

UNIVERSIDAD NACIONAL DEL CALLAO
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA PROFESIONAL DE ENFERMERÍA



**FACTORES DE RIESGO PERINATALES Y MORBIMORTALIDAD DE
NEONATOS PREMATUROS EN EL HOSPITAL REGIONAL MIGUEL ÁNGEL
MARISCAL LLERENA – AYACUCHO, 2020**

**TESIS PARA OPTAR EL TITULO DE SEGUNDA ESPECIALIDAD
PROFESIONAL DE ENFERMERÍA EN NEONATOLOGÍA**

AUTORES

**ROCIO APAICO DE LA CRUZ
LIZ EVELIN CONDOLE VARO**

**Callao - 2021
PERÚ**

HOJA DE REFERENCIA DEL JURADO

MIEMBROS DEL JURADO DE SUSTENTACIÓN:

- DRA. ANA MARÍA YAMUNAQUÉ MORALES. PRESIDENTE
- DRA. HAYDEÉ BLANCA ROMÁN ARAMBURÚ. SECRETARIA
- MG. JOSÉ LUIS SALAZAR HUAROTE. MIEMBRO

ASESORA: DRA ALICIA LOURDES MERINO LOZANO

Nº de Libro: 05

Nº de Acta: 026-2020

Fecha de Aprobación de la tesis: 15 de Julio del 2021

Resolución de Decanato N° 256-2021-CF/FCS, de fecha 14 de Julio del 2021, para la obtención del Título de Segunda Especialidad Profesional.

DEDICATORIA

A mis seres queridos por ser la inspiración
para seguir adelante y ser mejor cada día.

Evelyn

A mis queridos padres en especial a mi
madre por su infinito apoyo y ser fuente de
motivación e inspiración en aras de mi
superación, y a mi hija por ser mi motivo
de superación cada día.

Rocío

AGRADECIMIENTO

A la Universidad Nacional del Callao y su equipo de directivos, asesores y tutores, quienes con su calidad académica han permitido materializar el trabajo de investigación.

Las autoras

INDICE

ÍNDICE	01
INDICE DE TABLAS	03
INDICE DE GRÁFICOS	04
RESUMEN	05
ABSTRACT	06
INTRODUCCIÓN	07
I. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	09
1.1. Descripción de la realidad problemática	09
1.2. Formulación del problema	10
1.2.1. Problema general	10
1.2.2. Problemas Específicos	10
1.3. Objetivos de la investigación	11
1.3.1. Objetivos General	11
1.3.2. Objetivos Específicos	11
1.4. Limitantes de la investigación	12
II. MARCO TEORICO	13
2.1 Antecedentes	13
2.2 Teórica Relacionadas	16
2.3 Bases Conceptuales	18
2.4 Definición de términos básicos	26
III. HIPOTESIS Y VARIABLES	28
3.1 Hipótesis	28
3.1.1 Hipótesis general	
3.1.2 Hipótesis específica	
3.2 Variables de estudio	28
IV. DISEÑO METODOLÓGICO	32
4.1. Tipo y diseño de investigación	32
4.1.1. Tipo de la Investigación	
4.1.2. Diseño de la Investigación	
4.1.3. Métodos de la investigación	

4.2. Población y muestra	33
4.2.1. Población	
4.2.2. Muestra	
4.3. Lugar de estudio y periodo detallado	33
4.4. Técnicas e instrumentos para la recolección de información	34
4.5. Análisis y procesamiento de datos	35
V. RESULTADOS	36
5.1. Resultados Descriptivos	36
5.2. Resultados Inferenciales	48
VI. DISCUSIÓN DE RESULTADOS	49
6.1. Contrastación y demostración de la hipótesis con los resultados	49
6.2. Contrastación de los resultados con estudios similares	51
6.3. Responsabilidad ética	
CONCLUSIONES	56
RECOMENDACIONES	57
REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS	58
ANEXOS:	62
Anexo 1: Matriz de consistencia	
Anexo 2: Instrumentos validados	
Anexo 3: Consentimiento informado	
Anexo 4: Base de datos	

INDICE DE TABLAS

Tabla 01: MORBILIDAD Y MORTALIDAD DE NEONATOS PREMATUROS, EN EL HOSPITAL MIGUEL ANGEL MARISCAL LLERENA AYACUCHO- 2020. 36

Tabla 02: FACTORES MATERNOS, EN RELACIÓN A LA MORTALIDAD DE NEONATOS PREMATUROS DEL HOSPITAL MIGUEL ANGEL MARISCAL LLERENA AYACUCHO- 2020. 38

Tabla 03: FACTORES OBSTETRICOS, COMO ANTECEDENTES PATOLÓGICOS DURANTE LA GESTACIÓN, EN RELACIÓN A LA MORTALIDAD DE NEONATOS PREMATUROS DEL HOSPITAL MIGUEL ANGEL MARISCAL LLERENA AYACUCHO- 2020. 40

Tabla 04: FACTORES OBSTETRICOS DE PARIDAD Y CONTROL PRENATAL, EN RELACIÓN A LA MORTALIDAD DE NEONATOS PREMATUROS DEL HOSPITAL MIGUEL ANGEL MARISCAL LLERENA AYACUCHO- 2020. 42

Tabla 05: FACTORES OBSTETRICOS DE CONDICIONES DEL PARTO, EN RELACIÓN A LA MORTALIDAD DE NEONATOS PREMATUROS DEL HOSPITAL MIGUEL ANGEL MARISCAL LLERENA AYACUCHO- 2020. 44

Tabla 06: FACTORES NEONATALES, RELACIONADO CON LA MORTALIDAD DE NEONATOS PREMATUROS DEL HOSPITAL MIGUEL ANGEL MARISCAL LLERENA AYACUCHO- 2020. 46

Tabla 07: RESULTADOS INFERENCIALES

INDICE DE GRÁFICOS

Grafico 01: PRINCIPALES CAUSAS DE MORBILIDAD EN NEONATOS PREMATUROS, EN EL HOSPITAL MIGUEL ANGEL MARISCAL LLERENA AYACUCHO- 2020. 37

Gráfico 02: FACTORES MATERNOS, EN RELACIÓN A LA MORTALIDAD DE NEONATOS PREMATUROS DEL HOSPITAL MIGUEL ANGEL MARISCAL LLERENA AYACUCHO- 2020. 39

Grafico 03: FACTORES OBSTETRICOS, COMO ANTECEDENTES PATOLÓGICOS DURANTE LA GESTACIÓN, EN RELACIÓN A LA MORTALIDAD DE NEONATOS PREMATUROS DEL HOSPITAL MIGUEL ANGEL MARISCAL LLERENA AYACUCHO- 2020. 41

Gráfico 04: FACTORES OBSTETRICOS DE PARIDAD Y CONTROL PRENATAL, EN RELACIÓN A LA MORTALIDAD DE NEONATOS PREMATUROS DEL HOSPITAL MIGUEL ANGEL MARISCAL LLERENA AYACUCHO- 2020. 43

Gráfico 05: FACTORES OBSTETRICOS DE CONDICIONES DEL PARTO, EN RELACIÓN A LA MORTALIDAD DE NEONATOS PREMATUROS DEL HOSPITAL MIGUEL ANGEL MARISCAL LLERENA AYACUCHO- 2020. 45

Gráfico 06: FACTORES NEONATALES, RELACIONADO CON LA MORTALIDAD DE NEONATOS PREMATUROS DEL HOSPITAL MIGUEL ANGEL MARISCAL LLERENA AYACUCHO- 2020. 47

RESUMEN

La presente tesis tuvo como objetivo relacionar los factores de riesgo perinatales y morbimortalidad de neonatos prematuros en el Hospital Regional “Miguel Ángel Mariscal Llerena” – Ayacucho, 2020. Materiales y método: Diseño no experimental, descriptivo, correlacional, de corte transversal; la población fue las historias clínicas de neonatos prematuros, atendidos en el Hospital, la muestra fue 100 HC, seleccionándose mediante un muestreo no probabilístico. La técnica de recolección de datos fue la observación, el instrumento una ficha de registro. Resultados: Las causas de mortalidad se asocian al síndrome de dificultad respiratoria, acompañado de sepsis y trastorno metabólico, cuya letalidad es de 20.5%. La mortalidad es mayor en madres de condición casada (X^2 : 6.3, p: 0.043), con instrucción superior (X^2 : 10.4, p: 0.015). Los antecedentes patológicos de la gestación, asociados son: ITU, (X^2 : 10.2, p: 0.017), eclampsia (X^2 : 4.4, p: 0.034), anemia (X^2 : 5.4, p: 0.020), placenta previa (X^2 : 7.125, p: 0.008), antecedentes de RPM (X^2 : 15.2, p: 0.000); asimismo la mortalidad es mayor, en madres secundiparas (X^2 : 8.2, p: 0.016). Entre los factores neonatales, se asocia la depresión del RN (X^2 : 15.04, p: 0.001), la letalidad se incrementa, cuando es menor la edad gestacional (X^2 : 7.6, p: 0.055) y el peso del RN (X^2 : 4.3, p: 0.115). Conclusión: La mortalidad de neonatos prematuros, se relaciona al síndrome de dificultad respiratoria, acompañado de sepsis y trastorno metabólico; en madres con antecedentes ITU, eclampsia, anemia, placenta previa, RPM; asimismo la letalidad es mayor en APGAR disminuido, menor edad gestacional y peso del RN.

Palabras claves: Factores de riesgo a la morbimortalidad del neonato prematuro.

ABSTRACT

The objective of this thesis was to relate the perinatal risk factors and morbidity and mortality of premature infants at the Regional Hospital "Miguel Ángel Mariscal Llerena" - Ayacucho, 2020. Materials and method: Non-experimental, descriptive, correlational, cross-sectional design; the population was the clinical records of premature neonates, cared for in the Hospital, the sample was 100 HC, selected through a non-probabilistic sampling. The data collection technique was observation, the instrument a record sheet. Results: The causes of mortality are associated with respiratory distress syndrome, accompanied by sepsis and metabolic disorder, whose lethality is 20.5%. Mortality is higher in married mothers (X²: 6.3, p: 0.043), with higher education (X²: 10.4, p: 0.015). The associated pathological antecedents of pregnancy are: UTI, (X²: 10.2, p: 0.017), eclampsia (X²: 4.4, p: 0.034), anemia (X²: 5.4, p: 0.020), placenta previa (X²: 7.125 , p: 0.008), RPM background (X²: 15.2, p: 0.000); likewise, mortality is higher in second-parent mothers (X²: 8.2, p: 0.016). Among the neonatal factors, the depression of the NB is associated (X²: 15.04, p: 0.001), the lethality increases, when the gestational age is lower (X²: 7.6, p: 0.055) and the weight of the NB (X²: 4.3 , p: 0.115). Conclusion: The mortality of preterm infants is related to respiratory distress syndrome, accompanied by sepsis and metabolic disorder; in mothers with a history of UTI, eclampsia, anemia, placenta previa, PROM; Likewise, the lethality is higher in decreased APGAR, lower gestational age and weight of the NB.

Key words: Risk factors for morbidity and mortality in the premature newborn.

INTRODUCCION

La prematuridad es un problema de salud pública, debido a su gran morbimortalidad, según la OMS anualmente nacen en el mundo un promedio de 15 millones de bebés prematuros, llegando a una relación de más de un nacimiento pretérmino por cada 10 a término. Anualmente se registra una cifra cercana al millón de niños prematuros fallecidos durante las labores de parto y viene a ser la principal causa de fallecimiento de niños menores de 5 años (1).

En los 184 países estudiados, la tasa de prematuridad es oscilante y se encuentra entre el 5% al 18% de los recién nacidos, y si se realizaran intervenciones costo eficaces y utilizando la tecnología actual podría prevenirse las tres cuartas partes de dichas muertes (2). Al 2016, la prevalencia de prematuridad para el Perú fue de 7.3 por cada 100 nacimientos, encontrándonos en el 8vo lugar de América Latina y sólo superando a países como Chile y Ecuador (3).

Generalmente los prematuros fallecen por falta de cuidados sencillos y costo eficaces como: aporte térmico suficiente al recién nacido, educación, atención de patologías virales y/o bacterianas, otros factores son: pobreza, estructura familiar, calidad de vivienda, acceso a alimentación saludable, acceso a servicios de salud, tecnología en salud, cohesión social, percepción de discriminación/ inequidad, acceso a empleo, situación laboral, políticas que apoyen la promoción de la salud, entre otros (4).

Los niños prematuros ven afectados por diferentes complicaciones y morbilidades asociadas al parto prematuro y que se extienden a través de los años de vida, afectando la niñez y la etapa adulta, resultando en enormes costos físicos, psicológicos y económicos (5). A la fecha existen múltiples medidas del cuidado de enfermería que mejorarían la sobrevida de los niños prematuros.

El Hospital Regional de Ayacucho es clave para mejorar la atención obstétrica y neonatal. Un reto fundamental es mejorar los datos de seguimiento para la

cobertura y calidad y medir la supervivencia libre de discapacidad. Para estos es imprescindible saber que morbilidad tienen estos pacientes y de que fallecen. En consideración a la magnitud del problema se ha considerado la realización de este proyecto de tesis.

I. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

1.1 Descripción de la realidad problemática

La Organización Mundial de la Salud (OMS), considera como prematuros a aquellos nacidos vivos antes de que se hayan cumplido 37 semanas de gestación (6). Son nacimientos de alto riesgo que requieren de una atención especializada. En países como México, se estima una tasa de 7.3 nacimientos prematuros por cada 100 nacimientos, constituyéndose en un problema perinatal importante, ya que afecta entre 5 y 12% de los nacimientos. (7)

Los neonatos prematuros tienen mayor vulnerabilidad de enfermar y morir, es un grave problema de salud, además de los elevados costos económicos y sociales que ocasiona su atención (8). En Cuba, al 2014, la prematuridad se constituye en la causa más frecuente de muerte neonatal y representa aproximadamente el 75% de la mortalidad en esta etapa, así como cerca de la mitad de la morbilidad neurológica a largo plazo. (9)

En el país la tasa de nacimientos prematuros es de 07%, cifra que se mantiene estable desde el 2015, según información disponible en el Sistema de Registro del Certificado de Nacido Vivo en Línea-MINSA. Las regiones con incremento de defunciones de prematuridad, según CDC, son Piura, La Libertad, Lambayeque Junin, Arequipa y Pasco, departamentos donde de cada 100 nacimientos, 6 a 8 son prematuros. La proporción de prematuros fallecidos con respecto al total de defunciones neonatales notificadas se mantiene en 68% entre el 2015 y 2019, sin embargo, al interior existe variación de esta proporción. (10)

Según el CDC del Perú, la primera causa de defunción neonatal es la relacionada a prematuridad, que representa el 30%, mayor a la proporción registrada en el año 2018. La segunda causa de muerte está relacionada a las infecciones que representa el 20%, seguida por las malformaciones congénitas letales, 15%. La cuarta causa es la asfixia 11%, seguida por otras causas, 23%. (10)

La muerte fetal y la muerte neonatal obedecen a varios factores patogénicos que intervienen en forma simultánea. Así, más del 50% de las muertes están asociadas al nacimiento pretérmino, la desnutrición fetal (peso bajo al nacer), privación social en la madre y presencia de un hijo previo. La muerte fetal y neonatal es mayor en áreas muy deprimidas socialmente; esto es compatible con la realidad de la región Ayacucho. (11)

Los factores que intervienen en la mortalidad perinatal son diversos, pudiendo ser riesgos obstétricos directos, bajo peso al nacer, factores maternos, como la desnutrición materna, la edad de la madre (menor de 18 años o mayor de 35 años), enfermedades maternas (diabetes mellitus durante el embarazo, infección por VIH), factores externos como el acceso inadecuado a los servicios de salud, atención deficiente durante el trabajo de parto. (12)

El Hospital Regional de Ayacucho “Miguel Angel Mariscal Llerena” se encuentra ubicado en el departamento de Ayacucho el cual es catalogado por el INEI como zona pobre y de extrema pobreza. Según datos obtenidos, nacen aproximadamente 3000 por año, de los cuales un 12 a 18% es de alto riesgo y requiere ingreso hospitalario⁹, entre ellos el nacimiento prematuro, cuya gravedad se incrementa cuando es referido de otros establecimientos de salud y de los antecedentes maternos relacionados con el embarazo y parto.

La identificación de los factores de riesgo perinatales que desencadenan partos pretérmino ayudaría a disminuir los nacimientos prematuros y muertes. En nuestro medio local, no contamos con estudios relacionados con la morbilidad neonatal regional, en ese sentido es importante identificar qué condiciones generan la mortalidad neonatal en prematuros.

1.2 Formulación del problema

1.2.1. Problema general:

¿Cuál es la asociación ente los factores de riesgo perinatales y la morbimortalidad de neonatos prematuros en el Hospital Regional Miguel Ángel Mariscal Llerena - Ayacucho, 2020?

1.2.2.- Problemas específicos.

- a. ¿Cómo es la morbimortalidad de neonatos prematuros en el Hospital Regional Miguel Ángel Mariscal Llerena - Ayacucho, 2020?
- b. ¿Cuál es la asociación entre los factores maternos y la morbimortalidad de neonatos prematuros en el Hospital Regional Miguel Ángel Mariscal Llerena - Ayacucho, 2020?
- c. ¿Cuál es la asociación entre los factores obstétricos y la morbimortalidad de neonatos prematuros en el Hospital Regional Miguel Ángel Mariscal Llerena - Ayacucho, 2020?
- d. ¿Cuál es la asociación entre los factores neonatales y la morbimortalidad de neonatos prematuros en el Hospital Regional Miguel Ángel Mariscal Llerena - Ayacucho, 2020?

