UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE CHOTA

FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

ESCUELA PROFESIONAL DE ENFERMERÍA

FACTORES MATERNOS Y PREMATURIDAD EN UN HOSPITAL PÚBLICO DE CUTERVO, CAJAMARCA 2024

TESIS PARA OBTENER EL TÍTULO PROFESIONAL DE LICENCIADA(O) EN ENFERMERÍA

AUTORES

BACH. ENF. EYMER HUAMURO BARBOZA

BACH. ENF. YSLEILA LIZETH VASQUEZ LUNA

ASESOR

Dr. ANIBAL OBLITAS GONZALES

CHOTA – PERÚ

2025

"Año de la recuperación y consolidación de la economía peruana"

Chota, 15 de octubre del 2025.

C.O. N° 038-2025-UI-FCCSS

CONSTANCIA DE ORIGINALIDAD

El que suscribe, Jefe de la Unidad de Investigación de la Facultad de Ciencias de la Salud de la Universidad Nacional Autónoma de Chota, hace constar que el Informe Final de Tesis titulado: **"FACTORES MATERNOS Y PREMATURIDAD EN UN HOSPITAL PÚBLICO DE CUTERVO, CAJAMARCA 2024"** elaborado por los **Bachilleres en enfermería: Ysleila Lizeth Vasquez Luna** y **Eymer Huamuro Barboza,** para optar el Título Profesional de Licenciada (o) en Enfermería, presenta un índice de similitud de 9%, sin incluir material bibliográfico, material citado, fuentes con menos de 20 palabras y depósitos de trabajos de estudiantes; asimismo, comparado con contenido de páginas web, boletines, periódicos y publicaciones [desde el resumen hasta las recomendaciones]; por lo tanto, cumple con los criterios de evaluación de originalidad establecidos en el Reglamento Específico de Grados y títulos de la Facultad de Ciencias de la Salud, aprobado mediante Resolución de Facultad N° 075-2023-FCCSS-UNACH /C.

Se expide la presente, en conformidad a la directiva antes mencionada, para los fines que estime pertinentes.

Atentamente,

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE CHOTA FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD UNIDAD DE INVESTIGACIÓN CHOTA

Dr. JORGE ROMAIN TENORIO CARRANZA
Jefe de la Unidad de Investigación
Facultad Ciencias de la Salud
UNACH

Unidad de Investigación
Facultad en Ciencias de la Salud
UNACH

C.c.
Archivo
Ch2025

EYMER HUAMURO BARBOZA

FACTORES MATERNOS Y PREMATURIDAD EN UN HOSPITAL PÚBLICO DE CUTERVO, CAJAMARCA 2024

ASESORÍAS

JURADO Y ASESORIA

Universidad Nacional Autonoma de Chota

Detalles del documento

Identificador de la entrega

trn:oid:::1:3372874666

Fecha de entrega

14 oct 2025, 8:31 a.m. GMT-5

Fecha de descarga

14 oct 2025, 8:37 a.m. GMT-5

Nombre del archivo

IFT_EYMER_Huamuro_eB_ISLEILA_Vasquez.pdf

Tamaño del archivo

432.7 KB

56 páginas

15.803 palabras

85.315 caracteres

9% Similitud general

El total combinado de todas las coincidencias, incluidas las fuentes superpuestas, para ca...

Filtrado desde el informe

- Bibliografía
- Texto citado

Fuentes principales

9% Fuentes de Internet
3% Publicaciones
0% Trabajos entregados (trabajos del estudiante)

Marcas de integridad

N.º de alertas de integridad para revisión

No se han detectado manipulaciones de texto sospechosas.

Los algoritmos de nuestro sistema analizan un documento en profundidad para buscar inconsistencias que permitirían distinguirlo de una entrega normal. Si advertimos algo extraño, lo marcamos como una alerta para que pueda revisarlo.

Una marca de alerta no es necesariamente un indicador de problemas. Sin embargo, recomendamos que preste atención y la revise.

Fuentes principales

9% Fuentes de Internet
3% Publicaciones
0% Trabajos entregados (trabajos del estudiante)

Fuentes principales

Las fuentes con el mayor número de coincidencias dentro de la entrega. Las fuentes superpuestas no se mostrarán.

1	Internet	repositorio.unach.edu.pe 3%
2	Internet	hdl.handle.net 1%
3	Internet	www.repositorio.unach.edu.pe <1%
4	Internet	repositorio.upsjb.edu.pe <1%
5	Internet	repositorio.xoc.uam.mx <1%
6	Internet	cusam.edu.gt <1%
7	Internet	repositorio.undac.edu.pe <1%
8	Internet	repositorio.unan.edu.ni <1%
9	Internet	repositorio.unprg.edu.pe <1%
10	Internet	repositorio.unc.edu.pe <1%
11	Internet	repositorio.ucp.edu.pe:8080 <1%

12	Internet	
	repositorio.unsch.edu.pe	<1%
13	Internet	
	repositorio.urp.edu.pe	<1%
14	Internet	
	repositorio.unu.edu.pe	<1%
15	Internet	
	repositorio.ucv.edu.pe	<1%
16	Internet	
	repositorio.unica.edu.pe	<1%
17	Internet	
	inicib.urp.edu.pe	<1%
18	Publicación	
	Ochoa Oblitas, Betsabe Casilda. "Factores de riesgo en ictericia patológica de reci...	<1%
19	Internet	
	oldri.ues.edu.sv	<1%

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE CHOTA
Creada el 11 de mayo de 2010 mediante Ley N° 29531
Facultad de Ciencias de la Salud
Unidad de Investigación

Formato N° 11: Acta de sustentación Informe final de tesis

Siendo las **15:00** horas del día **01** de **octubre** del año **2025**, se reunieron en la Sala de Sustentaciones de la Facultad de Ciencias de la Salud de la Universidad Nacional Autónoma de Chota, el Jurado Evaluador presidido por el (la) **Dra. Zoila Isabel Cárdenas Tirado**, secretario (a) la Dra. Elisa Ramos Carrillo, como vocal la Dra. Luz Gruisela Bustamante López y como asesor (a) del Informe Final de Tesis el (la) **Dr. Aníbal Oblitas Gonzales**.

Actuando de conformidad con el Reglamento Específico de la Unidad de Investigación de la Facultad de Ciencias de la Salud, se dio inicio a la Sustentación del Informe Final de Tesis: **"Factores maternos y prematuridad en un Hospital Público de Cutervo, Cajamarca 2024"**

presentado por el (los) bachiller (es): **Ysleila Lizeth Vasquez Luna** y **Eymer Huamuro Barboza** de la Escuela Profesional de Enfermería.

Luego de la sustentación, deliberación y consenso de los integrantes del Jurado Evaluador se acordó aprobar el Informe Final de Tesis en mención con la calificación de (números y letras): 14 (catorce) y con la denominación aprobado por lo tanto el(la) bachiller(es) puede(n) proseguir con los trámites ulteriores, para la recepción del diploma que le (la) acredite como licenciado (a) en Enfermería.

En señal de conformidad, firman los presentes a horas 16:00 del 01 de octubre del 2025.

JURADO EVALUADOR	FIRMA
Presidente : - Dra. Zoila Isabel Cárdenas Tirado	
Secretario: - Dra. Elisa Ramos Carrillo	
Vocal: - Dra Luz Gruisela Bustamante Lopez	

ASESOR	FIRMA
- Dr. Aníbal Oblitas Gonzales	

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE CHOTA
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
V°B°
UNIDAD DE INVESTIGACIÓN
CHOTA

COMITÉ CIENTÍFICO

Dr. Anibal Oblitas Gonzales
Asesor

Dra. Zoila Isabel Cárdenas Tirado
Presidente

Dra. Elisa Ramos Tarrillo
Secretario

Dra. Luz Guisela Bustamante López
Vocal

AGRADECIMIENTOS

A Dios quien ha sido nuestro guía y fortaleza en este proceso de formación profesional.

A nuestros padres por su apoyo incondicional, comprensión y estimulo constante a lo largo de nuestra formación académica.

A los docentes que fueron parte de nuestra formación profesional, gracias por compartir sus conocimientos y experiencias enriquecedoras.

A nuestro asesor de investigación, el Dr. Anibal Oblitas Gonzales por su dedicación docente y su inestimable guía, fundamentales para la dirección y enriquecimiento de este estudio.

A la Universidad Nacional Autónoma de Chota, Facultad de Ciencias de la Salud, Escuela Profesional de Enfermería, por haber formado parte de nuestra vida personal y profesional durante estos cinco años, cobijándonos en sus aulas.

A:

Con infinita gratitud y admiración, dedico este trabajo a mis amados padres, Fausto Vásquez y Marcela Luna, por ser mi pilar y soporte a lo largo de mi formación profesional, por nunca soltar mi mano y por creer siempre en mí. Este logro es tan suyo como mío, gracias a su amor incondicional y acompañamiento. A Aarón, mi pequeño hijo, por formar parte de este proceso y ser la razón para seguir adelante, sus pequeñas manitas siempre me sostuvieron, y tu sonrisa y mirada fueron mi mayor motivación. Con todo mi amor, espero ser el ejemplo que te inspire a nunca rendirte.

Ysleila

Agradezco a toda mi familia, y en especial a mis padres, Manuel Huamuro Campos y Fredesvinda Barboza Delgado, por su apoyo incondicional, tanto moral como económico. A mis hermanos, que me apoyaron incondicionalmente ya que sin su apoyo no hubiera sido posible cumplir este objetivo.

Eymer

ÍNDICE DE CONTENIDOS

	Pág.
RESUMEN	viii
ABSTRACT	ix
CAPÍTULO I	
INTRODUCCIÓN	10
CAPÍTULO II	
MARCO TEÓRICO	15
2.1. Antecedentes del estudio	15
2.2. Bases conceptuales	19
2.3. Definición de términos básicos	28
CAPÍTULO III	
MARCO METODOLÓGICO	29
3.1. Ámbito de estudio	29
3.2. Diseño de investigación	30
3.3. Hipótesis	30
3.4. Población, muestra y unidad de estudio	30
3.5. Operacionalización de las variables	31
3.6. Descripción de la metodología	32
3.7. Procedimiento y análisis de datos	33
CAPÍTULO IV	
RESULTADOS Y DISCUSIÓN	35
4.1. Frecuencia del grado de prematuridad en un hospital público de Cutervo, Cajamarca 2024	35
4.2. Relación entre factores maternos y grado de prematuridad en un hospital público de Cutervo, Cajamarca 2024	39
CAPÍTULO V	
CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES	53
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	55
ANEXOS	64

INDICE DE TABLAS

Pág.

Tabla 1.	Frecuencia del grado de prematuridad en un hospital público de Cutervo, Cajamarca 2024	35
Tabla 2.	Factores maternos y grado de prematuridad en un hospital público de Cutervo, Cajamarca 2024	39

ÍNDICE DE ABREVIACIONES

CDC	: Centro Nacional de Epidemiología, Prevención y Control de Enfermedades
CPN	: Control prenatal
DIRESA	: Dirección Regional de Salud
FUR	: Fecha de última regla
INEI	: Instituto Nacional de Estadística e Informática
INMP	: Instituto Nacional Materno Perinatal
ITU	: Infección del tracto urinario
MINSA	: Ministerio de Salud
OMS	: Organización Mundial de la Salud
RN	: Recién nacido
SG	: Semanas de gestación
UPSS	: Unidades Productoras de Servicios de Salud

RESUMEN

El objetivo fue determinar la relación entre factores maternos y prematuridad en un hospital público de Cutervo, Cajamarca, 2024; estudio cuantitativo, relacional y trasversal, realizado con 51 participantes (madre-niño); se utilizó como técnica el análisis documental de las historias clínicas y como instrumento una ficha de recolección de datos para obtener los factores maternos y el grado de prematuridad. Resultados: El 3,9% eran madres menores de 18 o mayores de 35 años con recién nacidos prematuros tardíos; el 15,7% eran iletradas o tenían educación primaria y prematuros tardíos; el 41,2% residían en la zona rural con prematuros tardíos; el 39,2% eran multíparas con prematuros tardíos; el 58,8% fueron partos distócicos con prematuros tardíos; el 19,6% tuvieron menos de seis controles prenatales con prematuros tardíos; el 41,2% tenían patologías durante el embarazo con prematuros tardíos; el 15,7% presentaron antecedentes de aborto con prematuros tardíos; el 37,3% contaban con antecedentes de partos prematuros y prematuros tardíos. Conclusiones: La mayoría de recién nacidos fueron prematuros tardíos, seguido de los muy prematuros y los prematuros extremos. Entre los factores maternos no relacionados con la prematuridad están, la edad menor a 18 y mayor a 35 años (p=0,874), el grado de instrucción iletrada o primaria (p=0,569), la residencia rural (p=0,976), el parto distócico (p=0,333), los controles prenatales menores a seis (p=0,406), las patologías maternas (p=0,750), los antecedentes de aborto previo (p=0,828) y el antecedente de parto prematuro (p=0,868). Mientras que la multiparidad en el tipo de parto se relacionó significativamente con la prematuridad (p=0,018).

Palabras clave: Prematuridad, edad gestacional, embarazo, factores maternos, recién nacidos.

ABSTRACT

The objective was to determine the relationship between maternal factors and prematurity in a public hospital in Cutervo, Cajamarca, 2024; a quantitative, relational, and cross-sectional study was conducted with 51 participants (mother-child); the technique used was documentary analysis of medical records, and a data collection form was used as an instrument to obtain maternal factors and the degree of prematurity. Results: 3,9% were mothers under 18 or over 35 years of age with late preterm newborns; 15,7% were illiterate or had primary education and late preterm newborns; 41,2% lived in rural areas with late preterm newborns; 39,2% were multiparous with late preterm newborns; 58,8% had dystocic deliveries with late preterm infants; 19,6% had fewer than six prenatal checkups with late preterm infants; 41,2% had pathologies during pregnancy with late preterm infants; 15,7% had a history of abortion with late preterm infants; 37,3% had a history of premature and late preterm births. Conclusions: Most newborns were late preterm, followed by very preterm and extremely preterm. Maternal factors not related to prematurity include age under 18 and over 35 (p=0,874), illiteracy or primary education (p=0,569), rural residence (p=0,976), dystocic delivery (p=0,333), fewer than six prenatal checkups (p=0,406), maternal pathologies (p=0,750), history of previous abortion (p=0,828), and history of premature delivery (p=0,868). Meanwhile, multiparity in the type of delivery was significantly related to prematurity (p=0,018).

Keywords: Prematurity, gestational age, pregnancy, maternal factors, newborns.

