

FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

Escuela Académico Profesional de Medicina Humana

Tesis

**Efecto de los controles prenatales en la asociación
de la multiparidad y el desarrollo de prematuridad
en el Hospital Carlos Lanfranco La Hoz, 2022**

Guillermo Solano Sanchez

Para optar el Título Profesional de
Médico Cirujano

Lima, 2025

Repositorio Institucional Continental
Tesis digital



Esta obra está bajo una Licencia "Creative Commons Atribución 4.0 Internacional" .

INFORME DE CONFORMIDAD DE ORIGINALIDAD DE TRABAJO DE INVESTIGACIÓN

A : Decana de la Facultad de Ciencias de la Salud
DE : Cesar Johan Pereira Victorio
Asesor de trabajo de investigación
ASUNTO : Remito resultado de evaluación de originalidad de trabajo de investigación
FECHA : 13 de Febrero de 2025

Con sumo agrado me dirijo a vuestro despacho para informar que, en mi condición de asesor del trabajo de investigación:

Título:

Efecto de los controles prenatales en la asociación de la multiparidad y el desarrollo de prematuridad, en el Hospital Carlos Lanfranco la Hoz, 2022

Autor:

Guillermo Solano Sanchez – EAP. Medicina Humana

Se procedió con la carga del documento a la plataforma "Turnitin" y se realizó la verificación completa de las coincidencias resaltadas por el software dando por resultado 6 % de similitud sin encontrarse hallazgos relacionados a plagio. Se utilizaron los siguientes filtros:

- Filtro de exclusión de bibliografía SI NO
- Filtro de exclusión de grupos de palabras menores
Nº de palabras excluidas (20): SI NO
- Exclusión de fuente por trabajo anterior del mismo estudiante SI NO

En consecuencia, se determina que el trabajo de investigación constituye un documento original al presentar similitud de otros autores (citas) por debajo del porcentaje establecido por la Universidad Continental.

Recae toda responsabilidad del contenido del trabajo de investigación sobre el autor y asesor, en concordancia a los principios expresados en el Reglamento del Registro Nacional de Trabajos conducentes a Grados y Títulos – RENATI y en la normativa de la Universidad Continental.

Atentamente,



Asesor de trabajo de investigación

Dedicatoria

Esta tesis la dedico a las personas que siempre han estado apoyándome a lo largo de mi formación como estudiante, especialmente a mis padres: Cesar Guillermo Solano Cueva y Mirian Sánchez Terrones, así como a mis hermanos: Octavio y Carlos, que han sido mi soporte a lo largo de estos años, así como mi motivación para nunca rendirme y dar lo mejor de mí mismo.

Agradecimiento

Agradecer principalmente a mis padres por su apoyo y sacrificio demostrado en todos los aspectos, así como permitirme formarme en esta hermosa carrera profesional de Medicina que tanto disfruto.

A mis hermanos, por ser mi compañía y soporte anímico cada vez que desfallecía.

Agradecer a todos mis docentes y maestros a lo largo de la carrera, que me inculcaron su sabiduría y experiencia sobre la medicina y el cuidado de la salud.

Expresar el mismo sentido a mi asesor de tesis: Dr. Cesar Johan Pereira Victorio por la paciencia, y valiosas sugerencias desde el comienzo hasta el final del desarrollo de esta tesis.

Índice de contenido

Dedicatoria.....	iv
Agradecimiento.....	v
Índice de contenido.....	vi
Índice de tablas.....	viii
Índice de figuras.....	ix
Resumen.....	x
Abstract.....	xi
Introducción.....	xii
Capítulo I: Planteamiento del estudio.....	14
1.1. Planteamiento y formulación del problema.....	14
1.2. Formulación del problema.....	16
1.2.1. Problema general.....	16
1.2.2. Problemas específicos.....	16
1.3. Objetivos.....	16
1.3.1. Objetivo general.....	16
1.3.2. Objetivos específicos.....	16
1.4. Justificación.....	17
1.4.1 Justificación teórica.....	17
1.4.2 Justificación práctica.....	17
1.4.3 Justificación social.....	17
Capítulo II: Marco teórico.....	18
2.1. Antecedentes del problema.....	18
2.1.1. Antecedentes internacionales.....	18
2.1.2. Antecedentes nacionales.....	21
2.2. Bases teóricas.....	24
2.2.1. Prematuridad.....	24
2.2.2. Controles prenatales.....	29
2.2.3. Multiparidad.....	33
2.3. Definición y conceptos.....	34
Capítulo III: Hipótesis y variables.....	36
3.1 Hipótesis.....	36
3.1.1 Hipótesis general.....	36

3.1.3 Hipótesis específicas	36
3.2 Variables.....	36
Capítulo IV: Metodología	38
4.1. Métodos, tipo y nivel de la investigación.....	38
4.1.1. Método de la investigación	38
4.1.2. Tipo de la investigación	38
4.1.3. Nivel de la Investigación.....	39
4.3. Diseño de la investigación.....	39
4.4. Población y muestra	39
4.4.1. Población.....	39
4.4.2. Muestra.....	39
4.3.3. Muestreo.....	40
4.5. Técnicas e instrumentos de recolección y análisis de datos	41
4.5.2. Técnicas	41
4.5.3. Instrumento	41
4.5.4. Diseño	41
4.5.5. Confiabilidad y validez	41
Capítulo V: Resultados	44
5.1. Presentación de resultados	44
5.2. Discusión de resultados	47
Conclusiones	56
Recomendaciones.....	57
Referencias bibliográficas.....	58
Anexos	67

Índice de tablas

Tabla 1. Resultados porcentuales de variables.....	44
Tabla 2. Variables en relación con variable dependiente.....	45
Tabla 3. Análisis bivariado de resultados	46

Índice de figuras

Figura 1. Nacimientos prematuros por cada cien recién nacidos en Latinoamérica.	25
Figura 2. Atención Prenatal.....	29
Figura 3. Recomendaciones de plazos para controles prenatales.....	30
Figura 4. Frecuencia de resultado perinatal adverso en multíparas según el tipo.	34

Resumen

La multiparidad y los CPN insuficientes por sí solos son factores de riesgo para prematuridad, así, se pretende estudiar como intervienen dichos controles en las multíparas y que riesgo constituye para desarrollar partos pretérmino. El objetivo de la investigación fue determinar el efecto de los controles prenatales en la asociación de la multiparidad y el desarrollo de la prematuridad en el Hospital Carlos Lanfranco la Hoz durante el año 2022. En cuanto a la metodología, el estudio fue no experimental, observacional, cuantitativo. La muestra fue de 112 gestantes que se obtuvo a través del del software Epidat 4.2v. Este estudio fue revisado y aprobado por el Comité de Ética de la Universidad Continental. Se halló que la media de CPN en gestantes es insuficiente, con un promedio de 4.9. Las multíparas, en promedio, tenían un hijo previo, la mayoría de los RN (57.1%) fueron prematuros. Se encontró una significancia estadística ($p < 0.001$) entre el número de CPN y la prematuridad. El OR para el número de CPN fue 1.27, indicando que cada CPN aumenta la probabilidad de no desarrollar prematuridad en un 27 %. Se concluye que no hay efecto de los CPN de manera significativa que modifique la asociación de la multiparidad con la prematuridad. Además, se identificó un efecto negativo del PIG. La distancia del domicilio al EE.SS se reconoce que influye en el desarrollo de la prematuridad, se recomienda continuar con el estudio de los impedimentos de una atención optima en las gestantes, así como el seguimiento de los RN prematuros.

Palabras claves: atención prenatal, multiparidad, prematuridad, edad gestacional

Abstract

Multiparity and insufficient CPN alone are risk factors for prematurity; thus, the aim is to study how these controls intervene in multiparous women and what risk they constitute for developing preterm births. The objective of the research was to determine the effect of prenatal controls on the association of multiparity and the development of prematurity at the Carlos Lanfranco la Hoz Hospital during the year 2022. Regarding the methodology, the study was non-experimental, observational, and quantitative. The sample was 112 pregnant women who were obtained through the Epidat 4.2v software. This study was reviewed and approved by the Ethics Committee of the Continental University. It was found that the average CPN in pregnant women is insufficient, with an average of 4.9. Multiparous women, on average, had a previous child, most NBs (57.1%) were premature. A statistical significance ($p < 0.001$) was found between the number of CPN and prematurity. The OR for the number of CPN was 1.27, indicating that each CPN increases the probability of not developing prematurity by 27%. It is concluded that there is no effect of CPN in a significant way that modifies the association of multiparity with prematurity. Furthermore, the negative effect of PIG was identified. The distance from the home to the SS is recognized as influencing the development of prematurity; it is recommended to continue the study of the impediments to optimal care in pregnant women, as well as the follow-up of premature newborns.

Keywords: prenatal care, multiparity, prematurity, gestational age

Introducción

La presente investigación abarca la importancia de la salud materna y fetal al explorar la influencia de los controles prenatales en gestantes multíparas y su impacto para el desarrollo de prematuridad (1), es en ese sentido se debe mencionar que la atención prenatal desempeña un papel importante al garantizar y favorecer un desarrollo de la gestación saludable, y la importancia de esta atención aumenta en mujeres con embarazos previos por los riesgos que esta condición supone (2).

Los controles prenatales son aquellos procedimientos médicos, que se llevan a cabo con el fin de controlar y condicionar el desarrollo del embarazo de manera adecuada hasta su finalización, por otra parte la prematuridad está definida como el nacimiento antes de la semana 37 de gestación (3), esta situación conlleva riesgos significativos para el binomio madre-hijo, estableciendo la premisa para poder investigar los factores subyacentes que pueden influenciar en el desarrollo de esta condición de prematuridad, y particularmente en aquellas que son multíparas.

Se tiene en cuenta que la prevalencia de la prematuridad en nuestra región es de 900 mil nacimientos de esta categoría, donde nuestro país se encuentra en los 20 primeros puestos de este padecimiento de 7,3 % por cada 100 nacimientos, ahí la importancia de mejorar las condiciones socio-sanitarias para reducir esos indicadores (4).

También en el Perú, en un estudio con una población de 41 803 gestantes, se expuso que 49,7 % resultaron con complicaciones durante y posterior experimentó complicaciones durante y después del parto. Entre estas complicaciones, el 28.2 % de las mujeres había tenido menos de seis controles prenatales. Estos resultados indican que la falta de adherencia a los controles prenatales es una causa significativa de complicaciones obstétricas, como la prematuridad y la muerte materno-fetal (5).

Es en este sentido, la presente investigación propone analizar en profundidad como el número de controles prenatales desempeñan una importancia en la prevención o exacerbación de la prematuridad en gestantes multíparas. Este antecedente de partos previos abre varias posibilidades para entender la influencia entre la atención prenatal y los resultados perinatales, a través de revisión de literatura y análisis de información recogida del establecimiento de salud que

se toma como referencia para dicho estudio, buscando explicar como la calidad de la atención prenatal pueden influir en la incidencia de partos prematuros en este grupo específico.

Para analizar esta problemática se debe mencionar algunas causas, es así como los factores sociodemográficos y socioeconómicos tienen un rol importante en la explicación del no cumplimiento de los controles prenatales necesarios, sumados a las condición misma de ser una gestante múltipara, se genera un medio favorecedor para el desarrollo de prematuridad (6).

Así, se tiene como fin contribuir al avance del conocimiento en el ámbito de la salud materno perinatal, tratando de brindar literatura para generar mejores estrategias en la atención prenatal, así como favorecer la salud a largo plazo de las gestantes múltiparas y promover nuevas gestaciones saludables en esta población específica.

El proyecto abarca distintos puntos como el planteamiento del problema, describiendo qué motivó a desarrollar esta investigación, asimismo el marco teórico donde se exponen estudios previos relacionados a prematuridad y las bases teóricas necesarias para comprender este trabajo, también se describen las hipótesis y variables de estudio que intervienen en la investigación, así como la metodología con la que se desarrolló, consecuentemente se exponen los resultados y la discusión de estos mismos, cerrando con los aspectos administrativos y los anexos correspondientes.

Capítulo I

Planteamiento del estudio

1.1. Planteamiento y formulación del problema

La salud en la gestación siempre se ha visto comprometida por diversas complicaciones, que en el peor de los casos llevan a muerte materno-perinatal, en ese sentido la mortalidad materna ha ido disminuyendo hasta un 45 % desde 1990 a nivel mundial por mejoras en el acceso y servicio de salud, se estima por otra parte un promedio de 3 millones de muertes neonatales por año, cifras que aún se mantienen altas en países del tercer mundo. En América Latina, la reducción de muerte materna también ha sido progresiva en un 40 % (7). El estado de la muerte materna en el Perú reflejó igualmente una disminución en los últimos años pasando de 298 muertes / 100 mil nacidos vivos en 1990 a 68 muertes / 100 mil nacidos vivos en el 2015 teniendo como causa más frecuente la preeclampsia, exponiendo la misma tendencia de reducción como en la región y el mundo (8).

Queda claro que la situación de la salud en la gestante ha ido mejorando en los últimos años, a pesar de esto existen muchos factores que comprometen el buen desarrollo del binomio madre - hijo, es así que durante el 2015 la OMS estimó en el mundo que, cerca de 303 000 gestantes fallecieron por dificultades durante el proceso de gestación, así como en el mismo parto, resaltando de la misma manera que solo 64 % de gestantes acudieron para controles prenatales de entre 4 a 8, lo recomendado por esta entidad (9). En Latinoamérica, las cifras expresan que cerca del 15 % de gestantes se adhieren a los controles prenatales y donde el 4 % de gestantes no cuenta con ningún control prenatal (10). Por otra parte, en el Perú de un estudio con una población de 41 803 gestantes, 49,7 % presentaron complicaciones durante y posterior al parto de las cuales 28.2 % presentaron menos de seis controles prenatales, estas cifras exponen, que gran causa de

complicaciones obstétricas como prematuridad y muerte materno-fetal, es una deficiencia en cuanto a la adhesión a los controles prenatales (5).

La OMS estima que cada año hay 1 millón de muertes de 15 millones que nacen prematuros, posicionándose este problema como causa principal de mortalidad en menores de 5 años, dejando atrás malformaciones congénitas, infecciones, asfixia entre otros, constituyendo así una problemática para la salud pública por el gran número que representa (3,4).

La prevalencia de la prematuridad en Latinoamérica se estima en 900 mil nacimientos pretérminos, siendo Costa Rica el país con mayor porcentaje (13,6%) de nacimientos prematuros por cada 100 nacimientos, mientras que la situación del Perú es igual de significativa encontrándose en los primeros veinte puestos de esta misma estadística con un porcentaje de 7,3%, exponiendo a complicaciones y aumentando el riesgo de mortalidad de esta población (11).

Entre las diversas causas que pueden estar ocasionando la problemática planteada se puede identificar problemas socioeconómicos, sociodemográficos, familiares, etc. Sin embargo, uno de los motivos más resaltantes, es un acceso al servicio de salud deficiente, por largas colas para la atención médica, citas programadas para fechas muy extensas, el centro de salud más próximo muy alejado del domicilio, percepción deficiente de la atención médica por parte de la gestante; todo esto constituye barreras para el acceso al sistema de salud.

Los efectos que pueden traer los controles prenatales insuficientes son diversos, entre los que se encuentran retardo en el crecimiento intrauterino, mortalidad materno perinatal, enfermedades congénitas, aumento de la probabilidad de infecciones, prematuridad, etc. Este último como el factor más preocupante ya que la prematuridad representa la causa más frecuente de muerte en los recién nacidos (12).

Se conoce el hecho de que la multiparidad y los controles prenatales insuficientes de manera individual constituyen ambos factores de riesgo para desarrollar partos prematuros que son descritos ampliamente en la literatura, sin embargo, lo que se pretende estudiar es la interacción de estas variables con el riesgo de prematuridad, es decir, si el hecho de que las multíparas (de por si condición no modificable) con controles prenatales suficientes siguen constituyendo riesgo para prematuridad o este riesgo disminuye, o en otra situación el riesgo es

invariable, sumando a estas posibilidades el hecho del número de hijos previos, si entre más hijos previos hay mayor riesgo o este es invariable.

1.2. Formulación del problema

1.2.1. Problema general

¿Cuál es el efecto de los controles prenatales en la asociación de la multiparidad y el desarrollo de la prematuridad en el Hospital Carlos Lanfranco la Hoz, 2022?

1.2.2. Problemas específicos

1. ¿Cuál es la relación entre las madres multíparas y prematuridad en el Hospital Carlos Lanfranco la Hoz, 2022?

2. ¿Cuál es el efecto del periodo intergenésico en la relación de las madres multíparas con la prematuridad en el Hospital Carlos Lanfranco la Hoz, 2022?

3. ¿Cuál es el efecto de la distancia entre el domicilio y el centro de salud en la relación de las madres multíparas con la prematuridad en el Hospital Carlos Lanfranco la Hoz, 2022?

1.3. Objetivos

1.3.1. Objetivo general

Determinar el efecto de los controles prenatales en la asociación de la multiparidad y el desarrollo de la prematuridad en el Hospital Carlos Lanfranco la Hoz, 2022.

1.3.2. Objetivos específicos

1. Conocer la relación entre madres multíparas y prematuridad en el Hospital Carlos Lanfranco la Hoz, 2022.

2. Estimar el efecto del periodo intergenésico en la relación de las madres multíparas con la prematuridad en el Hospital Carlos Lanfranco la Hoz, 2022.

3. Medir el efecto el efecto de la distancia entre el domicilio y el centro de salud en la relación de las madres multíparas con la prematuridad en el Hospital Carlos Lanfranco la Hoz, 2022

1.4. Justificación

1.4.1 Justificación teórica

Los factores por los cuales se desarrollan nacimientos prematuros son diversos y muy estudiados, sin embargo, se pretende aportar mayor conocimiento teórico desde dos puntos importantes como lo son los controles prenatales y la multiparidad, enfocando el presente trabajo de investigación en la relación de estas dos y como esta tiene impacto en el desarrollo de este problema.