1.3. Objetivos de la investigación

1.3.1. Objetivo general

Determinar la asociación ente los factores de riesgo perinatales y la morbimortalidad de neonatos prematuros en el Hospital Regional Miguel Ángel Mariscal Llerena - Ayacucho, 2020.

1.3.2. Objetivos Específicos

- a. Describir la morbimortalidad de neonatos prematuros en el Hospital Regional Miguel Ángel Mariscal Llerena - Ayacucho, 2020
- b. Establecer la asociación entre los factores maternos y la morbimortalidad de neonatos prematuros en el Hospital Regional Miguel Ángel Mariscal Llerena - Ayacucho, 2020
- c. Establecer la asociación entre los factores obstétricos y la morbimortalidad de neonatos prematuros en el Hospital Regional Miguel Ángel Mariscal Llerena - Ayacucho, 2020

- d. Establecer la asociación entre los factores neonatales y la morbimortalidad de neonatos prematuros en el Hospital Regional Miguel Ángel Mariscal Llerena - Ayacucho, 2020

1.4. LIMITANTES DE LA INVESTIGACIÓN

Las limitaciones que se evidenció dentro del estudio, fue la obtención de las historias clínicas de las pacientes seleccionadas para la población de estudio. Al ser un estudio retrospectivo, no se tiene la posibilidad de mejorar la medición de las variables. Otra limitación del estudio es el tiempo, ya que el recolectar datos de tantas historias clínicas nos genera mayor cantidad de tiempo.

1.4.1 Limitante teórica

La teoría, responde a un enfoque epidemiológico, con el fin de contrastar los factores que se asocian a la morbimortalidad de neonatos prematuros en el Hospital Regional Miguel Ángel Mariscal Llerena - Ayacucho, 2020; en ese sentido de la revisión de la literatura, no se muestra un consenso en el dimensionamiento de los factores asociados.

1.4.2. Limitante temporal

Por la naturaleza del objeto de estudio, el presente pertenece a un diseño de corte transversal, es decir las unidades de análisis se abordaron en un solo periodo de tiempo, en ese sentido estas corresponden a historias clínicas de RN atendidos con esta condición, al revisar no se siempre se encuentra la información o simplemente no se evidencia de forma legible.

1.4.3. Limitante espacial

Por la naturaleza del problema de estudio, la información se obtendrá en los registros de atención del Servicio de Neonatología y del Área de Estadística del el Hospital Regional Miguel Ángel Mariscal Llerena - Ayacucho, y por la naturaleza de la pandemia se extremarán las medidas de protección y bioseguridad necesarias, finalmente la intervención no pone en riesgo a los neonatos prematuros.

II. MARCO TEORICO

2.1 ANTECEDENTES DE ESTUDIO

Hecha la revisión de la bibliografía se encontró estudios similares al problema, citamos algunos de ellos, como:

2.1.1. Antecedentes internacionales

Clemades MAM, et al. (2019), en Cuba publicaron el estudio, cuyo objetivo fue: “determinar la incidencia de los factores de riesgo perinatales en la aparición de sepsis en los recién nacidos atendidos en el Hospital Universitario Ginecoobstétrico ..., 2015 y 2017”. Metodología: Diseño no experimental, analítico, tipo comparativo: la población fue 312 neonatos. Resultados: Los factores de riesgo asociados fue el tiempo de rotura de membrana mayor de 18 horas, fiebre intraparto y la corioamnionitis materna. En conclusión, el tiempo de rotura de membrana mayor de 18 horas fue el factor de riesgo más frecuente y los microorganismos causantes del proceso infeccioso: “Enterococcus sp.y Staphylococcus coagulasa negativo”. (13)

De Luna IG (2019), en México, realizó un estudio, cuyo objetivo fue: Evaluar la morbilidad asociada con la edad materna avanzada en los recién nacidos pretérmino ingresados a la UCIN del Hospital Español de México. Material y métodos: Estudio descriptivo, retrospectivo que incluyó a todos los recién nacidos pretérmino ingresados a la UCIN entre el 2014 y 2016. Resultados: Se abordó a 460 recién nacidos pretérmino, 56.1% fueron hijos de madres de edad avanzada. La mortalidad global fue del 5.6%; 2.4% corresponde a recién nacidos pretérmino con antecedente de edad materna avanzada. Conclusiones: La complicación asociada con la edad materna avanzada más estudiada ha sido el riesgo de premadurez, y en el caso del estudio, la presencia de enterocolitis necrosante y enfermedad hipóxico-isquémica. (14)

Macias, HLG et al. En Mexico el 2018, realizaron un estudio, cuyo objetivo fue: identificar las complicaciones neonatales asociadas a edad materna avanzada.

Para el efecto utilizaron un diseño de cohorte; la población fue los RN vivos del Hospital Español de México. Resultados: Se incluyeron 1,586 mujeres, 64.2% menores de 35 años y 35.8% de edad materna avanzada. Se identificó enfermedad hipertensiva del embarazo en 5.2% versus 8.3% ($p = 0.016$) y diabetes gestacional en 2.7% versus 4.6% ($p = 0.041$). La media de edad gestacional al nacimiento fue de 38 semanas en los recién nacidos de madres menores de 35 años, con menor edad gestacional los hijos de madres mayores de 35 años (37 semanas). (15)

2.1.2. Antecedentes Nacionales:

Sánchez KA, (2018) en Piura, realizó el estudio: “Factores asociados a la mortalidad en los prematuros con enfermedad de membrana hialina. Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales - Hospital Cayetano Heredia, Piura – 2018”. Materiales y métodos: En el estudio se utilizó un diseño no experimental, analítico de corte transversal. Resultados: De 2057 recién nacidos, la mortalidad fue de 161.6 por 1000 recién nacidos; los factores asociados a la mortalidad en prematuros, poseer una edad materna \geq a 35 años ($p=0.010$; RP=2.16; IC=1.20-3.89), edad gestacional $<$ de 28 semanas ($p=0.035$; RP=2.16; IC=1.15-50.3), peso extremadamente bajo al nacer ($p=0.004$; RP=18; IC=2.58-125.6), APGAR $<$ 7 al 1er minuto ($p=0.001$; RP=6.36, IC=2.07-19.6) y a los 05 minuto de vida ($p=0.001$; RP=2.81; IC=1.51-5.18). En el análisis multivariado se determinó la asociación con la reanimación neonatal con VPP ($p=0.029$; RP=3.89) y el uso de ventilador mecánico ($p=0.014$; RP=2.01) (16).

Gago IS, (2018) en Lima, realizó un estudio, cuyo objetivo fue “determinar los factores de riesgo asociados a mortalidad en recién nacidos con peso menor de 1500 gramos hospitalizados en la unidad de cuidados intensivos neonatal del Hospital Nacional Sergio E. Bernales en el periodo de enero 2016 a junio del 2017”. Materiales y Método: Se utilizó un diseño no experimental, analítico, de tipo retrospectivo. La población fue 81 neonatos con peso menor de 1500gr al nacer. Resultados: La asociación de mortalidad en recién nacidos con peso menor de 1500gr al nacer fueron: preeclampsia (OR: 3.5, $p<0.05$), edad

gestacional <34 semanas (OR: 03, $p<0.05$), APGAR al primer minuto de vida ≤ 6 (OR: 9.28, $p<0.05$), APGAR a los 5 minutos de vida ≤ 6 (OR: 9.28, $p<0.05$), sepsis neonatal (OR:3,02, $p<0.05$), enfermedad de membrana hialina (OR: 3,75, $p<0.05$), hemorragia intraventricular (OR:7.75, $p<0.05$) y la enterocolitis necrotizante (OR=3.41, $p<0.05$). Conclusiones: La mortalidad en los recién nacidos se asocia a los RN con peso menor de 1500gr, menor edad gestacional (<34semanas), APGAR ≤ 6 al primer y a los 5 minutos, presentar sepsis neonatal, enfermedad de membrana hialina, hemorragia intraventricular y enterocolitis necrotizante (17).

Ramírez EMI (2017), en Lima realizó un estudio, cuyo objetivo fue “determinar los factores asociados a la mortalidad perinatal en prematuros nacidos en el Hospital María Auxiliadora de enero a diciembre 2017”. Materiales y Métodos: Se realizó un estudio observacional, analítico, transversal, retrospectivo y de casos y controles, basado en la recolección de información de historias clínicas, siendo el grupo de casos los neonatos prematuros fallecidos en la primera semana de vida y el grupo control neonatos prematuros vivos, la muestra estuvo formado por 120 neonatos. Resultados: La tasa de mortalidad perinatal fue de 20.2 muertes por 1,000 nacidos vivos y la tasa de mortalidad neonatal precoz fue de 7.34 por 1,000 nacidos vivos. El grupo de casos, se halló como factores asociados a la mortalidad perinatal, la edad gestacional menor de 32 semanas que representó el 72,5% (n=29) de los casos y presentó OR=4.9, además se encontró el peso al nacer menor a 1500 gramos en un 82,5% (n=33) de los casos y presentó un OR=4.6. Conclusiones: Los neonatos que presentan una edad gestacional menor a 32 semanas o un peso al nacer menor a 1500 gramos tienen mayor riesgo de mortalidad (18).

Burga, G ; Luna C y Lopez, LC, (2017), en Lima, realizaron el estudio, cuyo objetivo fue: “Determinar los factores de riesgo asociados a la sepsis neonatal temprana en prematuros del Hospital Nacional Materno Docente San Bartolomé en 2017”. Metodología: Utilizaron el diseño de casos y controles, de corte transversal; la población fué registros médicos, abordándose una muestra de 62 casos y 124 controles. Los datos se obtuvieron de las historias clínicas.

Resultados: Los factores asociados con la sepsis neonatal temprana fueron: Tener bajo peso al nacer OR: 4.03; Tener más de 35 años: OR: 2.7; Contar con menos de 06 controles prenatales OR: 3.3; infección del tracto urinario (ITU) en el 3er trimestre OR: 2.9; líquido meconial OR: 5.8 y rotura prematura de membranas OR: 2.7. En conclusión se estableció una asociación entre la sepsis neonatal temprana y el bajo peso al nacer, edad de 35 a más, menos de 06 controles prenatales, ITU en el tercer trimestre, líquido meconial y rotura prematura de membranas. (19)

Risco J (2018), en Lima presentó el estudio realizado en el Hospital Nacional Sergio E. Bernales, del 2015 al 2017 donde buscó factores asociados a mortalidad en recién nacidos prematuros con Enfermedad de Membrana Hialina teniendo como resultados que la mortalidad fue mayor en el sexo femenino (63.4%), y que el sexo masculino fue factor protector para mortalidad por Enfermedad de Membrana Hialina. Se encontró mayor mortalidad en prematuros menores de 34 semanas y así mismo se consideró como factor de riesgo para mortalidad. Existió mayor mortalidad en prematuros cuyo peso fue menor a 1500gr, con APGAR al minuto menor o igual a 6 y no se encontró correlación con ruptura prematura de membranas, preeclampsia o infección del tracto urinario (20).

2.2. BASES TEORICAS

2.2.1 TEORÍA RELACIONADAS

A. NEONATO PREMATURO

El neonato prematuro es considerado como el más vulnerable de requerir hospitalización posterior al nacimiento, ya que a pesar de que se conozcan ampliamente los riesgos a los que se encuentran expuestos aún constituyen un problema perinatal grave, se requiere contar con las herramientas necesarias para su manejo, ya que esto permitirá limitar el daño (21). Un recién nacido prematuro es aquel que nace antes de completar la semana 37 de gestación. (22)

El prematuro o pretérmino es aquel que llega al mundo con una edad gestacional inferior a 37 semanas. Se le considera viable a partir de la semana 24, con un peso equivalente a 500g. esta es una población con características muy peculiares, por su prematuridad, lo que le hace susceptible a la elevada morbilidad, mortalidad y alta incidencia de secuelas en los sobrevivientes. (23)

Entre las causas se encuentran:

- **Problemas maternos:** Enfermedades crónicas (cardiopatías, nefropatías, desnutrición, hematológicas), infecciones maternas (ITU, VIH), adicción materna, talla baja, preeclampsia, edad materna (añosas, adolescentes).
- **Problemas fetales:** Sufrimiento fetal agudo, sexo y grupo sanguíneo B, embarazo múltiple, malformaciones congénitas, cromosomopatías.
- **Placentarias:** Desprendimiento precoz de la placenta, placenta previa, hipofuncionalidad placentaria, ruptura prematura de membranas
- **Uterinas:** Dilatación prematura, alteraciones cervicales (incontinencia cervical), polihidramnios, miomas, hemorragias del tercer trimestre (24).

La OMS ha subdividido a los niños RN prematuros en función de su edad gestacional en 3 grupos:

- Prematuros extremos: menos de 28 semanas de gestación
- Muy prematuro: 28 a 31 semanas de gestación
- Prematuros moderados a tardíos: 32 a menos de 37 semanas de gestación (24).

B. Teorías de Enfermería relacionado al cuidado den RN Prematuro:

El enfoque del cuidado a los RN prematuros, debe ser teniendo como base la Teoría General del Autocuidado de Dorothea Orem con énfasis en la subteoría del Déficit de Autocuidado, porque la persona no es suficiente para afrontar sus demandas, al contrario, es altamente dependiente. (25)

La mayoría de los neonatos prematuros requieren de asistencia respiratoria, ya que la inmadurez primordial se encuentra a nivel pulmonar por un déficit en la secreción de surfactante lo que se denomina Síndrome de Dificultad Respiratoria, dato característico de inmadurez del centro respiratorio, responsable de crisis de apnea, para la cual se requerirá apoyo ventilatorio; en esta condición el objetivo del tratamiento es garantizar una ventilación efectiva, a menudo a través de ventilación mecánica que permita lograr una oxigenación y ventilación adecuadas, así como evitar el trauma por presión, volumen y oxígeno en aquellos pacientes con falla respiratoria grave. (26)

La aplicación del método enfermero en la Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales permite al profesional de enfermería identificar y jerarquizar los problemas potenciales que afectan el estado de salud del neonato, para realizar intervenciones que mejoren el pronóstico, de este modo el profesional de enfermería utiliza sus opiniones, conocimientos y habilidades para diagnosticar y tratar la respuesta del paciente a los problemas reales o potenciales que presentan. (27)

2.3. BASES CONCEPTUALES

2.3.1. FACTORES DE RIESGO PERINATALES

Pita S, Vila MT, Carpente J., mencionan que en cada sociedad existen comunidades, grupos de individuos, familias o individuos que presentan más posibilidades que otros de sufrir en un futuro enfermedades accidentes, muertes prematuras, se dice que son individuos o colectivos especialmente vulnerables. A medida que se incrementan los conocimientos sobre los diferentes procesos, la evidencia científica demuestra en cada uno de ellos que, en primer lugar, las enfermedades no se presentan aleatoriamente y en segundo que muy a menudo esa "vulnerabilidad tiene sus razones" (28).

A la fecha los factores que repercuten con mayor intensidad en la mortalidad neonatal, son las fallas en el control prenatal, antecedentes de enfermedades maternas y la inadecuada atención al parto, los cuales juegan un papel primordial

al incrementar la morbilidad y mortalidad neonatal. Otros factores maternos-perinatales que también han sido descritos y que alteran la adaptación neonatal a la vida extrauterina son la prematuridad, bajo peso al nacer, hipoxia perinatal, enfermedades propias del embarazo, infecciones intrauterinas, uso de medicamentos y drogas malformaciones congénitas y las enfermedades hereditarias (29).

Diversos son los factores de riesgo que predisponen a un recién nacido prematuro, principalmente son los relacionados a la madre, que se pueden dividir en sociodemográficos (edad, grado de instrucción, estado civil, etc.), obstétricos (multiparidad, periodo intergenésico, número de controles prenatales, etc.) y patológicos (infecciones del tracto urinario, enfermedad hipertensiva del embarazo, ruptura prematura de membranas, etc.) (30).

A. FACTORES MATERNOS

A.1. Edad de la madre: La edad adecuada para el proceso reproductivo de la mujer está entre 20 a 35 años de edad. En menores a 20 años hay posibilidad de un insuficiente desarrollo de la arquitectura pelviana o hipogenitalismo y superiores a 35 años de edad son gestantes que pueden presentar resistencia vulvovagoperineal, miomatosis, contracción uterina insuficiente durante el parto (31). La gestación en las edades extremas de las madres, puede constituirse en un factor de riesgo la mortalidad en RN prematuros (32).

A.2. Estado Civil: Es un dato importante para evaluación psicosocial y el plan de intervención, pues hay mayor tendencia de madres solteras, adolescentes, separadas, viudas, que pueden carecer de apoyo familiar y socioeconómico, por tanto están expuestas a mayor riesgo (31).

A.3 Grado de instrucción: Es un indicador que facilita o dificulta la entrevista y el plan de intervención. Las personas con mayor grado de instrucción poseen mejores condiciones y oportunidades para su desarrollo y mejora de la calidad de vida (31).