CAPÍTULO I
INTRODUCCIÓN

Todo recién nacido (RN) con menos de 37 semanas de gestación (SG) es llamado prematuro, esta condición clínica trae para el niño el incremento de la mortalidad en las primeras horas de vida, sobre todo en los países de bajos ingresos, donde las deficiencias de los sistemas sanitarios limitan su recuperación [1], por ello, es fundamental fortalecer los cuidados prenatales en las gestantes a fin de contribuir en la reducción de los factores de riesgo de prematuridad sobre todo en entornos vulnerables.

La Organización Mundial de la Salud (OMS), clasifica a la prematuridad en extremadamente prematuro (< 28 semanas), muy prematuro (28 a 32 semanas) y prematuro moderado o tardío (33 a 37 semanas); y la considera como la principal causa de morbimortalidad entre los menores de cinco años, más aún si estas se asocian a complicaciones materno-perinatales [1], dado que entre el 60 y 80% de las muertes, y el 50% de las alteraciones neurológicas en el niño se encuentran vinculadas a la prematuridad [2].

Las estimaciones mundiales indican que anualmente nacen cerca de 15 millones de prematuros, de los cuales aproximadamente un millón fallecen antes de cumplir el primer año de vida [3]; no obstante, 75% de estas son prevenibles si se ejecutan acciones eficaces que no demandan un alto costo económico a los estados [1].

En el mundo, la prevalencia de prematuridad es cercana al 7% [1]. En los Estados Unidos, el 10,5% (383 mil) de los nacimientos fueron prematuros en 2021, donde las mujeres negras indígenas presentan un 62% más riesgo de tener un RN prematuro. Además, a nivel global existe evidencia que durante la pandemia por la COVID-19, los nacimientos prematuros se incrementaron en 5% [4, 5], y el riesgo de parto prematuro se elevó al 40% durante este periodo [6].

África y Asia Meridional son las regiones donde se producen más del 45% de nacimientos prematuros, pero esta condición es inherente a todos los países del mundo. Sin embargo, la diferencia de supervivencia entre los prematuros lo hace si el niño nació en un país desarrollado o en vías de desarrollo, pues en estos

últimos más del 90% de los extremadamente prematuros fallecen, en comparación al 10% de los países desarrollados [1].

A nivel mundial, los factores maternos más frecuentes entre los nacidos prematuros se encuentran los obstétricos (aborto, cesárea, ruptura prematura de membranas, menos de cuatro controles prenatales (CPN), ginecológicos (madres hospitalizadas durante el embarazo, hipertensas y con infecciones urinarias), sociodemográficos (género femenino, edades extremas de la madre < 18 años o > 35 años), tabaquismo y residencia rural) [1, 4].

En América Latina, al año nacen 1,2 millones de prematuros, convirtiéndola en la principal causa de muerte en menores de cinco años en la región [7], siendo Costa Rica (13,6%) y Ecuador (5,1%) dos de los países con las tasas más altas de prematuridad [8]. Asimismo, la Fundación de Waal [9], reporta que, en Bolivia, Ecuador y Honduras, los nacimientos prematuros representan la primera causa de muerte en los menores de cinco años.

En el contexto latinoamericano, la prematuridad tiene características similares a las identificadas en países de bajos y medianos ingresos; así, esta se encuentra asociada principalmente a embarazos adolescentes, abortos espontáneos previos, CPN inadecuado, infecciones vaginales, antecedentes de partos prematuros, hemorragias obstétricas, entre otros [7, 9].

En el Perú, el Ministerio de Salud (MINSA) reportó en 2024 que la prematuridad alcanzó el 16% de los nacimientos, constituyéndose como la principal causa de muerte entre los RN [10]. Asimismo, según la sala situacional del Centro Nacional de Epidemiología, Prevención y Control de Enfermedades (CDC Perú), hasta junio de 2025, las muertes neonatales vinculadas a la prematuridad en el país alcanzaron el 33,7%, de las cuales el 3,7% se pudieron evitar [11].

De acuerdo con el Instituto Nacional Materno Perinatal (INMP), en 2023 se atendieron 12 238 RN vivos y 139 RN fallecidos. De estos, el 9,2% eran hijos de madres adolescentes, presentándose en el grupo de los extremadamente prematuros una mortalidad cercana al 70%. Por otro lado, se ha identificado que la afectación neurológica (3,5%) y la retinopatía de la prematuridad (1,01%) son las

dos complicaciones más frecuentes en los prematuros [12]. Además, se estima que en el país, entre 2020 y 2024, las cifras de prematuridad se incrementaron en un 5%, producto del limitado acceso que tuvieron las gestantes a los servicios materno-perinatales durante la pandemia por el SARS-CoV-2 [13, 14].

En la región Cajamarca, según el CDC Perú [11], hasta junio de 2025, las muertes neonatales por prematuridad fueron del 35,7%, ubicándose como una de las regiones de más alto riesgo. De estas muertes, el 6,7% eran evitables. Asimismo, el Instituto Nacional de Estadística e Informática (INEI), en 2021, indicó que el 26,6% de los RN de madres adolescentes eran prematuros [15]. Por su parte, el Análisis Situacional de Salud del Hospital Regional Docente de Cajamarca reportó que, en 2019, el 12,3% de los RN fueron prematuros [16].

En la provincia de Cutervo, los porcentajes de RN prematuros fueron superiores al 20%, con tasas de mortalidad cercanas al 5%. Muchos de ellos son atendidos en el hospital público referencial de Cutervo; sin embargo, por la falta de equipos apropiados para su manejo, deben ser referidos a instituciones de mayor complejidad, lo que incrementa el riesgo de mortalidad, discapacidades y daños neurológicos en el infante.

A nivel nacional y regional, la prematuridad es de origen multifactorial; sin embargo, los factores maternos son los de mayor incidencia en la aparición de esta condición, la cual pone en riesgo la salud inmediata y futura del infante. En el Perú, entre los factores maternos más frecuentes se encuentran la preeclampsia, el retraso del crecimiento intrauterino, las hemorragias obstétricas, el aborto o la amenaza de aborto, el desprendimiento o la ruptura prematura de membranas, las edades maternas extremas, la residencia rural, los abortos previos, los partos prematuros anteriores, entre otros [12, 15].

Las complicaciones que presenta un RN prematuro están relacionadas con anemia, ictericia, hipoglicemia, dificultad respiratoria, nefropatías, malnutrición, alteraciones neurológicas, daño cerebral, convulsiones, infecciones, discapacidades físicas, auditivas o visuales, y alteraciones del desarrollo psicomotor. Esto depende de la

edad gestacional (EG), presentándose con mayor incidencia entre los prematuros extremos [17, 20].

La prematuridad es un problema de salud pública multifactorial; entre sus causas se encuentran factores o condiciones maternas que determinan o aumentan el riesgo de un parto prematuro, tales como la edad, el grado de instrucción, el número de gestas, el tipo de parto, el CPN o las patologías de la gestación [18, 23]. Son factores que resultan devastadores para el RN que sobrevive y su familia, más aún si se encuentran en condiciones de pobreza, pues muchos de ellos presentarán discapacidades somáticas, cerebrales y de aprendizaje a lo largo de su vida [24, 25].

En general, los estudios evidencian que las edades maternas extremas (menores de 15 y mayores de 35 años), el nulo o escaso grado de instrucción de la madre, la paridad mayor a dos embarazos -con incremento en las multíparas o gran multíparas-, el parto complicado o distócico como resultado de problemas gestacionales (preeclampsia, eclampsia, diabetes), la falta o escasez de controles prenatales, y las patologías asociadas con el embarazo (preeclampsia, eclampsia, diabetes, infecciones), son factores que predisponen a la presencia de un parto pretérmino [26, 29].

Por otro lado, desde hace décadas se han implementado estrategias para reducir los casos de prematuridad, en su mayoría dirigidas a brindar atención prenatal adecuada para promover partos saludables, alimentación equilibrada, capacitación al personal de salud y educación sanitaria a la gestante y su familia. Esto ha permitido reducir la prevalencia del problema, pero no ha sido suficiente, pues la morbimortalidad infantil asociada a la prematurez continúa siendo alta [1, 10].

En un hospital público de Cutervo se ha observado que la mayoría de los RN prematuros presentan complicaciones en su estado de salud durante las primeras horas; muchos de estos casos requieren ser referidos a hospitales de mayor complejidad, mientras que otros desarrollan secuelas irreversibles (discapacidades), como alteraciones en su desarrollo psicomotor o problemas de aprendizaje. Además, entre los factores de prematuridad más comunes se

encuentran la maternidad adolescente, la amenaza de aborto o aborto previo, la preeclampsia, las infecciones urinarias y vaginales, entre otros.

A partir de la problemática mostrada, el estudio se plantea resolver la siguiente pregunta de investigación: ¿Cuál es la relación entre factores maternos y prematuridad en un hospital público de Cutervo, Cajamarca, 2024? Las hipótesis fueron: los factores maternos se relacionan significativamente con la prematuridad en un hospital público de Cutervo, Cajamarca, 2024 (H1); y los factores maternos no se relacionan significativamente con la prematuridad en un hospital público de Cutervo, Cajamarca, 2024 (H0).

El objetivo general fue determinar la relación entre factores maternos y prematuridad en un hospital público de Cutervo, Cajamarca, 2024. En tanto, los objetivos específicos estuvieron orientados a: identificar la frecuencia de prematuridad según el grado de prematuridad del RN en un hospital público de Cutervo, Cajamarca, 2024; e identificar los factores maternos relacionados con la prematuridad en un hospital público de Cutervo, Cajamarca, 2024.

Los resultados indican que el 3,9% correspondía a madres menores de 18 o mayores de 35 años con recién nacidos prematuros tardíos; el 15,7% eran iletradas o tenían educación primaria; el 41,2% residía en zonas rurales; el 39,2% eran multíparas; el 58,8% tuvo partos distócicos; el 19,6% registró menos de seis controles prenatales; el 41,2% presentó patologías durante el embarazo; el 15,7% tenía antecedentes de aborto; y el 37,3% antecedentes de partos prematuros. Todos los casos reportados estuvieron asociados a recién nacidos prematuros tardíos.

La investigación se estructura en cinco capítulos: el Capítulo I, Introducción, presenta el planteamiento del problema; el Capítulo II, Marco Teórico, desarrolla el referencial conceptual del tema de estudio; el Capítulo III, Marco Metodológico, describe los procedimientos empleados para alcanzar los objetivos propuestos; el Capítulo IV, Resultados y Discusión, expone e interpreta teóricamente los hallazgos; y el Capítulo V, Conclusiones y Recomendaciones, optimiza los aportes finales del estudio. Finalmente, se incluyen las referencias bibliográficas y los anexos.

CAPÍTULO II
MARCO TEÓRICO

2.1. Antecedentes del estudio

Mendoza DF y Castaneira CM. (Cuba, 2025), en el estudio “Análisis de factores de riesgo asociados a la prematuridad”, tuvo por objetivo caracterizar los factores asociados a prematuridad. Investigación, cuantitativa, relacional y trasversal; desarrollado con 35 RN prematuros. Resultados: El 5,7% fueron muy prematuros y 94,2% prematuros tardíos; el 57,1% eran de madres que tenían menos de 18 años o de 35 a más años; el 5,7% de las madres tuvieron partos prematuros previos, el 8,5% abortos previos y más del 50% de las madres presentaron una enfermedad durante el embarazo. Conclusión: Las edades maternas extremas se asocian con la prematurez, mientras que los demás factores estudiados no guardan relación [30].

Rutayisire E, et al. (Ruanda, 2023), en el estudio “Factores maternos, obstétricos y ginecológicos asociados con el parto prematuro en Ruanda: hallazgos de un estudio longitudinal nacional”, tuvo por objetivo determinar la prevalencia y los factores maternos, obstétricos y ginecológicos asociados con el parto prematuro. Estudio correlacional, observacional y trasversal; desarrollado con 817 participantes. Resultados: la prevalencia fue de 13,8%; el 68,1% fueron mujeres; el 38,9% tenía entre 15 y 24 años; el 74,3% vivía en zona rural; el 56,6% contaba con educación primaria; el 61,9% acudió a más de cuatro controles prenatales (CPN) y el 43,4% tenía entre uno y dos hijos. Conclusiones: Se encontró asociación entre prematuridad y menos de cuatro CPN, abortos previos, antecedentes de cesárea, ruptura prematura de membranas, hospitalización durante la gestación e infecciones maternas [29].

Aziz A, et al. (Irán, 2023), en el estudio “Relación entre factores maternos y parto prematuro: un estudio de casos y controles. Revisión de medicina familiar y atención primaria”, tuvo por objetivo determinar la relación entre ambas variables. Estudio correlacional, observacional de casos y controles; desarrollado con 108 madres. Resultados: El 38% de las madres tenía entre

36 y 45 años; el 59,3% residía en zona urbana y tenía más de dos hijos; el 22,3% era iletrada o contaba solo con primaria completa; el 13,9% presentaba historial de aborto, el 23,1% antecedentes de legrado y el 11,1% aborto reciente. El 50% tenía un espacio intergenésico de uno a dos años. Conclusiones: Existe asociación entre prematuridad y área de residencia rural, menor educación materna, historial de aborto, espacio intergenésico corto, partos múltiples, hipertensión y diabetes materna [31].

Pullen SLL. (Sudáfrica, 2023), en el estudio "Factores de riesgo asociados con el parto prematuro en un hospital de distrito de Bisho, Cabo Oriental", tuvo por objetivo de identificar los factores asociados con prematuridad. Estudio correlacional-explicativo; desarrollado con 130 madres, de las cuales 50 dieron a luz niños prematuros y 80 a término. Resultados: La prematuridad fue del 38,5% y se relacionó con el estado nutricional, la morbilidad y los antecedentes de partos prematuros. Conclusión: La obesidad, las enfermedades gestacionales en la madre y el haber tenido un RN prematuro anteriormente se relacionan con la prematuridad [32].

Defilipo ÉC, et al. (Brasil, 2022), en el estudio "Factores asociados al parto prematuro: un estudio de casos y controles", tuvo como objetivo determinar la relación entre ambas variables de estudio. Investigación correlacional, observacional de casos y controles; desarrollado con 221 casos (prematuros). Resultados: El 58% fueron varones, 78,3% prematuros tardíos, 45,7% tenía madres iletradas o con primaria completa, 67,4% entre 20 y 34 años, 64,2% ganaban salario mínimo, 67,9% se dedicaba a los quehaceres del hogar, 86% vivía en el área urbana, 11,8% con espacio intergenésico corto, 18,6% tuvo aborto previo. Conclusiones: El parto prematuro se asoció con ser madre de un hijo prematuro previo, ser primípara, tener antecedentes de cesárea, contar con CPN inadecuado y haber sufrido violencia materna [33].