El Perú tiene cifras altas de nacimientos prematuros, donde se ha evidenciado que en los últimos años estos valores han ido disminuyendo, la investigación aportará mayor base teórica para el desarrollo de estrategias con el objetivo de fortalecer la salud materno-perinatal y evitando complicaciones obstétricas como muerte materna y prematuridad.

1.4.2 Justificación práctica

Los resultados de esta investigación constituirán una herramienta para la salud pública, así mismo como aporte bibliográfico y de data al HCLLH por no haber estudios previos en dicha institución sobre la temática abordada, con el objetivo de desarrollar mayores estrategias para la mejora de la salud materno-perinatal, como un enfoque diferenciado en embarazadas con gestaciones previas o un seguimiento y monitoreo constante de los controles prenatales es esta población, con el fin de evitar consecuencias desfavorecedoras como lo es la prematuridad que por otra parte constituye un costo económico mayor tanto para el estado en el cuidado de estos recién nacidos, como para la familia en lo económico y emocional, así como la necesidad de un mayor cuidado por el aumento de riesgo de discapacidad a corto, mediano o largo plazo.

1.4.3 Justificación social

El problema de la prematuridad afecta principalmente a la familia, generada por la carga emocional y económica que conlleva un recién nacido en esta condición, por lo que el presente trabajo de investigación pretende de igual manera concientizar, promover y motivar al grupo familiar y especialmente a las madres a realizarse los controles prenatales recomendados por las instituciones de salud con el fin de llevar a cabo un embarazo sin complicaciones, tanto para el bebé como para la gestante, buscando generar impacto en este grupo social y fortaleciendo así la promoción de la salud.

Capítulo II

Marco teórico

2.1. Antecedentes del problema

2.1.1. Antecedentes internacionales

Tigre et al. (2024 - Ecuador), en su trabajo de investigación, tuvieron como objetivo determinar cuáles son los factores de riesgo del parto pretérmino basado en la edad y los controles prenatales insuficientes en el Hospital Básico Luis Moscoso. Realizaron un estudio descriptivo cuantitativo con revisión de 50 historias clínicas del periodo de mayo a noviembre del 2023. Los resultados de este trabajo demostraron que el 70 % de las pacientes comenzaron sus controles en el primer trimestre, por otra parte 30 % de las gestantes los iniciaron en el segundo o tercer trimestre, también el 53.3 % del total presentaba 2 -4 controles, el 43.3 % entre 5 y 7 controles y el 3.3 % 8 o más, también se encontró que la edad materna temprana se asoció a mayor riesgo de prematuridad, debido a la inmadurez fisiológica y la menor adherencia a los servicios de salud. En conclusión, esta investigación expone que la edad materna avanzada y los controles prenatales aumentan el riesgo de prematuridad de manera significativa a la vez sugieren la necesidad de mejorar el acceso a los servicios de salud y educación prenatal para la prevención de complicaciones (13).

Feyisa et al. (2023 - Etiopia), en su trabajo de investigación, tuvieron como objetivo analizar diferencias entre el tiempo que las gestantes inician sus controles prenatales y que factores se asocian a esto, en diferentes regiones de Etiopía. Realizaron un estudio transversal basado en la encuesta demográfica y de salud de etiopia del 2019, donde se incluyeron a 2935 gestantes de edades entre 15 y 49 años de diversas regiones del país. Este trabajo tuvo como resultado que el

32.5 % de la población estudiada realizaron su primer control prenatal aproximadamente a partir de cuarto mes de gestación, esto sobre todo en zonas rurales, también demostraron que factores como consejería previa, el grado de instrucción y gestantes que residen en zonas urbanas influyen significativamente en el tiempo de inicio de los controles prenatales. En conclusión, el estudio resalta la importancia de mejorar el acceso a los servicios de salud, educación sobre la importancia de los controles prenatales tempranos y la reducción brechas sociodemográficas para la toma de acciones oportunas en la prevención y reducción de mortalidad materna y neonatal en Etiopía (14).

Alkwai et al. (2023 - Arabia Saudita), en su trabajo de investigación, tuvieron como objetivo analizar la asociación que hay entre la gran multiparidad (≥ 5 partos) y los resultados adversos neonatales en la región de Ha'il. Realizaron un estudio de cohorte retrospectivo, donde se incluyeron a 294 mujeres, donde 98 de ellas eran grandes multíparas y 196 tenían una menor paridad. Se recolectaron datos sobre factores sociodemográficos, características maternas y resultados neonatales adversos como por ejemplo la entrada a UCI, el bajo peso al nacer, un APGAR inferior a 7 puntos y la prematuridad. Los resultados de este trabajo expusieron una gran diferencia sobre la edad, el IMC, el nivel educativo y la prevalencia de diabetes gestacional entre las grandes multíparas y las bajas multíparas, por otra parte, no encontraron diferencias estadísticamente significativas sobre los resultados neonatales adversos entre ambos grupos estudiados. En conclusión, esta investigación refleja que la gran multiparidad no implica un riesgo agregado para el desarrollo de efectos adversos neonatales frente a multíparas menores, y que hay factores tales como la edad materna avanzada o la diabetes gestacional, que si representan un riesgo de importancia (15).

Barros et al. (2021 - Ecuador), en su investigación, tuvieron como objetivo reconocer que factores (sociodemográficos, actitudinales y sanitarios) se asocian a la ausencia de controles prenatales en Latinoamérica y como los efectos de estos tienen impacto en las complicaciones obstétricas, resaltando cuán importantes son estos controles durante el desarrollo de la gestación. El estudio que desarrollaron fue de tipo revisión descriptiva, a través de la estrategia PICO (Pacientes, intervención, comparación, resultados), en diversas bases de datos reconocidas, en un periodo de tiempo del 2015 – 2021, donde se analizó la información a través de los modelos de efectos fijo y efectos aleatorios. Los resultados que se obtuvieron fueron en un primer momento un total de 1718 registros de búsqueda relacionados, 86 de estos eran elegibles, de los cuales 56 no eran sobresalientes y finalmente quedaron 30 para dar cumplimiento al objetivo planteado por la investigación, lo que se obtuvo del metaanálisis, demostró que la carencia de controles

prenatales favorece la aparición de complicaciones obstétricas por mala calidad de atención, inasistencia, asistencia tardía, vivir en áreas rurales, etc.; mientras que un control prenatal adecuado impacta positivamente en el embarazo. En conclusión, se resalta la importancia de los controles prenatales y como favorecen un buen desarrollo materno perinatal, de lo contrario las principales complicaciones obstétricas que resaltan son infecciones, pobre ganancia de peso, prematuridad, hemorragias, muerte materno perinatal, etc.; todo esto por deficiencia o mal adherencia de controles prenatales (16).

Holcomb et al. (2021 - EE. UU.) tuvieron como objetivo evaluar condiciones perinatales en mujeres con atención y sin atención prenatal, así como indagar en las barreras que se interponen para que estas mujeres reciban controles prenatales adecuados. El diseño de estudio fue de cohorte en embarazadas que dieron a luz ≥ 24 semanas de gestacionales en hospitales públicos de la ciudad, cuya información de recabo de historias clínicas electrónicas. Los resultados de estos fueron que 9488 (97%) de mujeres recibieron controles prenatales y 326 (3%) no los recibieron, donde factores como residir en áreas dependientes de transporte público, requerían tiempos de tránsito más prolongado lo que favoreció el no tener controles prenatales. Se concluye que diversos factores geográficos como transporte público o centros de salud muy alejados del domicilio, por mencionar algunos, favorecen que las gestantes no lleguen a completar sus controles prenatales sugeridos, para controlar y prevenir complicaciones, entre la más frecuente prematuridad (17).

Hynes et al. (2021 - EE. UU.), en su investigación, tuvieron como objetivo describir el riesgo de parto prematuro espontáneo en gestantes multíparas sumado a anomalías congénitas uterinas (ACU). El diseño de estudio fue de cohorte retrospectivo, con una población de 122 de mujeres multíparas con anomalía congénita uterina, en un periodo de tiempo del 2013 al 2019 que dieron a luz en 1 de 2 sistemas de salud terciarios. Se obtuvieron como resultados de la investigación que de los alumbramientos fueron parto prematuro espontáneo previo en más de la tercera parte (n=48), la presentación de mayor número de ACU fue bicorne, las tasas de partos prematuros fueron mayores en mujeres con antecedentes de estos. Se concluye que las ACU favorecen el desarrollo de prematuridad en mujeres multíparas y en mayor número si tiene casos de prematuridad previa, por lo cual es importante tener en cuenta el factor de ACU para un mejor control y llevar a término la gestación y así evitar complicaciones que suelen padecer los recién nacidos pretérmino (18).

Tadese et al. (2021 - Etiopia), en su investigación, tuvieron como objetivo comparar las complicaciones perinatales entre grandes múltiparas (≥ 5 partos) y múltiparas bajas (2 – 4 partos) en un hospital de la zona norte de Shewa, Etiopia. Realizaron un estudio transversal comparativo en una población total de 540 mujeres múltiparas que dieron a luz, de las cuales 180 fueron grandes múltiparas y 360 fueron múltiparas bajas, el estudio se realizó en el periodo de tiempo del 1 de enero al 30 de marzo del 2021. Los resultados demostraron que el 14,1 % mostraron resultados adversos (complicaciones obstétricas); de estos, muerte fetal, puntuación baja de APGAR, y necesidad de resucitación se dio en mayor número en las grandes múltiparas, mientras que prevaleció el bajo peso al nacer, macrosomía, malformaciones congénitas y prematuridad en múltiparas bajas. En conclusión, el estudio demuestra que en las gestantes múltiparas también presentan complicaciones obstétricas, de las cuales la prevalencia de cada una varía según el número de partos (19).

Ipia et al. (2019 - Colombia), en su trabajo de investigación, tuvieron como objetivo realizar un resumen cualitativo de material teórico en relación con el efecto que tienen las condiciones sociodemográficas sobre los controles prenatales en América Latina. Realizaron un estudio cualitativo mediante búsqueda de literatura hasta junio de 2018, sin periodo de tiempo inicial determinado, en diferentes bases de datos de investigación, limitándose a tres idiomas (inglés, portugués y español), así como a población de Latinoamérica. Este trabajo tuvo como resultado una colección de 13 estudios destacados entre cualitativos (8), casos y controles (8) y descriptivos (12), donde los principales hallazgos fueron que existe una relación entre condiciones sociodemográficas y los controles prenatales, como tener un domicilio muy alejado favorece la inasistencia a los controles prenatales, al igual que ser madre adolescente, así como el hecho de que se pudieron evitar muertes perinatales en caso de adecuados controles prenatales, por mencionar los hallazgos más importantes de esta colección. En conclusión, esta investigación reflejó que distintos factores sociodemográficos (adolescencia, domicilio, desempleo, madres solteras, etc.) tienen efectos negativos en el proceso de gestación debido a que favorecen en muchos casos a que las madres no lleven controles prenatales adecuados o suficientes para lograr una gestación óptima a término (6).

2.1.2. Antecedentes nacionales

Martínez et al. (2019 - Lima), en su investigación, tuvieron como objetivo valorar si tanto factores sociodemográficos, patológicos, obstétricos y muerte fetal tardía presentaban asociación o relación entre estos. El diseño de estudio fue tipo retrospectivo o de casos y controles y cuya

población de estudio fueron gestantes atendidas en el Hospital Nacional Daniel Alcides Carrión, en un periodo de tiempo de julio del 2014 a junio del 2016, se tuvieron en cuenta diversos factores en cuanto a los obstétricos se tuvo en cuenta, los controles prenatales, paridad y trauma materno como los más resaltantes. Los resultados que se obtuvieron fueron que en cuanto a los factores sociodemográficos el mayor promedio de edad estuvo entre 25 y 29 años, siendo amas de casa y con nivel de estudio secundario, mientras que los factores obstétricos reflejaron que el 74,4% (134) tuvieron más de cinco controles prenatales y 71,7% (n=129) fueron multíparas, por otra parte, los factores patológicos como partos pretérminos (prematuridad) constituyeron el 25,6% (n=46). Se concluye, por tanto, que diversos factores entre los ya mencionados y en gran número los patológicos y obstétricos como controles prenatales insuficientes, prematuridad o multiparidad constituyen una asociación para que se presente muerte fetal tardía (20).

Hernández et al. (2019 - Lima), en su investigación, tuvieron como objetivo valorar la proporción de gestantes que tuvieron controles prenatales (CPN) de calidad y determinar qué factores se asocian a estos. El tipo de estudio que utilizaron fue de tipo transversal analítico, el cálculo de la proporción de controles prenatales, cuya fuente de información fue Endes 2017, con una población de estudio de 18 156 mujeres. Como resultado del estudio, se obtuvo que el rango de edad de gestantes fue de 25 – 34 años de las cuales del total de población 56.1 % recibieron controles prenatales de calidad, las mujeres de los quintiles de mayor riqueza tuvieron una menor cantidad de CPN, la mayoría de la población de estudio residía en la zona urbana (75,2%), la mayor parte en Lima metropolitana (30,7%) y la menor parte en la selva (16,2%). El 82,5 % de todas las mujeres realizaron su primer control prenatal, en el primer trimestre de la gestación y donde el 65,3% del total de mujeres si contaban con seguro de salud, estos como los factores más resaltantes del estudio. En conclusión, se puede deducir del estudio que 4 de cada 10 mujeres no recibieron controles prenatales de calidad, así como las mujeres de áreas nativas, sierra o zonas rurales se asoció a mala calidad de controles prenatales, estos factores facilitan el reconocimiento de las áreas donde se debe fortalecer y promover los controles prenatales para así evitar complicaciones obstétricas (21).

Núñez et al. (2019 - Lima), en su investigación, tuvieron como objetivo valorar si el tener controles prenatales inadecuados se asocia a complicaciones obstétricas en puérperas. El diseño de estudio fue analítico transversal donde la población de estudio fueron 66 registros de puérperas atendidas en el establecimiento de salud, se tuvo en cuenta características sociodemográficas, controles prenatales y complicaciones registradas en historias clínicas, teniendo en cuenta que se

denomina control prenatal inadecuado, a aquellos con un número menor a seis controles prenatales. Los resultados de esta investigación reflejaron controles prenatales inadecuados en 39.39% de gestantes, constituyendo una pobre ganancia de peso, infecciones de tracto urinario y anemia, como las principales complicaciones en el primer nivel de atención. Se concluye de la investigación que los controles prenatales tienen un papel importante en la evolución y prevención de complicaciones que se pueden dar durante la gestación y el reconocimiento de estas, favorece a un buen manejo de estas, evitando casos más graves como muerte materno – perinatal (22).

Mendoza et al. (2018 - Cuzco), en su investigación, tuvieron como objetivo encontrar cuales fueron las características y que prevalencia tuvieron los partos en domicilio, en el periodo de tiempo 2015 – 2016 en Ocongate, Cuzco. El tipo de estudio fue observacional, analítico, retrospectivo, de diseño casos y controles, donde se analizó casos de partos domiciliarios (incluyendo el 100% de historias clínicas de estas pacientes) y controles seleccionados aleatoriamente, donde se consideró factores sociodemográficos, instrucción académica, y factores gineco-obstétricos (entre los que se encuentran la multiparidad y controles prenatales, considerándose a seis como los mínimos necesarios), tiempo de viaje al establecimiento de salud. Los resultados fueron de un total de 558 partos, el 8.7% (49) de esta población fueron partos domiciliarios, en relación con las características gineco-obstétricas, se reportó a 22 pacientes con controles prenatales incompletos, mientras que 85 los tuvieron completos, así mismo 103 gestantes fueron multíparas y de estas 37 fueron por partos domiciliarios. En conclusión, los partos domiciliarios constituyen un riesgo para el desarrollo adecuado del parto por diversas complicaciones que se pueden presentar durante este, en ese sentido varias características favorecen que se de este tipo de partos, como el difícil acceso geográfico, zonas de pobreza o estar muy alejados del centro de salud, esto genera otras incidencias como el no cumplir con los controles prenatales sugeridos, aumentando el riesgo de alguna complicación obstétrica (23).

Munares et al. (2013 - Lima), en su investigación, tuvieron como objetivo estudiar qué factores se asocian a la deserción de los controles prenatales (CPN). El método de estudio que se utilizó fue de casos y controles, cuya población de estudio fueron 328 gestantes, cuyas muestras se dividieron en dos, 164 con abandono de CPN (Casos) y 164 sin abandono de CPN (164), estas gestantes atendidas en el Instituto Nacional Materno Perinatal. Los resultados que se obtuvieron fueron que vivir en domicilios de estratos económicos bajos, solo nivel de educación secundaria, así como ser gestantes multíparas aumenta la tasa de controles prenatales insuficientes, así como el abandono, de la misma manera se demostró que las madres sentían que los controles prenatales

no tenían alguna importancia y los abandonaron (11,6%), el 7,3% de gestantes que abandonaron los CPN fueron multíparas. Se concluye que diversos factores intervienen para el abandono de los controles prenatales, esto conlleva a una mayor tasa de complicaciones obstétricas, como prematuridad o muerte materno – perinatal (1).

2.2. Bases teóricas

2.2.1. Prematuridad

2.2.1.1. Definición

Se define prematuridad al nacimiento antes de las 37 semanas gestacionales, a partir de la última menstruación (24).

La consideración que se tiene con los recién nacidos de esta edad gestacional es por las complicaciones que conllevan la inmadurez como lo son la del sistema respiratorio, y por tanto una deficiente adaptación a la vida extrauterina, complicaciones en el neurodesarrollo, alteraciones fisiológicas y generalmente es un factor importante para muerte neonatal.