A.4. Hábitos: Los hábitos, suponen la libre decisión de cada persona de generar una conducta o una costumbre. Esto significa que los hábitos se adquieren, y que se obtienen por el ejercicio libre de los actos que cada quien desempeña. Los hábitos suponen la libre decisión de cada persona, en los actos que ejecuta de modo consciente (33).

A.5 Antecedentes patológicos:

Entre los antecedentes patológicos se incluyen la diabetes, hipertensión, tuberculosis pulmonar, enfermedades mentales, enfermedades de transmisión sexual, embarazos congénitos, hidatidosis (31).

B. FACTOR OBSTÉTRICOS.- Dentro de ellos tenemos:

B.1. Número de gestaciones: Se refiere al número de gestaciones previas, sin incluir el embarazo actual (Fescina et al., 2011).

B.2. Número de controles prenatales: Es la serie de visitas programadas de la embarazada con el personal de salud, donde se brindan cuidados óptimos, con el objetivo de vigilar la evolución del embarazo y lograr una adecuada preparación para el parto y cuidados del/a recién nacido/a. La atención debe ser precoz, periódica, continua, completa, de amplia cobertura, con calidad y equidad (Ministerio de salud, 2008). Según el MINSA, el mínimo de controles es de 06, según la OMS 08 controles y American College of Obstetricians and Gynecologists (ACOG), recomienda un mínimo de 11 controles.

El ministerio de salud de Gran Bretaña introdujo la idea del intervalo mínimo aceptable para los controles, fijando el número de consultas recomendables. La primera visita usualmente sería alrededor de las 16 semanas de amenorrea, seguida por otras a las 24 y 28 semanas, el número de controles propuesto alcanzaba hasta 12-14 por embarazo. (34).

B.3. Periodo intergenésico: El periodo propicio para desarrollar un segundo embarazo, es cuando transcurre más de 02 años. Se ha catalogado como intervalos cortos a aquellos cuya duración es menor a dos años (35).

B.4. Patologías durante la gestación:

Existen diversas enfermedades propias del embarazo que incide en la mortalidad materno neonatal, su manifestación se constituye muchas veces en una emergencia obstétrica que pone en riesgo a la madre, al feto y al recién nacido, entre ellos tenemos las hemorragias, HTA inducido al embarazo, ITU, entre otros.

La hemorragia de 2º y 3º trimestre de embarazo está determinado, entre otros con el desprendimiento prematuro de la placenta y la placenta previa, problemas que se asocian con la mortalidad perinatal; la placenta previa tiene una frecuencia del 20%, se refiere a la placenta que cubre o esta próxima al orificio cervical interno (OCI) y se encuentra implantada en el segmento inferior del útero después de la semana 22 se gestación. El riesgo se disminuye mediante el manejo conservador expectante y el nacimiento tan cercano al término como sea posible (36).

El desprendimiento prematuro de placenta, tiene una frecuencia de hasta 30%, se define como el desprendimiento o la separación total o parcial del sitio de implantación de una placenta normoinsera antes del nacimiento del feto y después de la semana 22 de gestación (37).

Otro problema es la hipertensión gestacional, se caracteriza por la elevación de la presión arterial, en ausencia de proteinuria, encontrados en una gestante después de las 22 semanas de gestación o diagnosticadas por primera vez en el puerperio. Otra es la Preeclampsia que se define como la presencia de hipertensión inducida por el embarazo con presión arterial diastólica (PAD) mayor o igual de 90 mmHg y/o presión arterial sistólica (PAS) mayor o igual a 140 mmHg, en otros casos se definirá por un aumento de 30 mmHg o más en la PAS o de 15 mmHg o más en la PAD habitual, todo esto asociado con proteinuria y en ocasiones edema o lesión de órgano blanco (38).

La preeclampsia se clasifica en severa o no severa. La categorización de severa se establece cuando cumpla cualquiera de los siguientes criterios: PAD igual o mayor a 110 mm Hg, o PAS igual o mayor a 160 mm Hg; Proteinuria de 5 g o más en 24 horas (3+ en prueba cualitativa); compromiso de órganos que se manifiesta por oliguria, elevación de creatinina sérica, edema pulmonar, disfunción hepática, trastorno de coagulación o ascitis (38).

Otra patología en la gestación que se asocia al problema, es presentar ITU durante la gestación. El 50% de las gestantes del grupo estudio presentaban ITU frente al 18,9% del grupo control ($p = 0,002$). El 83,3% de los recién nacidos del grupo estudio presentaron complicaciones perinatales frente al 5,4% en el grupo control ($p = 0,000$). No se encontraron diferencias estadísticamente significativas entre ambos grupos en infecciones vaginales ni en vía de parto. Los partos pretérmino sin otro factor de riesgo conocido se asocian a mayor incidencia de ITU (39).

B.5. Factores de Riesgo inherentes al parto: Zerna Bravo, C; Fonseca Tumbaco R; Viteri Rojas A.M; Zerna Gavilanes mencionan que el parto prematuro es un término médico que ha sido definido por la OMS como “aquel que ocurre antes de las 37 semanas completas del embarazo, mientras que el feto expulsado toma el nombre de recién nacido pretérmino”. En tanto que la incidencia mundial del parto prematuro es de 9,6% del total de partos, mientras que en algunos países en vías de desarrollo oscila entre 10% a 40%, destacándose que es responsable del 75% de la mortalidad de los neonatos, así como de morbilidad relacionada con trastornos del aprendizaje y discapacidades neurológicas (40).

C. FACTORES INHERENTES AL NEONATO

C.1. Asfixia perinatal: La asfixia perinatal es la causa principal que condiciona la necesidad de reanimación cardiopulmonar del recién nacido (RN) en el momento del parto. Aproximadamente un 6% de los recién nacidos, porcentaje que se eleva hasta alcanzar el 80% en los niños prematuros, precisan reanimación en los minutos inmediatos al nacimiento. En un número importante

de niños se consigue una adecuada reanimación con procedimientos sencillos, sólo un 2% precisan intubación endotraqueal y en menor porcentaje la administración de drogas y/o líquidos.

La asfixia es una situación de hipoxia que si se mantiene en el tiempo puede producir la muerte del feto o del recién nacido. Si la asfixia se prolonga en el tiempo, tras un periodo de movimientos respiratorios irregulares (respiración en boqueadas o “gasping”) se inicia la apnea secundaria, con descenso de la frecuencia cardiaca y la presión arterial. En esta situación el feto está más comprometido y puede requerir maniobras de reanimación más complejas. En el momento del nacimiento no es posible distinguir si un recién nacido está en apnea primaria o secundaria, ya que en ambos casos el niño este apneico y su frecuencia cardiaca puede ser inferior a 100 latidos por minuto. Cuanto más tiempo transcurra entre el inicio de la apnea secundaria y el comienzo de las maniobras de reanimación, más tardarán en reiniciarse las respiraciones espontáneas. Por eso, cuando un niño nace en apnea, el reanimador debe asumir que se encuentra en apnea secundaria y no demorar las medidas de reanimación. (41)

C.2. Edad gestacional: La edad gestacional se mide en semanas, desde el primer día del último ciclo menstrual de la mujer hasta la fecha actual. Un embarazo normal puede ir desde 38 a 42 semanas. La duración de la gestación es usualmente medida como el intervalo entre el primer día del último período menstrual normal y la fecha del parto. Por consiguiente, la edad gestacional por FUM es dos semanas mayores que la edad biológica; esta última no debería representar ningún inconveniente ya que es un dato concreto basado en un hecho clínico muy evidente para cualquier mujer, pero aún no se ha instalado en la práctica clínica. (42)

C.3. Peso al nacimiento: El peso al nacer se refiere a la primera medición de peso hecha después de la extracción o expulsión del producto y se expresa en gramos²/. Tiene correlación directa con la edad a la que nació el bebé y puede estimarse durante el embarazo midiendo la altura uterina. Un neonato que se

halla dentro del rango normal de peso para su edad gestacional se considera apropiado para la edad gestacional (AEG), mientras que el que nace por encima o por debajo del límite definido como apropiado para la edad gestacional^{3/}, ha sido expuesto a un desarrollo fetal que lo predispone a complicaciones tanto para su salud como para la de su madre (Ministerio de Salud. Oficina General de Estadística e Informática. Oficina, 2013).

El peso al nacer es un indicador fundamental para evaluar la salud de los niños. Es el reflejo de la nutrición que tuvieron in útero, predice la supervivencia inmediata y, siendo el primer dato, es indispensable para evaluar el crecimiento subsiguiente. No obstante, sobre este indicador influyen diversos factores maternos y fetales que lo afectan, como el estado nutricional de la madre antes y durante el embarazo, su estatura, su parida (43)

C.4. APGAR al nacimiento: Es uno de los métodos que se utiliza para evaluar el estado general del niño, es un primer examen que se realiza a los recién nacidos, se lleva a cabo en la sala de parto. La valoración requiere de la observación precisa para asegurar que se dé un buen proceso de adaptación a la vida extrauterina.

La evaluación del recién nacido se da en cinco criterios categorizados en las siglas APGAR: **A**pariencia, **P**ulso, **G**esticulación, **A**ctividad, **R**espiración (24).

La Dra. Virginia Apgar es una de las grandes reconocidas de la Medicina, que contribuyó con su índice para valorar la vitalidad del neonato al nacimiento a reducir drásticamente la morbi-mortalidad perinatal. El test de Apgar evalúa cinco aspectos: frecuencia cardíaca, esfuerzo en la respiración, reflejos, color de la piel y tono muscular al minuto y a los cinco minutos del nacimiento. Esta prueba continúa aplicándose hoy en los protocolos de parto en todo el mundo. Una puntuación <6 al primer minuto de vida, implica la necesidad de maniobras de reanimación enérgica. A los 5 minutos de vida, el índice de Apgar tiene valor pronóstico, y si la puntuación es <7 sugiere la posibilidad de secuelas

neurológicas. El índice de Apgar se utiliza también como marcador de distrés fetal. (44)

C.5. Malformaciones congénitas: Las anomalías congénitas son también conocidas como defectos de nacimiento, enfermedades congénitas o malformaciones congénitas. Las anomalías congénitas se pueden definir como anomalías estructurales o funcionales (por ejemplo, trastornos metabólicos) que se producen durante la vida intrauterina y pueden ser identificados antes de nacer, al nacer o más tarde en la vida (OMS, 2015). Las anomalías congénitas son en muchos países causas importantes de mortalidad infantil, enfermedad crónica y discapacidad. (45)

2.3.3. MORTALIDAD NEONATAL EN PREMATUROS

Mortalidad neonatal: muerte del producto vivo entre 0-27 días. Se subdivide en:

- a. Mortalidad neonatal precoz (MNP): Muerte desde el nacimiento hasta la primera semana de vida (0-6 días). Se divide en las que ocurren durante las primeras 24 horas, provocadas por asfixia, malas maniobras de reanimación, malformaciones cardiovasculares y pulmonares; y las que acaecen a partir del segundo hasta el sexto días y obedecen a la falta de capacidad de terapia de soporte.
- b. Mortalidad neonatal tardía (MNT): Muerte ocurrida entre los 7-27 días y se relaciona con las condiciones ambientales y de atención infantil. - Mortalidad perinatal: suma de las defunciones de fetos de más de 28 semanas de gestación (y/o más de 1 000 g) o de neonatos en los primeros 7 días de vida.

La disponibilidad sistemática de datos sobre variables sociales, económicas, demográficas y más específicamente sobre las características de la letalidad en general, permite identificar estándares y tendencias para comparar resultados poblacionales de grandes series temporales y áreas geográficas distintas (46)

2.4 DEFINICIÓN DE TÉRMINOS BÁSICOS:

- **Controles prenatales:** Grupo de actividades de promoción, prevención, diagnóstico y tratamiento planificadas, cuyo propósito es obtener una correcta gestación que termine en un parto adecuado.
- **Pretérmino:** Todo recién nacido vivo con una edad gestacional menor a las 37 semanas.
- **Ruptura prematura de membranas:** Pérdida de continuidad de las membranas ovulares antes del inicio de trabajo de parto.
- **Placenta previa:** Obstrucción incompleta o completa del orificio cervical interno por la placenta.
- **Preeclampsia:** Trastorno hipertensivo que se da luego de 22 semanas de gestación, con una clínica de proteinuria y presión arterial mayor o igual a 140/ 90 (26).
- **Morbilidad:** Se entiende por morbilidad la cantidad de individuos considerados enfermos o que son víctimas de una enfermedad en un espacio y tiempo determinado. La morbilidad es un dato estadístico importante para comprender la evolución o retroceso de alguna enfermedad, las razones de su surgimiento y las posibles soluciones.
- **Mortalidad:** Los datos de mortalidad indican el número de defunciones por lugar, intervalo de tiempo y causa. Los datos de mortalidad de la OMS reflejan las defunciones recogidas en los sistemas nacionales de registro civil, con las causas básicas de defunción codificadas por las autoridades nacionales.
- **Incidencia:** Es la rapidez con la que ocurre una enfermedad. También, la frecuencia con que se agregan (desarrollan o descubren) nuevos casos de una enfermedad/afección durante un período específico y en un área determinada.
- **Prevalencia:** Frecuencia de todos los casos (antiguos y nuevos) de una enfermedad patológica en un momento dado del tiempo (prevalencia de punto) o durante un período definido (prevalencia de período).
- **Neonato:** Un neonato o recién nacido es un bebé que tiene 28 días o menos desde su nacimiento, bien sea por parto o por cesárea. La definición de este período es importante porque representa una etapa

muy corta de la vida; sin embargo, en ella suceden cambios muy lentos que pueden derivar en consecuencias importantes para el resto de la vida del recién nacido. El término se ajusta a nacidos pretérmino, a término o postérmino.

- **Tasa de mortalidad:** La tasa de mortalidad general es la proporción de personas que fallecen respecto al total de la población en un período de tiempo (usualmente expresada en tanto por 100 por año, %), la tasa de mortalidad particular se refiere a la proporción de personas con una característica particular que mueren respecto al total de personas que tienen esa característica.
- **Primípara:** Este vocabulario se dice especialmente de una hembra de un animal o especie, que pare por primera vez o expulsa su cría, más en común a las vivíparas o los mamíferos, aplicado a los llamados también placentarios, en pocas ocasiones se puede referir a una mujer, esta acepción se puede emplear como sustantivo.
- **Multípara:** Se dice de la mujer que ha tenido varios partos. Se acepta que una mujer es multípara cuando tiene más de cinco partos.

III. HIPÓTESIS Y VARIABLES

3.1. Hipótesis

3.1.1. Hipótesis General

- Hi: Existe asociación entre los factores de riesgo perinatales y la morbimortalidad de neonatos prematuros en el Hospital Regional Miguel Ángel Mariscal Llerena - Ayacucho, 2020.
- Ho: No existe asociación entre los factores de riesgo perinatales y la morbimortalidad de neonatos prematuros en el Hospital Regional Miguel Ángel Mariscal Llerena - Ayacucho, 2020.

3.1.2. Hipótesis Específicos

- H1: Existe morbimortalidad de neonatos prematuros en el Hospital Regional Miguel Ángel Mariscal Llerena - Ayacucho, 2020.
- H.2: Existe asociación entre los factores maternos y la mortalidad de neonatos prematuros del Hospital Regional Miguel Ángel Mariscal Llerena - Ayacucho, 2020.
- H3: Existe asociación entre los factores obstétricos y la mortalidad de neonatos prematuros del Hospital Regional Miguel Ángel Mariscal Llerena - Ayacucho, 2020.
- H4: Existe asociación entre los factores neonatales y la morbimortalidad de neonatos prematuros del Hospital Regional Miguel Ángel Mariscal Llerena - Ayacucho, 2020.

3.2. Variables de estudio

3.2.1. Identificación de variables:

VARIABLE 01

- **Factores de riesgo perinatales:** Los factores de riesgo perinatal son características que pueden presentarse en un periodo de 28 días previos y 28 días posteriores al parto, que incrementan la probabilidad de

estructurar una secuela del desarrollo del neonato, así como las condiciones de morbilidad.

Se entiende por morbilidad, a la cantidad de individuos considerados enfermos o que son víctimas de una enfermedad en un espacio y tiempo determinado.