Melo TFM (Brasil, 2022), en el estudio "Costos directos de la prematuridad y factores asociados al nacimiento y las condiciones maternas", tuvo como objetivo investigar los factores asociados al nacimiento y las condiciones maternas de los RN prematuros. Estudio relacional y trasversal; desarrollado

en 147 RN prematuros. Resultados: Se determinó que la edad gestacional (prematuro tardío y extremo) y el número de CPN se relacionan con la prematuridad. Conclusión: En menor número de CPN y una mayor edad gestacional se vinculan con la prematuridad extrema y un mayor costo económico [34].

Ye CX, et al. (China, 2021) en el estudio “Factores de riesgo de parto prematuro: un estudio de cohorte prospectivo”, tuvo como objetivo indagar sobre la incidencia de prematuridad y sus factores asociados. Estudio relacional, prospectivo y transaccional; desarrollado con 6764 participantes. Resultados: El 17,1% de los nacimientos fueron prematuros; los factores maternos asociados a la prematuridad incluyeron las infecciones, las complicaciones del embarazo (hipertensión y diabetes gestacional), el bajo nivel educativo y la mayor gravidez. Conclusión: La educación sanitaria dirigida a la gestante y su cónyuge contribuye a la adopción de estilos de vida saludables y a la reducción de los casos de prematurez [21].

Guzmán KM. (Perú, 2023), en el estudio “Factores obstétricos relacionados con la prematuridad en neonatos del Hospital Amazónico de Yarinacocha - Pucallpa, periodo 2020 – 2021”, tuvo por objetivo determinar la asociación entre ambas variables. Investigación relacional, retrospectiva y transversal; desarrollada con 359 participantes. Resultados: El 34,6% de las madres fueron adolescentes, 5,5% eran iletradas o tenían primaria, 70,2% presentaron antecedentes de aborto y 19% acudió menos de seis veces al CPN. Conclusión: La edad adolescente de la madre y el CPN insuficiente se relacionaron significativamente con la prematuridad [35].

Grandez LA. (Perú, 2023), en el estudio “Factores maternos, fetales y neonatales asociados a mortalidad neonatal en prematuros del Hospital Nacional Dos de Mayo en el periodo 2020-2022”, tuvo por objetivo establecer la relación entre variables. Estudio correlacional, observacional de casos y controles; desarrollado con 35 casos (prematuros). Resultados: La mortalidad es superior al 5% en prematuros extremos, 1,2% en prematuros muy extremos. Conclusión: La mortalidad se vinculó al tipo de parto, bajo peso de

nacimiento, malformaciones cardiacas, APGAR menor a 7 y pequeño para la edad gestacional [36]

Quiroz AI. (Perú, 2022), en el estudio “Factores de riesgo de prematuridad en madres con comorbilidad en el Hospital Provincial Docente Belén de Lambayeque 2020”, tuvo por objetivo determinar la relación entre ambas variables. Estudio descriptivo, relacional y trasversal; basado en 108 historias clínicas de madres y sus niños. Resultados: La edad materna menor a 18 años, la paridad mayor a dos hijos y la preeclampsia se relacionaron significativamente con el parto prematuro. Conclusión: El monitoreo y seguimiento, junto con la educación sanitaria de la gestante mientras dura el embarazo, podrían disminuir las frecuencias de parto prematuro [37].

Reyes FG. (Perú, 2022), en el estudio “Factores maternos atribuibles a prematuridad en un hospital del III nivel de la ciudad de Iquitos”, tuvo por objetivo determinar los factores maternos atribuidos a prematuridad. Estudio relacional-analítico; desarrollado con 104 madres/prematuros. Resultados: Se encontró relación entre prematuridad y edad materna, grado de instrucción, estado civil, antecedentes de prematuridad, paridad, CPN y patologías maternas. Conclusión: La prematuridad está asociada a factores maternos como, madres adolescentes, instrucción primaria, prematuridad previa, nulíparas, seis CPN y patologías gestacionales (anemia, preeclampsia) [38].

Toro-Huamanchumo CJ, et al. (Perú, 2021), en el estudio “Factores maternos asociados a prematuridad en gestantes de un hospital público de Trujillo, Perú”, tuvo por objetivo identificar los factores maternos asociados a prematuridad. Estudio de caso-control y retrospectivo; desarrollado en 2000 prematuros. Resultados: El CPN inadecuado, la infección urinaria y la paridad están relacionadas con la prematuridad. Conclusión: El CPN menor a cuatro durante la gestación, las infecciones urinarias y la multiparidad se asociaron al parto prematuro [39].

Murguia-Ricalde, et al. (Perú, 2021), en el estudio “Factores de riesgo maternos asociados a parto prematuro en puérperas adolescentes atendidas

en el Hospital Nacional Dos de Mayo", tuvo por objetivo determinar los factores de riesgo maternos que predisponen a la prematurez. Estudio analítico, de casos y controles; desarrollado en 180 puérperas. Resultados: La anemia, la infección urinaria y la preeclampsia se asociaron a la prematuridad. Conclusión: Se requiere mejorar la salud materna durante la gestación; además de incrementar el acceso a los servicios de salud materno-perinatal a través de la promoción de los CPN adecuados y oportunos [40].

García EE. (Cajamarca, 2021), en el estudio "Factores de riesgo relacionados a partos prematuros en gestantes que acuden al Hospital Regional Docente de Cajamarca", tuvo por objetivo determinar la relación entre factores de riesgo y partos prematuros en puérperas. Estudio relacional, retrospectivo y trasversal; desarrollado con 80 participantes. Resultados: La frecuencia de prematurez fue 61,3% de (30% = 32 a 34 semanas, 7,5% = 35 a 36 semanas, 15% = 28 a 31 semanas y 8,8% = <28 semanas); 16,3% presentaron infección de tracto urinario, 6,3% preeclampsia y 1,3% diabetes mellitus. Conclusión: Existe asociación entre prematuridad y las infecciones urinarias, la preeclampsia y la diabetes gestacional [41].

2.2. Bases conceptuales

2.2.1. Bases teóricas

Lo multifactorial explica que un hecho o fenómeno se presenta por la interacción o presencia de múltiples elementos; en salud, estos factores determinan el riesgo o la aparición de una determinada enfermedad. Desde la perspectiva epidemiológica del proceso salud-enfermedad, el control y eliminación de los factores que causan patologías solo será posible si se interviene sobre los riesgos y las causas que la originan [42]. En el estudio se asume que los factores maternos (multifactorial) son los responsables de la prematuridad.

Modelo Multicausal de la Enfermedad de Mac Mohan y Pugh (1970)

Este modelo afirma que la enfermedad es el resultado de la exposición que tiene el individuo a múltiples factores (biológicos, personales, sociales, culturales, etc.) a lo largo de su vida, lo que lo convierte en susceptible de

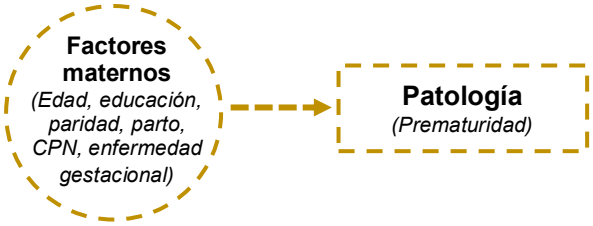
enfermar o presentar algún problema de salud de tipo biopsicosocial. Esta condición no es accidental, sino que está vinculada a las condiciones socioculturales, ambientales y conductuales del individuo, las cuales requieren de un abordaje transdisciplinario en el marco de la salud pública [42, 43].

Desde este escenario, el individuo debe ser capaz de asumir el cuidado de su salud mediante el control de los factores que podrían exponerlo a la enfermedad. En este contexto, el sistema sanitario es el ente encargado de brindar todas las herramientas necesarias para que la persona reduzca su exposición a los agentes agresores causantes de la enfermedad. Esto se logra mediante la implementación de una política sanitaria orientada a modificar los factores que originan la morbilidad y atender las condiciones de salud de los grupos afectados [42, 43].

En la práctica, este modelo explica cómo la interacción que la persona tiene con los factores intrínsecos y/o extrínsecos puede provocar la enfermedad, y cómo estos se convierten en elementos perjudiciales si no son controlados de manera apropiada por el individuo y el entorno con el que convive [42, 43].

Bajo este modelo teórico, se asume que la prematuridad es el resultado de la exposición a múltiples factores maternos que ha tenido o está teniendo el RN, tales como: edad, grado de instrucción, paridad, tipo de parto, cantidad de CPN y patologías que presentó la madre durante el embarazo (Figura 1).

Figura 1. Modelo multicausal de la enfermedad



Fuente: Mac Mahon, Pugh. Adaptado de "Epidemiology: Principles and methods", 1970 [.42].

En este contexto, el profesional de Enfermería identifica y modifica los factores maternos relacionados con la prematuridad, teniendo en cuenta su abordaje multifactorial e implementando políticas sanitarias de trabajo multisectorial y multidisciplinario. Se enfatiza en acciones dirigidas al primer nivel de atención, donde la promoción de la salud y la prevención de enfermedades constituyen las estrategias fundamentales para contribuir a la reducción de los nacimientos prematuros.

2.2.2. Factores maternos asociados a la prematuridad

A. Prematuridad

a) Definición

La OMS [1] define la prematuridad como aquella condición clínica en la que el producto de la gestación nace antes de las 37 semanas; por lo tanto, a todo RN con esta característica se le denomina prematuro.

Desde el enfoque biológico, la prematuridad es una condición en la que el RN no ha completado su ciclo madurativo y de crecimiento (somático, neural, genital, linfático), necesario para afrontar exitosamente la vida extrauterina. Esto genera problemas a corto plazo (hipoglucemia, hipotermia, dificultad respiratoria, daño neurológico) y a largo plazo (anemia, malnutrición, discapacidades permanentes) [44].

Desde el enfoque nutricional, la prematuridad suele estar acompañada de bajo peso al nacer y retraso en el crecimiento intrauterino del RN. Ello incrementa el riesgo de una lactancia materna exclusiva ineficaz (por pobre succión y deglución), anemia y desnutrición, lo que incrementa la morbimortalidad infantil [45, 46].

b) Clasificación de la prematuridad

De acuerdo con la OMS [1], la prematuridad se clasifica en tres tipos y depende de la edad gestacional con la que nace el niño, consignada en semanas y contabilizadas a partir de la fecha de última regla, ecografía o cualquier otro método diagnóstico:

b.1) Extremadamente prematuro: neonato que nació con menos de < 28 SG.

b.2) Muy prematuro: neonato que nació entre las 28 y 32 SG.

b.3) Prematuro moderado o tardío: neonato que nació entre las 33 y 37 SG.

c) Epidemiología de la prematuridad

La prematuridad es considerada la principal causa de mortalidad infantil en el mundo, con 15 millones de nacimientos prematuros cada año [1]; de estos, un millón fallece antes de cumplir su primer año de vida [3]. La prevalencia promedio se sitúa cerca del 10% del total de nacidos vivos, cifra que se incrementó hasta en un 5% durante la pandemia por la COVID-19 [4, 5]. Las prevalencias registradas son: Estados Unidos (10,5%), Costa Rica (13,6%), Ecuador (5,1%) y Perú (6,9%) [1, 10].

d) Etiología de la prematuridad

La prematuridad es multicausal, entre ellas, las maternas, neonatales, sociales, económicas, demográficas, ambientales, culturales, entre otros. Por tanto, el hecho de tener múltiples causas (intrínsecas y extinticas) la hace más compleja y difícil de abordar:

d.1) Causas fetales: En su mayoría de tipo congénitas, y como tales, se relacionan a malformaciones o anomalías cromosómicas, tales como los síndromes de Down, Edwards, Patau o Turner; anomalías cardiovasculares (tetralogía de Fallop, ductus persistente), acondroplasia, hidrocefalia, entre otros [44, 47, 48].

d.2) Causas maternas: Son condiciones que presenta la madre antes o durante el parto, de carácter biológico (edad), socioeconómico (nivel de instrucción, ingreso económico, paridad), nutricional (talla baja, desnutrición, anemia) o

patológico (preeclampsia, eclampsia, diabetes, ruptura prematura de membranas, hemorragias, entre otras) [45, 49, 50].

d.3) Causas útero-placentarias: Se refieren a las condiciones clínicas del útero (pólipos, fibromas, endometritis, tumores) y de la placenta (implantación baja, placenta previa, desprendimiento prematuro, placenta adherida, corioamnionitis) [51].

e) Complicaciones

El RN prematuro es muy vulnerable a desarrollar complicaciones en su estado de salud, estas pueden presentarse a corto o a largo plazo:

e.1) Corto plazo: Afectación del sistema nervioso central (hemorragia intraventricular, asfixia, encefalopatía hipóxica isquémica, edema cerebral e hidrocefalia); sistema respiratorio (membrana hialina, edema pulmonar); sistema vascular (ductus arterioso, hipotensión y foramen oval permeable); y problemas metabólicos como, hipotermia, hiperbilirrubinemia, hipoglicemia, hipocalcemia, hipomagnesemia, hiponatremia, hiperpotasemia y acidosis metabólica [2].

e.2) Largo plazo: Retinopatía de prematuridad, parálisis cerebral, retraso mental, problemas del habla y aprendizaje, déficit de atención, alteraciones psicomotoras, visuales y auditivas, displasia broncopulmonar, enterocolitis necrosante y anemia [2].

f) Diagnóstico

La determinación de la prematuridad se realiza mediante la EG del producto del embarazo y posterior a su nacimiento (posnatal) e incluye test como:

f.1) Método de Capurro: Es el test más difundido para determinar la EG del RN. El MINSA lo utiliza como instrumento oficial para la

determinación de la EG. Consiste en la calificación por observación de la forma del pabellón auricular, el tamaño de la glándula mamaria, la formación del pezón, la textura de la piel y los pliegues plantares [52].

f.2) Método de Ballard: La EG es determinada por dos indicadores, a saber; 1) madurez neuromuscular (postura, retroceso del brazo, ángulo poplíteo, signo de la bufanda, talón oreja), 2) maduración física (piel, lanugo, superficie plantar, mama, ojo/oído, genitales masculinos o femeninos). La suma de ambos criterios determina la EG del RN, encontrándose un error de entre 1,3 a 3,3 semanas para los prematuros extremos (22 a 28 semanas). Es el instrumento oficial que utiliza el MINSA para valorar a los RN prematuros identificados por FUR o ecografía [53].

f.3) Método de Dubovitz: Identifica la EG, por medio de la observación de signos diez signos neurológicos y once signos somáticos, es más preciso antes de las 36 semanas. Se evalúa a partir de las 24 horas de nacido con el objetivo de limitar la influencia del parto sobre los signos neurológicos. Presenta un error de más/menos dos SG [54].

f.4) Método de Usher: Valora cinco manifestaciones clínicas, es aplicable a partir de las 36 SG, práctico y rápido de administrar. Muestra un error de ± 2 SG [55].