Debemos distinguir también que la prematuridad puede ser inducida como medidas terapéuticas con el fin de mantener el bienestar de la madre o del feto, sobre todo en patologías tales como preclamsia y RCIU (25).

2.2.1.2. Epidemiología

El número de prematuridad a nivel mundial aun es elevado, los países que lideran esta problemática son La India, China y Nigeria, y los que lo hacen por cada 100 nacidos vivos son Malawi, Camoras y Congo entre los principales, por otra parte, en Latinoamérica la natalidad por año de partos prematuros es de aproximadamente 135 000 constituyendo factor importante de muerte en la región los países que presentan mayor tasas de nacimiento prematuro por cada 100 se encuentran Costa Rica, El Salvador, Honduras. (3)

No.	País	% nacimientos prematuros
1	Costa Rica	13,6
2	El Salvador	12,8
3	Honduras	12,2
4	Belice	10,4
5	Uruguay	10,1
6	Nicaragua	9,3
7	Brasil	9,2
8	Bolivia	9,0
9	Colombia	8,8
10	Panamá	8,1
11	Venezuela	8,1
12	Argentina	8,0
13	Paraguay	7,8
14	Guatemala	7,7
15	Perú	7,3
16	México	7,3
17	Chile	7,1
18	Cuba	6,4
19	Ecuador	5,1

Figura 1. Nacimientos prematuros por cada cien recién nacidos en Latinoamérica. Tomada de Matos (3)

Mientras que en el Perú los partos pretérminos representaron 21,8 % de los nacimientos reportados durante el 2017, cifras elevadas por diferentes factores, entre los que se encuentran un número de controles prenatales insuficientes, infecciones, enfermedades crónicas, etc. (26)

2.2.1.3. Clasificación

La prematuridad se puede subdividir de acuerdo con la edad gestacional:

a) Extremadamente prematuro: menos de 28 semanas gestacionales

Este tipo de prematuridad es muy alta en mujeres cuyo Índice de Masa Corporal es alto (IMC ≥ 30) (27).

La hemorragia interventricular es frecuente en estos pacientes y la forma que más se presenta es el grado severo y con relación a inmadures cerebral, constituyendo complicaciones como hidrocefalia e infarto hemorrágico periventricular. (28) Por lo que se debe tener especial cuidado y control durante la gestación en esta población.

b) Muy prematuro: 28 a < 32 semanas gestacionales

Como todo prematuro suelen presentar riesgos, así la encefalopatía aguda de bilirrubinas es usualmente encontrada en esta población (29).

c) Prematuro moderado: 32 a < 37 semanas gestacionales

- Prematuro tardío (leve) : 34 a < 37 semanas gestacionales

El déficit del desarrollo psicomotor constituye uno de los problemas principales que afectan a este grupo de prematuros, tanto a moderados como tardíos, y eso se ve muy influenciado por la hipoglucemia sintomática, la cual es el factor principal para este déficit, el cual también es influenciado por gemelaridad, género masculino (30).

Se entiende por tanto que, a menor edad gestacional, son mayores los riesgos o complicaciones que se pueden presentar en estos recién nacidos (31).

2.2.1.4. Causas

a) Factores maternos

- Edad materna: suele ser causa de prematuridad las gestantes en edades extremas (adolescentes y mujeres mayores de 35 años).

- Desbalances nutricionales: también es un gran factor de riesgo para prematuridad tanto el bajo peso, por un pobre aporte nutricional para la madre como para el producto para los requerimientos debido a los cambios fisiológicos, por otra parte, la obesidad igualmente genera diferentes alteraciones metabólicas debido a niveles altos de colesterol, por mencionar la complicación más importante a la diabetes gestacional, la cual consecuentemente genera prematuridad (32).

- Grado de instrucción: es un factor que se asocia al desarrollo de prematuridad por favorecer una pobre adherencia a los controles prenatales, esto causado por un deficiente nivel educativo y poco conocimiento de riesgos y complicaciones que se pueden presentar durante la gestación, todo esto desarrollado generalmente en grado de instrucción menor a la secundaria. (33)

b) Factores fetales

- **Anomalías congénitas**

- **Cromosómicas**

Los factores genéticos están muy involucrados en la causa de partos pretérmino, las cuales suelen presentar malformaciones múltiples, entre las anomalías que causan estos partos se encuentran las Trisomías 18 y 21, Sd. De Turner. (34)

- **No Cromosómicas**

Generalmente se refiere a malformaciones que se pueden limitar a un solo órgano o por otro lado pueden comprometer un sistema, son diversas las malformaciones, entre las que se hallan los defectos del tubo neural, cardiacos, renales, etc. (35).

c) Factores uterinos

Las malformaciones uterinas, entre las que se encuentran el útero bicorne y bidelfo son igualmente causantes de partos prematuros por no brindar un medio adecuado para la gestación y por tanto no poder llevar a término deseado, este proceso.

d) Factores patológicos asociados

- **Infección del tracto urinario (ITU)**

Está definida como la irrupción en la vía o conducto urinario del algún patógeno que en la gestante por diversos cambios físicos, hormonales e inmunes se favorece el desarrollo de la enfermedad, dependiente de factores agregados puede haber síntomas, dicha sintomatología puede ser hematuria, disuria o dolor pélvico; a la vez esta se puede clasificar en ITU complicada o no complicada, el manejo inadecuado de dicho proceso infeccioso constituye un factor de gran importancia para el desarrollo de prematuridad (36).

- **Vulvovaginitis**

Se define como infecciones vaginales que suelen tener una prevalencia significativa en las gestantes, se puede manifestar clínicamente con escozor, descenso o flujo vaginal, mal olor, irritación, dicho proceso suele ser causado por diferentes factores como la vaginosis bacteriana, candidiasis o la tricomoniasis vaginales, según el origen etiológico y el manejo de la patología se definirá el riesgo para la gestación (37).

- **Bacteriuria asintomática**

Su concepto refiere como la orina infestada de niveles elevados de bacterias gram negativas más frecuentemente como la E. Coli, lo característico y lo que lo diferencia de la infección del tracto urinario es que hay ausencia de sintomatología (38).

- **Diabetes gestacional**

Afección de la gestante definido por una tolerancia deficiente a los carbohidratos, generando en ese proceso un aumento de la glicemia durante el embarazo, asociado a complicaciones a largo y corto plazo tanto para la gestante como para el feto, como diabetes mellitus tipo 2 en la gestante, preeclampsia, prematuridad, bajo peso al nacer, etc. (39).

e) Factores obstétricos

- **Paridad**

Constituye un factor importante para el desarrollo de partos pretérmino, demostrado por investigaciones, en multíparas y aun mayor riesgo en grandes multíparas (≥ 5 partos), así como embarazos múltiples (40).

- **Controles prenatales**

El cumplimiento de estos es crucial ya que gestantes con controles prenatales insuficientes generan riesgo de muerte fetal, así como de prematuridad, por la no anticipación a complicaciones, así como el inadecuado cuidado durante el desarrollo de la gestación en el contexto de falta de evaluaciones por personal de salud (22).

- **Antecedente de aborto**

Es un factor importante para tomar en cuenta ya que constituye un factor de riesgo para prematuridad el haber cursado con un evento de interrupción de la gestación (<22 semanas gestacionales), hasta medio año antes del de la gestación actual (40).

- **Embarazo múltiple**

Este factor obstétrico tiene un riesgo aproximado de 10 veces más de causar prematuridad a comparación del riesgo que representan los embarazos simples, el embarazo múltiple es variable según grupos étnicos y en edad materna avanzada (>40 años) (41).

2.2.2. Controles prenatales

2.2.2.1 Definición

Son un conjunto de acciones para asegurar el bienestar y mantenimiento del estado de salud de las gestantes, así como el de los bebés, cuyo objetivo se enfoca en detectar a tiempo riesgos que compliquen el proceso de gestación generando acciones inmediatas para asegurar este desarrollo, simultáneamente favorece y fortalece hábitos de salud --9--. La OMS sugiere que el número de controles prenatales adecuados son de 4 a 8, con los que debe contar toda gestante (9).

Los CPN insuficientes han demostrado que son un factor de riesgo importante para muerte materna, en mayor número a aquellas gestantes con 0 CPN, por lo que quedo comprobado que a mayor número de CPN disminuye el riesgo otros factores que influyen en mortalidad se encuentran las grandes multíparas y edades extremas (42).



Figura 2. Atención Prenatal. Tomada del Ministerio de Salud del Perú. 2019 (43)

2.2.2.2 Metas

El propósito de los controles prenatales, propuestos por el MINSa son:

- a) Se debe valorar de manera individual y optima tanto a la madre como al feto
- b) Reconocer signos de alarma o complicaciones, para poder evaluar, detectar y finalmente hacer una referencia oportuna.
- c) La evaluación precoz, permitirá prevenir complicaciones o riesgos durante el desarrollo del embarazo.
- d) El control adecuado también se enfoca en alistar en los ámbitos físicos y mentales a la gestante, para el momento del parto (44).

2.2.2.3 Plazos

Lo recomendable según las instituciones de salud, es realizarse los controles prenatales lo antes posible, entre un periodo antes de la 10ma semana gestacional, adhiriéndose a controles persistentes, cada cierto tiempo, individualizada y optima.

Los plazos sugeridos por el Minsa son:

- 1) Un control prenatal cada mes, hasta la 32 semana gestacional.
- 2) Un control prenatal cada 15 días desde la semana gestacional 33 a la 36.
- 3) Un control prenatal cada semana a partir de la semana gestacional 37, hasta que se produzca el parto (44).



Figura 3. Recomendaciones de plazos para controles prenatales. Tomada del Ministerio de Salud del Perú. 2019 (43)

2.2.2.4 Características

- **Precoz:** el 1er control prenatal se sugiere realizarlo durante el 1er trimestre del embarazo, con el fin de evaluar y prevenir alguna complicación que se pueda presentar tempranamente.

- **Periódico:** el riesgo que presenta la gestante es determinante para el número de visitas que requiera. De esta manera se necesitarán mínimamente 6 controles prenatales para gestantes de bajo riesgo, estos controles se dan 1 en el 1er trimestre, 2 en el 2do trimestre y finalmente 3 en el 3er trimestre.

- **Completo:** la esencia de los controles prenatales es la de asegurar que se cumplan de manera adecuada tanto promoción, recuperación y rehabilitación del estado de salud de la gestante.

- **Amplia cobertura:** lo que se busca es que los controles prenatales sean de forma óptima y completa, y que todas las gestantes sin distinción tengan estos controles, con el objetivo de generar un impacto en la salud pública tanto de madres como de los recién nacidos (2).

2.2.2.5 Objetivos

El pilar fundamental de los controles prenatales es ayudar a asegurar que el bebé tenga un parto saludable y sin complicaciones, con el objetivo de garantizar el mínimo riesgo tanto para la madre como para el recién nacido, entre los objetivos se puede mencionar a:

a) Determinar con mayor exactitud cuan es la edad gestacional:

Este objetivo se centra en precisar adecuadamente la edad gestacional, y así conocer el tiempo y los riesgos que representa esta edad como el de tener un parto prematuro, teniendo esto en cuenta se puede informar a la madre de qué medidas se pueden optar en relación con la gestación. Esta precisión se puede realizar preguntando a la madre “Cual fue tu última fecha de regla”.

b) Diagnosticar y vigilar la condición fetal, así como conocer el desarrollo de este:

Las formas o maneras para identificar cual es la condición del desarrollo fetal son diversas, se pueden resaltar mecanismos antropométricos, como lo son las maniobras de Leopold, el diámetro de la altura uterina, así como los movimientos fetales, estos son algunos de los cuales nos permitirán brindar una idea inicial para vigilar si el desarrollo fetal es óptimo.

c) Diagnosticar la condición materna:

Condiciones clínicas desfavorables en la madre constituyen riesgos significativos para el desarrollo fetal, así como complicaciones para la gestante por su estado de vulnerabilidad. Teniendo esto en cuenta es crucial realizar consultas con las diversas especialidades con el fin de mantener el estado de salud de la madre y lograr una gestación a término sin complicaciones o con el menor riesgo posible.

d) Educación a la pareja

Este objetivo se basa en informar a la pareja sobre que cuidados y apoyo debe brindar a la gestante, para minimizar riesgos o complicaciones, así como soporte emocional, estos informes se deben impartir en las sesiones de controles prenatales (2).

2.2.2.6 Abandono de controles prenatales

Los controles prenatales (CPN) deben realizarse de forma periódica y teniendo mínimamente 6 o más en caso de que se identifique algún factor de riesgo, en ese sentido quienes no cumplan con este número de controles, se identificara como abandono de controles prenatales.

Cabe resaltar que entre las complicaciones más frecuentes de CPN insuficientes se encuentra tanto el aborto y la prematurez, el riesgo de estas complicaciones aumenta con la edad, la bibliografía refiere que el riesgo es significativo en mayores de 35 años por lo que se debe tener especial control en las mujeres añosas, por el peligro de cromosopatías, abortos, preeclamsia o prematuridad (45).

De la misma manera entre los factores de no cumplimiento de CPN se encuentran tanto, adolescentes (15-19 años), nivel educativo primario o antes, multigestas, mujeres solteras (46).

a) Factores biológicos

- Edad: estudios refieren que el abandono de CPN se encuentran en rangos de edad entre 20 – 24 años, sin embargo, las gestantes adolescentes también representan un gran número de abandono de controles prenatales sumados a otros factores

- Paridad: es más frecuente en nulíparas por ser la primera vez que cursan con una gestación y el poco conocimiento de los cuidados que debe tener en su estado.

- Edad gestacional: muchas de las gestantes inician su primer control prenatal muy tarde (13 – 27 semanas), para lo sugerido que es una en el 1er trimestre, esto sugiere que las madres no cumplan con el numero propuesto de controles prenatales (47)

b) Factores sociales

- Nivel educativo: la mayoría de las gestantes cuentan con un nivel educativo de secundaria, el cual es sugerente de que no hay una orientación adecuada sobre las complicaciones que pueden dar durante una gestación.

- Estados civil: el mayor número de gestantes tienen un conviviente, lo cual por una parte puede ser un apoyo para la madre, sin embargo, a pesar de eso constituyen un gran número de abandono probablemente por la realización de labores domésticas.

- Ingreso mensual económico: el mayor número de abandono de los controles prenatales se da en aquellas gestantes que tienen un ingreso menor al sueldo mínimo, esto es significativo ya que priorizaran el desarrollo de sus actividades o trabajo, no cumpliendo así sus controles propuestos, el factor económico tiene mucho impacto en el abandono.

- **Domicilio:** el abandono se da mayormente en aquellas gestantes que provengan de zonas rurales, así como de vivir en zonas lejanas al centro de salud, esto es determinante para el abandono, porque constituye mayor tiempo y gasto económico, por lo que hay mucha tendencia al incumplimiento de los controles (47).

2.2.3. Multiparidad

2.2.3.1. Definición

Se define como gestante múltipara a aquella con gestaciones previas, dependiendo del número de estas se pueden clasificar.

2.2.3.2. Clasificación

Se puede clasificar por el número previo de gestaciones:

a) Grandes múltiparas: ≥ 5 partos, son el grupo de gestantes que tienen a presentar mayores complicaciones.

b) Múltiparas bajas: 2 - 4 partos (19).

2.2.3.3. Multiparidad como factor de riesgo

- **Prematuridad:** la multiparidad constituye un factor de riesgo para el desarrollo de partos pretérmino como sugieren los estudios, este riesgo se suele presentar en ambos tipos de multiparidad, sin embargo, tiende a haber un mayor número de múltiparas bajas (2 – 4 partos), que desarrollan partos prematuros (19).

- **Periodo intergenésico corto (PIC):** suele ser muy frecuente en madres múltiparas, este se define como un periodo de tiempo menor a 18 meses desde la última concepción. Constituye un factor de riesgo entre los que están muerte neonatal, bajo peso al nacer, prematuridad, etc. La prematuridad se sugiere que se da por la deficiencia de micronutrientes, así como el remodelamiento incompleto del cérvix, asociado a múltiparas, aunque también se ha demostrado que hay mayor incidencia de múltiparas con hijos que presentan bajo peso, frente a la prematuridad en el contexto de un PIC (48).

- **Preeclampsia:** investigaciones demuestran que en la multiparidad existe predominio del desarrollo de hipertensión arterial, con preeclampsia sobreañadida, y esta preeclampsia aumenta a la vez el riesgo de producir un parto prematuro u otras complicaciones como RCIU (49).