VARIABLE 02

- **Mortalidad en neonatos prematuros:** Mortalidad: Los datos de mortalidad indican el número de defunciones por lugar, intervalo de tiempo y causa

3.2.2. Operacionalización de las variables

VARIABLE	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	DEFINICIÓN OPERACIONAL	DIMENSIONES	SUB DIMENSIONES	INDICADORES	ESCALA / VALOR FINAL
FACTORES DE RIESGO PERINATALES	Los factores de riesgo perinatal son características que pueden presentarse en un periodo de 28 días previos y 28 días posteriores al parto, que incrementan la probabilidad de estructurar una secuela del desarrollo del neonato	Los factores se identificarán mediante la revisión de la HC.	FACTORES MATERNOS	EDAD MATERNA	Años	C. DISCRETA
				PROCEDENCIA	Lugar de residencia	NOMINAL: Urbana Rural
				GRADO DE INSTRUCCIÓN	Instrucción alcanzada	NOMINAL: Analfabeta Primaria Secundaria Superior
				ENFERMEDADES CRÓNICAS	Antecedentes de enfermedad crónica	NOMINAL: Si No
				CONTROL PRENATAL	Cumplimiento de la frecuencia de control	NOMINAL: No control Control irregular Controlado
				PARIDAD	Nº de partos	NOMINAL: Primipara Multipara Gran multipara
				HÁBITOS MATERNOS NOCIVOS	Consumo de sustancias psicoactivas	NOMINAL: Si No
				ITU	Antecedentes de ITU en el embarazo	NOMINAL: Si y No
			FACTORES OBSTÉTRICOS	PARTO	Tipo de parto	NOMINAL: Si No
				RPM	Evidencia de RPM	NOMINAL: No Menor a 18 horas Mayor a 18 horas
				DPP	Evidencia de DPP	NOMINAL: Si y No
				PLACENTA PREVIA	Evidencia de PP	NOMINAL: Si y No
				DIABETES GESTACIONAL	Evidencia de diabetes gestacional	NOMINAL: Si y No
				PREECLAMPSIA	Evidencia de preeclampsia	DICOTOMICA

				DIABETES GESTACIONAL	Evidencia de diabetes gestacional	DICOTOMICA
MORBIMORTALIDAD EN NEONATOS PREMATUROS			FACTORES NEONATALES	PESO NEONATAL	Gramos	ORDINAL: Normal BNP MBPN EBPN
				SEXO	Condición biológica	NOMIMAL: Femenino y Masculino
				APGAR	Resultados del APGAR	ORDINAL: Normal Depresión modera Depresión severa
				EDAD GESTACIONAL	Semanas	CUAN. DISCRETA
	Morbilidad es la cantidad de individuos considerados enfermos o que son víctimas de una enfermedad en un espacio y tiempo determinado. Mortalidad es el número de defunciones en un lugar e intervalo de tiempo, por una causa específica.	Se verificará revisando la HC.	MORBILIDAD	ENFERMEDADES DEL NEONATO	Antecedentes de enfermedad en el neonato prematuro.	NOMIMAL: Tipo de enfermedad: 0 = NINGUNA 1 = EMH. 2 = SEPSIS. 3 = SAM 4 = NEUMONIA 5 = CARDIOPATIAS CONGENITAS 6 = APNEA. 7 = NEC. 8 = ICTERICIA PATOLOGICA. 9 = POLICITEMIA. 10 = NEUMOTORAX. 11 = ASFIXIA. 12 = MALFORMACIONES CONGÉNITAS PERINATAL
		Se verificará revisando la HC.	MORTALIDAD NEONATAL	MUERTE NEONATAL	Evidencia de muerte neonatal	DICOTOMICA: No Muerte neonatal precoz Muerte neonatal tardía

*

IV. DISEÑO METODOLÓGICO

4.1 Tipo y diseño de investigación

4.1.1. Tipo de Investigación

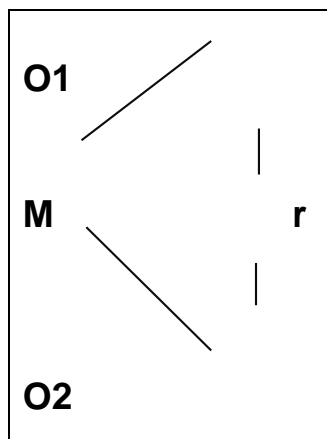
El presente estudio es de orientación cuantitativa, descriptiva, retrospectivo, en vista que a los datos se asignó un valor numérico y se centra en los aspectos observables y dispuestos a cuantificar.

La investigación es de tipo aplicada, es decir al ser contrasta los resultados de estudio con otros antecedentes, determinaran la magnitud del problema, en función a sus determinantes, de esta manera proponer intervención alguna.

4.1.2. Diseño de Investigación

La investigación a desarrollar pertenece a un diseño no experimental, descriptivo, correlacional, de corte transversal, retrospectiva, porque permitió relacionar los factores de riesgos perinatales a la morbilidad neonatal, en un periodo determinado.

Esquema:



Donde:

- M: Muestra 1
- O: Variable 1.
- O: Variable 2.
- R: Relación de las variables de estudio.

4.1.3. Métodos de investigación

Se hizo uso del método deductivo-hipotético-inductivo, es decir a partir del análisis de los antecedentes de estudio se formuló la hipótesis correspondiente, para su contrastación se hizo de métodos, técnicas y herramientas, así como de la estadística descriptiva e inferencial, permitiendo arribar a las conclusiones del presente estudio, finalmente estos resultados fueron comparados con otros estudios.

4.2. POBLACIÓN Y MUESTRA

4.2.1 Población

Se revisó las historias clínicas de neonatos nacidos en el Hospital Regional de Ayacucho desde el 01 octubre del año 2020 al 31 de diciembre del año 2020.

- **Criterio de inclusión:** neonatos prematuros nacidos y hospitalizados en el Hospital Regional de Ayacucho.
- **Criterio de exclusión:** neonatos prematuros fuera del Hospital Regional de Ayacucho, y a los neonatos con malformaciones.

4.2.2. Muestra

Se utilizó un muestreo no probabilístico, correspondiente a un periodo determinado, seleccionándose 100 historias clínicas de RN que se atendieron en el Hospital Regional de Ayacucho.

4.3. LUGAR DE ESTUDIO Y PERIODO DESARROLLADO

4.3.1 Lugar de Estudio

La investigación se desarrolló en la Unidad de Estadística y en el Servicio de Neonatología del Hospital Regional de Ayacucho, ubicado en el Departamento de Ayacucho.

4.3.2 Periodo Desarrollado

El período asignado para la investigación fue a partir del 01 octubre del año 2020 al 31 de diciembre del año 2020

4.4 TÉCNICAS E INSTRUMENTOS PARA LA RECOLECCIÓN DE INFORMACIÓN

Para obtener la información se coordinó con los responsables del área de estadística del Hospital Regional de Ayacucho, así como con algunos responsables del Hospital Regional de Ayacucho, para el efecto se generó un documento oficial solicitando el acceso a las historias clínicas las cuales serán base del estudio.

4.4.1 Técnicas

La técnica empleada para recabar la información, pertenece al análisis documentado, técnica orientada a revisar la historia clínica de la población objeto de estudio.

4.4.2 Instrumento de recolección de datos

La recolección de datos se realizó mediante la revisión de las historias clínicas en un formato en el cual nos permitió anotar los diferentes datos de nuestro interés de cada una de dichas historias clínicas. Cuyos datos posteriormente fueron analizados y tratados de manera estadística al final del proyecto de tesis.

Conforme al instrumento generado para recabar la información en función a las variables, se ha recabado la información necesaria de la historia clínica. El instrumento consta de los siguientes componentes:

- a. Instructivo: Se describe la forma como se ha de obtener los datos
- b. Factores maternos: En este componente se describe las condiciones sociodemográficas de las madres.
- c. Características obstétricas: Se recaba información, respecto a los antecedentes patológicos durante la gestación, paridad, edad gestacional, tipo de parto entre otros.
- d. Características del neonato: Se registra información sobre la condición del RN prematuro, como la edad gestacional, peso RN, APGAR, entre otros.

- e. Características de la morbimortalidad: Verificar si el RN prematuro falleció o no, asimismo identificar la morbilidad que se asoció con la mortalidad.

En general el instrumento fue adaptado de Sánchez KA, (2018) en Piura, “Factores asociados a la mortalidad en los prematuros con enfermedad de membrana hialina. Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales - Hospital Cayetano Heredia, Piura – 2018” (16).

4.5 ANÁLISIS Y PROCESAMIENTO DE DATOS

Los resultados obtenidos fueron codificados, luego se ingresó a una base de datos, para luego ser procesados en el software SPSS versión 26, a partir de ello se los resultados que se generaron. Se presentaron en tablas compuestas, los cuales fueron analizadas, para su contrastación se hizo de la prueba estadística de chí cuadrado.

V. RESULTADOS

5.1 Resultados Descriptivos

Tabla 01: MORBILIDAD Y MORTALIDAD DE NEONATOS PREMATUROS, EN EL HOSPITAL MIGUEL ANGEL MARISCAL LLERENA AYACUCHO- 2020.

MORBILIDAD NEONATAL EN PREMATUROS	FREC.	MORTALIDAD NEONATAL PREMATUROS		Total
		NO	SI	
SDR:EMH	N°	8	1	9
	%	8,0%	1,0%	9,0%
SEPSIS	N°	6	0	6
	%	6,0%	0,0%	6,0%
NEC	N°	0	2	2
	%	0,0%	2,0%	2,0%
ICTERICIA PATOLOGICA	N°	7	0	7
	%	7,0%	0,0%	7,0%
POLICITEMIA	N°	3	0	3
	%	3,0%	0,0%	3,0%
MALFORMACIONES CONGENITAS	N°	0	1	1
	%	0,0%	1,0%	1,0%
TRANSTORNO METABOLICO	N°	13	0	13
	%	13,0%	0,0%	13,0%
SDR + SEPSIS	N°	18	2	20
	%	18,0%	2,0%	20,0%
SDR + SEPSIS + TRANSTORNO METABOLICO	N°	31	8	39
	%	31,0%	8,0%	39,0%
TOTAL	N°	86	14	100
	%	86,0%	14,0%	100,0%

Fuente: Información obtenida de la HC del HRA.

Grafico 01: PRINCIPALES CAUSAS DE MORBILIDAD EN NEONATOS PREMATUROS, EN EL HOSPITAL MIGUEL ANGEL MARISCAL LLERENA AYACUCHO- 2020.

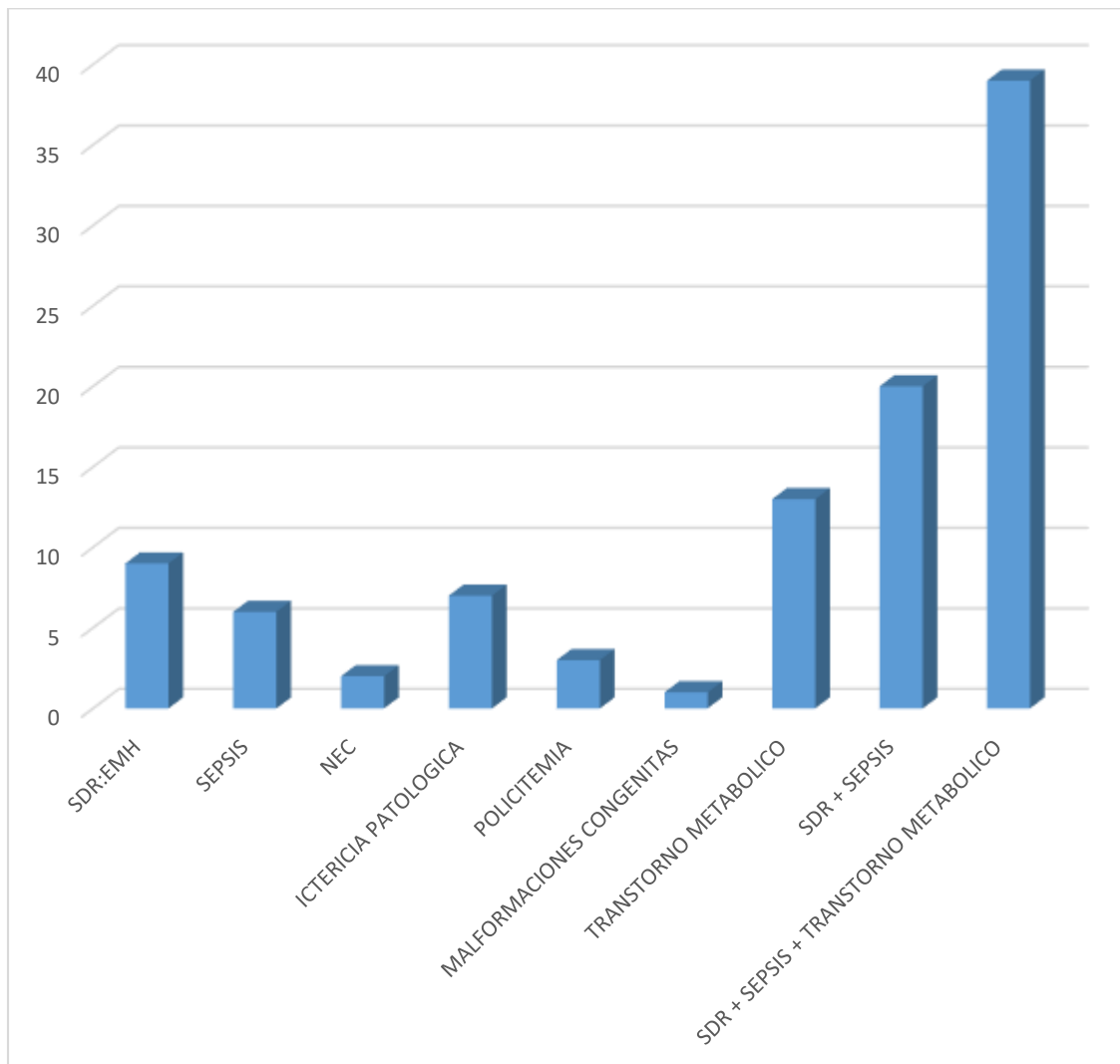


Tabla 02: FACTORES MATERNOS, EN RELACIÓN A LA MORTALIDAD DE NEONATOS PREMATUROS DEL HOSPITAL MIGUEL ANGEL MARISCAL LLERENA AYACUCHO- 2020.

FACTORES MATERNOS	CATEGORIAS	FREC.	MORTALIDAD NEONATAL PREMATUROS		Total
			NO	SI	
EDAD X ² : 3.6, gl: 02, p: 0.165	15-18 AÑOS	N°	18	00	18
		%	18,0%	0,0%	18,0%
	19 - 35 AÑOS	N°	50	10	60
		%	50,0%	10,0%	60,0%
	36 - 44 AÑOS	N°	18	4	22
		%	18,0%	4,0%	22,0%
Total		N°	86	14	100
		%	86,0%	14,0%	100,0%
ESTADO CIVIL X ² : 6.3, gl: 02, p: 0.043	SOLTERA	N°	13	2	15
		%	13,0%	2,0%	15,0%
	CONVIVIENTE	N°	56	5	61
		%	56,0%	5,0%	61,0%
	CASADA	N°	17	7	24
		%	17,0%	7,0%	24,0%
Total		N°	86	14	100
		%	86,0%	14,0%	100,0%
GRADO DE INSTRUCCION X ² : 10.4, gl: 03, p: 0.015	ANALFABETA	N°	1	0	1
		%	1,0%	0,0%	1,0%
	PRIMARIA	N°	17	0	17
		%	17,0%	0,0%	17,0%
	SECUNDARIA	N°	58	8	66
		%	58,0%	8,0%	66,0%
SUPERIOR	N°	10	6	16	
	%	10,0%	6,0%	16,0%	
Total		N°	86	14	100
		%	86,0%	14,0%	100,0%
OCUPACIÓN DE LA MADRE X ² : 6.5, gl: 04, p: 0.160	SU CASA	N°	23	4	27
		%	23,0%	4,0%	27,0%
	ESTUDIANTE	N°	43	3	46
		%	43,0%	3,0%	46,0%
	EJERCICIO PROFESIONAL	N°	15	6	21
		%	15,0%	6,0%	21,0%
COMERCIANTE	N°	5	1	6	
	%	5,0%	1,0%	4,0%	
Total		N°	86	14	100
		%	86,0%	14,0%	100,0%
LUGAR DE PROCEDENCIA X ² : 0.005, gl: 01, p: 0.952	URBANO	N°	56	9	65
		%	56,0%	9,0%	65,0%
	RURAL	N°	30	5	35
		%	30,0%	5,0%	35,0%
Total		N°	86	14	100
		%	86,0%	14,0%	100,0%

Fuente: Información obtenida de la HC del HRA.

Gráfico 02: FACTORES MATERNOS, EN RELACIÓN A LA MORTALIDAD DE NEONATOS PREMATUROS DEL HOSPITAL MIGUEL ANGEL MARISCAL LLERENA AYACUCHO- 2020.