B. Factores maternos asociados a la prematuridad

b.1) Factores

Son un conjunto de condiciones a las que un individuo, familia o colectivo se expone en algún momento de su vida, predisponiéndolo a desarrollar un evento desagradable como una enfermedad [56].

b.2) Factores maternos asociados a prematuridad

La investigación asume que los factores maternos son aquellas condiciones que presenta la gestante y que la hace especialmente susceptible a tener un RN prematuro [18, 21].

Desde esta perspectiva, los factores maternos son el conjunto de características intrínsecas y extrínsecas con las que la gestante incrementa el riesgo a tener un parto prematuro; es decir, no lo determinan, pero si influyen en su aparición; entre otras, se encuentran, la edad, nivel educativo, paridad, tipo de parto, CPN y las enfermedades asociadas al embarazo [22, 23], como se describe a continuación:

b.2.1) Edad materna: La evidencia científica demuestra que las adolescentes, debido a su inmadurez biológica (órganos del aparato reproductor) y psíquica (afectación socioafectiva), presentan un mayor riesgo de procrear un RN prematuro. Este riesgo es especialmente alto en menores de 15 años. Asimismo, las mujeres mayores de 35 años, y particularmente aquellas a partir de los 40, también presentan un incremento en el riesgo, debido al debilitamiento del sistema reproductivo y a alteraciones endocrinas [57, 58].

b.2.2) Grado de instrucción: El nivel educativo de la madre está directamente vinculado al riesgo de prematuridad; así, madres con mayor instrucción escolarizada tendrán menor riesgo de tener RN prematuros [59]. Sin embargo, esto no es completamente concluyente, pues algunos estudios han demostrado que madres iletradas o con escaso grado de instrucción presentan menor riesgo de tener un parto prematuro, siempre que durante su embarazo reciban educación sanitaria, CPN y adopten estilos de vida saludables [60, 61].

b.2.3) Residencia: Diversos estudios han evidenciado que residir en áreas rurales incrementa, en promedio, 2,3 veces el riesgo de

que la madre tenga un parto antes de las 37 semanas de gestación, en comparación con quienes residen en zonas urbanas. Este mayor riesgo está, en la mayoría de los casos, vinculado a controles prenatales (CPN) inadecuados y al limitado acceso a los servicios sanitarios [4, 12, 29].

b.2.4) Paridad: Los estudios indican que, a mayor número de hijos, existe un mayor riesgo de prematuridad. Esta condición posiblemente se relacione con factores biológicos, fisiológicos y nutricionales de la madre, así como con la incapacidad del organismo para llevar a término un embarazo [62, 63]. Es importante considerar que otros factores, como la edad materna joven o avanzada, el corto espacio intergenésico, la presencia de patologías gestacionales y el déficit de controles prenatales (CPN), incrementan aún más el riesgo de prematuridad [64].

b.2.5) Tipo de parto: El parto distócico, caracterizado por complicaciones que dificultan el proceso natural del parto, como la presentación anormal del feto o la obstrucción del canal de parto, puede incrementar el riesgo de prematuridad en comparación con el parto eutócico. Esto se debe a que las dificultades durante el parto pueden llevar a decisiones médicas como la inducción o la intervención quirúrgica, incluyendo cesáreas realizadas antes de las 37 semanas de gestación [1, 33].

b.2.6) Control prenatal: Un CPN oportuno y adecuado durante el embarazo proporciona grandes beneficios tanto a la madre como al producto del embarazo (embrión o feto), ya que permite identificar condiciones que podrían incrementar el riesgo de un parto pretérmino [65]. Este constituye una actividad de educación sanitaria dirigida a la gestante y su familia, con el objetivo de promover la adopción de conductas saludables y

fomentar decisiones responsables que contribuyan a prevenir la prematuridad [66].

b.2.7) Patologías relacionadas con el embarazo

Durante la gestación pueden presentarse diversas patologías que incrementan el riesgo de que la gestante procree un neonato prematuro. Entre ellas se encuentran:

- **Infecciones urinarias:** Son causadas por la invasión de microorganismos (hongos, bacterias, protozoarios, entre otros) en las vías urinarias de la gestante. Estudios reportan que cerca del 30% de los partos prematuros están relacionados con alguna infección urinaria desarrollada durante el embarazo, especialmente en el tercer trimestre [67].

- **Preeclampsia:** Se caracteriza por el aumento de la presión arterial y la aparición de proteinuria durante el embarazo, principalmente a partir del segundo trimestre. Esta condición clínica incrementa significativamente la posibilidad de prematuridad [68].

- **Ruptura prematura de membranas:** Consiste en la pérdida de continuidad de la membrana corioamniótica. Si esta situación ocurre antes de las 37 semanas de gestación, el producto del embarazo se considera prematuro. Este factor es uno de los más prevalentes en los partos pretérmino, ya que se estima que tres de cada diez neonatos prematuros lo presentan [24].

- **Amenaza de aborto:** Cuando se inicia a partir del cuarto mes de embarazo, esta condición incrementa el riesgo de prematuridad hasta cuatro veces en el segundo trimestre y seis veces en el tercer trimestre [18].

- **Anemia gestacional:** La anemia debilita el sistema inmunológico y reduce la capacidad de la placenta para transportar nutrientes al feto, lo que puede provocar implantación baja, placenta previa, desprendimiento prematuro de placenta e incapacidad del útero para llevar el embarazo a término [19].

b.2.8) Aborto previo: Indica posibles alteraciones en el útero o en el sistema reproductivo femenino que pueden afectar la duración del embarazo. Además, ciertas condiciones médicas, como las infecciones urinarias y las alteraciones uterinas, conllevan el riesgo de provocar abortos espontáneos y aumentar la probabilidad de parto prematuro [18, 29].

b.2.9) Antecedentes de parto prematuro: Esta condición se relaciona con una combinación de factores genéticos, anatómicos uterinos, hormonales y ambientales que predisponen a un parto pretérmino [6, 25, 30].

2.3. Definición de términos básicos

a) **Recién nacido:** Neonato que tiene entre 0 y 28 días de vida, por su condición de fragilidad, requiere cuidados integrales que le permitan transitar adecuadamente hacia la vida extrauterina [23].

b) **Factores:** Condiciones a las que un individuo, familia o colectivo está expuesto en algún momento de su vida, y que lo predisponen a desarrollar un evento adverso, como una enfermedad [56].

c) **Factores maternos:** Son condiciones que presenta la gestante y que la hacen especialmente susceptible de tener un recién nacido prematuro [18].

d) **Método de Capurro:** Es el test más difundido para determinar la edad gestacional del recién nacido; consiste en la evaluación, mediante observación, de la forma del pabellón auricular, el tamaño de la glándula mamaria, la formación del pezón, la textura de la piel y los pliegues plantares [52].

CAPÍTULO III
MARCO METODOLÓGICO

3.1. Ámbito de estudio

El estudio se llevó a cabo en la provincia y distrito de Cutervo, cuya capital es la ciudad de Cutervo. Esta se ubica en el centro de la región Cajamarca, al margen izquierdo del río del mismo nombre, a una altitud de 2,628 metros sobre el nivel del mar. Limita al norte con el distrito de Sócota (Cutervo), al sur y este con Chiguirip, y al oeste con Cochabamba, ambos pertenecientes a la provincia de Chota [69].

La ciudad de Cutervo cuenta con una población aproximada de 35 mil habitantes, en su mayoría provenientes de zonas rurales, dedicados principalmente a la agricultura, la ganadería y el comercio minorista. Debido a su ubicación geográfica, el clima varía entre frío (noviembre a abril) y cálido (junio a octubre), con una temperatura promedio anual de 16,8 °C [70].

El escenario del estudio fue el Hospital Santa María de Cutervo, ubicado en el centro de la ciudad. Esta Institución Prestadora de Servicios de Salud (IPRESS), clasificada como categoría II-1, cuenta con 389 trabajadores y una infraestructura moderna. Brinda atención las 24 horas del día y dispone de 13 Unidades Productoras de Servicios de Salud (UPSS), entre ellas la UPSS de Centro Obstétrico, que ofrece prestaciones como atención del parto vaginal y atención inmediata del RN. Además, incluye servicios de ginecoobstetricia, sala de partos, alojamiento conjunto y neonatología [71].

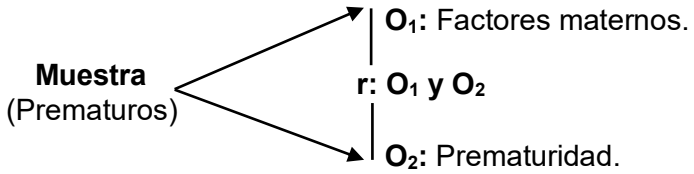
Según el padrón general de población distribuido por la Dirección Regional de Salud (DIRESA) Cajamarca, para el año 2024 el hospital atendió a una población referencial de 13,934 usuarios. Además, se estimó una población objetivo de 310 RN durante el periodo comprendido entre enero y diciembre. [72].

3.2. Diseño de investigación

La investigación fue de enfoque cuantitativo, ya que incorporó el análisis matemático y estadístico en el proceso de obtención de las variables (factores maternos y prematuridad) y en la comprobación de la hipótesis. Se desarrolló a nivel relacional, con el objetivo de determinar la asociación entre las variables (V1 vs V2), y tuvo un carácter retrospectivo, dado que las fuentes de información utilizadas para recolectar los datos fueron secundarias (historias clínicas) [73].

El diseño del estudio fue no experimental, debido a que las variables no fueron manipuladas por el investigador, sino recolectadas tal como ocurrieron en el contexto natural. Asimismo, fue de tipo transaccional, ya que la medición se realizó en un periodo determinado y en una única ocasión [74].

Dónde:



3.3. Hipótesis

- **H1:** Los factores maternos se relacionan significativamente con la prematuridad en un hospital público de Cutervo, Cajamarca 2024.

- **H0:** Los factores maternos no se relacionan significativamente con la prematuridad en un hospital público de Cutervo, Cajamarca 2024.

3.4. Población, muestra y unidad de estudio

- La población estuvo conformada por el total de niños prematuros nacidos en el Hospital Santa María de Cutervo en el periodo enero – diciembre de 2024, obtenida a partir de las historias clínicas.

- No se requirió muestra dado que se trató de una población accesible y metodológicamente manejable para su procesamiento y análisis matemático-estadístico.
- La unidad de análisis correspondió a cada RN prematuro atendido en el Hospital Santa María de Cutervo durante el periodo de estudio.

Criterios de inclusión (RN):

- Nacido vivo.
- Nacido en el Hospital Santa María de Cutervo.
- De ambos sexos.
- De parto único.
- Con madre que llevó su CPN en cualquier establecimiento de salud de la provincia de Cutervo.

Criterios de exclusión:

- Natimuerto.
- Con más de 37 semanas de gestación.
- Parto múltiple.
- Procedente de otra provincia.
- Historia clínica materna y neonatal incompleta.
- Parto domiciliario.

3.5. Operacionalización de variables

a) Variable 1: Factores maternos

Variable	Definición conceptual	Indicadores	Valor final
Factores maternos asociados a prematuridad	Son aquellas condiciones que presenta la gestante y que le hace especialmente susceptible a	Edad materna	0 = 18 a 35 años 1 = < 18 o > 35 años
		Grado de instrucción materna	0 = Secundaria/superior 1= Iletrada/primaria
		Residencia	0 = Urbana 1 = Rural

	tener un RN prematuro [18]	Paridad	0 = Primípara 1 = Multípara
		Tipo de parto	0 = Eutócico 1 = Distócico
		Control prenatal	0 = Igual o mayor a seis controles prenatales 1= Menor a seis controles prenatales
		Patología gestacional	0 = Ausente 1 = Presente
		Aborto previo	0 = No 1 = Sí
		Antecedentes de parto prematuro	0 = No 1 = Sí

a) Variable 2: Prematuridad

Variable	Definición conceptual	Indicadores	Valor final
Prematuridad	Producto de la gestación que nació con menos de 37 semanas de gestación [1].	Extremadamente prematuro	< 28 semanas
		Muy prematuro	28 a 32 semanas
		Prematuro moderado o tardío	33 a 37 semanas

3.6. Descripción de la metodología

3.6.1. Métodos

La técnica de recolección de datos incluyó el análisis documental [73] de las historias clínicas de las madres y sus RN prematuros, con el objetivo de determinar la relación entre variables de estudio.

El procedimiento para obtener la información tuvo la siguiente secuencia:

- Se presentó una solicitud dirigida a la directora del hospital en estudio, mediante la cual se obtuvo la autorización para acceder a las historias clínicas de las madres y los RN atendidos en el Servicio de Neonatología.
    - Se comunicó la autorización correspondiente al jefe del Servicio de Neonatología, al jefe de Enfermería del hospital y al personal de turno que laboraba durante el periodo de recolección de datos.
    - La selección muestral se realizó considerando los criterios de inclusión y exclusión previamente establecidos. Durante el proceso de recolección, se descartó la información confusa, incompleta o poco clara.
    - La información requerida para el cumplimiento del objetivo del estudio fue transcrita en la ficha de recolección de datos.
    - Se dejó constancia en la Dirección del Hospital sobre la información recabada y los días requeridos para su obtención.

3.6.2. Materiales

El estudio utilizó como instrumento una ficha de recolección de datos, elaborada a partir de la información disponible en las historias clínicas del niño y la madre. Esta estuvo organizada en dos secciones: la primera recopiló datos sobre el tipo de prematuridad del RN (extremadamente prematuro, muy prematuro y prematuro tardío); la segunda, sobre los factores maternos, incluyendo edad, grado de instrucción, paridad, tipo de parto, CPN y patologías durante la gestación (Anexo 1).

3.7. Procesamiento y análisis de datos

Finalizada la recogida de información, se hizo la verificación final de la data obtenida en la ficha de recolección de datos, a fin de evitar datos perdidos o incompletos. en estos casos, se solicitó el acceso a las historias clínicas para completar la información. La versión final de los datos fue introducida en el programa SPSS v.27.0.

El análisis estadístico identificó las frecuencias de los factores maternos y la prematuridad en la población de estudio, estos son presentados en tablas simples y de contingencia, que incluyen porcentajes, frecuencias absolutas.
La prueba de hipótesis se llevó a cabo con la prueba exacta de Fisher debido a la presencia de frecuencias y relaciones con menos de cinco casos, asumiendo significancia con p-valor <0,05. La interpretación, discusión y análisis se hizo en función a los hallazgos más destacados.

CAPÍTULO IV
RESULTADOS Y DISCUSIÓN

4.1. Frecuencia del grado de prematuridad en un hospital público de Cutervo, Cajamarca 2024

Tabla 1. Frecuencia del grado de prematuridad en un hospital público de Cutervo, Cajamarca 2024

Prematuridad	N	%
Prematuro extremo (< 28 semanas)	2	3,9
Muy prematuro (28 a 32 semanas)	12	23,5
Prematuro tardío (33 a 37 semanas)	37	72,5
Total	**51**	**100,0**

Fuente: Ficha de recolección “Factores maternos asociados a prematuridad, 2024”

Se observó que el 72,5% de los RN fueron prematuros tardíos, mientras que el 23,5 % fueron muy prematuros y el 3,9% prematuros extremos. Esto indica que, a medida que la prematuridad es más severa, menor es el número de nacimientos con dicha condición.