- **Bajo peso al nacer:** asociada a distintas complicaciones, sobre todo las relacionadas con el desarrollo, es un riesgo a tener en cuenta en el contexto de la presentación de madres múltiparas, estudios exponen que esta población, por la misma remodelación cervical que se genera por diversas gestaciones, constituyen un medio favorecedor para el desarrollo de bajo peso al nacer por un ineficiente aporte de nutrientes, la importancia de este factor recae en que los controles prenatales adecuados, constituyen el medio con el cual se puede reducir este riesgo. (50)

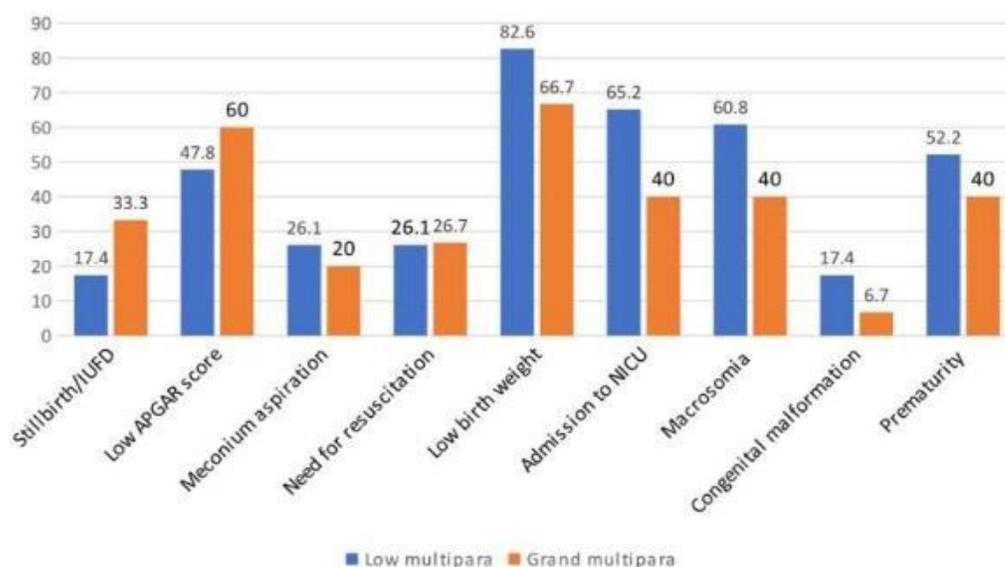


Figura 4. Frecuencia de resultado perinatal adverso en múltiparas según el tipo. Tomada de Tadese M. Adverse (19)

2.3. Definición y conceptos

- **Controles prenatales**

La atención prenatal constituye acciones para fortalecer el estado de salud del binomio madre-hijo, con el objetivo de identificar precozmente riesgos que constituyan peligro o compromiso para el desarrollo adecuado o esperado de la gestación (12).

- **Prematuridad**

La OMS la define como el nacimiento menor a las 37 semanas gestacionales, desde la fecha de última regla, dividiéndose a su vez en moderadamente prematuros, muy prematuros y finalmente en extremadamente prematuros (24).

- **Multiparidad**

Se le define con este término a las madres con gestaciones previas a la actual, la cual se puede clasificar según el número de embarazos anteriores, cuya identificación es de significancia para el trato diferenciado que necesitan durante su periodo gestacional.

- **Factores de riesgo**

Aquellas características que constituyen peligro o complicaciones que generan un medio favorable para el desarrollo de enfermedad o patología, en el contexto del evento estudiado.

- **Factores sociodemográficos**

Conjunto de características que se enfocan en describir diversos datos de una población, con el fin de exponer un análisis en el contexto de una variable dada.

- **Edad gestacional**

Numero de semanas desde la última fecha de menstruación de la madre, hasta la fecha del parto, es un periodo que mide la edad del bebé durante la vida intrauterina hasta que se dé la concepción.

- **Mortalidad perinatal**

Engloba a la muerte fetal tardía que ocurre desde la semana gestacional 28 o 1000gr hasta el día del parto, y la muerte neonatal precoz que comprende desde el día de nacimiento hasta la primera semana de vida.

Capítulo III

Hipótesis y variables

3.1 Hipótesis

3.1.1. Hipótesis general

Los controles prenatales desarrollan efecto modificador de riesgo en asociación con las gestantes multíparas para el desarrollo de partos prematuros, en el Hospital Carlos Lanfranco la Hoz, 2022.

3.1.2 Hipótesis específicas

- Las madres multíparas presentan riesgo para desarrollar prematuridad, en el Hospital Carlos Lanfranco la Hoz, 2022.

- El periodo intergenésico influye en las madres multíparas, para el desarrollo de partos pretérmino, en el Hospital Carlos Lanfranco la Hoz, 2022.

- La distancia entre el domicilio y el centro de salud influye en las madres multíparas para el desarrollo de partos pretérmino, en el Hospital Carlos Lanfranco la Hoz, 2022.

3.2 Variables

- **Variable dependiente (ver anexo 2)**
 - Prematuridad
 -

- **Variable independiente**

- Controles prenatales (CPN)
- Multiparidad

- **Covariables**

- Antecedente de prematuridad
- Edad de la gestante
- Parto
- Tipo de parto
- Sexo del recién nacido
- Peso al nacer
- Distancia del domicilio al establecimiento de salud
- Grado de instrucción
- Estado civil
- Periodo intergenésico
- Enfermedad asociada a la gestación actual

Capítulo IV

Metodología

4.1. Métodos, tipo y nivel de la investigación

4.1.1. Método de la investigación

El presente trabajo de investigación se desarrolló con un enfoque cuantitativo, esto debido a que se emplean datos medibles, por pruebas o métodos estadísticos para así analizar los datos recogidos (51).

4.1.2. Tipo de la investigación

La presente investigación se enmarca en las investigaciones básicas o puras, procedente del análisis de datos recogidos, aplicando el conocimiento teórico y general (52).

4.2.2.1. Según la intervención del investigador

Observacional debido a que el autor/investigador no tiene intervención.

4.2.2.2. Según la planificación de la toma de datos

Retrospectivo debido a que el fenómeno a estudiar ocurre previo al momento en que se planifico el proyecto de investigación.

4.2.2.3. Según el número de ocasiones en las que se mide la variable de estudio

Transversal debido a que las variables que se estudian en la presente investigación se miden solamente una vez en un periodo de tiempo.

4.2.2.4. Según el número de variables asociadas

Analítico ya que se pone a prueba una hipótesis, así como la formulación de ésta, buscando encontrar cual es la relación entre las variables.

4.13. Nivel de la Investigación

Estudio correlacional, cuyo objetivo de este fue hallar el grado de asociación entre las variables planteadas en el estudio, y donde estas se cuantifican, analizan y vincula, a través de una prueba de hipótesis correlacional (52).

4.3. Diseño de la investigación

Este estudio es de diseño observacional debido a que como investigador no tengo influencia alguna en la variable de exposición, (52) analítico ya que hay un grupo de control para demostrar la hipótesis planteada, (53) finalmente transversal debido a que la variable dependiente e independiente se recogen al mismo tiempo (52).

4.4. Población y muestra

4.4.1. Población

El presente estudio se desarrolló en el Hospital Carlos Lanfranco La Hoz, cuya institución de salud es de nivel II-2, donde la población referencial es aproximadamente de 457 737 hab.(54) dicho establecimiento se encuentra ubicado el distrito de Puente Piedra, Lima, Perú.

Se tiene presente que para el 2017 la población de partos prematuros represento 105 600 a nivel nacional, según Endes (55).

La población estuvo constituida por gestantes que realizaron sus controles prenatales en el Departamento de Gineco-Obstetricia del Hospital Carlos Lanfranco la Hoz del distrito de Puente Piedra, durante el año 2022.

4.4.2. Muestra

El cálculo de la muestra se obtuvo a través del programa para análisis epidemiológico de datos Epidat Versión 4.2 (2016) Consellería de Sanidade, Xunta de Galicia, España; Organización Panamericana de la Salud (OPS-OMS); Universidad CES, Colombia. a través de comparación de

proporciones enfocada en resultados de prematuridad de bibliografía previa “El control prenatal y el desenlace materno perinatal” (56), donde:

- Población 1: 29,800% (Prematuridad con CPN insuficientes)
- Población 2: 5,600% (Prematuridad con CPN suficientes)
- Razón entre tamaños muestrales: 1,00
- Nivel de confianza: 95,0%

- **Resultado:**

Potencia (%)	Tamaño de la muestra*		
	CPN insuficientes	CPN suficientes	Total
90,0	51	51	102

*Tamaños de muestra para aplicar el test X^2 sin corrección por continuidad

La muestra final será de 112 gestantes para la recolección de datos, añadiendo 10% de sujetos de investigación para asegurar la confiabilidad.

4.4.3. Muestreo

Se utilizó un muestreo aleatorio simple donde todos los elementos de la muestra (gestantes) (manteniendo primeramente la proporción entre quienes tienen controles prenatales, como quienes no las tienen, de igual forma para prematuridad, como para recién nacidos no prematuros y finalmente entre multíparas y no multíparas), tengan la misma probabilidad de aparición en la muestra, de esa manera se realizara un primer supuesto es decir gestantes cuyo recién nacido haya sido prematuro versus gestantes cuyo recién nacido haya sido a término y así consecutivamente con las siguientes relaciones entre variables, dicho proceso de aleatorización se realizara utilizando para el análisis estadístico el programa STATA v18 1996–2022 desarrollado por StataCorp LLC.

- **Criterios de inclusión**

- Gestantes con parto institucional en el HCLLH durante el periodo 2022

- **Criterios de exclusión**

- Gestantes cuyos controles han sido desarrollados en el HCLLH y hayan sido referidas a otro establecimiento de salud.

- Gestantes cuya historia clínica no tenga la información completa para los requerimientos de las variables que se evalúan.

4.5. Técnicas e instrumentos de recolección y análisis de datos

4.5.1. Técnicas

El análisis de la investigación fue documental, debido a que la información será obtenida de las historias clínicas.

4.5.2. Instrumento

Ficha de recolección de datos

4.5.3. Diseño

El instrumento para la recopilación de información se realizó a través de una ficha de recolección de datos.

4.5.4. Confiabilidad y validez

Se realizó la prueba de consistencia interna de la ficha de recolección de datos, a través de la prueba de alfa de Cronbach, la cual se realizó con una prueba piloto que constó de 20 pacientes y donde se esperaba una puntuación entre 0,8 a 1,0 para establecer la consistencia del instrumento.

Constituida por: (ver anexo 3)

- **Parte 1: Datos para objetivo general**

- Numero de controles prenatales
- Número de partos previos
- Edad gestacional de parto actual
- Antecedente de prematuridad

- **Parte 2: Datos para información específica**

- Edad de la gestante

- Parto
- Tipo de parto
- Sexo del recién nacido
- Peso al nacer
- Distancia del domicilio al establecimiento de salud
- Grado de instrucción
- Estado civil
- Periodo intergenésico
- Enfermedad asociada a la gestación actual

4.5.5. Análisis de datos

La presente investigación evaluó la asociación de los controles prenatales con la multiparidad para comprobar la relación con la prematuridad, es así como posterior al recojo de información y para el logro de los objetivos planteados, se elaboró una base de datos mediante el uso del programa Excel y se utilizó el software estadístico STATA para determinar las pruebas de inferencia estadística.

En cuanto a estadística descriptiva, las variables numéricas se expresarán como media (\bar{x}) \pm DE, por otra parte, para las variables categóricas se utilizará porcentajes (%).

Para determinar la asociación esperada entre las variables, se utilizará la prueba de regresión lineal o correlación de Pearson en el caso de las variables numéricas, y en el caso de variables dependientes numéricas relacionadas a variables independientes categóricas se utilizará T Student o ANOVA, así como Chi – cuadrado en caso de asociación de variables categóricas, donde se considerará como significancia estadística para los valores de “ $p = < 0.05$ ”, sumado a esto intervalos de confianza del 95%, sin embargo en caso no se cumplan las condiciones o supuestos planteados, se procederá a utilizar pruebas no paramétricas, así mismo se hizo uso de regresión logística. Utilizando para el análisis estadístico el programa STATA v17 1996–2022 desarrollado por StataCorp LLC.

4.5. Consideraciones éticas

En primera instancia el trabajo de investigación se presentó ante el Comité de Ética para que sea aprobado cumpliendo las exigencias sugeridas.

Posterior a la aprobación por dicho comité, se solicitó el permiso respectivo al hospital donde se desarrolló la investigación para el recojo de la información necesaria.

Las fichas de recolección de datos fueron protegidas por el investigador, las mismas que guardaron la confidencialidad de la población de estudio, sin vulnerar los derechos humanos. Se tiene presente que la investigación médica científica tiene como objetivo generar nuevos conocimientos, en ese sentido, no se pretende sobrepasar derechos o intereses de la población de estudio, respetando los principios bioéticos.

- Beneficencia: el proyecto se realiza con el fin de generar un mayor beneficio para la salud de las gestantes.

- No maleficencia: esta investigación busca encontrar resultados para la mejora del sistema de salud enfocada a las gestantes, para esto no se genera ningún daño a la población de estudio.

- Justicia: se respetará la dignidad y derechos de la población de estudio, así mismo se recalca la igualdad entre las gestantes con el fin de que los resultados del proyecto beneficien a todas por igual.

- Autonomía: se respetará las opciones individuales de las gestantes, y no vulnerar su decisión.

Capítulo V

Resultados

5.1. Presentación de resultados

Tabla 1. Resultados porcentuales de variables

Características	N (%)
Nro. de CPN*	4,9 ± 2,9
Múltiparas	
Sí	69 (61,6)
No	43 (38,4)
Nro. de Partos previos ⁺	1 (0 - 2)
Edad Gestacional (semanas) ⁺	36 (34 - 39)
RN prematuro	
Sí	64 (57,1)
No	48 (42,9)
Tipo de Prematuridad	
Prematuro tardío	43 (38,4)
Prematuro moderado	12 (10,7)
Prematuro extremo	5 (4,5)
Prematuro muy extremo	4 (3,6)
No prematuro	48 (42,9)
Antecedente de Prematuridad	
Si	22 (19,6)
No	90 (80,4)
Edad de la gestante (años)*	28,3 ± 7,3
Vía de parto	
Vaginal	59 (52,7)
Cesárea	53 (47,3)
Tipo de parto	
Eutócico	59 (52,7)
Distócico	53 (47,3)
Sexo del RN	
Masculino	58 (51,8)
Femenino	54 (48,2)
Peso del RN (gr.)*	2649,9 ± 769,4

Clasificación del Peso	
Adecuado peso al nacer	61 (54,5)
Bajo peso al nacer	43 (38,4)
Muy bajo peso al nacer	5 (4,5)
Extremadamente bajo peso al nacer	3 (2,7)
Distancia del domicilio al CS (Km) ⁺	5 (2,6 – 8,3)
Grado de instrucción	
Primaria	9 (8,0)
Secundaria	96 (85,7)
Superior	7 (6,3)
Estado civil	
Soltera	18 (16,0)
Casada	25 (22,3)
Conviviente	69 (61,6)
Periodo intergenésico (meses) ⁺	24 (0 - 72)
Tipo de periodo intergenésico	
PI corto	11 (9,8)
PI optimo	22 (19,6)
PI largo	36 (32,1)
no PI	43 (38,4)
Enfermedad asociada al embarazo	
Si	52 (46,4)
No	60 (53,6)

* Media \pm desviación estándar

+ Mediana (RI)

En la tabla 1 se demuestra que la media de controles prenatales en las gestantes es de un número de 4,9 lo que nos habla de insuficiencia, las gestantes multíparas tuvieron una mediana de 1 hijo previo con un RI de 0 a 2, en cuanto a los RN la mayor parte de estos fue prematuro con un (57,1%), también se muestra que solo el 19,6% de la muestra presentaba antecedente de prematuridad.

Tabla 2. Variables en relación con variable dependiente

Características	Prematuridad		Valor de p
	Si (n=64)	No (n=48)	
Nro. CPN*	4,0 \pm 2,6	5,9 \pm 2,9	<0,001
Multiparidad			0,822
Sí	40 (58,0)	29 (42,0)	
No	24 (55,8)	19 (44,2)	
Nro. Partos previos ⁺	1 (0 - 2)	1 (0 - 2)	0,478
Antecedente de prematuridad			0,243
Si	15 (68,2)	7 (31,8)	
No	49 (54,4)	41 (45,6)	
Edad de la gestante*	28,1 \pm 7,3	28,5 \pm 7,4	0,759
Vía del parto			0,512
Vaginal	32 (54,2)	27 (45,8)	
Cesárea	32 (60,4)	21 (39,6)	
Tipo de parto			0,512
Eutócico	32 (54,2)	27 (45,8)	
Distócico	32 (60,4)	21 (39,6)	

Sexo del RN				0,230
Masculino	30 (51,7)	28 (48,3)		
Femenino	34 (63,0)	20 (37,0)		
Peso del RN*	2153,6 ± 573,7	3311,8 ± 417,2		<0,001
Clasificación de peso del RN				<0,001
Adecuado peso al nacer	15 (24,6)	46 (75,4)		
Bajo peso al nacer	41 (95,4)	2 (4,7)		
Muy bajo peso al nacer	5 (100,0)	0 (0)		
Extremadamente bajo peso al nacer	3 (100,0)	0 (0)		
Distancia del domicilio al CS (Km) ⁺	4,6 (2,6 – 7,3)	5,8 (2,9 – 9,1)		0,924
Grado de instrucción				0,256
Primaria	6 (66,7)	3 (33,3)		
Secundaria	56 (58,3)	40 (41,7)		
Superior	2 (28,6)	5 (71,4)		
Estado civil				0,577
Soltera	12 (66,7)	6 (33,3)		
Casada	15 (60)	10 (40)		
Conviviente	37 (53,6)	32 (46,4)		
Periodo intergenésico (meses) ⁺	24 (0 - 72)	24 (0 - 66)		0,144
Tipo de periodo intergenésico				0,962
PI corto	7 (63,6)	4 (36,4)		
PI optimo	13 (59,1)	9 (40,9)		
PI largo	20 (55,6)	16 (44,4)		
No PI	24 (55,8)	19 (44,2)		
Enfermedad asociada a la gestación				0,382
Sí	32 (61,5)	20 (38,5)		
No	32 (53,3)	28 (46,7)		

* Media ± desviación estándar

+ Mediana (RI)

Según la tabla 2, el número de CPN con una significancia de <0,001 (< de 0,05) se deduce que existe significancia estadística, por lo que, si hay vínculo entre la prematuridad y el número de CPN, por otra parte, el número de partos previos con una significancia de 0,478 (> de 0,05) contrariamente no muestra significancia estadística, por lo que no hay relación con la prematuridad.