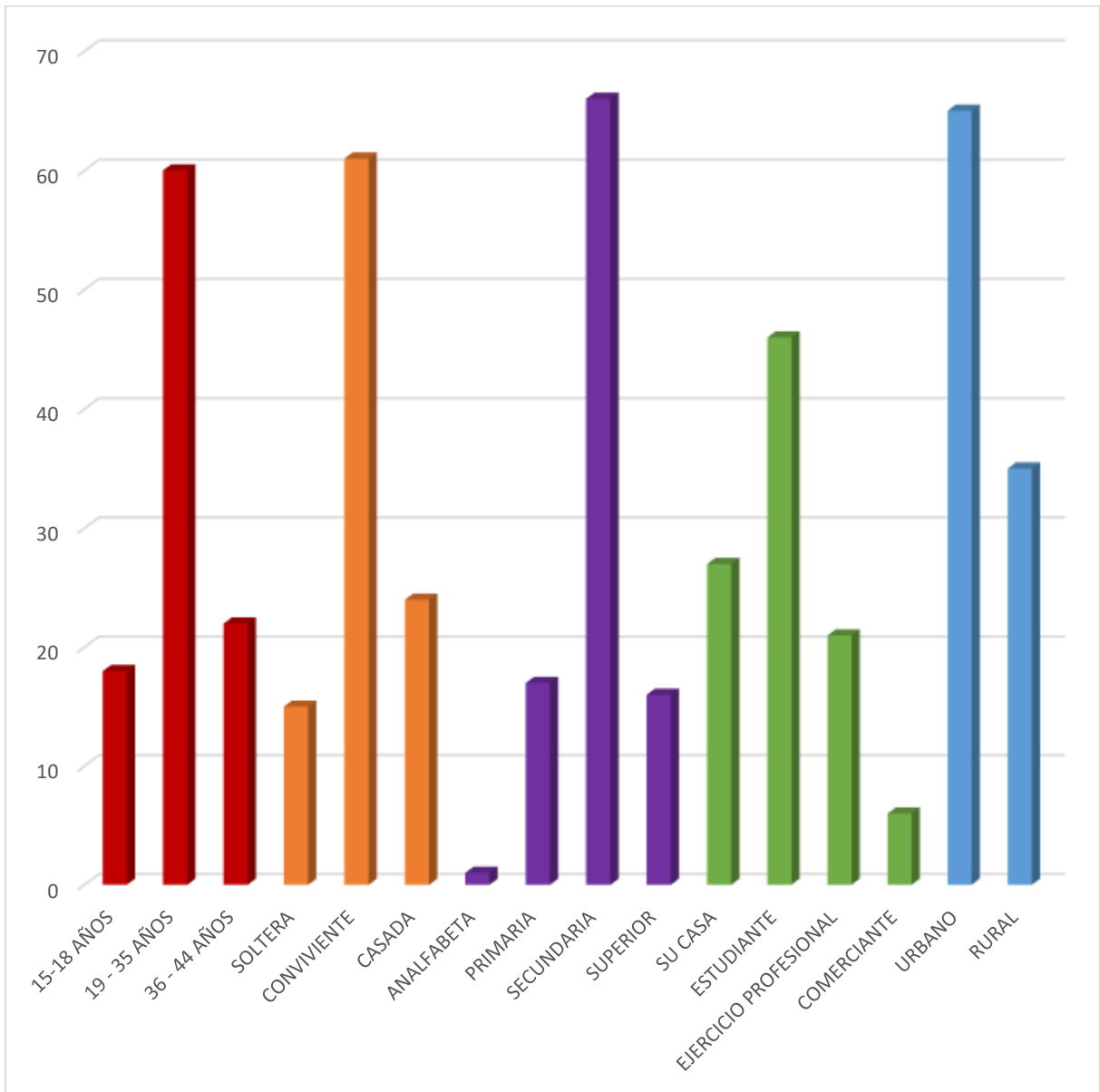


Tabla 03: FACTORES OBSTETRICOS, COMO ANTECEDENTES PATOLÓGICOS DURANTE LA GESTACIÓN, EN RELACIÓN A LA MORTALIDAD DE NEONATOS PREMATUROS DEL HOSPITAL MIGUEL ANGEL MARISCAL LLERENA AYACUCHO- 2020.

ANTECEDENTES PATOLÓGICOS	CATEGORIAS	FREC.	MORT. NEONATAL PREMATUROS		Total
			NO	SI	
INFECCIÓN URINARIA EN LA GESTANTE X ² : 10.2, gl: 03, p: 0.017	NO	N°	30	0	30
		%	30,0%	0,0%	30,0%
	I TRIMESTRE	N°	14	1	15
		%	14,0%	1,0%	15,0%
	II TRIMESTRE	N°	19	7	26
		%	19,0%	7,0%	26,0%
	III TRIMESTRE	N°	23	6	29
		%	23,0%	6,0%	29,0%
Total		N°	86	14	100
		%	86,0%	14,0%	100,0%
PREECLAMPSIA X ² : 0.5, gl: 01, p: 0.452	NO	N°	66	12	78
		%	66,0%	12,0%	78,0%
	SI	N°	20	2	22
		%	20,0%	2,0%	22,0%
Total		N°	86	14	100
		%	86,0%	14,0%	100,0%
ECLAMPSIA X ² : 4.4, gl: 01, p: 0.034	NO	N°	84	12	96
		%	84,0%	12,0%	96,0%
	SI	N°	2	2	4
		%	2,0%	2,0%	4,0%
Total		N°	86	14	100
		%	86,0%	14,0%	100,0%
ANEMIA GESTACIONAL X ² : 5.4, gl: 01, p: 0.020	NO	N°	68	7	75
		%	68,0%	7,0%	75,0%
	SI	N°	18	7	25
		%	18,0%	7,0%	25,0%
Total		N°	86	14	100
		%	86,0%	14,0%	100,0%

Fuente: Información obtenida de la HC del HRA.

Grafico 03: FACTORES OBSTETRICOS, COMO ANTECEDENTES PATOLÓGICOS DURANTE LA GESTACIÓN, EN RELACIÓN A LA MORTALIDAD DE NEONATOS PREMATUROS DEL HOSPITAL MIGUEL ANGEL MARISCAL LLERENA AYACUCHO- 2020.

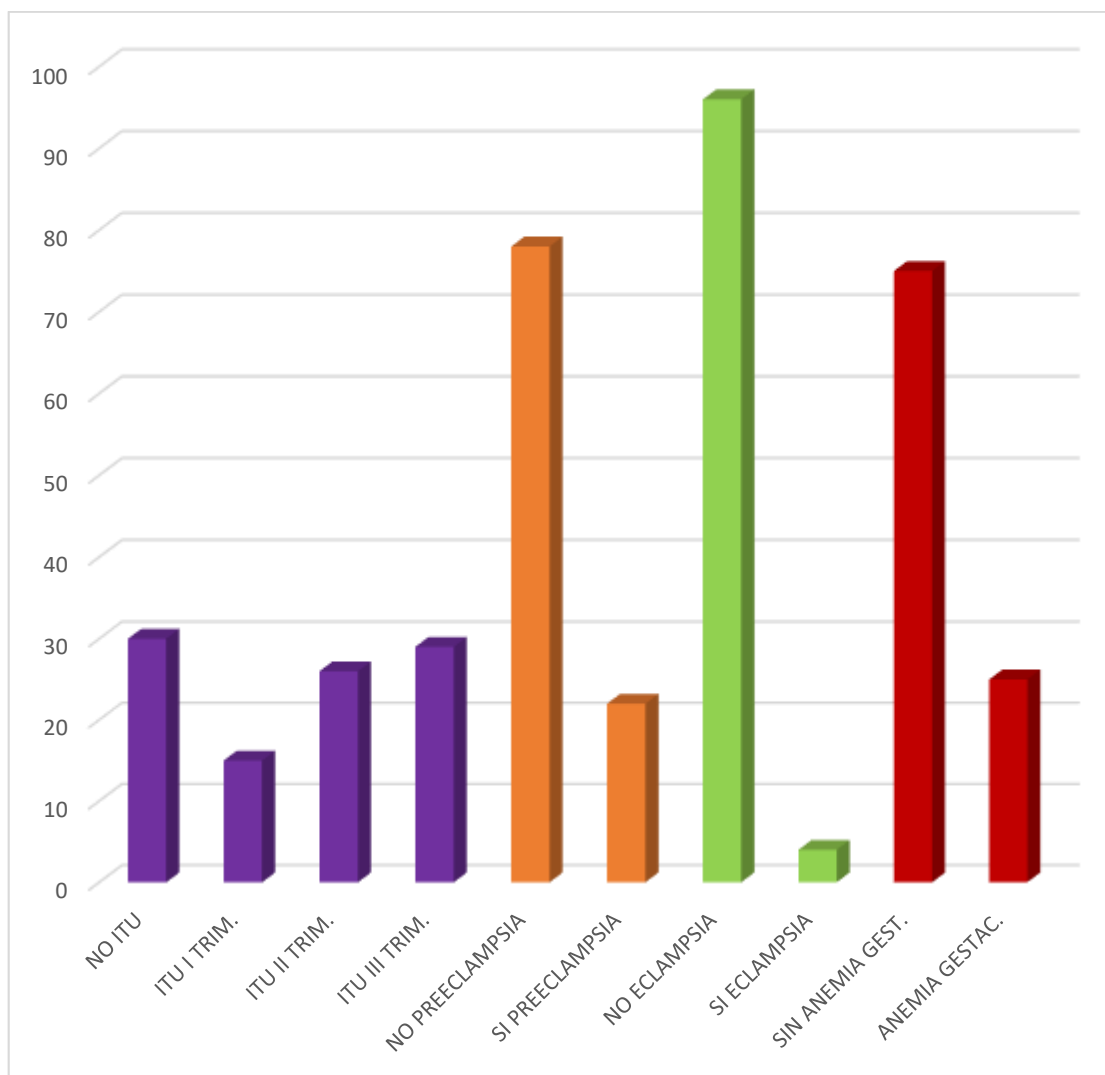


Tabla 04: FACTORES OBSTETRICOS DE PARIDAD Y CONTROL PRENATAL, EN RELACIÓN A LA MORTALIDAD DE NEONATOS PREMATUROS DEL HOSPITAL MIGUEL ANGEL MARISCAL LLERENA AYACUCHO- 2020.

FACTOR OBSTÉTRICOS	CATEGORIAS	FREC.	MORT. NEONATAL PREMATUROS		Total
			NO	SI	
PARIDAD χ^2 : 8.2, gl: 02, p: 0.016	PRIMIPARA	N°	54	5	59
		%	54,0%	5,0%	59,0%
	SEGUNDIPARA	N°	23	9	32
		%	23,0%	9,0%	32,0%
	MULTIPARA	N°	9	0	9
		%	9,0%	0,0%	9,0%
Total		N°	86	14	100
		%	86,0%	14,0%	100,0%
CONTROL PRENATAL χ^2 : 2.08, gl: 02, p: 0.353	ADECUADO	N°	28	3	31
		%	28,0%	3,0%	31,0%
	CONTROL IRREGULAR	N°	52	11	63
		%	52,0%	11,0%	63,0%
	NO CONTROLADO	N°	6	0	6
		%	6,0%	0,0%	6,0%
Total		N°	86	14	100
		%	86,0%	14,0%	100,0%

Fuente: Información obtenida de la HC del HRA.

Gráfico 04: FACTORES OBSTETRICOS DE PARIDAD Y CONTROL PRENATAL, EN RELACIÓN A LA MORTALIDAD DE NEONATOS PREMATUROS DEL HOSPITAL MIGUEL ANGEL MARISCAL LLERENA AYACUCHO- 2020.

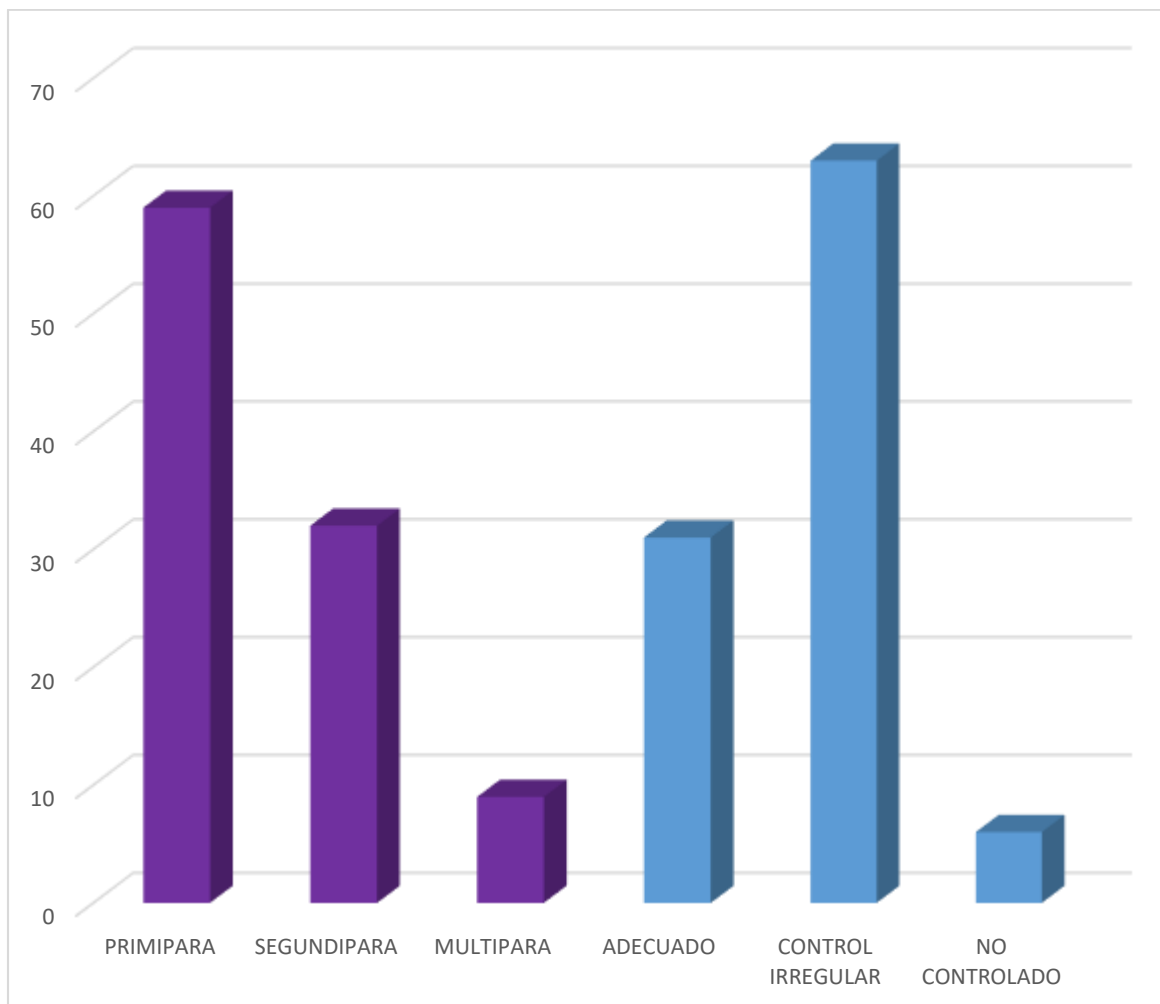


Tabla 05: FACTORES OBSTETRICOS DE CONDICIONES DEL PARTO, EN RELACIÓN A LA MORTALIDAD DE NEONATOS PREMATUROS DEL HOSPITAL MIGUEL ANGEL MARISCAL LLERENA AYACUCHO- 2020.

FACTOR PARTO	CATEGORIAS	FREC.	MORT. NEONATAL PREMATUROS		Total
			NO	SI	
PLACENTA PREVIA X ² : 7.125, gl: 01, p: 0.008	NO	N°	85	12	97
		%	85,0%	12,0%	97,0%
	SI	N°	1	2	3
		%	1,0%	2,0%	3,0%
Total		N°	86	14	100
		%	86,0%	14,0%	100,0%
RUPTURA PREMATURA DE MEMBRANAS X ² : 15.2, gl: 01, p: 0.000	NO	N°	64	3	67
		%	64,0%	3,0%	67,0%
	SI	N°	22	11	33
		%	22,0%	11,0%	33,0%
Total		N°	86	14	100
		%	86,0%	14,0%	100,0%
DESPRENDIMIENTO PREMATURO DE PLACENTA X ² : 0.33, gl: 01, p: 0.56	NO	N°	84	14	98
		%	84,0%	14,0%	98,0%
	SI	N°	2	0	2
		%	2,0%	0,0%	2,0%
Total		N°	86	14	100
		%	86,0%	14,0%	100,0%
TIPO DE PARTO X ² : 1.519, gl: 01, p: 0.21	EUTOCICO	N°	26	2	28
		%	26,0%	2,0%	28,0%
	CESAREA	N°	60	12	72
		%	60,0%	12,0%	72,0%
Total		N°	86	14	100
		%	86,0%	14,0%	100,0%

Fuente: Información obtenida de la HC del HRA.

Gráfico 05: FACTORES OBSTETRICOS DE CONDICIONES DEL PARTO, EN RELACIÓN A LA MORTALIDAD DE NEONATOS PREMATUROS DEL HOSPITAL MIGUEL ANGEL MARISCAL LLERENA AYACUCHO- 2020.

