

UNIVERSIDAD PRIVADA DE TACNA

FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

ESCUELA PROFESIONAL DE MEDICINA HUMANA



TESIS:

**CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS Y EPIDEMIOLÓGICAS DE LOS
RECIÉN NACIDOS PREMATUROS TARDÍOS NACIDOS ENTRE EL
AÑO 2020 Y 2024 EN EL HOSPITAL HIPÓLITO UNANUE DE TACNA**

AUTORES:

Raúl Nicolás Alcázar Gambetta.

Nicoll Ximena Sosa Toala.

ASESOR:

Dr. Eduardo Ojeda Lewis.

DECLARACIÓN JURADA DE ORIGINALIDAD

Yo, ALCÁZAR GAMBETTA, Raúl Nicolás, SOSA TOALA, Nicoll Ximena, en calidad de Bachiller de la Escuela Profesional de Medicina Humana de la Facultad de Ciencias de la Salud de la Universidad Privada de Tacna, identificadas con DNI: 72399168, 70667143, declaramos bajo juramento que:

1. Siendo autores de la tesis titulada “Características clínicas y epidemiológicas de los recién nacidos prematuros tardíos nacidos entre el año 2020 y 2024 en el Hospital Hipólito Unanue de Tacna”, asesorada por OJEDA LEWIS, Eduardo, la cual está presente para optar el Título Profesional de Médico Cirujano.
2. La tesis no ha sido plagiada ni total ni parcialmente, habiéndose respetado las normas internacionales de citas y referencias para las fuentes consultadas.
3. La tesis presentada no atenta contra los derechos de terceros.
4. La tesis no ha sido publicada ni presentada anteriormente para obtener algún grado académico previo o título profesional.
5. Los datos presentados en los resultados son reales, no han sido falsificados, ni duplicados, ni copiados.

Por lo expuesto, mediante la presente asumo frente a La Universidad cualquier responsabilidad que pudiera derivarse por la autoría, originalidad y veracidad del contenido de la tesis, así como por los derechos sobre la obra.

En consecuencia, me hago responsable frente a La Universidad de cualquier responsabilidad que pudiera ocasionar, por el incumplimiento de lo declarado o que pudiera encontrar como causa del trabajo presentado, asumiendo todas las cargas pecuniarias que pudieran derivarse de ello a favor de terceros con motivo de acciones, reclamaciones o conflictos derivados del incumplimiento de lo declarado o las que encontrasen causa en el contenido de la tesis. De identificarse fraude, piratería, plagio, falsificación o que el trabajo de investigación haya sido publicado anteriormente; asumo las consecuencias y sanciones que de nuestra acción se deriven, sometiéndonos a la normatividad vigente de la Universidad Privada de Tacna.



ALCÁZAR GAMBETTA, Raúl Nicolás
DNI: 72399168 Fecha: 26/06/2026



SOSA TOALA, Nicoll Ximena
DNI: 70667143 Fecha: 26/06/2026

DEDICATORIA

A mis padres y abuelos, quienes siempre fueron el motor para no dejar de ser perseverante, motivándome y apoyándome a lo largo de la carrera con su confianza y amor. A Valentino, por acompañarme en todo momento y por alegrarme cuando más lo necesitaba. A mis amigos, por recordarme siempre que era capaz de llegar más lejos de lo que imaginaba. Y, en especial, a mi abuelo Fredy, porque sé que, dondequiera que se encuentre, se siente orgulloso de lo que estoy logrando.

Raúl

A mis padres, quienes con sacrificio, amor y confianza hicieron posible cada uno de mis logros. A mi hermana Allison, por su complicidad y por estar siempre a mi lado. A mis abuelos, por brindarme su amor eterno y por acompañarme siempre con sus sabios consejos. Y de manera muy especial, a Fifi y Cleo por su compañía incondicional y su amor puro, los cuales hicieron este camino mucho más feliz.

Nicoll

AGRADECIMIENTOS

Expresamos nuestro más sincero agradecimiento al Dr. Eduardo Ojeda, nuestro asesor de tesis, por su valiosa guía, paciencia y rigurosidad académica, cuyas orientaciones fueron fundamentales para la culminación con éxito de esta investigación; así como a la Dra. Sylvia Alcázar, quien nos ayudó a lo largo de la redacción de esta tesis. Queremos manifestar también nuestra gratitud a nuestra querida universidad por brindarnos el espacio y las herramientas necesarias para nuestra formación profesional, y a todos los docentes que compartieron sus conocimientos con nosotros a lo largo de la carrera. Finalmente, agradecemos de manera muy especial al personal del Hospital Hipólito Unanue de Tacna, así como a todas las personas e instituciones que colaboraron directa o indirectamente en la recolección de datos y en el desarrollo de este trabajo; su apoyo fue indispensable para hacer realidad esta meta.