Tabla 3. Análisis bivariado de resultados

Características	Análisis bivariado			Modelo ajustado
	OR	IC 95%	p	OR
Nro. CPN	1,27	1,10 – 1,48	<0,001	1,27*
Multiparidad			0,823	1,04**
Sí	Ref.			
No	1,09	0,50 – 2,36		
Nro. Partos previos	0,97	0,73 – 1,28	0,839	
Antecedente de prematuridad				
Sí	Ref.			
No	1,79	0,66 – 4,86	0,245	
Edad de la gestante	1,01	0,95 – 1,06	0,757	
Vía del parto				

Vaginal	Ref.		
Cesárea	0,77	0,36 – 1,66	0,514
Tipo de parto			
Eutócico	Ref.	27 (45,8)	
Distócico	0,77	0,36 – 1,66	0,514
Sexo del RN			
Masculino	Ref.		
Femenino	0,63	0,29 – 1,35	0,231
Peso del RN	1,01	1,00 – 1,01	<0,001
Clasificación de peso del RN			
Adecuado peso al nacer	Ref.		
Bajo peso al nacer	0,02	0,00 – 0,13	<0,001
Muy bajo peso al nacer	0,00		<0,001
Extremadamente bajo peso al nacer	0,00		0,004
Distancia del domicilio al CS (Km)	1,03	0,32 – 1,18	0,469
Grado de instrucción			
Primaria	Ref.		
Secundaria	1,42	0,33 – 6,11	0,628
Superior	5,00	0,46 – 54,85	0,140
Estado civil			
Soltera	Ref.		
Casada	1,33	0,37 – 4,81	0,659
Conviviente	1,73	0,57 – 5,20	0,323
Periodo intergenésico (meses)	1,00	0,99 – 1,01	0,610
Tipo de periodo intergenésico			
PI corto	Ref.		
PI optimo	1,21	0,27 – 5,53	0,804
PI largo	1,40	0,34 – 5,74	0,638
No PI	1,39	0,34 – 5,52	0,642
Enfermedad asociada a la gestación			
Sí	Ref.		
No	1,40	0,65 – 2,99	0,383

* Modelo ajustado por multiparidad

** Modelo ajustado por CPN

Según la tabla 3, el número de CPN con (OR =1,27), indica que, por cada CPN, aumenta la probabilidad de no desarrollar prematuridad en (27%) muestra significancia estadística de <0,001 (<0,05), por otra parte, el número de partos previos (OR=0,97) no muestra relación $p = 0,839 (>0,05)$ de la misma manera que el no tener antecedente de prematuridad (OR=1,79) $p = 0,275 (>0,05)$.

5.2. Discusión de resultados

El objetivo general del presente trabajo fue encontrar como el efecto de los CPN influye en la asociación de la multiparidad y el riesgo de desarrollo de prematuridad, en ese sentido es importante resaltar que tanto la multiparidad como los controles prenatales insuficientes constituyen un riesgo para desarrollar prematuridad de manera individualizada (56) como se

demonstró en la presente investigación; sin embargo, también se expone que no hay efecto de los CPN de manera significativa que modifique o altere la asociación de la multiparidad con la prematuridad como lo resaltado en el modelo ajustado descrito, ya que ajustando por el número de CPN el efecto o la asociación de la multiparidad con el parto prematuro es $OR=1,04$ con un $IC95\%: 0,46 - 2,34$, resaltando una similitud importante con el análisis donde no se involucró el efecto de dichos CPN $OR=1,09$ $IC95\%=0,50 - 2,36$, se puede inferir que los controles prenatales juegan un rol importante en el desarrollo de la prematuridad, sin embargo el efecto de estos no cambia la probabilidades de que la población múltipara desarrolle o no prematuridad, sino también otras variables o factores pueden intervenir de manera directa e indirecta, Martínez et al. concuerda con estos resultados, con la particularidad de que estas variables sumado a factores sociodemográficos, no solo se limitan a resultados obstétricos indeseados como la prematuridad $OR=10,1$ ($IC95\%: 4,7-21,7$) sino también a muerte fetal tardía (20). No se han encontrado investigaciones o trabajos que contradigan que la insuficiencia de controles prenatales o las condiciones que favorezcan este evento, no constituyen riesgo de desarrollar partos prematuros.

Al evaluar netamente la relación entre la multiparidad y la prematuridad, se encontró que las mujeres nulíparas tienen un riesgo menor para desarrollar este evento como se mencionó anteriormente de 9 % de protección para éstas, y de esto se puede tomar en cuenta que el riesgo también depende según el número de hijos previos, la importancia de esta variable reside en que hay un riesgo muy considerable de desarrollar partos prematuros en grandes múltiparas (≥ 5 partos), que sin embargo en este trabajo, se encontró una media de 1 hijo previo en las gestantes que desarrollaron prematuridad con un $OR=0,97$ ($IC95\%: 0,73-1,28$) esta prevalencia de múltiparas bajas se puede deducir por mayor difusión de información sobre planificación familiar, promoción de métodos anticonceptivos, distintos factores tales como desarrollo profesional o laboral, así como cambios culturales en los últimos años (19).

Tadese et al. coinciden en que la multiparidad es un factor importante en el desarrollo de prematuridad pero precisa que esta por detrás del bajo peso al nacer, a la vez discrepan en que para ellos es más frecuente en las bajas múltiparas 52.2 %, esta diferencia se puede dar por factores socioculturales ya que este estudio se desarrolló en África o enfermedades asociadas a las múltiparas bajas (19), mientras que Hynes et al., igualmente, coinciden con lo demostrado en este trabajo con la particularidad que precisa que debemos tener especial seguimiento a las múltiparas con anomalías uterinas congénitas por el hecho de que estas gestantes presentan partos prematuros pero de manera recurrente (18).

Alkwai et al., en su trabajo, coinciden en el hecho de que la multiparidad representa un factor de riesgo de importancia para el desarrollo de eventos adversos perinatales como lo es la prematuridad, sin embargo contrariamente a lo encontrado en el presente trabajo no encuentra diferencia significativa o de importancia en el hecho de número de gestas previas, es decir que sea gran múltipara o baja múltiparas no varía el riesgo de desarrollo de prematuridad OR 1.268 [IC 0,734 - 2,192] p= 0.395 (15).

Al analizar la relación entre el periodo intergenésico (PIG) y el desarrollo de prematuridad en las gestantes estudiadas del Hospital Carlos Lanfranco la Hoz, se encontró una mediana de 24 meses, tanto para los grupos que desarrollaron prematuridad 24 (0 - 72) como los que no 24 (0 - 66), por otra parte al categorizar dicha variable en periodo intergenésico corto, el estudio encontró que la mayoría si desarrollo prematuridad el (63,6%) de este tipo, a la vez con un (OR=1,00) es decir no hay una disminución o aumento en cuanto al riesgo de prematuridad, en comparación con otros tipos de PIG, en cuanto al periodo intergenésico óptimo también de los que desarrollaron prematuridad fue la mayoría (59,1%) con un (OR=1,21), en tercer lugar el periodo intergenésico largo la mayoría desarrollo prematuridad (55,6%) con un (OR=1,40), cabe precisar que el periodo intergenésico solo aplica a aquellas gestantes con algún parto previo, ya que también se analizó de aquellas gestantes en las que no aplica el PIG este grupo con un (OR=1,39). El PIG largo es el grupo que representa mayor riesgo para el desarrollo de prematuridad, seguido por el grupo sin PIG por ser gestantes primerizas, podemos interpretar esto como que no hay significancia estadística entre el riesgo de prematuridad entre las gestantes con PIG independientemente de su tipo como con las primerizas. Se podría explicar qué la prevalencia del PIG largo sobre el corto en este estudio es debido a factores sociodemográficos, como el hecho de metas, propósitos académicos, profesionales o estado marital de la madre, debido al tiempo que conlleva la gestación, cuidado del recién nacido y crianza temprana del niño por encima de algún factor de salud (57), como se coincide en el estudio de Conde et al. menciona que el periodo intergenésico corto constituye riesgo para desarrollar prematuridad y bajo peso al nacer OR=1,20 (IC95%: 1,15-1,24) (58), igualmente Mahande MJ et al menciona en que el PIG largo se asocia a mayor riesgo de parto prematuro OR=1,13 (IC95%:1,02-1,24), por sobre el PIG corto (59), por otra parte Shachar Z. et al menciona que hay un 40% más riesgo de sufrir prematuridad en PIG cortos, pero frente a PIG óptimos OR=1,48 (IC95%:1,37-1,61), no se encuentran estudios que mencionen que el PIG corto desarrolle mayor prematuridad que los PIG largos (60).

Al examinar la distancia del domicilio en relación con las madres multíparas con el desarrollo de la prematuridad en el Hospital Carlos Lanfranco la Hoz se encontró que la mediana de las gestantes que desarrollaron prematuridad era de 4,6 Km (2,6 -7,3) frente a un 5,8 Km (2,9 – 9,1) que no desarrollaron prematuridad OR=1,03 (0,32 – 1,18), sin embargo no se encontró significancia estadística, en el caso particular del presente trabajo se puede explicar que la mayor distancia no afecto para el desarrollo de la prematuridad por encima de la menor distancia debido a que el hospital de estudio se encuentra paralela a una vía de tránsito de alta afluencia de transporte con una carga de tránsito baja frente a la ubicación de otros hospitales, así como una buena sectorización de las gestantes que realizan sus controles en dicho centro y especial cercanía a las zonas de difícil acceso como AA.HH (61), cabe mencionar que la distancia del domicilio al centro de atención medica donde se realiza el control de la evolución del embarazo es un factor involucrado en el desarrollo de la prematuridad (62), esto también se ve influenciado por diversos factores, tales como el estado civil, ocupación de la gestante, vías de acceso desde su domicilio, transporte, situación económica, ya que al hablar de multíparas se puede inferir que estos factores intervienen a la vez con el cuidado de los otros hijos, poco apoyo para la gestante, cuidado del hogar, etc. (63), influyendo negativamente en el control y seguimiento adecuado de la gestación en un establecimiento de salud, por lo que la distancia del domicilio al establecimiento de salud debe estar relacionado a otros factores para el desarrollo de prematuridad.

Cuando comparamos los hallazgos planteados con trabajos como los de Holcomb et al. concuerdan en que la distancia influye en el desarrollo de prematuridad, sin embargo menciona que este hecho individualmente no constituye riesgo sino que debe sumarse a otros factores tales como áreas que dependen más de transporte público o con más paradas de buses, así como no contar con transporte propio (17), mientras tanto Mendoza et al. discrepa de lo expuesto, ellos concluyeron que la distancia por si sola si afecta al incumplimiento de CPN, desarrollo de prematuridad y baja de peso en RN por ser un estudio desarrollado en una zona rural del Perú y donde los accesos a establecimientos médicos tienen una realidad distinta a la de una zona urbana como la estudiada en este trabajo (23).

En cuanto a los controles prenatales, se tiene en cuenta que el número mínimo de controles para nuestro sistema de salud es de 6 para la adecuada vigilancia, monitoreo y prevención de adversidades durante el desarrollo de la gestación que constituyan algún grado de peligro tanto para el feto como para la madre (22), la insuficiencia de estos controles constituyen el riesgo determinante o significativo para el desarrollo de partos prematuros y todas las

complicaciones que esta conlleva, asociado o no a múltiples factores (56). Como se expone en el presente trabajo donde se demuestra que hay un 27 % de factor protector para evitar prematuridad por control prenatal cumplido $OR=1,27$ ($IC_{95\%}:1,10 - 1,48$), se demostró así mismo que los controles prenatales de las pacientes estudiadas fueron insuficientes como se expuso en los resultados con una media de 4,9 controles. Al comparar los hallazgos planteados con otros trabajos tales como los de Oswaldo T et al. (56) y Toro et al. (26) se coincidió en que los CPN inadecuados con un RE 1,16 (p valor= $<0,001$) y un OR 2,65; $IC_{95\%}: 2,21-3,18$ respectivamente, constituyen un riesgo fundamental para el desarrollo de prematuridad, Núñez et al. refuerza estas posiciones especificando que dicha insuficiencia promueve el desarrollo de patologías obstétricas (ITU gestacional 57.58% $IC_{95\%}: 45.55 - 69.81\%$, anemia 37.88% $IC_{95\%}: 25.86 - 49.89\%$, etc.) (22) Tigre et al. también concuerda en este hecho enfatizando la intervención de la edad precoz como un aumento mayor en el riesgo que por sí solo los CPN insuficientes representan, ya que quienes tienen menor adherencia, menor cumplimiento y más tardíamente iniciaban sus controles eran adolescentes en un 53.3 % (13).

Por otra parte, Feyisa et al. resaltan la importancia del número de controles prenatales suficientes, pero contrariamente basa la importancia de los resultados perinatales adversos en el tiempo de inicio de dichos controles y que un inicio tardío conlleva a mayor probabilidad de complicaciones ($r=0.053$) y ($p=0.004$), recalca que dicho inicio se asocia a factores sociodemográficos (14).

Se puede explicar que en los CPN, para que se desarrolle prematuridad, influyen factores asociados al abandono de estos, principalmente factores sociodemográficos que también fueron estudiados (1) tales como el grado de instrucción donde se encontró que desarrollaron prematuridad con mayor frecuencia aquellas gestantes con secundaria completa o incompleta $n=56$ (58,3%) $OR=1,42$ ($IC_{95\%}:0,33 - 6,11$), de la misma manera se encontró mayor frecuencia en RN femenino $n=34$ (63,0%) prematuros $OR=0,63$ ($IC_{95\%}: 1,00-1,01$). Se puede inferir que el grado de instrucción influye en el desarrollo de prematuridad en las gestantes, ya que estas no son suficientemente conscientes, alertadas o informadas del cuidado que deben tener con su embarazo como el hecho de cumplir con sus CPN, medidas anticonceptivas en múltiples, alimentación, higiene, etc. así como el desinterés de las madres sobre todo en aquellas con educación primaria o gestantes adolescentes (47), por otra parte no se ha encontrado una teoría clara o específica que demuestre porque hay mayor prevalencia de ser prematuros de un sexo sobre otro.

En ese sentido, Ipia et al. destacó que el no cumplimiento de los CPN constituye un riesgo crucial para el desarrollo de prematuridad, y este incumplimiento está influenciado por condiciones sociodemográficas como el embarazo adolescente, mala adherencia al CPN, también que solo el 30% tuvieron de 1 a 3 CPN, escolaridad, bajos ingresos familiares (6), Barros coincide que las gestantes que no cumplan con un adecuado número de controles prenatales tiene múltiples explicaciones, sin embargo lo que más influye son factores sociodemográficos como adolescencia, pobreza, grado de instrucción bajo, etc. (16), Munares igualmente coincide con lo demostrado, sin embargo ahonda más en este factor, menciona que vivir en barrios marginales, inadecuada calidad de control prenatal, alta carga laboral, poco apoyo de pareja o estado civil, etc., favorece a que las gestantes incumplan sus CPN y desarrollen complicaciones gineco-obstétricas (1), sin embargo Hernández et al. discrepa en que solo el número de CPN influye en las complicaciones ya mencionadas, explica que estos controles deben ser de calidad (personal de salud especializado, toma de muestras completas, historias clínicas detalladas, consejería, apoyo emocional) (21).

Es crucial saber o conocer que factores influyen en el abandono o el no cumplimiento de los CPN, uno de los factores a considerar es el hecho de que la gestante sea múltipara, este suceso constituye individualmente una vulnerabilidad para desarrollar prematuridad (56,64), es importante precisar que en el Perú según el Banco Mundial hay 2.22 hijos por cada mujer multigesta para el año 2020 (65). Se encontró, en el presente trabajo, que la mayoría de las gestantes fueron múltiparas $n=69$ (61,6%) y de esto, 40 gestantes desarrollaron prematuridad (58%), de la misma manera se halló que existe un 9% de factor protector para no desarrollar partos prematuros en aquellas gestantes que no han tenido partos previos ($OR=1,09$ IC 95%: 0,50 – 2,36) sin embargo no se halló significancia estadística, es así que se debe tener especial seguimiento a las gestantes con esta cualidad de múltiparas, la explicación de que este evento constituya riesgo para prematuridad se puede explicar por la influencia del PIG y el número de partos previos, enfermedades asociadas, entre otros (26), como los descritos como variables de este trabajo.

Por otra parte, se debe mencionar importantes factores que fueron hallados en el presente trabajo como es el caso del antecedente de prematuridad cuya presencia se puede inferir que tiene un efecto predictor de un posible nuevo caso de prematuridad en esa gestante (66), sin embargo lo encontrado en esta investigación fue que la mayor parte de la población estudiada que desarrolló prematuridad no tuvo el antecedente de desarrollar este evento (80,4%), sin embargo se evidencia que hay un 79 % de factor protector para evitar prematuridad en aquellas gestantes sin este

antecedente OR = 1,79 (IC95%: 0,66 – 4,86), igualmente no hubo significancia estadística, se puede interpretar que el antecedente se debe tener en cuenta para un seguimiento a la gestación actual, de cómo será su desarrollo y la conclusión de ésta. Hay que tener en cuenta que el hecho de que se den partos prematuros de manera repetida en la gestante puede estar asociado a factores orgánicos, como menciona Hynes et al. la recurrencia se daba mayormente en gestantes con alguna anomalía uterina congénita, donde las condiciones fisiológicas no favorecían un desarrollo completo de la gestación. (18) ,otros trabajos coinciden en que hay predisposición importante de desarrollar prematuridad de hasta 2,5 veces en gestantes con antecedentes. (67) (Factores de riesgo de parto prematuro en gestantes del Municipio Ciego de Ávila).