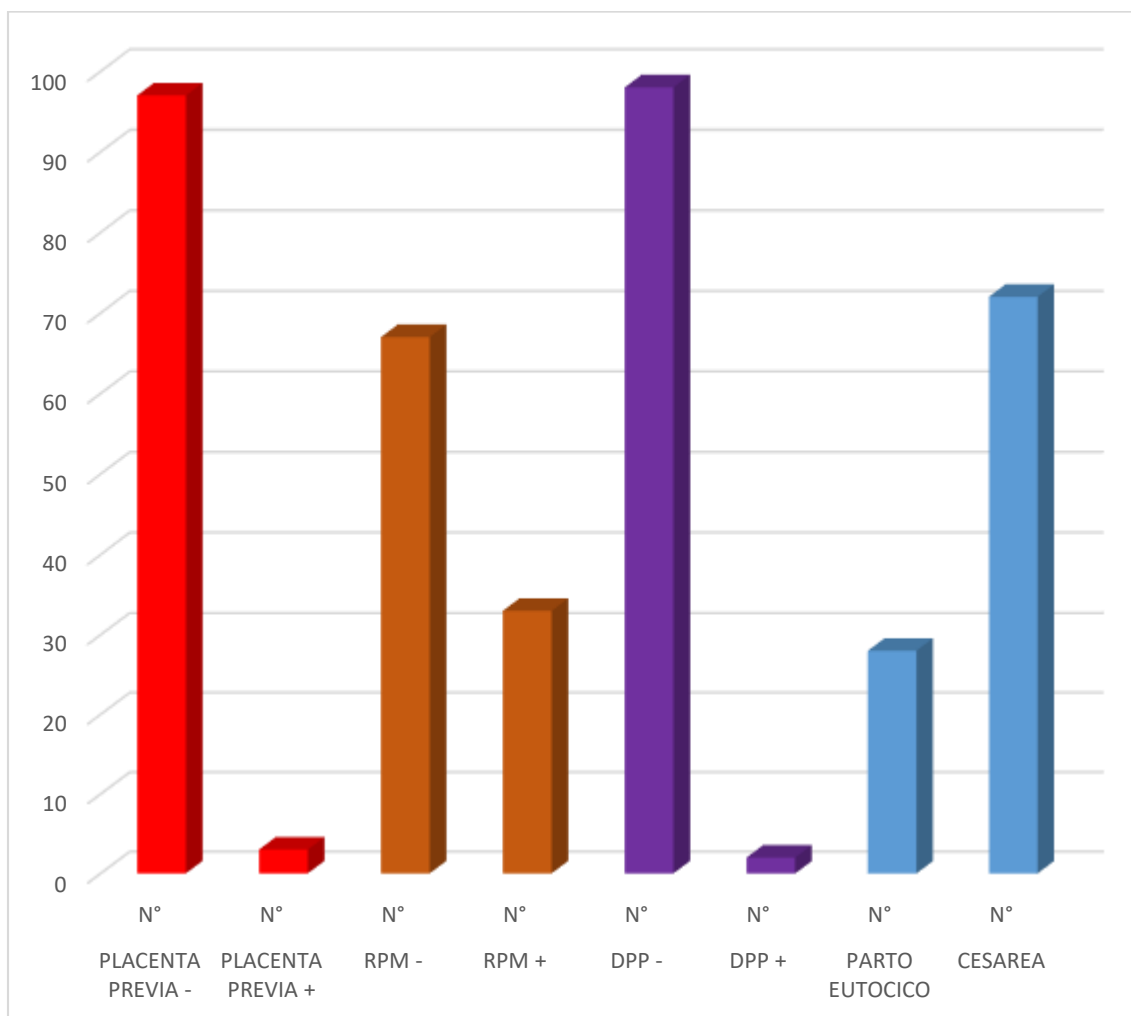
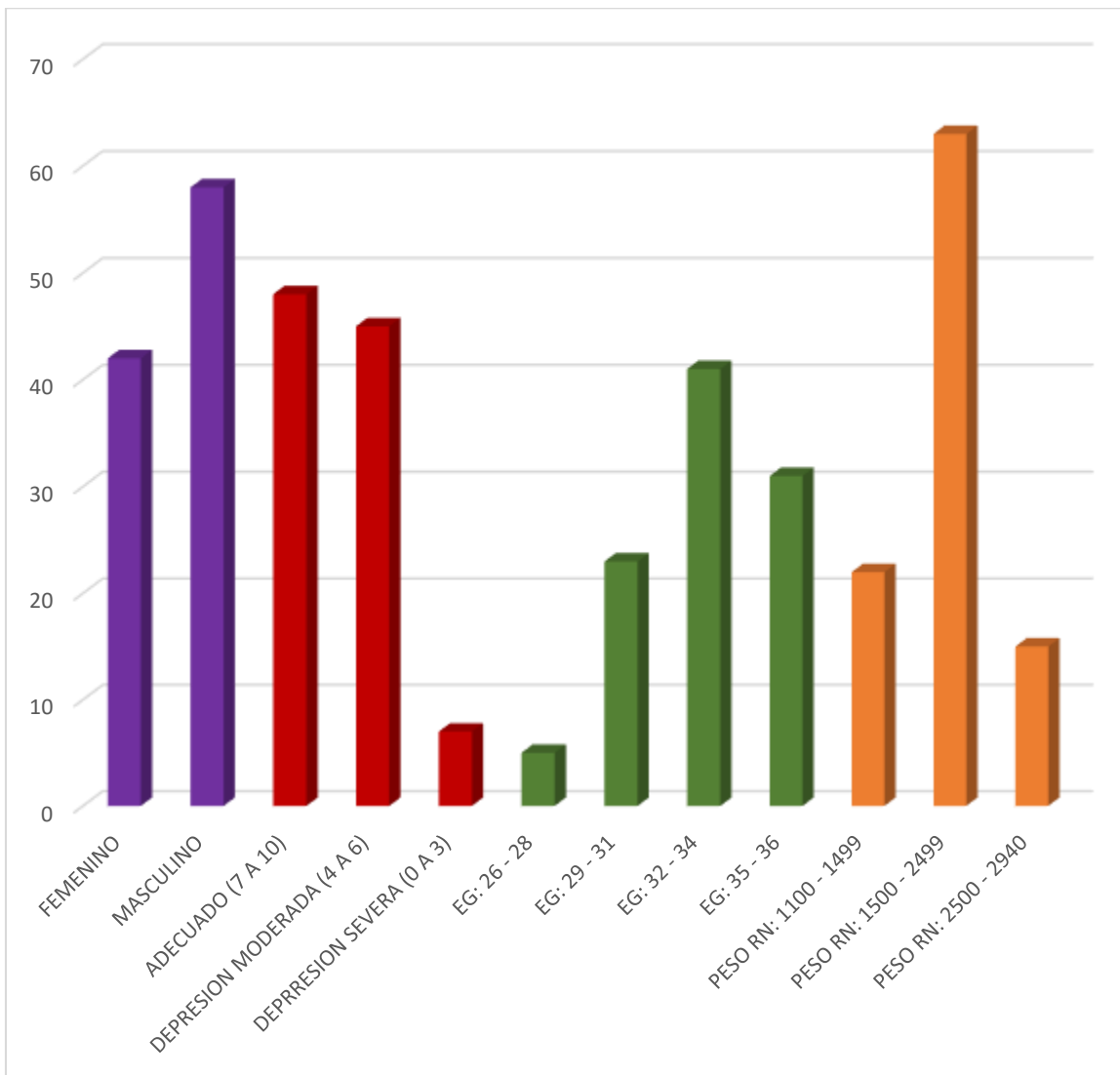


Tabla 06: FACTORES NEONATALES, RELACIONADO CON LA MORTALIDAD DE NEONATOS PREMATUROS DEL HOSPITAL MIGUEL ANGEL MARISCAL LLERENA AYACUCHO- 2020.

FACTOR NEONATALES	CATEGORIAS	FREC.	MORT. NEONATAL PREMATUROS		Total
			NO	SI	
SEXO DEL RN X ² : 0.428, gl: 01, p: 0.513	FEMENINO	N°	35	7	42
		%	35,0%	7,0%	42,0%
	MASCULINO	N°	51	7	58
		%	51,0%	7,0%	58,0%
Total		N°	86	14	100
		%	86,0%	14,0%	100,0%
TEST DE APGAR X ² : 15.04, gl: 02, p: 0.001	ADECUADO (7 A 10)	N°	48	0	48
		%	48,0%	0,0%	48,0%
	DEPRESION MODERADA (4 A 6)	N°	33	12	45
		%	33,0%	12,0%	45,0%
	DEPRRESION SEVERA (0 A 3)	N°	5	2	7
		%	5,0%	2,0%	7,0%
Total		N°	86	14	100
		%	86,0%	14,0%	100,0%
EDAD GESTACIONAL NUEVA X ² : 7.6, gl: 03, p: 0.055	26 - 28	N°	3	2	5
		%	3,0%	2,0%	5,0%
	29 - 31	N°	17	6	23
		%	17,0%	6,0%	23,0%
	32 - 34	N°	38	3	41
		%	38,0%	3,0%	41,0%
	35 - 36	N°	28	3	31
		%	28,0%	3,0%	31,0%
Total		N°	86	14	100
		%	86,0%	14,0%	100,0%
PESO RN X ² : 4.3, gl: 02, p: 0.115	1100 - 1499	N°	16	6	22
		%	16,0%	6,0%	22,0%
	1500 - 2499	N°	56	7	63
		%	56,0%	7,0%	63,0%
	2500 - 2940	N°	14	1	15
		%	14,0%	1,0%	15,0%
Total		N°	86	14	100
		%	86,0%	14,0%	100,0%

Fuente: Información obtenida de la HC del HRA.

Gráfico 06: FACTORES NEONATALES, RELACIONADO CON LA MORTALIDAD DE NEONATOS PREMATUROS DEL HOSPITAL MIGUEL ANGEL MARISCAL LLERENA AYACUCHO- 2020.



5.2 Resultados Inferenciales:

Contrastando los resultados con la prueba de chí cuadrado, se evidencia lo siguiente:

Tabla 07: RESULTADOS INFERENCIALES

FACTORES MATERNOS	Valor	gl	P
EDAD	3,604a	2	0,165
ESTADO CIVIL	6,297a	2	0,043
GRADO DE INSTRUCCIÓN	10,463a	3	0,015
OCUPACIÓN	6,582a	4	0,160
PROCEDENCIA	,004a	1	0,952
FACTORES OBSTETRICOS:			
ITU	10,238a	3	0,017
PREECLAMPSIA	,565a	1	0,452
ECLAMPSIA	4,485a	1	0,034
ANEMIA	5,426a	1	0,020
PARIDAD	8,264a	2	0,016
CONTROL PRENATAL	2,084a	2	0,353
PLACENTA PREVIA	7,125a	1	0,008
RPM	15,291a	1	0,000
DPP	,332a	1	0,564
TIPO DE PARTO	1,519a	1	0,218
FACTORES NEONATALES:			
MORBILIDAD NEONATAL	24,852a	8	0,002
SEXO DEL RN	,428a	1	0,513
APGAR	15,045a	2	0,001
EDAD GESTACIONAL	7,600a	3	0,055
PESO RN	4,326a	2	0,115

VI.DISCUSIÓN DE RESULTADOS

6.1. Contrastación y demostración de la hipótesis con los resultados:

6.1.1. Hipótesis General:

La hipótesis de investigación principal del estudio fue: H_i : Existe asociación entre los factores de riesgo perinatales y la morbilidad de neonatos prematuros en el Hospital Regional de Ayacucho "Miguel Ángel Mariscal Llerena" octubre-diciembre, 2020, mientras la hipótesis nula fue: H_o : No existe asociación entre los factores de riesgo perinatales y la morbilidad de neonatos prematuros en el Hospital Regional de Ayacucho "Miguel Ángel Mariscal Llerena" octubre-diciembre, 2020. Los resultados de la tabla 01 a la tabla 02 evidencian lo siguiente:

La principal causa de morbilidad que se relaciona a la mortalidad neonatal en prematuros es el síndrome de dificultad respiratoria, acompañado de sepsis y trastorno metabólico, cuya tasa de letalidad global asciende al 20.5%.

Existen factores maternos, obstétricos y neonatales que se asocian la morbilidad de neonatos prematuros en el Hospital Regional de Ayacucho "Miguel Ángel Mariscal Llerena" octubre-diciembre, 2020. Entre los factores maternos asociados con la mortalidad de neonatos prematuros son: Tener la condición civil de casada (X^2 : 6.3, gl: 02, p: 0.043), y en madres con instrucción superior (X^2 : 10.4, gl: 03, p: 0.015), es decir la mortalidad neonatal es mayor en madres casadas y con instrucción superior.

Entre los factores obstétricos se encuentra las enfermedades que se manifiestan durante la gestación como el ITU, (X^2 : 10.2, gl: 03, p: 0.017), madres con antecedentes de eclampsia (X^2 : 4.4, gl: 01, p: 0.034), madres con antecedentes de anemia (X^2 : 5.4, gl: 01, p: 0.020), madres con antecedentes de placenta previa, con una letalidad del 66% (X^2 : 7.125, gl: 01, p: 0.008), madres con antecedentes de RPM, cuya letalidad asciende al 33%. (X^2 : 15.2, gl: 01, p:

0.000); asimismo la mortalidad neonatal de prematuros se incide más en madres segundíparas (X^2 : 8.2, gl: 02, p: 0.016).

Entre los factores neonatales asociados a la mortalidad de neonatos prematuros se asocia al nivel de depresión del RN, que representa el 52% del total (X^2 : 15.04, gl: 02, p: 0.001); asimismo la tasa de letalidad es mayor cuando es menor la edad gestacional (X^2 : 7.6, gl: 03, p: 0.055) y el peso del RN (X^2 : 4.3, gl: 02, p: 0.115).

En general se acepta en forma parcial la hipótesis de investigación y se rechaza la hipótesis nula, porque no todos los factores maternos, obstétricos y neonatales se asocian con la mortalidad de neonatos prematuros.

6.1.2. Hipótesis Específicas:

La hipótesis específica (H1), se formuló en la forma siguiente: Existe morbimortalidad de neonatos prematuros en el Hospital Regional Miguel Ángel Mariscal Llerena - Ayacucho, 2020; al respecto se determina que la principal causa de morbilidad de la mortalidad neonatal en prematuros es el síndrome de dificultad respiratoria, acompañado de sepsis y trastorno metabólico, cuya letalidad asciende al 20.5%.

La hipótesis específica (H2), señala: Existe asociación entre los factores maternos y la mortalidad de neonatos prematuros del Hospital Miguel Ángel Mariscal Llerena Ayacucho- 2020; al respecto conforme a los resultados, entre los factores maternos asociados con la mortalidad de neonatos prematuros son: Tener la condición civil de casada (X^2 : 6.3, gl: 02, p: 0.043), y en madres con instrucción superior (X^2 : 10.4, gl: 03, p: 0.015), aceptándose en forma parcial la hipótesis específica.

La hipótesis específica (H3), plantea: Existe asociación entre los factores obstétricos y la mortalidad de neonatos prematuros del Hospital Miguel Ángel Mariscal Llerena Ayacucho- 2020, conforme a las evidencias, entre los antecedentes patológicos durante la gestación, asociados a la mortalidad de

neonatos prematuros, se encuentra: antecedentes de ITU, (X^2 : 10.2, gl: 03, p: 0.017), madres con antecedentes de eclampsia (X^2 : 4.4, gl: 01, p: 0.034), madres con antecedentes de anemia (X^2 : 5.4, gl: 01, p: 0.020), madres con antecedentes de placenta previa, con una letalidad del 66% (X^2 : 7.125, gl: 01, p: 0.008), madres con antecedentes de RPM, cuya letalidad asciende al 33%, (X^2 : 15.2, gl: 01, p: 0.000); asimismo la mortalidad neonatal de prematuros se incide más en madres segundiparas (X^2 : 8.2, gl: 02, p: 0.016), en general se acepta de forma parcial la hipótesis específica.

La hipótesis específica (H4) señala: Existe asociación entre los factores neonatales y la morbimortalidad de neonatos prematuros del Hospital Miguel Ángel Mariscal Llerena Ayacucho- 2020, de acuerdo a los resultados se evidencian que entre los factores neonatales asociados a la mortalidad de neonatos prematuros se asocia al nivel de depresión del RN, que representa el 52% del total (X^2 : 15.04, gl: 02, p: 0.001); asimismo la tasa de letalidad es mayor cuando es menor la edad gestacional (X^2 : 7.6, gl: 03, p: 0.055) y el peso del RN (X^2 : 4.3, gl: 02, p: 0.115), por lo tanto se acepta la hipótesis de investigación.

6.2. Contrastación de los resultados con estudios similares:

Uno de los objetivos del estudio fue describir la morbimortalidad de neonatos prematuros en el Hospital Regional Miguel Ángel Mariscal Llerena - Ayacucho, 2020, al respecto de acuerdo a los resultados de la tabla N° 01, la mortalidad neonatal en prematuros asciende al 14%, de los cuales el 08% está condicionado al síndrome de dificultad respiratoria, acompañado de sepsis y trastorno metabólico, siendo determinante para la mortalidad, cuya tasa de letalidad global asciende al 20.5%.

Todo neonatos prematuros requieren de asistencia respiratoria, debido al déficit en la secreción de surfactante, generando el Síndrome de Dificultad Respiratoria, dato característico de inmadurez del centro respiratorio, responsable de crisis de apnea, en ese sentido si no se asiste oportunamente y el servicio no cuenta con las condiciones adecuadas, el riesgo de morir el prematuro es elevado. (26)

En el estudio realizado el 2013, en el Hospital General de Irapuato, identificaron que las causas de ingreso a la hospitalización en prematuro fue la enfermedad de membrana hialina que representa el 52.5% del total de casos, septicemia (12.7%) y asfixia (9.1%). Las principales causas de muerte neonatal fue la septicemia (32.4%), enfermedad de membrana hialina (21.6%) y cardiopatía congénita (10.8%). La tasa de mortalidad neonatal fue 3.5 (47); en efecto los resultados son similares a los hallazgos del presente estudio, sobre todo el síndrome de dificultad respiratoria que es propio de la condición de los RN prematuros, y de la sepsis, este último tiene que con condiciones de acceso, calidad de servicio y la oportunidad de la atención.

El segundo objetivo específico fue establecer la asociación entre los factores maternos y la morbilidad de neonatos prematuros del Hospital Miguel Ángel Mariscal Llerena - Ayacucho, 2020, de acuerdo a la tabla 02, se evidencia que no hay diferencias significativas en la mortalidad neonatal de prematuros según la edad de las madres, pese a que el 18% son madres adolescentes y 22% mayor a 35 años (X^2 : 3.6, gl: 02, p: 0.165); asimismo la ocupación de las madres no se asocia con la mortalidad en prematuros (X^2 : 6.5, gl: 04, p: 0.160), así también la procedencia de las madres (X^2 : 0.005, gl: 01, p: 0.952), pese a que el 65% residen en zonas urbana. Un dato resaltante es que la mortalidad neonatal en prematuros, es mayor en madres de condición casada (X^2 : 6.3, gl: 02, p: 0.043), y en madres con instrucción superior (X^2 : 10.4, gl: 03, p: 0.015).