Los hallazgos coinciden, en cuanto a la frecuencia del grado de prematuridad, con lo reportado en diversos estudios internacionales, los cuales identifican al prematuro tardío como el tipo más frecuente, seguido del muy prematuro y, en menor proporción, el prematuro extremo. Por ejemplo, en Cuba, Mendoza DF y Castaneira CM [30] encontraron que, de 35 RN prematuros, el 94,2% fueron prematuros tardíos y el 5,7% muy prematuros. En Brasil, Defilipo ÉC et al. [32] reportaron que, de 221 prematuros, el 78,3 % fueron tardíos y el 21,7% muy prematuros [33]. De manera similar, Melo TFM [34], también en Brasil, indicó que en una muestra de 147 RN prematuros predominaron los prematuros tardíos, mientras que los prematuros extremos fueron menos frecuentes [34].

A nivel nacional, los estudios sobre esta problemática también coinciden con los hallazgos del presente trabajo y siguen el mismo orden respecto al grado de prematurez. Tal es el caso del estudio realizado en Cajamarca por García EE [41], desarrollado con 80 participantes, en el que se reportó una prevalencia de prematuridad del 61,3%, de los cuales el 37,5% fueron prematuros tardíos, el 15% muy prematuros y el 8,8% prematuros extremos.

Estos hallazgos permiten comprender que la prematuridad constituye una de las principales causas de mortalidad neonatal, tanto directa como indirecta, tal como lo afirman la OMS [2] y el MINSA [10]. Al respecto, Grandez LA [36] mostró en una investigación realizada con 35 prematuros que la mortalidad en prematuros extremos superó el 5% y en muy prematuros alcanzó el 1,2%.

Asimismo, la mayor prevalencia de prematuros tardíos frente a los muy prematuros y prematuros extremos, observada en el estudio, puede explicarse por el hecho de que múltiples factores desencadenantes del parto prematuro, como infecciones maternas, estrés, contracciones uterinas irregulares o condiciones obstétricas, tienden a manifestarse con mayor frecuencia en las etapas finales del embarazo (entre las 34 y 36 semanas de gestación).

Además, a medida que el embarazo avanza, aumenta la viabilidad fetal, lo que favorece la continuidad de la gestación a pesar de la presencia de ciertos riesgos, permitiendo que muchos embarazos complicados lleguen hasta etapas tardías de la prematuridad antes de resolverse con el nacimiento [62]. De esta manera, la distribución natural de los partos prematuros tiende a concentrarse en este grupo, ya que los nacimientos extremadamente prematuros requieren la concurrencia de eventos más severos, abruptos o no controlados que, por su propia naturaleza, son menos frecuentes.

Por otro lado, los hallazgos sobre grados de prematuridad estarán en función a los avances en la atención prenatal, el monitoreo fetal y el manejo de factores de riesgo que han permitido identificar a tiempo signos de amenaza de parto prematuro, logrando mediante intervenciones clínicas específicas y vigilancia obstétrica continua, se ha logrado prolongar la gestación al menos

hasta etapas más seguras del desarrollo fetal, reduciendo la posibilidad de nacimientos prematuros.

Esta situación ha contribuido con la reducción en la frecuencia de partos extremadamente prematuros y muy prematuros en contextos donde se cuenta con acceso a servicios de salud oportunos; por lo que, desde un enfoque de salud pública, se debe brindar intervenciones que no solo busque disminuir la incidencia de nacimientos prematuros, sino también mejorar el pronóstico de los RN al permitir su nacimiento en fases de mayor madurez fisiológica.

Así también, en coherencia con los factores maternos analizados en este estudio, se observa que variables como la paridad estuvieron asociadas a la prematuridad, mientras que la edad, residencia, CPN, patologías maternas y antecedentes obstétricos no mostraron asociación; esta distribución sugiere que la mayoría de los casos de prematurez detectados correspondieron a grados tardíos, donde los factores de riesgo son más leves o manejables.

Desde los hallazgos de no asociación identificados en el estudio, es coherente que la mayor parte de los nacimientos prematuros se concentren en el grupo tardío, ya que estos pueden derivarse de condiciones maternas comunes pero controlables; dado que el perfil sociodemográfico y clínico de las madres del estudio indica que, si bien la prematuridad está presente, las formas severas son poco frecuentes, quizá por condiciones obstétricas menos graves.

Por lo tanto, precisa indicar que todo RN con menos de 37 semanas de gestación es llamado prematuro. La prematuridad, según la OMS [1] se clasifica en extremadamente prematuro (< 28 semanas), muy prematuro (28 a 32 semanas) y prematuro tardío (33 a 37 semanas); esta condición clínica trae para el RN el incremento de su morbimortalidad en las primeras horas de vida, sobre todo en los países de bajos ingresos, donde las deficiencias de los sistemas sanitarios limitan su recuperación.

Los resultados evidencian que la mayoría de RN fueron prematuros tardíos, mientras que los muy prematuros y extremos se presentaron en menor

frecuencia. Según el modelo teórico planteado para el estudio, este patrón puede explicarse por la interacción simultánea de diversos factores maternos, como la edad, nivel educativo, residencia, paridad, controles prenatales, tipo de parto, patologías gestacionales y antecedentes obstétricos, los cuales no actúan de manera aislada, sino en conjunto, condicionando la probabilidad y el grado de severidad de la prematuridad.

Desde este escenario, el individuo debe ser capaz de asumir el cuidado de su salud por medio del control de los factores que podrían exponerlo a la enfermedad. En lo que respecta al sistema sanitario, representa el ente responsable de brindar las herramientas necesarias para que la persona reduzca su exposición a los agentes agresores causantes de la enfermedad; esto se alcanza mediante la implementación de una política sanitaria encaminada a modificar los factores que dan origen a la morbilidad y a atender las condiciones de salud de los grupos afectados [42, 43].

4.2. Relación entre factores maternos y grado de prematuridad en un hospital público de Cutervo, Cajamarca 2024

Tabla 2. Relación entre factores maternos y grado de prematuridad en un hospital público de Cutervo, Cajamarca 2024

Factores maternos	Prematuro extremo		Muy prematuro		Prematuro tardío		Total		*p*
	N	%	N	%	N	%	N	%	Fisher
Edad									
18 a 35 años	2	3,9	11	21,6	35	68,6	48	94,1	0,874
< 18 y > 35 años	0	0,0	1	2,0	2	3,9	3	5,9	
Grado de instrucción									
Secundaria / Superior	1	2,0	10	19,6	29	56,9	40	78,4	0,569
Iletrada / Primaria	1	2,0	2	3,9	8	15,7	11	21,6	
Residencia									
Urbana	1	2,0	5	9,8	16	31,4	22	43,1	0,976
Rural	1	2,0	7	13,7	21	41,2	29	56,9	
Paridad									
Primípara	0	0,0	10	19,6	17	33.3	27	52,9	0,018
Multípara	2	3,9	2	3,9	20	39,2	24	47,1	
Tipo de parto									
Eutócico	1	2,0	1	2,0	7	13,7	9	17,6	0,333
Distócico	1	2,0	11	21,6	30	58,8	42	82,4	
Control prenatal									
≥ 6 controles	2	3,9	7	13,7	27	52,9	36	70,6	0,406
< 6 controles	0	0,0	5	9,8	10	19,6	15	29,4	
Patología gestacional									
No	1	2,0	7	13,7	16	31,4	24	47,1	0,750
Sí	1	2,0	5	9,8	21	41,2	27	52,9	
Aborto previo									
No	1	2,0	9	17,6	29	56,9	39	76,5	0,828
Sí	1	2,0	3	5,9	8	15,7	12	23,5	
Antecedentes de parto prematuro									
No	1	2,0	7	13,7	18	35,3	26	51,0	0,868
Sí	1	2,0	5	9,8	19	37,3	25	49,0	

Fuente: Ficha de recolección de datos “Factores maternos asociados a prematuridad, 2024”

De acuerdo con la edad materna, se identificó que el 94,1% de las madres tenía entre 18 y 35 años. De este grupo, el 3,9% tuvo RN prematuros extremos, el 21,6% muy prematuros y el 68,6 % prematuros tardíos. En contraste, solo el 5,9% de las madres se encontraba fuera del rango considerado óptimo (<18 o >35 años), de las cuales el 2,0% tuvo RN muy prematuros y el 3,9% prematuros tardíos. No se encontró una asociación estadísticamente significativa entre edades maternas extremas y el grado de prematuridad (p = 0,874).

Los resultados sobre edad materna y prematuridad son similares a los reportados en estudios internacionales. En Brasil, Defilipo ÉC et al. [33] encontraron que el 32,6% de las madres tenía menos de 20 o más de 34 años; en Cuba, Mendoza DF y Castaneira CM [30] reportaron que el 57,1% eran menores de 18 o mayores de 34 años; en Ruanda, Rutayisire E et al. [29] identificaron que el 38,9% tenía entre 15 y 24 años; y en Irán, Aziz A et al. [31] señalaron que el 62% de las madres tenía más de 36 años o era menor de edad. En todos estos estudios se reportó una asociación entre edades maternas extremas y la prematuridad.

A nivel nacional, los reportes encontrados difieren de lo observado en el presente estudio, ya que se ha identificado que la edad materna sí guarda relación significativa con la prematurez. Como evidencia, Guzmán KM [35] determinó que el 34,6% de las madres eran adolescentes, concluyendo que existe relación entre la edad materna y la prematuridad. De igual forma, Quiroz AI [37] encontró que la edad materna menor a 18 años se relaciona con nacimientos prematuros, y Reyes FG [38] también determinó asociación entre prematuridad y maternidad adolescente.

Este hallazgo puede explicarse, en parte, por la distribución de la muestra, donde la mayoría de las gestantes (94,1%) se encontraba dentro del rango etario óptimo (18 a 35 años), y solo una minoría (5,9%) presentaba edades extremas. Esta baja representación limita la capacidad estadística para detectar diferencias significativas, pudiendo enmascarar una posible relación. Además, es posible que, en este contexto específico, factores como el acceso

a servicios de salud, controles prenatales adecuados o intervenciones comunitarias estén reduciendo el riesgo asociado con la edad materna extrema.

Por otro lado, es importante señalar que la influencia de la edad materna sobre la prematuridad no puede analizarse de forma aislada, ya que está mediada por múltiples determinantes sociales, económicos y sanitarios. La falta de asociación observada refleja la complejidad del fenómeno, en el que variables como la educación, el entorno familiar, el acceso a servicios obstétricos y la calidad del CPN desempeñan un rol fundamental. Una atención materna que considere la edad como un factor de riesgo, pero no como un determinante único, puede favorecer intervenciones más integrales y equitativas en la prevención de la prematurez.

A pesar de los hallazgos, la evidencia científica demuestra que las adolescentes, debido a su inmadurez biológica (órganos del aparato reproductor) y psíquica (afectación socioafectiva), presentan mayor probabilidad de tener un RN prematuro. Este riesgo es especialmente alto en menores de 15 años y en mujeres mayores de 35 -sobre todo a partir de los 40 años-, debido al debilitamiento del sistema reproductivo y a alteraciones endocrinas [57, 58].

Respecto al grado de instrucción materna, se observó que el 78,4% de las madres tenía estudios secundarios o superiores. De este grupo, el 2,0% tuvo un RN prematuro extremo, el 19,6% muy prematuro y el 56,9% prematuro tardío. En contraste, el 21,6% de las madres no contaba con instrucción o solo tenía educación primaria, registrando un 2,0% de prematuros extremos, 3,9% muy prematuros y 15,7% prematuros tardíos. No se evidenció una asociación estadísticamente significativa entre el nivel educativo y el grado de prematuridad ($p = 0,569$).

Los hallazgos sobre el grado de instrucción de la madre (iletrada o primaria) y la prematuridad son similares a los reportados en diversos estudios. Rutayisire E et al. [29], en Ruanda, informaron que el 56,6% de las madres

tenía educación primaria; Defilipo ÉC et al. [33], en Brasil, encontraron que el 45,7% eran iletradas o solo contaban con primaria completa; y Guzmán KM [35], en Perú, identificó que el 5,5% de las madres eran iletradas o solo tenían educación primaria. En todos estos casos, no se evidenció una asociación significativa entre prematuridad y bajo nivel educativo, a pesar de que las frecuencias de madres con menor grado de instrucción fueron elevadas.

Sin embargo, estos resultados difieren en cuanto a su significancia estadística respecto a estudios como el de Aziz A et al. [31], en Irán, donde el 22,3% de las madres eran iletradas o contaban solo con educación primaria; el de Ye CX et al. [21], en China; y el de Reyes FG [38], en Perú, en los que se encontró una asociación entre la prematuridad y el nivel de instrucción primaria.

Esta divergencia podría deberse a que, más allá del nivel de instrucción formal, otras variables contextuales –como el acceso a servicios de salud, programas de orientación materna o el acompañamiento familiar- podrían estar ejerciendo un rol protector, reduciendo las desigualdades educativas como factores determinantes de la prematurez. Asimismo, el predominio de madres con grado de instrucción secundaria o superior (78,4%) limita la representación del grupo con bajo nivel educativo, lo que impacta en la ausencia de significancia estadística.

Los distintos hallazgos en estudios nacionales e internacionales sugieren que la relación entre el nivel educativo y la prematuridad es sensible al entorno social, económico y sanitario. En ese sentido, el grado de instrucción no debería considerarse de manera aislada como un factor determinante, sino como parte de un conjunto más amplio de condiciones estructurales que inciden en la salud materno-neonatal. Esto permite comprender que el nivel educativo no siempre se traduce directamente en mejores resultados perinatales, si no está acompañado de condiciones adecuadas de vida y acceso a servicios integrales de salud.

Cabe precisar que, desde la teoría, el nivel educativo de la madre está directamente vinculado al riesgo de prematuridad. Así, las madres con mayor

instrucción escolarizada tienden a tener menor riesgo de tener RN prematuros [59]. No obstante, esta relación no es concluyente, ya que estudios han demostrado que madres iletradas o con escaso grado de instrucción pueden presentar menor riesgo de parto prematuro, siempre que reciban educación sanitaria, cuidados prenatales adecuados y adopten estilos de vida saludables durante el embarazo [60, 61].

Según el lugar de residencia materna, el 43,1% procedía de zonas urbanas. De este grupo, el 2,0% tuvo RN prematuros extremos, el 9,8% muy prematuros y el 31,4% prematuros tardíos. En tanto, el 56,9% residía en la zona rural, con 2,0% de prematuros extremos, 13,7% muy prematuros y 41,2% prematuros tardíos. No se evidenció una relación estadísticamente significativa entre la residencia rural y el grado de prematuridad ($p = 0,976$).