En cuanto a la edad de la gestante en el presente, el análisis fue invariable para el desarrollo de prematuridad. Se evidenció una media de $28,1 \pm 7,3$ años en las madres que si desarrollaron prematuridad y un OR = 1,01 (IC95%:0,95 – 1,06). Una clasificación por grupo etario hubiera sido lo ideal, sin embargo, por un universo completamente importante de mujeres adultas, no se realizó, ya que la importancia de esta variable recae en que se conoce que la gestación adolescente es un factor determinante para desarrollar prematuridad sumado a factores sociodemográficos y socioeconómicos (68), como lo explican Rodríguez et al. y donde se encontraron que el 15 % de gestantes adolescentes desarrollaron prematuridad con una media de 17 años (69).

Al hablar de la vía y tipo del parto, se buscó estudiar la vía de manejo de finalización sobre todo de los partos prematuros en ese sentido se encontró que la mayoría de gestaciones culminaron por vía vaginal se puede explicar este hecho con que la edad gestacional promedio de la población estudiada fue de 36 semanas gestacionales, catalogándose como prematuridad tardía, cuya adaptabilidad y condiciones para un parto natural son considerablemente buenas, por otro la vía de finalización de prematuros más complicados o de menor edad gestacional (70), la vía de manejo fue la cesárea, tal como coincide Escribano et al. ellos demostraron que la vía de finalización de prematuros tardíos fue la vía vaginal en un 57%, frente a un 32% de cesáreas y otro grupo de parto instrumentado, mientras que en los prematuros moderados y muy prematuros prevaleció la cesárea en un 58% y 75% respectivamente (71).

Se conoce que hay enfermedades asociadas durante el desarrollo de la gestación como el RCIU debido a factores maternos como la preeclamsia u otras enfermedades asociadas (72) como se demostró en el presente trabajo, esta asociación patológica favorece el desarrollo de prematuridad ya que hay un 40% OR=1,40 (IC95%:0,65 – 2,99) de factor protector sin

significancia estadística para que no se desarrolle este evento en aquellas gestantes que no presenten esta relación, sin embargo en quienes si se demostró esta asociación se puede inferir que favorecen condiciones inadecuadas para el desarrollo fisiológico del embarazo, como menor aporte sanguíneo o de nutrientes afectando de manera negativa la ganancia de peso en lo fetos, a la vez mencionar que el peso es un indicador importante de bienestar en el producto (73) y donde se encontró que la media del peso del RN que desarrollaron prematuridad fue de $2153,6 \pm 573,7$ OR=0,02 (IC95%:0,00 – 0,13) el cual constituye un bajo peso al nacer, esta clasificación fue la que prevaleció frente a otra categoría de pesos de los RN estudiados de los cuales todos desarrollaron prematuridad.

Montero et al. coinciden en que la enfermedad asociada a la gestación entre las que destacó anemia, preeclamsia e hipertensión es un factor determinante para el desarrollo de prematuridad ya sea por afectación directa al feto, a la placenta e irrigación de esta, o conjunto de efectos en la madre, junto con hábitos tóxicos y embarazo adolescente (74).

Cabe mencionar que la amplia variabilidad de enfermedades que se encontró al momento del estudio no permitió analizar alguna enfermedad individualmente, pero si se pudo contrastar que hubo enfermedad presente.

Por otra parte, Carriazo et al. concuerdan en que el bajo peso al nacer tiene estrecha relación con la prematuridad, pero ellos especifican que es por los déficits metabólicos que conlleva tener bajo peso favoreciendo este el desarrollo inadecuado de la gestación y como todo esto contrae enfermedades crónicas para los RN (75).

Se debe mencionar ciertas debilidades que se reconocieron del estudio y es quizá la evaluación de variables aún más específicas tales como factores sociodemográficos o socioeconómicos (ingreso económico, ocupación de la madre, ocupación de la pareja, transporte utilizado para el llegar al centro de salud, raza, religión, etc.) que intervienen en el incumplimiento de los CPN, la relación de la multiparidad y el desarrollo de prematuridad; sin embargo se reconoce que estas variables no afectan de manera directa el resultado del presente trabajo y su interpretación de esta, aun así el estudio de estas variables ahondan mejor el estudio.

Finalmente, los resultados del presente trabajo lograron determinar que no hay efecto de los CPN de manera significativa que altere la asociación de la multiparidad con la prematuridad,

a la vez el cumplimiento de estos controles o la condición de que la madre sea nulípara no asegura totalmente la ausencia del evento estudiado, ya que como se demostró hay múltiples variables que influyen en esto.

- **Limitaciones y fortalezas**

El presente trabajo se desarrolló sin contratiempos importantes, sin embargo, se debe mencionar ciertas limitaciones que se presentaron sobre todo al momento del recojo de la información en el hospital de estudio, una de estas fueron los plazos prolongados para la autorización del recojo de información, sin embargo, esperable como en todo establecimiento público.

De la misma manera, se presentaron observaciones al proyecto de tesis por parte del Comité de Ética del hospital que posteriormente fueron subsanadas.

Otro inconveniente fue al momento de la revisión de historias clínicas de los recién nacidos, donde habían datos importantes que se obviaban como formula obstétrica de la madre, PIG de la madre, domicilio de la madre, por mencionar algunos, o viceversa datos que se encontraban en la historia clínica de la madre y no en la historia clínica del RN, haciendo el recojo más tedioso, algunas historias que no se podían evaluar por el sesgo de información que generaban, así como dificultad para el personal de estadística que brinda dichas historias, el trabajo fue más exhaustivo al momento del recojo de información para solucionar dicha limitación.

En cuanto a las fortalezas, se reconoce que el tema central de este estudio no ha sido muy estudiado en dicha institución de salud, por lo que los resultados de esta investigación aportan información específica o referencial para la población que se atiende en dicho hospital.

El recojo de información a la vez fue validado el Departamento de Estadística del hospital, y la verificación de la calidad de estos datos se corroboró a través de softwares estadísticos.

Otra fortaleza por mencionar es que durante el desarrollo de este trabajo se ha evaluado y aprobado la investigación tanto por el Comité de Ética de la Universidad Continental, como por el Comité de Ética del Hospital Carlos Lanfranco la Hoz.

Conclusiones

1. El presente trabajo de investigación logró demostrar que existe significancia estadística de la insuficiencia de los CPN para el desarrollo de prematuridad, muy por el contrario, en cuanto a la multiparidad, no se demostró dicha significancia de manera al individualizar las variables. En ese sentido, se demostró que no hay efecto de los CPN de manera significativa que altere la asociación de la multiparidad con la prematuridad en gestantes del Hospital Carlos Lanfranco la Hoz, 2022.
2. En cuanto a la multiparidad, se demostró que la mayoría de las gestantes con esta condición desarrolló partos prematuros (58%) pero no con la significancia estadística esperada, aun así se tiene en cuenta los efectos que genera esta condición.
3. Se demostró que el PIG tiene un efecto negativo en el desarrollo de partos prematuros, aun así, por sí solo no es el único factor necesario de las multíparas para que desarrollen prematuridad, sin embargo, ayudan a explicar la causa del objetivo principal.
4. Por otra parte, la distancia del domicilio al establecimiento de salud relacionada a las madres multíparas es parte de un conjunto de factores que promueven o influyen de manera indirecta en el desarrollo de prematuridad.

Recomendaciones

1. Se recomienda mejorar el llenado de historias clínicas como completar los datos, antecedentes, filiaciones entre otros en las fichas correspondientes de las historias clínicas, agilizando así la evaluación tanto para estudios de investigación como para la misma atención médica, en este caso en particular de los RN como de las madres, ya que la interacción de información de estos es crucial.
2. Igualmente, se recomienda seguir el estudio de los factores involucrados, difusión y promoción de la importancia de los controles y medidas para el cierre de brechas de las gestantes al sistema de salud.
3. Asimismo, se recomienda seguir con más estudio sobre temas gineco-obstétricos en dicha institución hospitalaria ya que la antes mencionada cuenta con una amplia población de gestantes, así mismo se insta a quien corresponda apoyar al área de estadística para un mejor acceso a la información de investigación.
4. Otra recomendación importante es dar seguimiento o futuras investigaciones sobre la evolución o consecuencias de estos RN prematuros, tales como prevalencia de la muerte neonatal en prematuros, enfermedades congénitas, problemas neurológicos, problemas psicológicos, o un desarrollo normal de estos.

Referencias bibliográficas

1. Munares-García O. Factores asociados al abandono al control prenatal en un hospital del Ministerio de Salud Perú. *Rev Peru Epidemiol* [Internet]. 2013 [citado el 2 de octubre de 2022];17(2):1–8. Disponible en: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=203129458007>
2. Londoño-Cadena P del C, Ibáñez-Correa LM, Valencia-Rivas WY, Anacona-Cruz MY, Abou-Trabi R el B, Pacheco-López R. Frecuencia y factores relacionados al no cumplimiento del control prenatal en gestantes de 35 años o más en el Cauca, Colombia, 2016-2018. *Rev Colomb Obstet Ginecol* [Internet]. el 30 de septiembre de 2022 [citado el 9 de agosto de 2023];73(3):255–64. Disponible en: <https://doi.org/10.18597/rcog.3833>
3. Matos-Alviso LJ, Reyes-Hernández KL, López-Navarrete GE, Reyes-Hernández MU, Aguilar-Figueroa ES, Pérez-Pacheco O, et al. La prematuridad: epidemiología, causas y consecuencias, primer lugar de mortalidad y discapacidad. *Salud Jalisco* [Internet]. el 10 de marzo de 2021 [citado el 21 de septiembre de 2022];7(3):179–86. Disponible en: <https://bit.ly/3RgSJwC>
4. Domínguez Dieppa F. La prematuridad: un problema pendiente de solución. *Rev Cuba Pediatría* [Internet]. marzo de 2021 [citado el 21 de septiembre de 2022];93(1). Disponible en: <https://bit.ly/49w93kc>
5. Méndez A, Morales E, Chanduví W, Arango-Ochante PM, Méndez A, Morales E, et al. Asociación entre el control prenatal y las complicaciones obstétricas maternas periparto y postparto. ENDES 2017 al 2019. *Rev Fac Med Humana* [Internet]. octubre de 2021 [citado el 19 de septiembre de 2022];21(4):758–69. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.25176/rfmh.v21i4.3924>
6. Ipia-Ordóñez NV, Ortega-Vallejo DF, Acosta-Mora PA, López-Lasso WA, Martínez-Rodríguez JE, Corrales-Zúñiga NC, et al. Impacto de las condiciones sociodemográficas sobre el control prenatal en Latinoamérica. *Rev Fac Med* [Internet]. el 1 de julio de 2019 [citado el 20 de septiembre de 2022];67(3):519–23. Disponible en: <https://www.redalyc.org/journal/5763/576366816019/html/>
7. Fondo de Población de las Naciones Unidas. UNFPA América Latina y el Caribe. 2014 [citado el 21 de septiembre de 2022]. *Salud Materna*. Disponible en: <https://lac.unfpa.org/es/temas/salud-materna>
8. Tarqui-Mamani C, Sanabria-Rojas H, Portugal-Benavides W, Pereyra-Zaldivar H, Vargas-Herrera J, Calderón-Bedoya M. Causas de muerte materna en la región de Callao, Perú. Estudio descriptivo, 2000-2015. *Rev Colomb Obstet Ginecol* [Internet]. el 29 de marzo de

- 2019 [citado el 21 de septiembre de 2022];70(1):8–18. Disponible en: <https://revista.fecolsog.org/index.php/rcog/article/view/3123>
9. Organización Mundial de la Salud (OMS). Organización Mundial de la Salud. 2019 [citado el 21 de septiembre de 2022]. Mortalidad materna. Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/maternal-mortality>
 10. Rivera Felix LM, Burgos López NH, Gomez Diaz JZ, Moquillaza Alcántara VH. Factores asociados al acceso a la atención prenatal en los hospitales de Huaral y Chancay, Perú. *An Fac Med* [Internet]. abril de 2018 [citado el 19 de septiembre de 2022];79(2):131–7. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.15381/anales.v79i2.14939>
 11. Mendoza Tascón LA, Claros Benítez DI, Osorio Ruíz MÁ, Mendoza Tascón LI, Peñaranda Ospina CB, Carrillo Bejarano JH, et al. Epidemiología de la prematuridad y sus determinantes, en una población de mujeres adolescentes y adultas de Colombia. *Rev Chil Obstet Ginecol* [Internet]. 2016 [citado el 21 de septiembre de 2022];81(5):372–80. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.4067/S0717-75262016000500005>
 12. Obando XG, Monsalve KH, Sandoval JFB. Morbilidad materna por no adherencia a controles prenatales en Palmira–Valle. *Arch Venez Farmacol Ter* [Internet]. 2019 [citado el 19 de septiembre de 2022];38(4):401–5. Disponible en: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=55964256023>
 13. Tigre LYJ, Espinoza HSG, Encalada IDR. Factores de riesgo del parto prematuro en base a la edad materna y controles insuficientes. *Polo Conoc* [Internet]. el 26 de abril de 2024 [citado el 13 de noviembre de 2024];9(4):2002–18. Disponible en: <https://polodelconocimiento.com/ojs/index.php/es/article/view/7041>
 14. Feyisa GC, Dagne A, Woyessa D, Ephrem T, Ahmed A, G/Senbet H, et al. Mean difference in timing of first antenatal checks across regions and associated factors among pregnant women attending health facilities in Ethiopia: evidence from Ethiopian demographic health survey, 2019. *BMC Public Health*. el 1 de diciembre de 2023;23(1):2393. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/38041108/>
 15. Alkwai H, Khan F, Alshammari R, Batool A, Sogeir E, Alenazi F, et al. The Association between Grand Multiparity and Adverse Neonatal Outcomes: A Retrospective Cohort Study from Ha'il, Saudi Arabia. *Child Basel Switz*. el 12 de septiembre de 2023;10(9):1541. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/37761502/>
 16. Barros Raza LJ. Factores asociados a la falta de control prenatal en américa latina y su relación con las complicaciones obstetricas. el 1 de marzo de 2021 [citado el 27 de septiembre de 2022]; Disponible en: <https://repositorio.uta.edu.ec:8443/jspui/handle/123456789/32575>

17. Holcomb DS, Pengetnze Y, Steele A, Karam A, Spong C, Nelson DB. Geographic barriers to prenatal care access and their consequences. *Am J Obstet Gynecol MFM* [Internet]. septiembre de 2021;3(5):100442. Disponible en: <https://doi.org/10.1016/j.ajogmf.2021.100442>
18. Hynes JS, Schwartz AR, Wheeler SM, Manuck TA, Dotters-Katz SK. Rates of preterm birth in multiparous women with congenital uterine anomalies. *Am J Obstet Gynecol MFM* [Internet]. septiembre de 2021;3(5):100392. Disponible en: <https://doi.org/10.1016%2Fj.ajogmf.2021.100392>
19. Tadesse M, Desta Tessema S, Tsegaw Taye B. Adverse Perinatal Outcomes Among Grand Multiparous and Low Multiparous Women and Its Associated Factors in North Shewa Zone Public Hospitals: The Role of Parity. *Int J Gen Med* [Internet]. 2021;14:6539–48. Disponible en: <https://doi.org/10.2147/ijgm.s333033>
20. Martínez-López AM, Vargas-Herrera JRR, Mini-Díaz EH. Asociación entre los factores sociodemográficos, obstétricos y patológicos con la muerte fetal tardía: estudio de casos y controles en un hospital de Perú. *An Fac Med* [Internet]. julio de 2019 [citado el 2 de octubre de 2022];80(3):322–6. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.15381/anales.803.16855>
21. Hernández-Vásquez A, Vargas-Fernández R, Bendezu-Quispe G. Factores asociados a la calidad de la atención prenatal en Perú. *Rev Peru Med Exp Salud Publica* [Internet]. junio de 2019 [citado el 29 de septiembre de 2022];36(2):178–87. Disponible en: <http://surl.li/wvoqro>
22. Núñez-Herrera R, Moquillaza Alcántara V, García-Cajaleón J. Complicaciones obstétricas asociadas al control prenatal inadecuado en puérperas atendidas en un centro materno infantil peruano, 2018. el 16 de diciembre de 2019;33. Disponible en: <https://doi.org/10.24875/PER.19000023>
23. Mendoza-Chuctaya G, Montesinos-Segura R, Agramonte-Vilca M, Aguirre-Tenorio L, Mendoza-Chuctaya G, Montesinos-Segura R, et al. Características y Prevalencia de Partos Domiciliarios en un distrito Rural de la Sierra del Perú, 2015-2016. *Rev Chil Obstet Ginecol* [Internet]. 2018 [citado el 29 de septiembre de 2022];83(4):377–85. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.4067/s0717-75262018000400377>
24. WHO: recommended definitions, terminology and format for statistical tables related to the perinatal period and use of a new certificate for cause of perinatal deaths. Modifications recommended by FIGO as amended October 14, 1976. *Acta Obstet Gynecol Scand* [Internet]. 1977;56(3):247–53. Disponible en: <https://doi.org/10.3109/00016347709162009>