La edad adecuada para el proceso reproductivo de la mujer está entre 20 a 35 años de edad. En menores a 20 años hay posibilidad de una insuficiente desarrollo de la arquitectura pelviana y superiores a 35 años de edad son gestantes que pueden presentar resistencia vulvovagoperineal, contracción uterina insuficiente durante el parto (31). La gestación en las edades extremas de las madres, puede constituirse en un factor de riesgo la mortalidad en RN prematuros (32); según el estudio realizado por De Luna IG (2019), en México, evidenció que la frecuencia de la prematuridad así como la mortalidad es mayor en madres de edad materna avanzada. (14)

Por otro lado se evidencia que las madres solteras, adolescentes, separadas, viudas, generalmente no cuentan con el apoyo familiar y socioeconómico adecuado, por tanto están expuestas a mayor riesgo (31). Señalar también que las madres con mayor grado de instrucción poseen mejores condiciones y oportunidades para su desarrollo y mejora de la calidad de vida (31). Los resultados obtenidos muestran ciertas discrepancias al respecto, lo que amerita examinar con detenimiento las variables sociales, económicas que impactarían en la mortalidad en prematuros.

Otro objetivo fue establecer la asociación entre los factores obstétricos y la mortalidad de neonatos prematuros del Hospital Miguel Ángel Mariscal Llerena – Ayacucho, 2020, conforme a la tabla 03, la mortalidad neonatal de prematuros se asocia a madres con antecedentes de ITU, que afecta al 70% del total (X^2 : 10.2, gl: 03, p: 0.017), a madres con antecedentes de eclampsia (X^2 : 4.4, gl: 01, p: 0.034), cuya tasa de letalidad alcanza el 50%, a madres con antecedentes de anemia, que afecta al 25% del total (X^2 : 5.4, gl: 01, p: 0.020), con una tasa de letalidad del 28%.

Según la tabla 04, la mortalidad neonatal de prematuros se incide más en madres segundiparas (X^2 : 8.2, gl: 02, p: 0.016), asimismo no hay diferencias significativas en la mortalidad neonatal de prematuros según control prenatal (X^2 : 2.08, gl: 02, p: 0.353). De acuerdo a la tabla 05. la mortalidad neonatal de prematuros se asocia a madres con antecedentes de placenta previa, cuya tasa de letalidad asciende al 66% (X^2 : 7.125, gl: 01, p: 0.008), asimismo a madres con antecedentes de RPM, cuya tasa de letalidad asciende al 33%. (X^2 : 15.2, gl: 01, p: 0.000). Los resultados de la tabla 04, evidencian que no hay diferencias significativas en la mortalidad neonatal de prematuros según tipo de parto, pese a que el 72% de partos es por cesárea (X^2 : 1.519, gl: 01, p: 0.21).

Risco J, en Lima, realizó un estudio en el Hospital Nacional Sergio E. Bernales - Lima del 2015 al 2017, donde evidenció que la mayor mortalidad en prematuros fue en RN menor a 1500gr, con APGAR al minuto menor o igual a 6, y no se encontró correlación con ruptura prematura de membranas, preeclampsia o

infección del tracto urinario (20). Los resultados del presente coinciden de forma parcial con los hallazgos obtenidos, en razón los antecedentes de ITU, placenta previa, RPM se asocia con la mortalidad neonatal en prematuros.

El último objetivo específico fue establecer la asociación de los factores neonatales con la mortalidad de neonatos prematuros del Hospital Miguel Ángel Mariscal Llerena Ayacucho- 2020, al respecto según la tabla 06, se evidencia que no hay diferencias significativas en la mortalidad neonatal de prematuros según sexo del RN (X^2 : 0.428, gl: 01, p: 0.513). La mortalidad neonatal de prematuros se asocia al nivel de depresión del RN, que representa el 52% del total (X^2 : 15.04, gl: 02, p: 0.001); mientras la tasa de letalidad es mayor cuando es menor la edad gestacional, en el caso de 26 a 28 SG asciende al 40%, luego se reduce considerablemente (X^2 : 7.6, gl: 03, p: 0.055); asimismo la tasa de letalidad es mayor cuando es menor el peso del RN, en el caso de RN con peso entre 1100 a 1499 gr, la tasa de letalidad asciende al 27%, luego reduce considerablemente (X^2 : 4.3, gl: 02, p: 0.115).

En el estudio realizado por Sánchez KA, en Piura el 2018, determinó que Los factores asociados a la mortalidad en neonatal fue: la edad materna \geq a 35 años (p=0.010; RP=2.16; IC=1.20-3.89), edad gestacional < de 28 semanas (p=0.035; RP=2.16; IC=1.15-50.3), peso extremadamente bajo al nacer (p=0.004 ;RP=18 ;IC=2.58-125.6), presentar un APGAR < 7 al 1er (p=0.001; RP=6.36, IC=2.07-19.6) y 5to minuto de vida (p=0.001; RP=2.81; IC=1.51-5.18) (16). A excepción de la edad materna los resultados coinciden con los hallazgos del presente estudio.

Gago IS (2018), en un estudio, realizado en la unidad de cuidados intensivos neonatal del Hospital Nacional Sergio E. Bernales en el periodo de enero 2016 a junio del 2017. Determinó que la alta incidencia de mortalidad en los recién nacidos con peso menor de 1500gr se asoció a la edad gestacional <34semanas, APGAR \leq 6 al primer y a los 5 minutos, sepsis neonatal, enfermedad de membrana hialina, hemorragia intraventricular y enterocolitis necrotizante (17).

6.3. Responsabilidad ética

El acceso a la información se ha establecido en el marco del respeto, discrecionalidad, confidencialidad, por otro lado, los resultados responden a un procesamiento de datos de alto rigor. Asimismo, se contó con la autorización y posibilidad de poder recurrir a las historias clínicas de las pacientes a estudiar, así como los permisos del hospital donde se realizó el estudio. El presente estudio garantiza el anonimato de las pacientes, así como la discreción por parte del investigador con los datos obtenidos de las historias clínicas.

CONCLUSIONES

1. La principal causa de morbilidad asociada a la mortalidad neonatal en prematuros es el síndrome de dificultad respiratoria, acompañado de sepsis y trastorno metabólico, cuya tasa de letalidad global asciende al 20.5%.
2. Los factores maternos asociados con la mortalidad de neonatos prematuros son: Tener la condición civil de casada (X^2 : 6.3, gl: 02, p: 0.043), y en madres con instrucción superior (X^2 : 10.4, gl: 03, p: 0.015).
3. Entre los antecedentes obstétricos durante la gestación, asociados a la mortalidad de neonatos prematuros, se encuentran presentar antecedentes de ITU durante la gestación, (X^2 : 10.2, gl: 03, p: 0.017), antecedentes de eclampsia (X^2 : 4.4, gl: 01, p: 0.034), antecedentes de anemia (X^2 : 5.4, gl: 01, p: 0.020), antecedentes de placenta previa (X^2 : 7.125, gl: 01, p: 0.008), antecedentes de RPM (X^2 : 15.2, gl: 01, p: 0.000); asimismo la mortalidad neonatal de prematuros se incide más en madres segundiparas (X^2 : 8.2, gl: 02, p: 0.016).
4. Entre los factores neonatales asociados a la mortalidad de neonatos prematuros se asocia al nivel de depresión del RN, que representa el 52% del total (X^2 : 15.04, gl: 02, p: 0.001); asimismo la tasa de letalidad es mayor cuando es menor la edad gestacional (X^2 : 7.6, gl: 03, p: 0.055) y el peso del RN (X^2 : 4.3, gl: 02, p: 0.115).
5. Existen factores maternos, obstétricos y neonatales que se asocian la morbimortalidad de neonatos prematuros en el Hospital Regional de Ayacucho "Miguel Ángel Mariscal Llerena" octubre- diciembre, 2020.

RECOMENDACIONES

1. A Dirección Regional de Salud, fortalecer la vigilancia de control de riesgos en la etapa prenatal, para prevenir el parto prematuro.
2. A la Red de Salud de Huamanga, asegurar la atención de calidad del recién nacido prematuro en todos los establecimientos de su jurisdicción.
3. Al Director del Hospital Regional de Ayacucho, fortalecer la capacidad resolutive del Servicio de Neonatología del Hospital Regional de Ayacucho, de esta manera garantizar la atención adecuada de recién nacido prematuro y lograr su recuperación oportuna.
4. A la Universidad, promover trabajos de investigación similares, con la finalidad de resolver los problemas que afectan a la población neonatal.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Mendoza L, Et Al..
2. Blencowe H, Et Al. Nacido Demasiado Pronto: Informe de Acción Global sobre Nacimientos Prematuros. Datos de estimaciones nacionales, regionales y mundiales de la tasa de nacimientos prematuros en el año 2010..
3. Maness S, Buhi E. Associations between social determinants of health and pregnancy among young people. Public Health Rep. 2016;; p. 131(1):89-99.
4. OMS. March of Dimes, PMNCH, Save the Children, WHO. Born Too Soon: The Global Action Report on Preterm Birth.. 2012..
5. Liu L, Et Al. Global, regional, and national causes of under-5 mortality in 2000-15: an updated systematic analysis with implications for the Sustainable Development Goals. Lancet. 2016;; p. 388(10063):3027-35.
6. Organización Mundial de la Salud. Nota descriptiva: Nacimientos prematuros. 2016..
7. Pérez R, López CR, Rodríguez A. Morbilidad y mortalidad del recién nacido prematuro en el Hospital General de Irapuato. Bol. Med. Hosp. Infant. 2013; 70(4): 299-303.
8. Mendoza L, Et Al. Epidemiología de la prematuridad, sus determinantes y prevención del parto prematuro. Chil Obstet Ginecol. 2016 Agosto;; p. 81(4):330- 42.
9. Couto D, Napoles D, Montes P. Repercusión del parto pretérmino en la morbilidad y mortalidad perinatales. MEDISAN. 2014 Junio; 18(06).
10. Centro Nacional de Epidemiología, Prevención y Control de Enfermedades. Boletín epidemiológico del Perú, SE 46. ; 28.
11. Guildea Z EA. Social deprivation and the causes of stillbirth and infant mortality. Arch Dis Child. 2001;; p. 84: 307-10.
12. Cortés B, Patricia D, Carbona D. Characterization of perinatal mortality in manizales 2009-2012. Hacia Promoc Salud. 2014;; p. 19(2):66–80.
13. Clemades MAM, et al. Factores de riesgo perinatales en la sepsis neonatal. Estudio de tres años. Acta Med Cent. 2019; 13(1):20-29.

14. De Luna IG. Morbilidad del recién nacido pretérmino del Hospital Español de México y su relación con edad materna avanzada. *Revista de Sanidad Militar*. 2019 Enero febrero; 73(01).
15. Macias Hea. Edad materna avanzada como factor de riesgo perinatal y del recién nacido. *Acta méd. Grupo Ángeles*. 2018; 16(02): p. 125-132.
16. Sánchez K. Factores asociados a la mortalidad en los prematuros con enfermedad de membrana hialina. Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales - Hospital Cayetano Heredia, Piura – 2018. Tesis. Piura: Universidad Nacional de Piura, Facultad de Ciencias de la Salud; 2019.
17. Gago I. - “Factores perinatales asociados a mortalidad en recién nacidos con peso menor de 1500 gramos hospitalizados en la unidad de cuidados intensivos neonatal del Hospital Nacional Sergio E. Bernales en el periodo de enero 2016 a junio del 2017. Lima; 2018.
18. Ramirez E. Factores asociados a la mortalidad perinatal en prematuros nacidos en el Hospital Maria Auxiliadora de enero a diciembre 2017. Lima: Universidad Ricardo Palma, Facultad de Medicina; 2019.
19. Burga, G ; Luna C y Lopez, LC.. Factores de riesgo asociados con la sepsis neonatal temprana en bebés prematuros del National Child Mother Teaching Hospital, 2017. *Rev. Fac. Medicina*. 2019; 19(03): p. 35-42.
20. J R. Factores asociados a mortalidad en recién nacidos prematuros con enfermedad de membrana hialina en el Hospital Nacional Sergio E. Bernales, mayo 2015 – mayo 2017. Lima; 2018.
21. Romero S, Arroyo LM, Reyna ER. Consenso prematuro tardío. *Perinatol. reprod. hum*. 2010; 24(2): 124-130.
22. Rellan Rodriguez S, Garcia de Ribera C, Paz Aragon Garcia M. El recién nacido prematuro. ; 2008.
23. Oliveros M, Chirinos J. Prematuridad: Epidemiología, morbilidad y mortalidad perinatal. Pronóstico y desarrollo a largo plazo Lima; 2008.
24. Llamocca M. Enfermería en neonatología Ayacucho; 2019.
25. Vega OM GD. Teoría del Déficit de Autocuidado: interpretación desde los elementos conceptuales. *Ciencia y Cuidado*. 2007; 4(4): p. 28-35.
26. Mata M, Salazar ME, Herrera LR. Cuidado enfermero en el recién nacido prematuro. *Rev. enferm. Inst. Mex. Seguro Soc*. 2009; 17(01): p. 45-54.
27. NC R. El proceso de enfermería: instrumento para el cuidado. *Umbral científico*. 2010; 17: p. 18-23.

28. Pita S, Vila M, Carpenté J. Determinación de factores de riesgo. ; 2002.
29. Hernandez J, Et Al. Factores maternos y perinatales influyentes en la morbilidad neonatal: Revisión narrativa de la literatura. Cuba;; 2015.
30. Salazar G, Roxana E. Factores maternos relacionados con la prematuridad, servicio de neonatología del Hospital Regional Hermilio Valdizán Medrano de Huánuco 2018. Huanuco: Universidad de Huanuco; 2018.
31. Huaraca. Enfermería en salud dela mujer I- Cuidados durante el embarazo Ayacucho; 2018.
32. Arevalo Vaca MM. Factores de riesgo maternos, fetales y ambientales asociados al recién nacido de mujeres que han vivido los últimos 5 años en la localidad El Santuario Tungurahua. Quito;; 2015.
33. Aspe , López A. Hacia un desarrollo humano: Valores, actitudes y hábitos México: Limusa; 2004.
34. Organización Panamericana de la salud. Boletín del centro latino americano de perinatología y desarrollo humano. Control Prenatal. Uruguay;; 2010.
35. Ojeda R, Ángel K, Rodríguez E, Andueza G. Período intergenésico corto y factores asociados, en embarazadas hospitalizadas en Acanceh, Yucatán, México. Yucatán, México;; 2016.
36. Oyalese Y, Smulian J. Placenta Previa, Placenta Accreta, and Vasa Previa. 2006..
37. Fescina R, De Mauricio B, Ortiz E, Jarquin D. Guías para la atención de las principales emergencias obstétricas.. 2012..
38. Instituto Nacional Materno Perinatal. Guías de práctica clínica y de procedimientos en obstetricia y perinatología. 2010.
39. Lucio R, Et Al. Asociación entre las infecciones del tracto urinario y el parto pretérmino. .
40. Zerna Bravo C, Fonseca Tumbaco R, Viteri Rojas AM, Zerna Gavilanes C. Identificación de factores de riesgo de parto pretérmino. Caso Hospital Enrique C. Sotomayor. Guayaquil - Ecuador;; 2018.
41. Iriondo Sanz M, Burón Martínez E, Thió Lluch M, Aguayo Maldonado J, Salguero García E, Fernández Lorenzo JR, et al. Reanimación neonatal. España;; 2008.
42. Grandi C, López F. ESTIMACIÓN DE LA EDAD GESTACIONAL: Buenos Aires - Argentina; 2004.

43. Flores Huerta S, Martínez Salgado H. Peso al nacer de los niños y niñas derechohabientes del Instituto Mexicano del Seguro Social. México; 2012.
44. Gesteiro E, Sánchez Muniz J, Perea S, Espárrago M, Bastida S. Investigadores en Pediatría y Neonatología rendimos homenaje a la Dra Virginia Apgar. España; 2018.
45. Estrán Buyo B, Iniesta Casas P, Ruiz Tagle Oriol P, Cornide Carrallo A, Ares A. Las malformaciones congénitas, influencia de los factores socioambientales, en las diferentes comunidades autónomas; 2018.
46. Blasco Navarro M, Cruz Cobas M, Cogle Duvergel Y, Navarro Tordera M. Principales factores de riesgo de la morbilidad y mortalidad neonatal. Cuba; 2018.
47. Pérez Z, López T, Rodríguez B. Morbilidad y mortalidad del recién nacido prematuro en el Hospital General de Irapuato. Bol Med Hosp Infant Mex. 2013;: p. 70(4):299-303.
48. Gómez Gómez M, Danglot Bank C, Aceves Gómez M. Clasificación de los niños recién nacidos. México; 2012.
49. Khanam R, Et Al.. Antepartum complications and perinatal mortality in rural Bangladesh. BMC Pregnancy Childbirth. 2017..
50. JG C. Morbilidad y mortalidad en prematuros menores de 1500 gramos en un hospital regional del 2011 a 2013. t. Bogotá.
51. Castillo J. Morbilidad y mortalidad en prematuros menores de 1500 gramos en un hospital regional del 2011 a 2013. Tesis. Bogotá: Universidad Colegio Mayor de Nuestra Señora del Rosario, Escuela de Medicina y Ciencias de la Salud, Departamento de Postgrados; 2014.