La prematuridad encontrada en este estudio no coincide con lo reportado en diversos estudios en cuanto al área de residencia, aunque sí en relación con la ausencia de asociación estadística. Al respecto, Rutayisire E et al. [29], en Ruanda, reportaron que el 74,3% de las madres vivía en zonas rurales; mientras que Defilipo ÉC et al. [33] evidenciaron que el 86 % residía en áreas urbanas. En contraste, Aziz A et al. [31], en Irán, encontraron que el 41,1% procedía de zonas rurales, y sí reportaron una asociación entre la prematuridad y la residencia rural.

Estos resultados sugieren que la influencia del entorno geográfico en la salud neonatal depende del grado de desarrollo local, las políticas sanitarias, la disponibilidad de servicios de salud y las condiciones sociales que rodean el embarazo. Los hallazgos refuerzan la importancia de garantizar el acceso equitativo a la atención materno-infantil en todos los territorios, promoviendo el bienestar materno sin importar la procedencia geográfica. Además, el fortalecimiento de estrategias de atención primaria y de programas de CPN en áreas rurales puede contribuir a reducir las brechas tradicionalmente observadas entre zonas urbanas y rurales en cuanto a salud materno-neonatal [1, 12].

En definitiva, a pesar de lo encontrado en este estudio, otras investigaciones han evidenciado que residir en zonas rurales incrementa en promedio 2,3 veces el riesgo de tener un parto prematuro antes de las 37 semanas de gestación, en comparación con quienes residen en zonas urbanas. Este riesgo se vincula, en la mayoría de los casos, con CPN inadecuados y acceso limitado a servicios sanitarios [4, 12, 29].

Considerando la paridad materna, se observó que el 52,9% de las madres eran primíparas. Dentro de este grupo, el 19,6% tuvo RN muy prematuros y el 33,3% prematuros tardíos. Por otro lado, las multíparas representaron el 47,1%, de las cuales el 3,9% tuvo un prematuro extremo, el 3,9% muy prematuro y el 39,2% prematuro tardío. Se encontró una asociación estadísticamente significativa entre la paridad (multípara) y el grado de prematuridad ($p = 0,018$).

Lo observado en relación con la prematuridad y la paridad coincide con diversos estudios que identifican una relación significativa entre multiparidad y parto prematuro. Por ejemplo, Aziz A et al. [31], en Irán, reportaron que el 59,3% de las madres tenía más de dos hijos; y Toro-Huamanchumo CJ et al. [39], en Perú, también encontraron asociación entre multiparidad y Parto prematuro. Sin embargo, estos resultados difieren de lo reportado por Rutayisire E et al. [29], en Ruanda, donde, a pesar de que el 43,4% de las madres tenía dos o más hijos, no se evidenció asociación entre prematuridad y paridad mayor a dos hijos.

Estos hallazgos se sustentan en que las madres primíparas presentaron una mayor frecuencia de nacimientos muy prematuros (19,6%) en comparación con las multíparas (3,9%). Esto puede explicarse por factores fisiológicos, emocionales y sociales propios del primer embarazo, como el desconocimiento de señales de alarma, mayor ansiedad y menor experiencia en el manejo de la gestación, lo que contribuye a la aparición de complicaciones que culminan en partos prematuros [26, 29, 33]. Además, las primíparas pueden enfrentar limitaciones para acceder al CPN, especialmente en contextos familiares o sociales disfuncionales.

Por otro lado, los resultados porcentuales -más no los de asociación- también se sustentan en estudios que indican que, a mayor número de hijos, mayor es el riesgo de prematuridad. Esta condición podría estar relacionada con factores biológicos, fisiológicos y nutricionales, así como con la capacidad del organismo materno para llevar a término un embarazo [62, 63]. Es importante considerar que otros factores como la edad materna (joven o avanzada), el corto intervalo intergenésico, las patologías gestacionales y el déficit en el CPN incrementan aún más el riesgo de parto prematuro [64].

En cuanto al tipo de parto, se observó que el 17,6% fueron eutócicos, de los cuales el 2,0% resultaron en prematuros extremos, el 2,0% en muy prematuros y el 13,7% en prematuros tardíos. En contraste, el 82,4% fueron partos distócicos, con 2,0% de prematuros extremos, 21,6% muy prematuros y 58,8% prematuros tardíos. No se encontró una relación estadísticamente significativa entre el tipo de parto distócico y el grado de prematurez ($p = 0,333$).

Los estudios sobre prematuridad y tipo de parto difieren de lo encontrado por Rutayisire E et al. [29], en Ruanda, en una muestra de 817 RN prematuros, y de lo reportado por Defilipo ÉC et al. [33], en Brasil, con 221 prematuros, donde se evidenció una asociación significativa entre prematuridad y antecedentes de cesárea (parto distócico).

Aunque la mayoría de los partos prematuros fueron distócicos (82,4%), esta predominancia no se tradujo en una asociación significativa, posiblemente porque el tipo de parto suele ser más una consecuencia que una causa directa del nacimiento prematuro. Es decir, ante la presencia de amenaza de parto pretérmino, complicaciones obstétricas o condiciones materno-fetales que ponen en riesgo la vida, se recurre con mayor frecuencia a intervenciones como la cesárea. Por lo tanto, el tipo de parto no determina el nacimiento prematuro, sino que responde a las condiciones clínicas presentes al momento del parto.

En esta misma línea, los resultados observados podrían estar influenciados por el tamaño de la muestra o por la homogeneidad en los protocolos obstétricos aplicados en la institución donde se desarrolló la investigación. Además, la decisión sobre el tipo de parto está condicionada por múltiples factores clínicos, como la posición fetal, la presencia de sufrimiento fetal, la hipertensión gestacional, entre otros; los cuales pueden presentarse tanto en embarazos a término como pretérmino. Por lo tanto, el parto distócico no debe interpretarse necesariamente como un factor de riesgo, sino como una intervención médica oportuna ante escenarios clínicos complejos, cuyo objetivo es preservar la vida materno-neonatal.

Asimismo, sin desestimar los hallazgos, es importante considerar que el parto distócico, caracterizado por complicaciones que dificultan el proceso natural del parto -como la presentación anormal del feto o la obstrucción del canal de parto- puede incrementar la probabilidad de prematuridad en comparación con el parto eutócico. Esto se debe a que dichas dificultades pueden conducir a decisiones médicas de inducción o intervención quirúrgica, como la cesárea, antes de las 37 semanas de gestación [1, 33].

En cuanto a los hallazgos sobre el CPN realizado durante la gestación, se observó que el 70,6% de las madres asistieron a seis o más controles, de las cuales el 3,9% tuvo un prematuro extremo, el 13,7% muy prematuro y el 52,9% prematuro tardío. En contraste, el 29,4% tuvo menos de seis controles, registrando 9,8% de muy prematuros RN 19,6% prematuros tardíos. No se identificó una relación estadísticamente significativa entre CPN inadecuado y grado de prematuridad ($p = 0,406$).

Lo observado en este estudio sobre prematuridad y número de CPN (menor a seis) difiere de lo reportado en diversas investigaciones internacionales, dado que no evidencian relación significativa entre prematurez y el mayor número de CPN. Así, Rutayisire E et al. [29] identificaron que el 38,1% de las madres asistieron a menos de seis controles prenatales; y Melo TFM [34] señaló que un número reducido de CPN se asocia con prematuridad extrema y mayores costos económicos.

A nivel nacional, distintos estudios también difieren de los hallazgos del presente trabajo. Guzmán KM [35] reportó que el 19% de las madres tuvo menos de seis controles prenatales; Reyes FG [38] y Toro-Huamanchumo CJ et al. [39] indicaron que el CPN insuficiente se relaciona con la prematuridad. Además, Murguía-Ricalde et al. [40] concluyeron que es necesario incrementar el acceso a servicios de salud materno-perinatal mediante la promoción de controles prenatales adecuados y oportunos, con el fin de reducir el riesgo de parto prematuro.

La ausencia de relación significativa -a pesar de que el 70,6% de las gestantes asistieron a seis o más controles- puede explicarse por el hecho de que la cantidad de controles no siempre refleja su calidad ni oportunidad. Es decir, una madre puede haber cumplido con el número recomendado de CPN, pero si estos se realizaron de forma tardía, incompleta o sin seguimiento clínico efectivo, su impacto preventivo frente al parto prematuro puede ser limitado. Además, en muchos casos, el inicio temprano del parto está determinado por condiciones clínicas agudas o impredecibles que no necesariamente pueden prevenirse, incluso con un número adecuado de CPN [7, 9, 34].

Asimismo, la discrepancia observada podría estar relacionada con características propias de la población estudiada, como el acceso a servicios de salud, la implementación de programas de control perinatal o las intervenciones comunitarias realizadas por el personal sanitario. Por ello, no solo se debe promover la cantidad de CPN, sino también garantizar su calidad, enfoque integral y atención centrada en la madre, con el fin de identificar oportunamente factores que puedan favorecer un parto prematuro.

Es necesario señalar que, más allá de los resultados observados, un CPN oportuno y adecuado proporciona importantes beneficios tanto para la madre como para el producto del embarazo (embrión o feto), ya que permite identificar de manera temprana condiciones que incrementan el riesgo de parto pretérmino [65]. Además, el CPN constituye una actividad de educación sanitaria dirigida a la gestante y su familia, con el objetivo de fomentar

conductas saludables y promover decisiones responsables que contribuyan a prevenir la prematuridad [66].

Al analizar la presencia de patologías gestacionales, se observó que el 47,1% de las madres no presentó ninguna condición clínica durante el embarazo. De este grupo, el 2,0% tuvo un RN prematuro extremo, el 13,7% muy prematuro y el 31,4% prematuro tardío. En contraste, el 52,9% presentó alguna patología durante el embarazo, con 2,0% de RN prematuros extremos, 9,8% muy prematuros y 41,2% prematuros tardíos. No se identificó una relación estadísticamente significativa entre la presencia de patologías gestacionales y el grado de prematuridad ($p = 0,750$).

La ausencia de asociación observada en este estudio no coincide con lo reportado en investigaciones internacionales, donde sí se ha evidenciado una relación significativa entre prematuridad y diversas enfermedades maternas. Por ejemplo, Rutayisire E et al. [29] identificaron la ruptura prematura de membranas y las infecciones maternas como factores asociados; Aziz A et al. [31] señalaron la hipertensión y la diabetes; y Ye CX et al. [21] reportaron complicaciones como hipertensión y diabetes gestacional.

A nivel nacional, los hallazgos también difieren de lo reportado en estudios previos. Reyes FG [38] y Murguía-Ricalde et al. [40] identificaron asociación entre prematuridad y patologías maternas como anemia, infección del tracto urinario (ITU) y preeclampsia. Toro-Huamanchumo CJ et al. [39] evidenciaron la relación con infecciones urinarias, y García EE [41], en la región Cajamarca, reportó asociación con diabetes gestacional. Este contexto evidencia la necesidad de fortalecer la salud materna durante el periodo gestacional.

La falta de asociación -a pesar de que el 52,9 % de las madres presentó alguna enfermedad durante el embarazo- podría estar influenciada por diversos factores, como la naturaleza y severidad de las patologías, así como por la efectividad del manejo médico recibido [18, 23]. Es posible que muchas de estas condiciones hayan sido diagnosticadas oportunamente y tratadas de forma adecuada, reduciendo su impacto en el desenlace del embarazo.

Además, la categorización general de “patología gestacional” incluye enfermedades de distinta gravedad, lo que puede diluir su efecto individual sobre la prematuridad si se analizan como una sola variable.

Por otro lado, estas diferencias pueden explicarse por características específicas de la muestra, el tamaño poblacional reducido o incluso por el tipo y calidad del registro clínico utilizado para clasificar las patologías. En este sentido, los resultados refuerzan la importancia de individualizar el análisis de las enfermedades maternas, reconociendo que no todas tienen el mismo potencial para desencadenar un parto prematuro.

La ausencia de asociación, sin desestimar los resultados observados, indica que durante la gestación se presentan diversas patologías que pueden incrementar el riesgo de prematuridad. Al respecto, diversos estudios reportan que cerca del 30% de los partos prematuros están relacionados con infecciones urinarias desarrolladas por la gestante, especialmente en el tercer trimestre del embarazo [67].

Asimismo, la preeclampsia es una condición clínica que aumenta significativamente la probabilidad de prematuridad [68]; al igual que la ruptura prematura de membranas, considerada uno de los factores más prevalentes en los partos prematuros, ya que se estima que tres de cada diez RN prematuros presentan esta condición [24].

Cabe señalar que, entre las patologías que ciertos estudios han reportado como asociadas a la prematuridad se encuentra la amenaza de aborto, que suele iniciarse a partir del cuarto mes de embarazo y eleva el riesgo de parto prematuro [18]; así como la anemia, que debilita el sistema inmunológico y afecta la capacidad de la placenta para transportar nutrientes al feto, lo que puede provocar implantación baja, placenta previa, desprendimiento prematuro de placenta e incapacidad del útero para llevar el embarazo a término [19].

Respecto a los antecedentes de aborto previo, se observó que el 76,5% de las madres no presentaban este antecedente. De ellas, el 2,0% tuvo un RN prematuro extremo, el 17,6% muy prematuro y el 56,9% prematuro tardío. En contraste, el 23,5% sí reportaron antecedentes de aborto, con 2,0% de prematuros extremos, 5,9% muy prematuros y 15,7% prematuros tardíos. No se encontró una asociación estadísticamente significativa entre aborto previo y prematuridad (p = 0,828).

Algunos estudios coinciden con estos hallazgos, reportando ausencia de relación significativa entre abortos previos y nacimiento prematuro. Al respecto, Guzmán KM [35] encontró que el 70,2% de las madres tenía antecedentes de aborto, mientras que Mendoza DF y Castaneira CM [30] reportaron un 8,5%; en ambos casos, no se evidenció asociación significativa con la prematuridad.

Sin embargo, otros estudios difieren de lo observado en esta investigación, tanto en las frecuencias como en la asociación estadística. Aziz A et al. [31] reportaron que el 13,9% de las madres tenía antecedentes de aborto y el 23,1% antecedentes de legrado; mientras que Defilipo ÉC et al. [33] identificaron que el 18,6% había tenido al menos un aborto previo.

Aunque el 23,5% de las madres en este estudio reportaron antecedentes de aborto, los porcentajes de prematuridad fueron similares a los de aquellas sin dicho antecedente. Esta ausencia de relación podría explicarse por factores como el tipo de aborto (espontáneo o inducido), el número de abortos previos y el intervalo intergenésico. Además, es probable que muchas de estas mujeres hayan recibido un seguimiento médico más riguroso durante el embarazo actual, lo que pudo haber reducido el riesgo de complicaciones obstétricas como el parto prematuro.