25. Nuytten A. Prematuridad: generalidades. EMC - Pediatría [Internet]. el 1 de marzo de 2023 [citado el 9 de agosto de 2023];58(1):1–6. Disponible en: [https://doi.org/10.1016/S1245-1789\(23\)47442-2](https://doi.org/10.1016/S1245-1789(23)47442-2)
26. Toro-Huamanchumo CJ, Barboza JJ, Pinedo-Castillo L, Barros-Sevillano S, Gronerth-Silva JK, Gálvez-Díaz N del C, et al. Factores maternos asociados a prematuridad en gestantes de un hospital público de Trujillo, Perú. Rev Cuerpo Méd Hosp Nac Almazor Aguinaga Asenjo [Internet]. el 13 de diciembre de 2021 [citado el 9 de octubre de 2022];14(3):287–90. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.35434/rcmhnaaa.2021.143.1246>
27. Carvajal C J, Vera P-G C. Obesidad materna y riesgo de parto prematuro. Rev Chil Obstet Ginecol [Internet]. 2014 [citado el 13 de octubre de 2022];79(1):64–6. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.4067/S0717-75262014000100011>
28. Espíritu Rojas E, Zumba K, Guillén-Pinto D, Espíritu Rojas E, Zumba K, Guillén-Pinto D. Hemorragia intraventricular en prematuros menores de 28 semanas en un hospital general de Lima, 2013 - 2017. Acta Médica Peru [Internet]. enero de 2021 [citado el 11 de octubre de 2022];38(1):7–16. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.35663/amp.2021.381.1921>
29. Cunningham FG, MD, Leveno KJ, Bloom SL, Dashe JS, Hoffman BL, et al. Obstetrícia de Williams - 25.ed. [Internet]. McGraw Hill Brasil; 2021. 1867 p. Disponible en: <https://www.mheducation.com/>
30. Schonhaut L, Pérez M, Muñoz S. Asociación entre morbilidad neonatal, edad gestacional y déficit de desarrollo psicomotor en prematuros moderados y tardíos. Rev Chil Pediatría [Internet]. el 1 de noviembre de 2015 [citado el 11 de octubre de 2022];86(6):415–25. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1016/j.rchipe.2015.08.001>
31. Blencowe H, Cousens S, Chou D, Oestergaard M, Say L, Moller AB, et al. Born Too Soon: The global epidemiology of 15 million preterm births. Reprod Health [Internet]. el 15 de noviembre de 2013 [citado el 9 de octubre de 2022];10(Suppl 1):S2. Disponible en: <https://doi.org/10.1186/1742-4755-10-s1-s2>
32. Paredes EEC, Cecilia-Paredes E, Lagar-Alvarez RE, Lagar-Alvarez JA, Almeida-García G, Echevarría-Cruz A. Factores maternos que influyen en la aparición del parto pretérmino. EsTuSalud [Internet]. el 29 de octubre de 2022 [citado el 9 de agosto de 2023];4(3):253. Disponible en: <https://revestusalud.sld.cu/index.php/estusalud/article/view/253>
33. Paz-Zulueta M, Llorca J, Sarabia-Lavín R, Bolumar F, Rioja L, Delgado A, et al. The role of prenatal care and social risk factors in the relationship between immigrant status and neonatal morbidity: a retrospective cohort study. PloS One [Internet]. 2015;10(3):e0120765. Disponible en: <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0120765>

34. Ovalle A, Kakarieka E, Rencoret G, Fuentes A, del Río MJ, Morong C, et al. Factores asociados con el parto prematuro entre 22 y 34 semanas en un hospital público de Santiago. *Rev Médica Chile* [Internet]. enero de 2012 [citado el 11 de octubre de 2022];140(1):19–29. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.4067/S0034-98872012000100003>
35. Ovalle S. A, Kakarieka W. E, Correa P. Á, Vial P. MT, Aspillaga M. C. Estudio anatómico-clínico de las causas de muerte fetal. *Rev Chil Obstet Ginecol* [Internet]. 2005 [citado el 11 de octubre de 2022];70(5):303–12. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.4067/S0717-75262005000500005>
36. Sanín-Ramírez D, Calle-Meneses C, Jaramillo-Mesa C, Nieto-Restrepo JA, Marín-Pineda DM, Campo-Campo MN, et al. Prevalencia etiológica de infección del tracto urinario en gestantes sintomáticas, en un hospital de alta complejidad de Medellín, Colombia, 2013-2015. *Rev Colomb Obstet Ginecol* [Internet]. diciembre de 2019 [citado el 25 de enero de 2023];70(4):243–52. Disponible en: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=195262823004>
37. Medina R, Rechkemmer A, Garcia-Hjarles M. Prevalencia de vaginitis y vaginosis bacteriana en pacientes con flujo vaginal anormal en el Hospital Nacional Arzobispo Loayza. *Rev Medica Hered* [Internet]. octubre de 1999 [citado el 25 de enero de 2023];10(4):144–50. Disponible en: <https://bit.ly/3utNq3T>
38. Párraga HDM, Parrales ENL. Bacteriuria asintomática y sus factores de riesgo en embarazadas, revisión sistemática. *Rev Científica FIPCAEC Fom Investig Publ Científico-Téc Multidiscip ISSN 2588-090X Polo Capacit Investig Publ POCAIP* [Internet]. el 20 de noviembre de 2022 [citado el 9 de agosto de 2023];7(4):940–59. Disponible en: <https://fipcaec.com/index.php/fipcaec/article/view/668>
39. Vigil-De Gracia P, Olmedo J, Vigil-De Gracia P, Olmedo J. Diabetes gestacional: conceptos actuales. *Ginecol Obstet México* [Internet]. 2017 [citado el 25 de enero de 2023];85(6):380–90. Disponible en: <https://bit.ly/3QXuPF3>
40. Ghosh JKC, Wilhelm MH, Dunkel-Schetter C, Lombardi CA, Ritz BR. Paternal support and preterm birth, and the moderation of effects of chronic stress: a study in Los Angeles County mothers. *Arch Womens Ment Health* [Internet]. 2010 [citado el 11 de octubre de 2022];13(4):327–38. Disponible en: <https://doi.org/10.1007/s00737-009-0135-9>
41. Blondel B, Macfarlane A, Gissler M, Breart G, Zeitlin J, PERISTAT Study Group. Preterm birth and multiple pregnancy in European countries participating in the PERISTAT project. *BJOG Int J Obstet Gynaecol* [Internet]. mayo de 2006;113(5):528–35. Disponible en: <https://doi.org/10.1111/j.1471-0528.2006.00923>.

42. Flores JXD, Távora M del SP, Gaytán ÁMM, Moreira R del RM. Mortalidad materna y control prenatal. *RECIMUNDO* [Internet]. el 31 de marzo de 2023 [citado el 9 de agosto de 2023];7(1):456–67. Disponible en: [https://doi.org/10.26820/recimundo/7.\(1\).enero.2023.456-467](https://doi.org/10.26820/recimundo/7.(1).enero.2023.456-467)
43. Ministerio de Salud [@Minsa_Peru]. Twitter. 2019 [citado el 13 de noviembre de 2024]. Los controles prenatales son fundamentales para detectar cualquier riesgo para tu salud o la de tu bebé. ¿Sabes cada cuánto tiempo debes asistir a tus chequeos? #MaternidadSaludable <https://t.co/f3Cqf3dvKS>. Disponible en: https://x.com/Minsa_Peru/status/1187121314496159745
44. Ministerio de Salud Perú. Guías Nacionales de Atención Integral de la Salud Sexual y Reproductiva [Internet]. Biblioteca Central del Ministerio de Salud; 2004 [citado el 15 de octubre de 2022]. Disponible en: http://bvs.minsa.gob.pe/local/dgsp/63_guiasnac.pdf
45. Timoteo PG, Castillo-Velarde E. Factores sociodemográficos asociados al abandono del control prenatal en gestantes del Perú. *Rev Int Salud Materno Fetal* [Internet]. el 1 de abril de 2023 [citado el 9 de agosto de 2023];8(2):o1-7. Disponible en: <http://ojs.revistamaternofetal.com/index.php/RISMF/article/view/268>
46. Ministerio de Salud y Protección Social de Colombia. Guía de práctica clínica (GPC) para la prevención, detección temprana y tratamiento de las complicaciones del embarazo, parto o puerperio: para uso de profesionales de salud. [Internet]. Ministerio de Salud y Protección Social - Colciencias; 2013 [citado el 15 de octubre de 2022]. Disponible en: <https://bit.ly/3utP99n>
47. Fernández Y, García G, Estrada A, Kassandra O. Inasistencia al control prenatal: ¿Cuáles son los principales factores asociados? *Conoc PARA EL Desarro* [Internet]. el 6 de agosto de 2019 [citado el 12 de octubre de 2022];10(1):9–16. Disponible en: <https://doi.org/10.17268/CpD.2019.01.02>
48. Zavala-García A, Ortiz-Reyes H, Salomon-Kuri J, Padilla-Amigo C, Preciado Ruiz R, Zavala-García A, et al. Periodo intergenésico: Revisión de la literatura. *Rev Chil Obstet Ginecol* [Internet]. febrero de 2018 [citado el 13 de octubre de 2022];83(1):52–61. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.4067/s0717-75262018000100052>
49. Hernández WG, Castillo YC, Ávila EB. Factores de riesgo y condiciones perinatales de la preeclampsia – eclampsia. 16 Abril [Internet]. el 7 de julio de 2014 [citado el 13 de octubre de 2022];53(254):17–27. Disponible en: <https://bit.ly/3Gf8FsW>
50. García IG, Conforme GMG, Mesa AJH, Cancino IIT, García IG, Mendoza LEF. Factores de riesgo del bajo peso al nacer. Policlínico Universitario José Jacinto Milanés. 2013-2014. *Rev*

- Médica Electrónica [Internet]. 2018 [citado el 13 de octubre de 2022];40(1):89–98. Disponible en: <https://bit.ly/3RhvFhp>
51. Flores S, Anselmo F. Fundamentos epistémicos de la investigación cualitativa y cuantitativa: consensos y disensos. *Rev Digit Investig En Docencia Univ* [Internet]. enero de 2019 [citado el 31 de octubre de 2022];13(1):102–22. Disponible en: <https://doi.org/10.19083/ridu.2019.644>
 52. Sampieri RH, Collado CF, Lucio PB. Metodología de la investigación [Internet]. McGraw-Hill Education; 2014. 600 p. Disponible en: <https://bit.ly/47ZpWCd>
 53. Zacarías H, Supo J. Metodología de la Investigación Científica: Para Las Ciencias de la Salud y Las Ciencias Sociales [Internet]. Amazon Digital Services LLC - KDP Print US; 2020. 338 p. Disponible en: <https://bit.ly/3uNDvpY>
 54. Hospital Carlos Lanfranco La Hoz. Plan Operativo Anual - 2016 [Internet]. Oficina de Planeamiento Estratégico; 2016. Disponible en: <https://bit.ly/49QEZ31>
 55. Instituto Nacional de Estadística e Informática. Encuesta Demográfica y de Salud Familiar - ENDES - 2017 [Internet]. 2018 [citado el 13 de noviembre de 2022]. Disponible en: <https://bit.ly/3N1U6wu>
 56. Tipian O, Tomatis C. El Control Prenatal Y El Desenlace Maternoperinatal. *Rev Peru Ginecol Obstet* [Internet]. 2006 [citado el 16 de noviembre de 2022];52(4):247–52. Disponible en: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=323428182011>
 57. Matute Cordero LG, Llivisaca Culcay ZM. Periodo intergenésico corto y largo asociado a complicaciones materno-neonatales. Hospital Vicente Corral Moscoso. Cuenca. 2019. el 26 de abril de 2021 [citado el 30 de octubre de 2023]; Disponible en: <http://dspace.ucuenca.edu.ec/handle/123456789/36085>
 58. Conde-Agudelo A, Belizán JM, Norton MH, Rosas-Bermúdez A. Effect of the interpregnancy interval on perinatal outcomes in Latin America. *Obstet Gynecol* [Internet]. agosto de 2005;106(2):359–66. Disponible en: <https://doi.org/10.1097/01.aog.0000171118.79529.a3>
 59. Mahande MJ, Obure J. Effect of interpregnancy interval on adverse pregnancy outcomes in northern Tanzania: a registry-based retrospective cohort study. *BMC Pregnancy Childbirth* [Internet]. el 7 de junio de 2016 [citado el 30 de octubre de 2023];16:140. Disponible en: <https://doi.org/10.1186%2Fs12884-016-0929-5>
 60. Shachar BZ, Lyell DJ. Interpregnancy interval and obstetrical complications. *Obstet Gynecol Surv* [Internet]. septiembre de 2012;67(9):584–96. Disponible en: <https://doi.org/10.1097/ogx.0b013e31826b2c3e>

61. Prado Calderon DM. Acceso a los servicios de salud y gasto de bolsillo en gestantes de un establecimiento de salud, Ayacucho-Perú 2023. Repos Inst - UCV [Internet]. 2023 [citado el 26 de noviembre de 2023]; Disponible en: <https://repositorio.ucv.edu.pe/handle/20.500.12692/121620>
62. Rosa RHL, Kusunoki-Fuero L, Peinado-Rodriguez JE, Velásquez-Hurtado JE, Vigo-Valdez WE, Rosas-Aguirre ÁM. Demoras en la atención materno-neonatal: evaluación cualitativa de muertes neonatales en establecimientos de referencia del Ministerio de Salud en Perú. Rev Pan-Amaz Saúde [Internet]. 2016 [citado el 26 de noviembre de 2023];7(2):12–12. Disponible en: <https://doi.org/10.5123/s2176-62232016000200004>
63. Kobayashi Gamboa EL. Acceso a los servicios de salud de gestantes adolescentes: Análisis socioeconómicos utilizando la encuesta ENDES – INEI, Perú 2014-2018. Univ Ricardo Palma [Internet]. 2020 [citado el 26 de noviembre de 2023]; Disponible en: <https://repositorio.urp.edu.pe/handle/20.500.14138/3146>
64. Reinoso RMO, Veliz IVO, Acevedo FPL. Multiparidad como factor de riesgo para enfermedad trofoblástica gestacional en el Hospital Maternidad Matilde Hidalgo de Procel. Análisis de un caso. Anatomía Digit [Internet]. el 7 de agosto de 2020 [citado el 13 de octubre de 2022];3(3):56–70. Disponible en: <https://doi.org/10.33262/anatomiadigital.v3i3.1383>
65. Banco Mundial. Tasa de natalidad, nacidos vivos en un año. [citado el 10 de noviembre de 2023]. Tasa de natalidad, nacidos vivos en un año (por cada 1.000 personas) | Data. Disponible en: <https://datos.bancomundial.org/indicador/SP.DYN.CBRT.IN>
66. Villamizar-Jiménez MA, Wandurraga-Vargas V, Vargas-Rey JE, Guarín-Serrano R. ¿La progesterona natural micronizada previene el trabajo de parto pretérmino?: Revisión sistemática de literatura. MedUNAB [Internet]. el 10 de mayo de 2022 [citado el 26 de noviembre de 2023];25(1):31–41. Disponible en: <https://doi.org/10.29375/01237047.3948>
67. Retureta Milán S, Rojas Álvarez L, Retureta Milán M. Factores de riesgo de parto prematuro en gestantes del Municipio Ciego de Ávila. MediSur [Internet]. agosto de 2015 [citado el 14 de noviembre de 2023];13(4):517–25. Disponible en: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=180041204008>
68. Fermaut M, Duchesne S, Carbillon L. Embarazo y parto en adolescentes. EMC - Ginecol-Obstet [Internet]. el 1 de julio de 2021 [citado el 26 de noviembre de 2023];57(3):1–6. Disponible en: [https://doi.org/10.1016/S1283-081X\(21\)45476-7](https://doi.org/10.1016/S1283-081X(21)45476-7)
69. de Rodríguez IC, Rossell-Pineda M del R, Álvarez de Acosta T, Rojas Quintero L. Factores de riesgo asociados a la prematuridad en recién nacidos de madres adolescentes. Rev Obstet

- Ginecol Venezuela [Internet]. septiembre de 2013 [citado el 14 de noviembre de 2023];73(3):157–70. Disponible en: <https://bit.ly/3RdI5Xo>
70. Filippo ME. Revisión sistemática sobre la influencia del modo de parto en la sobrevida de prematuros extremos. el 31 de mayo de 2021 [citado el 26 de noviembre de 2023]; Disponible en: <https://repositorio.uai.edu.ar/handle/123456789/1333>
 71. Escribano Cobalea M, Peña Salas MS, López González E, Gómez Soto P. Morbimortalidad asociada al parto prematuro y su relación con el uso de corticoides y sulfato de magnesio. Clínica E Investig En Ginecol Obstet [Internet]. el 1 de abril de 2021 [citado el 14 de noviembre de 2023];48(2):110–6. Disponible en: <http://surl.li/mycnlz>
 72. Lorain P, Sibiude J, Kayem G. Parto prematuro: epidemiología, factores de riesgo y evaluación del riesgo en pacientes asintomáticas. EMC - Ginecol-Obstet [Internet]. el 1 de diciembre de 2023 [citado el 26 de noviembre de 2023];59(4):1–11. Disponible en: [https://doi.org/10.1016/S1283-081X\(23\)48488-3](https://doi.org/10.1016/S1283-081X(23)48488-3)
 73. Bobadilla Ortíz L. Prematurez y bajo peso al nacimiento. Expresión clínica de violencia física que sufre la madre durante la gestación, revisión cualitativa de la literatura. el 14 de febrero de 2019 [citado el 26 de noviembre de 2023]; Disponible en: <http://repositorio.pediatrica.gob.mx:8180/handle/20.500.12103/280>
 74. Montero Aguilera A, Ferrer Montoya R, Paz Delfin D, Pérez Dajaruch M, Díaz Fonseca Y, Montero Aguilera A, et al. Riesgos maternos asociados a la prematuridad. Multimed [Internet]. octubre de 2019 [citado el 14 de noviembre de 2023];23(5):1155–73. Disponible en: <https://bit.ly/3GhZeck>
 75. Carriazo S, Yucuma D, Villalvazo P, Ortiz A. Prematuridad y bajo peso al nacer como factores de riesgo de enfermedad renal crónica. Nefrología [Internet]. el 1 de junio de 2022 [citado el 14 de noviembre de 2023];14(01):11–23. Disponible en: <https://bit.ly/3uubUtX>
 76. Marshall P. Matrimonio entre personas del mismo sexo: una aproximación desde la política del reconocimiento. Polis Rev Latinoam [Internet]. el 28 de julio de 2018 [citado el 22 de octubre de 2022];(49). Disponible en: <http://journals.openedition.org/polis/15113>