ANEXOS

ANEXO N° 01
FICHA DE COTEJO

La presente ficha tiene el propósito de recabar información para realizar el estudio: FACTORES DE RIESGO PERINATALES Y SU INFLUENCIA Y MORBIMORTALIDAD DE NEONATOS PREMATUROS DEL HOSPITAL REGIONAL DE AYACUCHO, para el efecto previa autorización del nosocomio se accederá al contenido de la Historia Clínica del RN prematuro, atendido en el Servicio de Neonatología, los datos serán registrados en la presente ficha, respetando el anonimato y la confidencialidad de la información.

A. CARACTERISTICAS SOCIODEMOGRAFICAS DE LA MADRE:

1. Edad: a.< 19 años () b. Entre 19 años-34 años () c.Edad: >35 años
2. Estado civil:
a.Soltera: ____ b.Casada: __ c. Conviviente: ____ d.Viuda: __ e. Divorciada: ____
3. Grado de instrucción completo:
a.Analfabeta () b.Primaria () c. Secundaria () D. Superior () .
4. Ocupación:
a.Su casa () b.Estudiante () c.Profesional () d.Comerciante ()
e.Agricultora ()
5. Procedencia: a. Urbano () b.Rural ()
6. Hábitos nocivos maternos: a.Si () b.No ()

B. CARACTERISTICAS OBSTÉTRICAS:

7. Edad gestacional: semanas
8. Paridad:
a.Primípara: 01 embarazo ()

b.Segundipara: 02 embarazos ()

c.Multípara: 02-04 embarazos ()

d.Gran multípara: Mayor igual a 05 embarazos ()
9. Número de controles prenatales:
a.Controlado (más de seis controles) ()
b.Mal controlado (cuatro a seis controles) ()
c.No controlado (menos de cuatro controles) ()
10. Hipertensión arterial durante la gestación:

- a.<130/90 mmHg ()
- b.140-160/90 mmHg ()
- c.>170-180/100 mmHg ()

11. Infección Urinaria durante el embarazo:

- a. 01-18 Semanas ()
- b. 19-40 Semanas ()

12. Presencia de Rotura prematura de membrana

- a.< 1día ()
- b.>1 día ()
- c.Variable ()

13. Patologías Asociadas durante el embarazo

- a.Pre-eclampsia ()
- b.Diabetes gestacional ()
- c.Placenta previa ()
- d.Desprendimiento placentario ()
- e.Eclampsia ()
- f.Anemia ()

14. Tipo de parto: a.Vaginal () b.Cesárea ()

C. CARACTERISTICAS DEL NEONATO:

15. Sexo: a.Femenino () b.Masculino ()

16. Peso de nacimiento_____

- a.<1000 ()
- b.1000 – 1499 gr
- c.() 1500 – 2499 gr ()

17. Muerte neonatal: a.Si () b.No ()

18. Semanas de gestación:

- < 28 semanas ()
- 29 a 31 semanas ()
- 32 a 34 semanas ()
- 35 a 37 semanas ()

19. Días de vida del neonato

- () 1-2 días
- () 3-5 días
- () 6- 8 días
- () 9 – más días

20. APGAR del neonato al minuto y 5 minutos

- () Depresión severa 0-3
- () Depresión moderada 4-6
- () Normal 7-10

D. CARACTERISTICAS DE LA MORBIMORTALIDAD

- Enfermedades de membrana hialina ()
- Neumonía ()
- Septicemia ()
- Aspiración de líquido meconial ()
- Apnea ()
- Cardiopatías ()
- Enterocolitis ()
- Policitemia ()
- Prematurez ()
- Cardiopatía ()
- Neumotórax ()
- Malformaciones congénitas ()
- Dificultad ventilatoria ()
- Hiperbilirrubinemia ()
- Asfixia perinatal ()
- Otros ()

Fuente: Instrumento fue adaptado de Sánchez KA, (2018) en Piura, “Factores asociados a la mortalidad en los prematuros con enfermedad de membrana hialina. Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales - Hospital Cayetano Heredia, Piura – 2018” (16).

ANEXO N° 02

**“FACTORES DE RIESGO PERINATALES Y MORBIMORTALIDAD DE NEONATOS
PREMATUROS EN EL HOSPITAL REGIONAL MIGUEL ÁNGEL MARISCAL
LLERENA - AYACUCHO, 2020”**

PROBLEMA	OBJETIVOS	HIPOTESIS	VARIABLES	METODOLOGIA
<p>Problema general: ¿Cuál es la asociación entre los factores de riesgo perinatales y la morbilidad de neonatos prematuros en el Hospital Regional Miguel Ángel Mariscal Llerena - Ayacucho, 2020?</p> <p>Problemas específicos. ¿Cómo es la morbilidad de neonatos prematuros en el Hospital Regional Miguel Ángel Mariscal Llerena - Ayacucho, 2020?</p> <p>¿Cuál es la asociación entre los factores maternos y la morbilidad de neonatos prematuros en el Hospital Regional Miguel Ángel Mariscal Llerena - Ayacucho, 2020?</p> <p>¿Cuál es la asociación entre los factores obstétricos y la morbilidad de neonatos prematuros en el Hospital Regional Miguel Ángel Mariscal Llerena - Ayacucho, 2020?</p> <p>¿Cuál es la asociación entre los factores neonatales y la morbilidad de neonatos prematuros en el Hospital Regional Miguel Ángel Mariscal Llerena - Ayacucho, 2020?</p>	<p>Objetivo general Determinar la asociación entre los factores de riesgo perinatales y la morbilidad de neonatos prematuros en el Hospital Regional Miguel Ángel Mariscal Llerena - Ayacucho, 2020.</p> <p>Objetivos Específicos Describir la morbilidad de neonatos prematuros en el Hospital Regional Miguel Ángel Mariscal Llerena - Ayacucho, 2020</p> <p>Establecer la asociación entre los factores maternos y la morbilidad de neonatos prematuros en el Hospital Regional Miguel Ángel Mariscal Llerena - Ayacucho, 2020</p> <p>Establecer la asociación entre los factores obstétricos y la morbilidad de neonatos prematuros en el Hospital Regional Miguel Ángel Mariscal Llerena - Ayacucho, 2020</p> <p>Establecer la asociación entre los factores neonatales y la morbilidad de neonatos prematuros en el Hospital Regional Miguel Ángel Mariscal Llerena - Ayacucho, 2020</p>	<p>Hipótesis General Hi: Existe asociación entre los factores de riesgo perinatales y la morbilidad de neonatos prematuros en el Hospital Regional Miguel Ángel Mariscal Llerena - Ayacucho, 2020.</p> <p>Ho: No existe asociación entre los factores de riesgo perinatales y la morbilidad de neonatos prematuros en el Hospital Regional Miguel Ángel Mariscal Llerena - Ayacucho, 2020.</p> <p>Hipótesis Específicos H1: Existe morbilidad de neonatos prematuros en el Hospital Regional Miguel Ángel Mariscal Llerena - Ayacucho, 2020.</p> <p>H.2: Existe asociación entre los factores maternos y la mortalidad de neonatos prematuros del Hospital Regional Miguel Ángel Mariscal Llerena - Ayacucho, 2020.</p> <p>H3: Existe asociación entre los factores obstétricos y la mortalidad de neonatos prematuros del Hospital Regional Miguel Ángel Mariscal Llerena - Ayacucho, 2020.</p> <p>H4: Existe asociación entre los factores neonatales y la morbilidad de neonatos prematuros del Hospital Regional Miguel Ángel Mariscal Llerena - Ayacucho, 2020.</p>	<p>Independiente Factores de riesgo perinatales</p> <p>Dependiente: Morbimortalidad de neonatos.</p>	<p>Tipo: Aplicada Diseño: Estudio no experimental, correlacional, de corte transversal.</p> <p>Método inductivo deductivo.</p> <p>Población: Historias clínicas de neonatos nacidos en el Hospital Regional de Ayacucho desde el 01 octubre del año 2020 al 31 de diciembre del año 2020.</p> <p>Muestra: Muestreo no Probabilístico.</p> <p>Técnica e instrumento de recolección de datos: Observación y ficha de cotejo.</p>

ANEXO N° 03

MODELO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO

Yo.....identificado con DNI N°.....

Domiciliado en.....Distrito.....

Región.....

He tomado conocimiento del estudio titulado:

.....
.....
.....
.....
.....

Y declaro participar como:

Informante

Participar en el ensayo clínico

En el programa de intervención

Y me comprometo a participar y dar la información fidedigna para el estudio arriba
mención, debido a que este acto no compromete mi integridad, física y psicológica. |
Para dar conformidad este acto firmo y estampo mi huella digital al pie.

Lugar y Fecha.....

FIRMA Y HUELLA.

ANEXO 04: BASE DE DATOS

*BASE NUEVA ROCIO Y LIZ.sav [ConjuntoDatos1] - IBM SPSS Statistics Editor de datos

Archivo Editar Ver Datos Transformar Analizar Gráficos Utilidades Ampliaciones Ventana Ayuda

	Nombre	Tipo	Anchura	Decimales	Etiqueta	Valores	Perdidos	Columnas	Alineación	Medida	Rol
1	EDAD	Numérico	3	0	EDAD DE LA MADRE	Ninguna	Ninguna	6	Derecha	Escala	Entrada
2	CATEDAD	Numérico	2	0	CATEGORIA SEGUN EDAD DE LA ...	{0, 20 A 34 ...	Ninguna	6	Derecha	Nominal	Entrada
3	EST.CIVIL	Numérico	2	0	ESTADO CIVIL	{0, SOLTER ...	Ninguna	5	Derecha	Nominal	Entrada
4	GRAD.INSTRUC	Numérico	2	0	GRADO DE INSTRUCCION	{0, ANALFA ...	Ninguna	7	Derecha	Nominal	Entrada
5	OCUPACIÓN	Numérico	2	0	OCUPACIÓN DE LA MADRE DEL RN	{0, SU CAS ...	Ninguna	7	Derecha	Nominal	Entrada
6	PROCEDECENCIA	Numérico	2	0	LUGAR DE PROCEDECENCIA	{0, URBAN ...	Ninguna	7	Derecha	Nominal	Entrada
7	EG	Numérico	3	0	EDAD GESTACIONAL	Ninguna	Ninguna	3	Derecha	Escala	Entrada
8	CATEG	Numérico	2	0	CATEGORIA SEGUN EDAAD GES ...	{0, A TERM ...	Ninguna	5	Derecha	Nominal	Entrada
9	PARIDAD	Numérico	2	0	NUMERO DE GESTACIONES	{0, PRIMIP ...	Ninguna	5	Derecha	Nominal	Entrada
10	CPN	Numérico	2	0	CONTROL PRENATAL	{0, ADECU ...	Ninguna	6	Derecha	Nominal	Entrada
11	ITU	Numérico	2	0	INFECCIÓN URINARIA EN LA GES ...	{0, NO} ...	Ninguna	5	Derecha	Nominal	Entrada
12	RPM	Numérico	2	0	RUPTURA PREMATURA DE MEM ...	{0, NO} ...	Ninguna	5	Derecha	Nominal	Entrada
13	PREECLAMP	Numérico	2	0	PREECLAMP	{0, NO} ...	Ninguna	7	Derecha	Nominal	Entrada
14	DBG	Numérico	2	0	DIABTES GESTACIONAL	{0, NO} ...	Ninguna	5	Derecha	Nominal	Entrada
15	PP	Numérico	2	0	PLACENTA PREVIA	{0, NO} ...	Ninguna	5	Derecha	Nominal	Entrada
16	DPP	Numérico	2	0	DESPRENDIMIENTO PREMATURO ...	{0, NO} ...	Ninguna	5	Derecha	Nominal	Entrada
17	ECLAMPسيا	Numérico	2	0	ECLAMPسيا	{0, NO} ...	Ninguna	6	Derecha	Nominal	Entrada
18	ANEMIA	Numérico	2	0	ANEMIA GESTACIONAL	{0, NO} ...	Ninguna	5	Derecha	Nominal	Entrada
19	PARTO	Numérico	2	0	TIPO DE PARTO	{0, EUTOCI ...	Ninguna	6	Derecha	Nominal	Entrada
20	SEXO	Numérico	2	0	SEXO DEL RN	{0, FEMEN ...	Ninguna	5	Derecha	Nominal	Entrada
21	PN	Numérico	5	0	PESO AL NACER	Ninguna	Ninguna	5	Derecha	Escala	Entrada
22	CATPN	Numérico	2	0	CATEGORIA SEGUN PESO AL NA ...	{0, 2500 A 3 ...	Ninguna	5	Derecha	Nominal	Entrada
23	MORTALIDAD	Numérico	8	0	MORTALIDAD NEONATAL	{0, NO} ...	Ninguna	7	Derecha	Nominal	Entrada
24	CAT.MUERTE	Numérico	2	0	CATEGORIA MUERTE	{0, NO} ...	Ninguna	6	Derecha	Nominal	Entrada
25	APGAR	Numérico	2	0	TEST DE APGAR	{0, ADECU ...	Ninguna	5	Derecha	Nominal	Entrada
26	MORBILIDAD	Numérico	3	0	ENFERMEDADES DEL RN	{0, NINGUN ...	Ninguna	6	Derecha	Nominal	Entrada
27	EDADMADRE	Numérico	8	2		Ninguna	Ninguna	7	Derecha	Nominal	Entrada
28	EDADGEST	Numérico	8	2	EDAD GESTACIONAL NUEVA	Ninguna	Ninguna	5	Derecha	Nominal	Entrada

Vista de datos Vista de variables

ANEXO 04: BASE DE DATOS

IBM SPSS Statistics Editor de datos

Archivo Editar Ver Datos Transformar Analizar Gráficos Utilidades Ampliaciones Ventana Ayuda

1. PARIDAD 2 Visible: 29 de 29 variables

	EDAD	CATEGORÍA	EST. CIVIL	GRADUACIÓN	OCUPACIÓN	PROFESIÓN	E G	CATEGORÍA	PARIDAD	CPN	ITU	RPM	PREEC LAMP	DBG	PP	DPP	ECLA MPSI A	ANEMIA	PARTO	SEXO	PN	CAT PN	MORTALIDAD	CAT UEI E
1	25	0	2	1	0	1	35	1	2	1	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	2325	1	0	
2	20	0	2	2	0	0	36	1	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1	2940	0	0	
3	38	2	1	2	0	1	35	1	2	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1	0	1835	1	0	
4	37	2	1	3	2	0	34	1	1	1	3	0	0	0	0	0	0	1	1	1	2345	1	0	
5	18	1	0	2	1	0	32	2	0	0	2	0	1	0	0	0	0	0	0	0	2300	1	0	
6	19	1	1	2	0	1	34	1	0	1	3	1	0	0	0	0	0	1	1	1	2070	1	0	
7	38	2	2	2	2	1	31	3	2	1	2	0	1	0	0	0	0	1	1	1	1760	1	0	
8	15	1	0	2	1	1	32	2	0	1	2	0	1	0	0	0	0	1	1	0	2030	1	0	
9	16	1	0	1	1	1	34	1	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1810	1	0	
10	36	2	2	2	2	0	29	3	1	0	3	0	0	0	0	0	0	0	1	1	1470	2	0	
11	35	2	1	2	5	0	32	2	1	1	3	0	0	0	0	0	0	1	1	0	1460	2	0	
12	20	0	1	2	1	0	30	2	0	1	2	1	0	0	0	0	0	0	1	0	1710	1	0	
13	36	2	2	3	2	0	35	1	1	0	2	0	1	0	0	0	0	0	1	1	2615	0	0	
14	21	0	1	2	1	0	32	2	0	1	3	0	1	0	0	0	0	0	1	1	2030	1	0	
15	34	0	1	2	1	1	34	1	1	1	3	0	0	0	0	0	0	1	0	1	2100	1	0	
16	36	2	2	3	2	0	29	3	1	0	3	1	1	0	0	0	0	0	1	1	1470	2	0	
17	35	2	1	2	1	1	32	2	1	1	2	0	0	0	0	0	1	1	1	0	1460	2	0	
18	18	1	0	2	2	0	30	3	0	2	3	0	1	0	0	0	0	0	1	0	1710	1	0	
19	32	0	1	2	2	1	35	1	1	1	2	0	0	0	0	0	0	0	1	1	2350	1	0	
20	34	0	2	3	2	0	36	1	1	1	2	0	0	0	0	0	0	0	1	0	2650	0	1	
21	29	0	1	2	2	1	30	3	1	1	3	1	0	0	0	0	0	0	1	0	1370	2	1	
22	30	0	1	0	0	0	34	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	2255	1	0	
23	26	0	1	2	1	0	26	4	0	2	0	1	0	0	0	0	0	0	1	1	1515	1	0	
24	40	2	1	1	0	0	30	3	1	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1180	2	0	
25	23	0	1	2	1	0	34	1	1	1	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1	2020	1	0	

Vista de datos Vista de variables

Área de información IBM SPSS Statistics Processor está listo Unicode ON