La variabilidad entre los hallazgos indica que el impacto de los abortos previos sobre embarazos posteriores depende de múltiples factores clínicos y contextuales, como la causa del aborto, el manejo postaborto, el estado de salud uterina y la atención prenatal recibida. Por ello, brindar un cuidado

individualizado a las mujeres con antecedentes obstétricos de este tipo, aunque no siempre se traduzcan en complicaciones evidentes puede contribuir a prevenir la prematuridad.

Más allá de los resultados, es importante considerar que los abortos previos pueden indicar posibles alteraciones en el útero o en el sistema reproductivo femenino que podrían afectar la duración del embarazo. Además, ciertas condiciones médicas como infecciones urinarias o alteraciones uterinas pueden causar abortos espontáneos y aumentar el riesgo de parto prematuro [18, 29].

En cuanto a los antecedentes de parto prematuro, se observó que el 51,0% de las madres no los presentaban. De este grupo, el 2,0% tuvo un prematuro extremo, el 13,7% muy prematuro y el 35,3% prematuro tardío. Por otro lado, el 49,0% sí tenía antecedentes de parto prematuro, con 2,0% de prematuros extremos, 9,8% muy prematuros y 37,3% prematuros tardíos. No se evidenció una asociación estadísticamente significativa entre antecedentes de parto prematuro y prematuridad del RN ($p = 0,868$).

Estos hallazgos coinciden con lo reportado por Mendoza DF y Castaneira CM [30], en Cuba, quienes encontraron que el 5,7% de las madres tenía antecedentes de parto prematuro, sin evidenciar asociación significativa. Sin embargo, difieren de los reportes de Pullen SLL [32], en Sudáfrica; Defilipo ÉC et al. [33], en Brasil; y Reyes FG [38], en Perú, quienes concluyeron que la prematuridad se asocia con antecedentes de partos prematuros.

A pesar de que el 49,0% de las madres tenía antecedentes de parto prematuro, no se encontró relación significativa. Esta ausencia podría explicarse por la intervención oportuna en embarazos posteriores, ya que las madres con antecedentes suelen ser consideradas de alto riesgo y, por tanto, reciben seguimiento más estrecho, controles prenatales más frecuentes y manejo preventivo de complicaciones obstétricas. Además, no todos los partos prematuros previos tienen una causa común, por lo que su aparición puede no ser uniforme [25]. Algunos pueden estar relacionados con factores

transitorios o modificables, como infecciones, estrés o condiciones maternas que no necesariamente se repiten en embarazos posteriores, tal como lo afirman Defilipo et al. y Reyes [33, 38].

Así también, a pesar de los hallazgos, es importante tener en cuenta que los antecedentes de parto prematuro se relacionan, en muchos casos, con la combinación de factores genéticos, anatómicos uterinos, hormonales y ambientales que predisponen a la gestante a presentar un parto prematuro [6, 30].

Basándose en los hallazgos y considerando el Modelo Multicausal de la Enfermedad de MacMahon y Pugh, en el presente estudio se puede asumir que la prematuridad, independientemente de la ausencia de relación estadística significativa, es el resultado de la exposición a múltiples factores maternos que ha tenido o está presentando el neonato. Entre estos se incluyen: edad, grado de instrucción, paridad, tipo de parto, cantidad de controles prenatales (CPN), patologías gestacionales, antecedentes de aborto y antecedentes de partos prematuros [26, 29, 37].

En la práctica, este modelo explica cómo la interacción entre la persona y los factores intrínsecos y/o extrínsecos puede provocar la enfermedad, y cómo estos elementos se convierten en perjudiciales si no son controlados adecuadamente por el individuo y el entorno en el que vive [42, 43].

Finalmente, en este contexto, el profesional de Enfermería, en su práctica diaria, busca identificar y modificar los factores maternos relacionados con la prematuridad, considerando su abordaje multifactorial e implementando políticas sanitarias orientadas al trabajo multisectorial y multidisciplinario. Se enfatiza en acciones dirigidas al primer nivel de atención, donde la promoción de la salud y la prevención de enfermedades constituyen estrategias clave para reducir los nacimientos prematuros.

CAPÍTULO V
CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

CONCLUSIONES

a) La mayoría de los RN identificados para el estudio fueron prematuros tardíos, seguidos por los muy prematuros y, en menor proporción, por los prematuros extremos. Esto indica que, a mayor grado de prematuridad, menor es la frecuencia de nacimientos con dicha condición.

b) Los resultados evidencian que la prematuridad tardía predomina en madres en edad óptima y con mayor nivel educativo, y que residen en áreas rurales, mientras que las primíparas y los partos distócicos se vinculan con una mayor proporción de prematuridad. Además, la presencia de patologías gestacionales y antecedentes obstétricos incrementa el riesgo de prematurez moderada y severa, situación que enfatiza la importancia de implementar intervenciones diferenciadas que consideren factores sociodemográficos y obstétricos.

c) Entre los factores maternos evaluados, solo la multiparidad mostró una asociación estadísticamente significativa con la prematuridad ($p = 0,018$). Este hallazgo sugiere que haber tenido múltiples partos previos podría constituirse en un importante factor de riesgo para la ocurrencia de nacimientos prematuros.

RECOMENDACIONES

Al Hospital donde se desarrolló el estudio

- Implementar estrategias de educación y comunicación en salud sobre prevención de la prematuridad, tanto a nivel asistencial como en los servicios de consultorio externo.
- Seguir mejorando los protocolos de atención al RN prematuro, evitando complicaciones que incrementen la mortalidad del neonato.
- Fortalecer los servicios de CPN para identificar oportunamente condiciones clínicas maternas que pueden resultar en un parto prematuro.

Al personal del establecimiento de salud

- Continuar promoviendo el cuidado integral de la gestante, modificando los factores que condicionan el nacimiento de los RN prematuros.

A la Unidad de Investigación de la Facultad de Ciencias de la Salud

- Incentivar el desarrollo de investigaciones que busquen determinar de manera específica cada uno de los factores maternos que se asocian con la prematuridad.

A las gestantes que acuden al establecimiento de salud

- Identificar de forma oportuna y con ayuda del personal de salud los factores que pueden condicionar un parto prematuro.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Organización Mundial de la Salud. Nacimientos prematuros [Internet]. Ginebra, Suiza: OMS; 2022 [consultado 27 marzo 2023]. Disponible en: https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/preterm-birth
2. Montero As, Ferrer R, Paz D, Pérez M, Díaz Y. Riesgos maternos asociados a la prematuridad. Multimed [Internet]. 2019 [consultado 23 marzo 2023]; 23(5):1155-1173. Disponible en: https://shre.ink/tvLw
3. Perin J, Mulick A, Yeung D, Villavicencio F, Lopez G, Strong KL, et al. Global, regional, and national causes of under-5 mortality: an updated systematic analysis with implications for the Sustainable Development Goals. Lancet Child Adolesc Health. [Internet]. 2022 [consultado 20 junio 2025];6(2):106-115. DOI: https://doi.org/10.1016/S2352-4642(21)00311-4
4. Márquez EM, García MJ, Zaldívar M, Romero R. SARS-CoV-2 and prematurity. Any evidence of vertical transmission?. An Pediatr (Barc) [Internet]. 2021 [consultado 04 marzo 2023];95(5):375-377. DOI: https://doi.org/10.1016/j.anpedi.2021.05.003
5. Lin TT, Zhang C, Chen L, Jin L, Lin XH, Pan JX, Dennis CL, Mol BW, Huang HF, Wu YT. COVID-19 Lockdown Increased the Risk of Preterm Birth. Front Med (Lausanne). [Internet]. 2021 [consultado 04 marzo 2023];8:705943. Disponible en: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34646839/
6. March Of Dimes. Report card shows Estates Unites preterm birth rate hits 15-year high [Internet]. USA: March Of Dimes; 2022 [consultado 04 marzo 2023]. Disponible en: https://acortar.link/Zlhcla
7. Organización Panamericana de la Salud. Mes de la prematuridad [Internet]. Washington, USA: OPS; 2022 [consultado 05 abril 2023]. Disponible en: https://acortar.link/JJnNSW
8. Matos-Alviso LJ, Reyes-Hernández KL, López-Navarrete GE, Reyes-Hernández MU, Aguilar-Figueroa ES, Pérez-Pacheco O, et al. La prematuridad: epidemiología, causas y consecuencias, primer lugar de mortalidad y discapacidad. Sal Jal [Internet]. 2020 [consultado 25 marzo 2023];7(3):179-186. Disponible en: https://www.medigraphic.com/pdfs/saljalisco/sj-2020/sj203h.pdf

9. Fundación de Waal. Partos prematuros y sus riesgos en la salud [Internet]. Washington, USA: FDW.org; 2022 [consultado 25 marzo 2023]. Disponible en: https://acortar.link/wYkcvi
10. Ministerio de Salud. Los nacimientos prematuros representan la primera causa de muerte infantil, en el Perú y el mundo [Internet]. Lima, Perú: MINSA; 2024 [consultado 27 junio 2025]. Disponible en: https://acortar.link/rC1yyH
11. Centro Nacional de Epidemiología, Prevención y Control de Enfermedades. Sala situacional: Muerte materna y muerte fetal y neonatal (Muerte fetal y neonatal) [Internet]. Lima, Perú: CDC-Perú; 2025 [consultado 29 junio 2025]. Disponible en: https://acortar.link/SZL7dj
12. Instituto Nacional Materno Perinatal. Anuario estadístico 2023 [Internet]. Lima, Perú: INMP; 2024 [consultado 29 junio 2025]. Disponible en: https://shre.ink/tvLv
13. Anaya RV, Cordova JM. Influencia del COVID-19 para el desarrollo de prematuridad en el Hospital Docente Infantil El Carmen-Huancayo [Tesis de titulación] [Internet]. Huancayo, Perú: Universidad Continental; 2022 [consultado el 02 abril 2023]. Disponible en: https://shre.ink/tvL3
14. Lizama O, Mucha J, Chincaro MC, Giraldo G, Salazar J, Agüero K et al. Características epidemiológicas, clínicas, pre y posnatales de los neonatos, hijos de madre con la Covid-19, y del seguimiento hasta los 14 días post alta, en Lima-Perú. Rev Med Hered [Internet]. 2021 [consultado 02 abril 2023]; 32(1):5-11. Disponible en: http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1018-130X2021000100005
15. Instituto Nacional de Estadística e Informática. Nacidos vivos de madres adolescentes 2019 – 2021 [Internet]. Lima, Perú: INEI; 2022 [consultado 01 abril 2023]. Disponible en: https://www.inei.gob.pe/media/MenuRecursivo/publicaciones_digitales/Est/Lib1864/libro.pdf
16. Hospital Regional Docente de Cajamarca. Análisis Situacional de Salud [Internet]. Cajamarca, Perú: HRC; 2020 [consultado 01 abril 2023]. Disponible en: https://acortar.link/nJPsZx

17. Snyers D, Lefebvre C, Viellevoye R, Rigo V. Late preterm: high risk newborns despite appearances. Rev Med Liege. [Internet]. 2020 [consultado 02 abril 2023];75(2):105-110. Disponible en: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32030935/
18. Cobo T, Kacerovsky M, Jacobsson B. Risk factors for spontaneous preterm delivery. Int J Gynaecol Obstet. [Internet]. 2020 [consultado 02 abril 2023];150(1):17-23. DOI: https://doi.org/10.1002/ijgo.13184
19. Green ES, Arck PC. Pathogenesis of preterm birth: bidirectional inflammation in mother and fetus. Semin Immunopathol. [Internet]. 2020 [consultado 02 abril 2023];42(4):413-429. DOI: https://doi.org/10.1007/s00281-020-00807-y
20. Ophelders DR, Gussenhoven R, Klein L, Jellema RK, Westerlaken RJJ, Hütten MC, Vermeulen J, et al. Preterm Brain Injury, Antenatal Triggers, and Therapeutics: Timing Is Key. Cells. [Internet]. 2020 [consultado 03 abril 2023]10;9(8):1871. DOI: https://doi.org/10.3390/cells9081871
21. Ye CX, Chen SB, Wang TT, Zhang SM, Qin JB, Chen LZ. Risk factors for preterm birth: a prospective cohort study. Zhongguo Dang Dai Er Ke Za Zhi. [Internet]. 2021 [consultado 05 abril 2023];23(12):1242-1249. English, Chinese. Disponible en: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34911607/
22. Roman A, Ramirez A, Fox NS. Prevention of preterm birth in twin pregnancies. Am J Obstet Gynecol MFM. [Internet]. 2022 [consultado 05 abril 2023];4(2S):100551 disponible en: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34896357/
23. Fu Z, Nilsson AK, Hellstrom A, Smith LEH. Retinopathy of prematurity: Metabolic risk factors. Elife. [Internet]. 2022 [consultado 05 abril 2023];11:e80550 disponible en: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/36420952/
24. Tornero S. Effect of socioeconomic status and prematurity on psychomotor development. An Pediatr (Engl Ed). [Internet]. 2021 [consultado 03 abril 2023]:S1695-4033(21)15-21. Disponible en: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33637471/
25. Sandoval VS, Jackson A, Saleeby E, Smith L, Schickedanz A. Associations Between Prenatal Food Insecurity and Prematurity, Pediatric Health Care Utilization, and Postnatal Social Needs. Acad Pediatr. [Internet]. 2021 [consultado 08 abril 2023];21(3):455-461. Disponible en: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33253934/

26. Walani SR. Global burden of preterm birth. Int J Gynaecol Obstet. [Internet]. 2021 [consultado 08 abril 2023];150(1):31-33. Disponible en: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32524596/
27. Hurt K, Kodym P, Stejskal D, Zikan M, Mojhova M, Rakovic J. Toxoplasmosis impact on prematurity and low birth weight. PLoS One. [Internet]. 2022 [consultado 06 abril 2023];17(1):e0262593. Disponible en: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/35025961/
28. Li H, Shi Y, Ahmed Z, Khan A, Xu K, Yin X, et al. Secular trends and age-period-cohort effect on adverse perinatal outcomes in Hubei, China (2011-2019). Sci Rep. [Internet]. 2022 [consultado 05 abril 2023];12(1):22558. Disponible en: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/36581710/
29. Rutayisire E, Mochama M, Ntihabose CK, Utumatwishima JN, Habtu J. Rutayisire et al. BMC Pregnancy and Childbirth. [Internet]. 2022 [consultado 05 abril 2023]; 23:365:pp10. Disponible en: https://doi.org/10.1186/s12884-023-05653-y
30. Mendoza DF, Castaneira CM. Análisis de factores de riesgo asociados a la prematuridad. HolCien. [Internet]. 2025 [consultado 25 junio 2025];6: e3742019. Disponible en: https://revholcien.sld.cu/index.php/holcien/article/view/374/398
31. Aziz A, Mansouri N, Nazarpour H. Relación entre factores maternos y parto prematuro: un estudio de casos y controles. Revisión de medicina familiar y atención primaria. [Internet]. 2023 [consultado 07 febrero 2024];25(3):264–269. Disponible en: https://www.termedia.pl/Relationship-between-maternal-factors-and-preterm-infant-birth-a-case-control-study,95,51156,0,1.html
32. Defilipo ÉC, Chagas PSC, Drumond CM, Ribeiro LC. Factors associated with premature birth: a case-control study. Rev Paul Pediatr. [Internet]. 2023 [consultado 07 febrero 2024];40:e2020486. Disponible en: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC9095056/
33. Melo TFM, Carregaro RL, Araújo WN, Silva END, Toledo AM. Direct costs of prematurity and factors associated with birth and maternal conditions. Rev Saude Publica. [Internet]. 2022 [consultado 29 junio 2025];13;56:49. DOI: https://doi.org/10.11606/s1518-8787.2022056003657
34. Pullen, SLL (2023). Factores de riesgo asociados con el parto prematuro en un hospital de distrito de Bisho, Cabo Oriental. J.nutr.diet (Nairobi). [Internet].

