-PR-02.02 Versión : 09 Fecha : 23-03-2018 Página : 1 de 1
--	-----------------------------	---

Yo,

EDGAR RICARDO BAZAN PALOMINO docente de la Facultad De Ciencias Médicas y Escuela Profesional de Medicina de la Universidad César Vallejo- Piura (precisar filial o sede), revisor (a) de la tesis titulada

“FACTORES MATERNOS Y FETALES ASOCIADOS A PREMATURIDAD EN RECIEN NACIDOS DEL SERVICIO DE NEONATOLOGIA DEL HOSPITAL SANTA ROSA, PIURA 2019” del (de la) estudiante **SERNAQUE ANASTACIO KAREN EVELYN** constato que la investigación tiene un índice de similitud de 14 % verificable en el reporte de originalidad del programa Turnitin.

El/la suscrito (a) analizó dicho reporte y concluyó que cada una de las coincidencias detectadas no constituyen plagio. A mi leal saber y entender la tesis cumple con todas las normas para el uso de citas y referencias establecidas por la Universidad César Vallejo.

Piura, 20 de Enero de 2020



UCV UNIVERSIDAD CÉSAR VALLEJO - PIURA
Dr. EDGAR BAZÁN PALOMINO
Coordinador de la Escuela de Medicina
UCV - Piura

Firma

Dr. Edgar Ricardo Bazán Palomino

DNI N° 18890663

Elaboró	Dirección de Investigación	Revisó	Responsable del SGC	Aprobó	Vicerrectorado de Investigación
---------	----------------------------	--------	---------------------	--------	---------------------------------

Anexo 2:

Pantallazo de Software de Turnitin

The screenshot displays the Turnitin Feedback Studio interface. The main document area shows a text document with several highlighted sections and plagiarism markers. The document content includes:

- A bullet point: "• Aborto: que presente un peso menor de 500gramos y la interrupción del embarazo que ocurra antes de las 20 semanas."
- Section 1.4: FORMULACIÓN DEL PROBLEMA. The text asks: "¿Cuáles son los factores maternos y fetales asociados a la prematuridad en recién nacidos atendidos en el servicio de neonatología del Hospital Santa Rosa, Piura, 2019?"
- Section 1.5: JUSTIFICACIÓN DEL ESTUDIO. The text discusses the incidence of premature births in developed countries and the need for research at Hospital Santa Rosa de Piura.

The interface includes a sidebar on the right titled "Resumen de coincidencias" (Summary of Similarities) showing a total match rate of 14%. The sidebar lists the following matches:

Match Number	Source	Percentage
1	Entregado a Universida... Trabajo del estudiante	9 %
2	Entregado a Universida... Trabajo del estudiante	1 %
3	tesis.ucsm.edu.pe Fuente de Internet	1 %
4	repositorio.ucv.edu.pe Fuente de Internet	1 %
5	Entregado a Universida... Trabajo del estudiante	1 %
6	creativecommons.org Fuente de Internet	<1 %
7	Entregado a Universida... Trabajo del estudiante	<1 %

At the bottom of the interface, it shows "Página: 14 de 27" and "Número de palabras: 7502". The system tray at the bottom indicates the date and time as 10:56 a.m. on 27/01/2020.

Anexo 3:

Autorización de Publicación de Tesis

	<p>AUTORIZACIÓN DE PUBLICACIÓN DE TESIS EN REPOSITORIO INSTITUCIONAL UCV</p>	<p>Código : F08-PP-PR-02.02 Versión : 10 Fecha : 10-06-2019 Página : 1 de 1</p>
---	---	---

Yo **SERNAQUE ANASTACIO KAREN EVELYN**, identificado con DNI N° **47235267**, egresado de la Escuela Profesional de **MEDICINA**, de la Universidad César Vallejo, autorizo (), No autorizo () la divulgación y comunicación pública de mi trabajo de investigación titulado **FACTORES MATERNOS Y FETALES ASOCIADOS A PREMATURIDAD EN RECIEN NACIDOS DEL SERVICIO DE NEONATOLOGIA DEL HOSPITAL SANTA ROSA, PIURA 2019** en el Repositorio Institucional de la UCV (<http://repositorio.ucv.edu.pe/>), según lo estipulado en el Decreto Legislativo 822, Ley sobre Derecho de Autor, Art. 23 y Art. 33

Fundamentación en caso de no autorización:

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

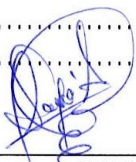
.....

.....

.....

.....

.....



FIRMA

DNI: 47235267

FECHA: 24 de Enero del 2020

Revisó	Vicerrectorado de Investigación/ DEVAC /Responsable del SGC	Aprobó	Rectorado
--------	---	--------	-----------

NOTA: Cualquier documento impreso diferente del original, y cualquier archivo electrónico que se encuentren fuera del Campus Virtual Trilce serán considerados como COPIA NO CONTROLADA.

Anexo 4:

Versión Final de Trabajo de Investigación



UNIVERSIDAD CÉSAR VALLEJO

AUTORIZACIÓN DE LA VERSIÓN FINAL DEL TRABAJO DE INVESTIGACIÓN

CONSTE POR EL PRESENTE EL VISTO BUENO QUE OTORGA EL ENCARGADO DE INVESTIGACIÓN DE

ESCUELA ACADEMICO PROFESIONAL DE MEDICINA

A LA VERSIÓN FINAL DEL TRABAJO DE INVESTIGACIÓN QUE PRESENTA:

SERNAQUE ANASTACIO KAREN EVELYN

INFORME TITULADO:

FACTORES MATERNOS Y FETALES ASOCIADOS A PREMATURIDAD EN RECIEN NACIDOS DEL SERVICIO DE NEONATOLOGIA DEL HOSPITAL SANTA ROSA, PIURA 2019

PARA OBTENER EL GRADO O TÍTULO DE:

MEDICO CIRUJANO

SUSTENTADO EN FECHA: 04 DE FEBRERO DEL 2020

NOTA O MENCIÓN: CATORCE (14)



UCV UNIVERSIDAD CÉSAR VALLEJO - PIURA

Dr. EDGAR BAZAN PALOMINO
Coordinador de la Escuela de Medicina
UCV - Piura.

FIRMA DEL ENCARGADO DE INVESTIGACION