Anexos

Anexo 1

Matriz de consistencia

Título: Efecto de los controles prenatales en la asociación de la multiparidad y el desarrollo de prematuridad, en el hospital Carlos Lanfranco La Hoz, 2022

PROBLEMAS	OBJETIVOS	HIPOTESIS	VARIABLES E INDICADORES	METODOLOGÍA	POBLACIÓN Y MUESTRA
Problema general	Objetivo general	Hipótesis general	Variable Independiente: Prematuridad	Método: Cuantitativo	Población: La población estará constituida por gestantes que realizaron sus controles prenatales en el Departamento de Gineco-Obstetricia del Hospital Carlos Lanfranco la Hoz del distrito de Puente Piedra, durante el año 2022
¿Cuál es el efecto de los controles prenatales en la asociación de la multiparidad y el desarrollo de la prematuridad en el hospital Carlos Lanfranco la Hoz, 2022	Determinar el efecto de los controles prenatales en la asociación de la multiparidad y el desarrollo de la prematuridad en el hospital Carlos Lanfranco la Hoz, 2022	Los controles prenatales desarrollan efecto modificador de riesgo en asociación con las gestantes múltiparas para el desarrollo de partos prematuros, en el hospital Carlos Lanfranco la Hoz, 2022.	Indicadores: Prematuro tardío, prematuro moderado, prematuro extremo, prematuro muy extremo Edad gestacional	Enfoque: Cuantitativo Tipo: Observacional, retrospectivo, transversal, analítico	
Problemas específicos	Objetivos específicos	Hipótesis específicas	Variable Dependiente:	Diseño:	Muestra:

<p>¿Cuál es la relación entre las madres multíparas y prematuridad en el Hospital Carlos Lanfranco la Hoz, 2022?</p>	<p>Conocer la relación entre madres multíparas y prematuridad en el Hospital Carlos Lanfranco la Hoz, 2022.</p>	<p>Las madres multíparas presentan riesgo para desarrollar prematuridad, en el Hospital Carlos Lanfranco la Hoz, 2022.</p>	<p>Controles Prenatales y Multiparidad</p> <p>Indicadores:</p>	<p>No experimental</p>	<p>Tamaño total de muestra = 112</p>
<p>¿Cuál es el efecto del periodo intergenésico en la relación de las madres multíparas con la prematuridad en el Hospital Carlos Lanfranco la Hoz, 2022?</p>	<p>Estimar el efecto del periodo intergenésico en la relación de las madres multíparas con la prematuridad en el Hospital Carlos Lanfranco la Hoz, 2022.</p>	<p>El periodo intergenésico influye en las madres multíparas, para el desarrollo de partos pretérmino, en el Hospital Carlos Lanfranco la Hoz, 2022.</p>	<p>Numero de controles prenatales y número de partos previos</p>		<p>Técnicas: El análisis de la investigación fue documental, debido a que la información fue obtenida de las historias clínicas.</p>
<p>¿Cuál es el efecto de la distancia entre el domicilio y el centro de salud en la relación de las madres multíparas con la prematuridad en el Hospital Carlos Lanfranco la Hoz, 2022?</p>	<p>Medir el efecto de la distancia entre el domicilio y el centro de salud en la relación de las madres multíparas con la prematuridad en el Hospital Carlos Lanfranco la Hoz, 2022.</p>	<p>La distancia entre el domicilio y el centro de salud influye en las madres multíparas para el desarrollo de partos pretérmino, en el hospital Carlos Lanfranco la Hoz, 2022.</p>			<p>Instrumentos: El instrumento para la recopilación de información se realiza a través de una ficha de recolección de datos.</p>

Anexo 2

Operacionalización de variables

Título: Efecto de los controles prenatales en la asociación de la multiparidad y el desarrollo de prematuridad, en el hospital Carlos Lanfranco La Hoz, 2022

VARIABLES	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	DEFINICIÓN OPERACIONAL	DIMENSIONES	SUBDIMENSIONES	OPERACIONALIZACIÓN		
					INDICADORES	ESCALA DE MEDICIÓN	TIPO DE VARIABLE
Controles prenatales (CPN)	Acciones para fortalecer el estado de salud del binomio madre-hijo, con el objetivo de identificar precozmente riesgos que constituyan peligro o compromiso para el desarrollo adecuado o esperado de la gestación (9)	Numero de controles prenatales alcanzados	N.A	N.A	Número de controles	Discreta	Numérica
Multiparidad	Se define como gestante múltipara a aquella con gestaciones previas, dependiendo del número de estas se pueden clasificar.	Número de partos antes del actual	N.A	N.A	Número de partos previos	Discreta	Numérica
Multiparidad	Se define como gestante múltipara a aquella con gestaciones previas, dependiendo del número de estas se pueden clasificar.	Es o no múltipara	N.A	N.A	Si/No	Dicotómica	Categoría
Prematuridad	Se define prematuridad al nacimiento antes de las 37 semanas gestacionales, a partir de la última menstruación. (20)	Clasificación de prematuridad, según edad gestacional	N.A	N.A	Prematuro Tardío Prematuro Moderado Prematuro Extremo Prematuro Muy Extremo	Ordinal	Categoría
Prematuridad	Se define prematuridad al nacimiento antes de las 37 semanas gestacionales, a partir de la última menstruación. (20)	Recién nacido de <37 semanas de edad gestacional	N.A	N.A	Edad Gestacional	Discreta	Numérica

Antecedente de prematuridad	Gestaciones previas a la en curso, con edad gestacional menor a las 37 semanas	El antecedente de prematuridad constituye un riesgo para nuevos eventos.	N.A	N.A	Si/No	Dicotómica	Categoría
Edad de la gestante	Periodo que ha vivido la persona desde su día de nacimiento.	Años de vida cumplidos hasta la revisión de historias clínicas	N.A	N.A	Número de años cumplidos hasta revisión	Discreta	Numérica
Parto	Proceso que consiste en la expulsión del producto final de la gestación	Forma de alumbramiento	N.A	N.A	Vaginal Cesárea	Dicotómica	Categoría
Tipo de parto	Tipo o categorización del parto del producto final de la gestación	Tipo se dio el alumbramiento del recién nacido	N.A	N.A	Eutócico Distócico	Dicotómica	Categoría
Sexo del recién nacido	Género sexual definido como masculino o femenino	Genero del recién nacido	N.A	N.A	Masculino y Femenino	Dicotómica	Categoría
Peso al nacer	Peso de la masa corporal del recién nacido, medido al momento del nacimiento	Peso en gramos del recién nacido	N.A	N.A	Peso expresado en gramos Adecuado peso al nacer (2500 – 3999 gr.) Bajo peso al nacer (1500 – 2499 gr.)	Nominal	Numérica
Clasificación del peso al nacer	Clasificación del peso de la masa corporal del recién nacido, medido al momento del nacimiento	Clasificación del peso al nacer según los gramos alcanzados	N.A	N.A	Muy bajo peso al nacer (1000 – 1500 gr.) Extremadamente bajo peso al nacer (< 1000 gr.)	Ordinal	Categoría
Distancia del domicilio al centro de salud	El abandono se da mayormente en aquellas gestantes que provengan de zonas rurales, así como de vivir en zonas lejanas al centro de salud, esto es determinante para el abandono, porque constituye mayor tiempo	Kilómetros de distancia de domicilio a establecimiento de salud	N.A	N.A	Distancia de domicilio a establecimiento de salud en Km.	Discreta	Numérica

	y gasto económico, por lo que hay mucha tendencia al incumplimiento de los controles						
Grado de Instrucción	Es un factor que se asocia al desarrollo de prematuridad por favorecer una pobre adherencia a los controles prenatales, esto causado por un deficiente nivel educativo y poco conocimiento de riesgos y complicaciones que se pueden presentar durante la gestación, todo esto desarrollado generalmente en grado de instrucción menor a la secundaria. (31)	Grado de Instrucción máximo alcanzado	N.A	N.A	Primaria Secundaria Superior	Nominal	Categórica
Estado Civil	Estado de las personas, establecida por su relación vida común y parentesco, en el sentido de las diversas maneras de unión conyugal (76)	Estado civil actual	N.A	N.A	Soltera Conviviente Divorciada Viuda	Nominal	Categórica
Periodo Intergenésico (PI)	Periodo en el que se da la gestación actual, a partir de la gestación previa.	Periodo de tiempo desde la última gestación	N.A	N.A	PI corto (< 18 meses) PI largo (> 60 meses)	Dicotómica	Categórica
Enfermedad asociada a la gestación actual	Patología que se haya presentado en el curso de la última gestación.	Evidencia de enfermedad actual de mayor frecuencia en la gestación u otras registrada en la historia clínica	N.A	N.A	ITU Preeclamsia Diabetes gestacional Vulvovaginitis Otras	Politémica	Categórica

Anexo 3

Documento de aprobación por el Comité de Ética



Huancayo, 31 de diciembre del 2024

OFICIO N°1235-2024-CIEI-UC

Investigadores:

GUILLERMO SOLANO SÁNCHEZ

Presente-

Tengo el agrado de dirigirme a ustedes para saludarles cordialmente y a la vez manifestarles que el estudio de investigación titulado: **EFFECTO DE LOS CONTROLES PRENATALES EN LA ASOCIACION DE LA MULTIPARIDAD Y EL DESARROLLO DE PREMATURIDAD, EN EL HOSPITAL CARLOS LANFRANCO LA HOZ, 2022.**

Ha sido **APROBADO** por el Comité Institucional de Ética en Investigación, bajo las siguientes precisiones:

- El Comité puede en cualquier momento de la ejecución del estudio solicitar información y confirmar el cumplimiento de las normas éticas.
- El Comité puede solicitar el informe final para revisión final.

Aprovechamos la oportunidad para renovar los sentimientos de nuestra consideración y estima personal.

Atentamente

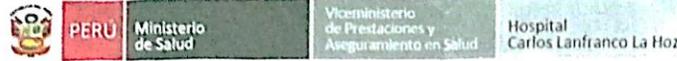



Walter Calderón Gerstein
Presidente del Comité de Ética
Universidad Continental

C.c. Archivo.

Anexo 4

Memorándum de permiso para aplicación de proyecto de tesis



"Decenio de la Igualdad de Oportunidades para Mujeres y Hombres"
"Año de la Unidad, la Paz y el Desarrollo"

Memorándum N° 409-08/2023-UADI-HCLLH/MINSA

A : Sr. Juan Alejandro Rosario Mamani
Jefe de la Unidad de Estadística, Informática y Telecomunicaciones
Hospital Carlos Lanfranco La Hoz

ASUNTO : Permiso para Aplicación de Proyecto de Tesis

LUGAR Y FECHA : Puente Piedra, 11 de agosto de 2023



Por medio me dirijo a Usted, para saludarlo y a la vez hacerle de su conocimiento que el Sr. **Guillermo Solano Sánchez** de la Escuela Académico Profesional de Medicina Humana de la Facultad de Ciencias de la Salud **Universidad Continental**, quien realizará su proyecto de investigación titulado "EFECTO DE LOS CONTROLES PRENATALES EN LA ASOCIACION DE LA MULTIPARIDAD Y EL DESARROLLO DE PREMATURA, EN EL HOSPITAL CARLOS LANFRANCO LA HOZ, 2022". Por lo que solicito se les de las facilidades en acceder a los archivos relaciones con dicho proyecto de tesis.

Datos complementarios de la Investigadora:

Numero Celular : 931 953 122
Correo Electrónico : 75121681@continental.edu.pe
CIE - 10 : P07.3 / P07.3

Áreas : Hospitalización
Consultorio

Atentamente,


Lic. Luz Yony Silva Espinoza
Jefe de la Unidad de Apoyo a la
Docencia e Investigación

LSE/hh
C.c.
Archivo

www.hcllh.gob.pe

Av. Sáenz Peña Cdra. 06 - S/N
Puente Piedra - Lima, Perú
T. (511) 548-2010
Anexo:



Anexo 5

Constancia que certifica la revisión y aprobación del comité de ética del hospital de estudios



"Decenio de la Igualdad de Oportunidades para Mujeres y Hombres"
"Año de la Unidad, la Paz y el Desarrollo"

CONSTANCIA

El que suscribe, el **Presidente del Comité Institucional de Ética en Investigación del Hospital Carlos Lanfranco La Hoz**, **CERTIFICA** que el **PROYECTO DE TESIS**, Versión del 25 de Julio del presente; Titulado: **"EFECTO DE LOS CONTROLES PRENATALES EN LA ASOCIACION DE LA MULTIPARIDAD Y EL DESARROLLO DE PREMATURIDAD, EN EL HOSPITAL CARLOS LANFRANCO LA HOZ, 2022"**; con Código Único de Inscripción: **HCLLH/CIEI/016/2023**, presentado por el Investigador Principal: **Sr. Guillermo SOLANO SÁNCHEZ**, de la Universidad Continental; ha sido **REVISADA**.

Asimismo, concluyéndose con la **APROBACIÓN** expedida por el **Comité Institucional de Ética en Investigación**. No habiéndose encontrado objeciones de acuerdo con los estándares propuestas por el Hospital Carlos Lanfranco La Hoz.

Esta aprobación tendrá **VIGENCIA** hasta el **11 de Setiembre del 2024**. Los trámites para su renovación deben iniciarse por lo menos a 30 días hábiles previos a su fecha de vencimiento.

Puente Piedra, 12 de Setiembre del 2023.

Atentamente:

MINISTERIO DE SALUD Hospital Carlos Lanfranco La Hoz
M.C. Jorge Fernando Ruiz Torres
C.M.P. 34237 R.N.E. 27684
DIRECCIÓN EJECUTIVA HCLLH



C.c. Investigadora Principal
C.c. Archivo

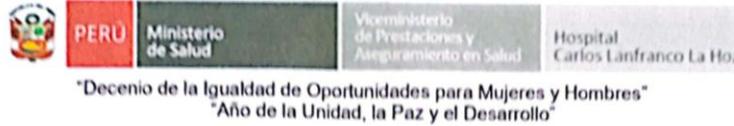
www.hcllh.org.pe

Av. Sáenz Peña Cdra. 06 - 5N
Puente Piedra - Lima, Perú
T. (511) 548-2010
Anexo:



Anexo 6

Levantamiento de información



LEVANTAMIENTO DE INFORMACIÓN

Puente Piedra, 30 de noviembre 2023.

SEÑORES COMITÉ DE ÉTICA
UNIVERSIDAD CONTINENTAL

De mi mayor consideración

El Comité Institucional de Ética e Investigación del Hospital Carlos Lanfranco La Hoz, después de la emisión de la carta de presentación otorgada al estudiante **Guillermo Solano Sánchez**, identificado con DNI N° 75121681, autorizando el ingreso a los ambientes del Archivo de Historias Clínicas de la Unidad de Estadística, Informática y Telecomunicaciones, se pudo corroborar que el levantamiento de información se realizó según lo solicitado por el Investigador, del proyecto de investigación titulado **"EFECTO DE LOS CONTROLES PRENATALES EN LA ASOCIACION DE LA MULTIPARIDAD Y EL DESARROLLO DE LA PREMATURIDAD EN EL HOSPITAL CARLOS LANFRANCO LA HOZ 2022"**.

El Sr. Solano cumplió los aspectos éticos exigidos en las investigaciones observacionales.

Sin otro particular.

PERU Ministerio de Salud HOSPITAL CARLOS LANFRANCO LA HOZ
Lic. Luz Yony Silva Espinoza
Jefe de la Unidad de Apoyo a la Docencia e Investigación

Lic. Luz Yony Silva Espinoza
Jefe
Unidad de Apoyo a la Docencia e Investigación
Hospital Carlos Lanfranco La Hoz
Teléfono: 952 888 834
Correo: ysilva@hcllh.gob.pe

Anexo 7

Ficha de recolección de datos

EFFECTO DE LOS CONTROLES PRENATALES EN LA ASOCIACIÓN DE LA MULTIPARIDAD Y EL DESARROLLO DE PREMATURIDAD, EN EL HOSPITAL CARLOS LANFRANCO LA HOZ, 2022

Parte 1: Datos para objetivo general

1. Número de controles prenatales:
2. Número de partos previos:
3. Edad gestacional de parto actual:
4. Prematuro: Si / No

En caso de ser prematuro:

- Prematuro Tardío
- Prematuro Moderado
- Prematuro Extremo
- Prematuro Muy Extremo

5. Antecedente de parto prematuro: Si / No

Parte 2: Datos para información específica

1. Edad de la gestante:.....
2. Parto:
 - Vaginal
 - Cesárea
3. Tipo de parto
 - Eutócico
 - Distócico
4. Sexo del recién nacido
 - Masculino
 - Femenino
5. Peso al nacer gr.
 - Adecuado peso al nacer (2500 – 3999 gr.)
 - Bajo peso al nacer (1500 – 2499 gr.)
 - Muy bajo peso al nacer (1000 – 1500 gr.)
 - Extremadamente bajo peso al nacer (< 1000 gr.)
6. Estado Civil
 - Soltera

- Conviviente ()
- Divorciada ()
- Viuda ()
- Casada ()

7. Distancia del domicilio al centro de salud:

..... Distancia en Km:.....

8. Grado de Instrucción

- Primaria ()
- Secundaria ()
- Superior ()

9. Periodo Intergenésico

- Periodo Intergenésico (meses)

10. Enfermedad asociada a la gestación actual:

Si/ No En caso “Sí”:

- ITU ()
- Preeclamsia ()
- Diabetes gestacional ()
- Vulvovaginitis ()
- Otro.....

CODIGO.....