2023 [consultado 27 junio 2025]. Disponible en: https://doi.org/10.57039/jnd-conf-abt-2023-miycnhp-33

35. Guzmán KM. factores obstétricos relacionados con la prematuridad en neonatos del Hospital Amazónico de Yarinacocha - Pucallpa, periodo 2020 – 2021. [Tesis de titulación] [Internet]. Pucallpa, Perú: Universidad Nacional de Ucayali; 2023 [consultado el 04 abril 2023]. Disponible en: https://acortar.link/4LB97Z
36. Grandez LA. Factores maternos, fetales y neonatales asociados a mortalidad neonatal en prematuros del Hospital Nacional Dos de Mayo en el periodo 2020-2022. [Tesis de Titulación] [Internet]. Lima, Perú: Universidad Privada San Juan Bautista; 2023 [consultado 03 febrero 2024]. Disponible en: https://repositorio.upsjb.edu.pe/handle/20.500.14308/5003
37. Quiroz AI, Factores de riesgo de prematuridad en madres con comorbilidad en el Hospital Provincial Docente Belen de Lambayeque 2020 [Tesis de titulación] [Internet]. Pimentel, Perú: Universidad Señor de Sipán; 2022 [consultado el 02 abril 2023]. Disponible en: https://repositorio.uss.edu.pe/handle/20.500.12802/9747
38. Reyes FG. Factores maternos atribuibles a prematuridad en un hospital del III nivel de la ciudad de Iquitos 2020 – 2021. [Tesis de titulación] [Internet]. Lima, Perú: Universidad Científica del Sur; 2022 [consultado el 20 junio 2023]. Disponible en: https://acortar.link/uxMXgk
39. Toro-Huamanchumo CJ., Barboza J, Pinedo-Castillo L, Barros-Sevillano S, Gronerth-Silva JK., Galvez-Díaz NC, et al. Factores maternos asociados a prematuridad en gestantes de un hospital público de Trujillo, Perú. Rev. Cuerpo Med. HNAAA [Internet]. 2021 [consultado 08 abril 2023];14(3): 287-290. Disponible en: http://dx.doi.org/10.35434/rcmhnaaa.2021.143.1246
40. Murguia-Ricalde FN, Indacochea-Cacéda Sb, Roque JC, De La Cruz-Vargas JA. Factores de riesgo maternos asociados a parto prematuro en gestantes adolescentes atendidas en el Hospital Nacional Dos de Mayo. Rev Peru Investig Matern Perinat [Internet]. 2021 [consultado 08 abril 2023];10(2): 35-41. Disponible en: https://acortar.link/EImC39
41. García EE. Factores de riesgo relacionados a partos prematuros en gestantes que acuden al Hospital Regional Docente de Cajamarca [Tesis de titulación]

[Internet]. Huancayo, Perú: Universidad Roosevelt; 2021 [consultado el 08 abril 2023]. Disponible en: https://acortar.link/f94wK9

42. Mac B, Pugh T. Epidemiology: Principles and methods. Boston: Little Brown; 1970.
43. Hernández-Girón C, Orozco-Núñez E, Arredondo-López A. Modelos conceptuales y paradigmas en salud pública. Rev. salud pública. [Internet]. 2012 [Consultado 04 febrero 2024];14(2):315-324. Disponible en: https://www.scielosp.org/pdf/rsap/2012.v14n2/315-324/es
44. Costello JM, Kim F, Polin R, Krishnamurthy G. Double Jeopardy: Prematurity and Congenital Heart Disease-What's Known and Why It's Important. World J Pediatr Congenit Heart Surg. [Internet]. 2022 [consultado 02 abril 2023];13(1):65-71 disponible en: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34919482/
45. Defilipo ÉC, Chagas PSC, Drumond CM, Ribeiro LC. Factors associated with premature birth: a case-control study. Rev Paul Pediatr. [Internet]. 2022 [consultado 09 abril 2023];40:e2020486 https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/35544903/
46. Liu W, Liu Q, Liu W, Qiu C. Maternal risk factors and pregnancy complications associated with low birth weight neonates in preterm birth. J Obstet Gynaecol Res. [Internet]. 2022 [consultado 07 abril 2023];47(9):3196-3202. Disponible en: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34137133/
47. Markovic JN, Shortell CK. Venous malformations. J Cardiovasc Surg (Torino). [Internet]. 2021 [consultado 09 abril 2023];62(5):456-466. Disponible en: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34105926/
48. Reddy RK, McVadon DH, Zyblewski SC, Rajab TK, Diego E, Southgate WM, Fogg KL, Costello JM. Prematurity and Congenital Heart Disease: A Contemporary Review. Neoreviews. [Internet]. 2022 [consultado 09 abril 2023];23(7):e472-e485. Disponible en: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/35773510/
49. Sema A, Tesfaye F, Belay Y, Amsalu B, Bekele D, Desalew A. Associated Factors with Low Birth Weight in Dire Dawa City, Eastern Ethiopia: A Cross-Sectional Study. Biomed Res Int. [Internet]. 2019 [consultado 09 abril 2023];2019:2965094. Disponible en: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31886197/

50. Santos CL, Costa KMM, Dourado JEC, Lima SBG, Dotto LMG, Schirmer J. Maternal factors associated with prematurity in public maternity hospitals at the Brazilian Western Amazon. Midwifery. [Internet]. 2020 [consultado 09 abril 2023];85:102670. Disponible en: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32109707/
51. Torres-Muñoz J, Jiménez-Fernandez CA, Ortega RR, Cuero DJM, Mendoza DM. Factors Associated With Late Prematurity in the University Hospital of Valle Cali, Colombia During 2013-2014. Front Public Health. [Internet]. 2020 [consultado 09 abril 2023];8:200. Disponible en: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32754564/
52. Ministerio de Salud. Norma técnica de Salud para el Control del crecimiento y desarrollo de la niña y el niño menor de cinco años [Internet]. Lima, Perú: MINSA; 2017 [Consultado 10 abril 2023]. Disponible en: https://www.redsaludcce.gob.pe/Modernidad/archivos/dais/ppan/normast/CRED.pdf
53. Marín MA, Moreiras M, Lliteras S, Delgado CR, Pallás JC, Bértolo E. Valoración del test de Ballard en la determinación de la edad gestacional [Internet]. 2006 [consultado 09 abril 2023];64(2):140-145. Disponible en: https://doi.org/10.1157/13084173
54. Manzanares N, Blanco JA, Castilla A, Cantón JA. Parameters predictive of neonatal complications related with gestational diabetes [Internet]. 2009 [consultado 09 abril 2023];42(4):283-288. Disponible en: https://acortar.link/OgBuqr
55. Stanford Medicene Childrens Health. Evaluación de la edad gestacional. [Internet]. Stanford: SMC-Health; 2022 [consultado 03 abril 2023]. Disponible en: https://acortar.link/8Qlmdj
56. Bonita R. Epidemiologia Básica. Washington, D.C: Editorial OPS; 2013.
57. Frick AP. Advanced maternal age and adverse pregnancy outcomes. Best Pract Res Clin Obstet Gynaecol. [Internet]. 2021 [consultado 11 abril 2023];70:92-100. Disponible en: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32741623/
58. Lu L, Li JH, Dai XF, Wei JB, Chen LH, Hu JF. Impact of advanced maternal age on maternal and neonatal outcomes in preterm birth. Ginekol Pol. [Internet]. 2022 [consultado 11 abril 2023];93(2):134-141. disponible en: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/35072250/

59. Granés L, Torà-Rocamora I, Palacio M, De la Torre L, Llupià A. Maternal educational level and preterm birth: Exploring inequalities in a hospital-based cohort study. PLoS One. Internet]. 2023 [consultado 11 abril 2023];18(4):e0283901. Disponible en: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/37018293/
60. McHale P, Maudsley G, Pennington A, Schlüter DK, Barr B, Paranjothy S, Taylor-Robinson D. Mediators of socioeconomic inequalities in preterm birth: a systematic review. BMC Public Health. [Internet]. 2022 [consultado 11 abril 2023];22(1):1134. Disponible en: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/35668387/
61. Peng S, Chen H, Li X, Du Y, Gan Y. Maternal age and educational level modify the association between chronic hepatitis B infection and preterm labor. BMC Pregnancy Childbirth. [Internet]. 2020 [consultado 11 abril 2023];20(1):38 https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31937269/
62. Lin L, Lu C, Chen W, Li C, Guo VY. Parity and the risks of adverse birth outcomes: a retrospective study among Chinese. BMC Pregnancy Childbirth. [Internet]. 2022 [consultado 11 abril 2023];21(1):257. Disponible en: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33771125/
63. Kervinen K, Holster T, Saqib S, Virtanen S, Stefanovic V, Rahkonen L, Nieminen P, Salonen A, Kalliala I. Parity and gestational age are associated with vaginal microbiota composition in term and late term pregnancies. EBioMedicine. [Internet]. 2022 [consultado 11 abril 2023];81:104107. Disponible en: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/35759916/
64. Dai J, Shi Y, Wu Y, Guo L, Lu D, Chen Y, Wang Y, Lai H, Kong X. The interaction between age and parity on adverse pregnancy and neonatal outcomes. Front Med (Lausanne). [Internet]. 2023 [consultado 11 abril 2023];10:1056064. Disponible en: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/36910494/
65. Davies C, Segre G, Estradé A, Radua J, De Micheli A, Provenzani U, Oliver D, et al. Prenatal and perinatal risk and protective factors for psychosis: a systematic review and meta-analysis. Lancet Psychiatry. [Internet]. 2020 [consultado 10 abril 2023];7(5):399-410. Disponible en: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32220288/
66. Ramos CV, Neves PAR, Lourenço BH, Medeiros R, Malta MB, Fujimori E, et al. Prenatal care and preterm birth in the Western Brazilian Amazon: A

population-based study. Glob Public Health. [Internet]. 2022 [consultado 03 abril 2023];17(3):391-402 https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33427077/

67. Elias D, Gimenez L, Poletta F, Campaña H, Gili J, Ratowiecki J, et al. Preterm birth and genitourinary tract infections: assessing gene-environment interaction. Pediatr Res. [Internet]. 2021 [consultado 05 abril 2023];90(3):678-683. Disponible en: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33070163/
68. Dimitriadis E, Rolnik DL, Zhou W, Estrada-Gutierrez G, Koga K, Francisco RPV, Whitehead C, Hyett J, da Silva Costa F, Nicolaides K, Menkhorst E. Pre-eclampsia. Nat Rev Dis Primers. [Internet]. 2023 [consultado 10 abril 2023];9(1):8**.** Disponible en: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/36797292/
69. Distrito.pe. El distrito de Cutervo [Internet]. Portal Web, distrito.pe; 2021 [consultado 04 abril 2023]. Disponible en: https://www.distrito.pe/distrito-cutervo.html
70. Cutervo.com. Aspectos Geográficos de Cutervo. [Internet]. Cutervo, Perú: Cutervo.com; 2023 [consultado 01 abril 2023]. Disponible en: http://www.cutervo.com/aspecto-geograficos.php
71. Hospital Santa María de Cutervo. Cartera de Servicios. Archivo PDF. Cutervo, Perú, 2023.
72. Dirección Regional de Salud Cajamarca. Población regional por establecimientos de salud. Archivo Excel. Cajamarca, Perú. 2023.
73. Hernández-Sampieri R, Mendoza CP. Metodología de la investigación: Las rutas cuantitativa, cualitativa y mixta. 1ra ed. México: McGraw-Hill; 2018.
74. Tamayo M. Diccionario de la investigación científica. 2° ed. México: Editorial Limusa. 2006.

ANEXOS

Anexo 1

FICHA DE RECOLECCIÓN DE DATOS

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE CHOTA
Escuela Académico Profesional de Enfermería

"Factores maternos y prematuridad en un hospital público de Cutervo, Cajamarca 2024"

FACTORES ASOCIADOS A PREMATURIDAD

Historia clínica: ……..
DNI de la Madre: ……
DNI del niño: ……..

I. PREMATURIDAD

1. Extremadamente prematuro (< 28 semanas)
2. Muy prematuro (28 a 32 semanas)
3. Prematuro tardío (33 a 37 semanas)

II. FACTORES MATERNOS

N°	Indicador	Clasificación
1	Edad materna	0 = 18 a 35 años 1 = Menor de 18 y mayor a 35 años
2	Grado de materna	0 = Secundaria/superior 1= Iletrada/primaria
3	Residencia	0 = No 1 = Sí
4	Paridad	0 = Primípara 1 = Multípara
5	Tipo de parto	0 = Eutócico 1 = Distócico

6	Control prenatal	0 = Igual o mayor a seis controles prenatales 1 = Menor a seis controles prenatales
7	Patología gestacional	0 = No 1 = Sí
8	Aborto previo	0 = No 1 = Sí
9	Antecedentes de parto prematuro	0 = No 1 = Sí

ANEXO 2

MATRIZ DE CONSISTENCIA

Título	Formulación del problema	Objetivos	Hipótesis	Técnica e instrumento
Factores maternos y prematuridad en un hospital público de Cutervo, Cajamarca 2024.	¿Cuál es la relación entre factores maternos y prematuridad en un hospital público de Cutervo, Cajamarca 2024?	Determinar la relación entre factores maternos y prematuridad en un hospital público de Cutervo, Cajamarca 2024.	Los factores maternos se relacionan significativamente con la prematuridad en un hospital público de Cutervo, Cajamarca 2024.	**Técnica** Análisis documental **Instrumento** Ficha de recolección de datos