RESUMEN

Objetivo: Describir las características clínicas y epidemiológicas de los recién nacidos prematuros tardíos nacidos en el Hospital Hipólito Unanue de Tacna, 2020–2024.

Materiales y métodos: Estudio observacional, descriptivo, retrospectivo y transversal. Muestra de 239 prematuros tardíos (34 a 36 semanas y 6 días). Los datos se obtuvieron de historias clínicas mediante una ficha de recolección y se analizaron con estadística descriptiva (frecuencias y porcentajes).

Resultados: Predominaron madres de 18 a 34 años (69,9 %), con secundaria completa (60,7 %) y controles prenatales inadecuados (59,0 %). Las patologías maternas principales fueron preeclampsia, ruptura prematura de membranas, anemia e infección del tracto urinario. En los neonatos, predominó el sexo masculino, la edad gestacional de 36 semanas y el nacimiento por cesárea. La mayoría presentó peso adecuado para la edad gestacional y puntaje de Apgar favorable (7 a 10) al primer minuto y a los cinco minutos. Las principales morbilidades neonatales fueron hiperbilirrubinemia, síndrome de distrés respiratorio y sepsis neonatal, seguidas de hipoglicemia. Los desenlaces hospitalarios mostraron que el 20,9 % ingresó a UCIN, el 14,6 % recibió antibióticos y el 10,9 % requirió apoyo oxigenatorio. El 96,7 % egresó por alta hospitalaria y la mortalidad neonatal fue de 2,9 %.

Conclusiones: Los prematuros tardíos se caracterizaron por el nacimiento a las 36 semanas, vía cesárea, peso adecuado y puntaje Apgar favorable en la mayoría de casos. La hiperbilirrubinemia, el distrés respiratorio y la sepsis fueron las morbilidades prevalentes. Aunque la mayoría egresó por alta hospitalaria, la proporción de ingresos a UCIN, la necesidad de soporte respiratorio y la mortalidad registrada evidencian que este grupo requiere vigilancia clínica diferenciada.

Palabras clave: Prematuro Tardío, Mortalidad Neonatal, Morbilidad, Cuidado Prenatal, Atención Neonatal.

ABSTRACT

Objective: To describe the clinical and epidemiological characteristics of late preterm infants born at the Hospital *Hipólito Unanue* in Tacna, 2020–2024.

Methods: An observational, descriptive, retrospective, and cross-sectional study was conducted. The sample consisted of 239 late preterm infants (34 to 36 weeks and 6 days of gestation). Data were extracted from medical records using a data collection sheet and analyzed using descriptive statistics (absolute frequencies and percentages).

Results: There was a predominance of mothers aged 18 to 34 years (69,9 %), with a completed high school education (60,7 %), and inadequate prenatal care (59,0 %). The primary maternal pathologies were pre-eclampsia, premature rupture of membranes, anemia, and urinary tract infection. Regarding the neonates, male sex, a gestational age of 36 weeks, and cesarean delivery predominated. Most infants presented appropriate weight for gestational age and a favorable Apgar score (7 to 10) at both the first and fifth minutes of life. The main neonatal morbidities were hyperbilirubinemia, respiratory distress syndrome, and neonatal sepsis, followed by hypoglycemia. Hospital outcomes showed that 20,9 % were admitted to the NICU, 14,6 % received antibiotics, and 10,9 % required supplemental oxygen. The majority were discharged home (96,7 %), and the neonatal mortality rate was 2,9 %.

Conclusion: Late preterm infants were characterized by birth at 36 weeks, cesarean delivery, appropriate birth weight, and favorable Apgar scores in most cases. Hyperbilirubinemia, respiratory distress syndrome, and sepsis were the most prevalent morbidities. Although most infants were successfully discharged, the rates of NICU admission, respiratory support requirements, and recorded mortality demonstrate that late preterm infants represent a vulnerable group requiring specialized clinical surveillance.

Keywords: Infant, Premature; Neonatal Mortality; Morbidity; Prenatal Care; Intensive Care, Neonatal.

ÍNDICE DE CONTENIDO

DECLARACIÓN JURADA DE ORIGINALIDAD.....	ii
DEDICATORIA.....	ii
AGRADECIMIENTOS	iv
RESUMEN.....	v
ABSTRACT	vi
ÍNDICE DE CONTENIDO	vii
ÍNDICE DE TABLAS.....	x
INTRODUCCIÓN	1
CAPÍTULO I: EL PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN	3
1.1 Planteamiento del problema.....	3
1.2 Formulación del problema	5
1.2.1 Pregunta general.....	5
1.2.2 Preguntas específicas	5
1.3 Objetivos de la investigación	5
1.3.1 Objetivo general.....	5
1.3.2 Objetivos específicos	5
1.4 Justificación	6
1.4.1 Justificación científica.....	6
1.4.2 Justificación teórica.....	6
1.4.3 Justificación metodológica.....	6
1.4.4 Justificación práctica.....	6
1.4.5 Justificación contextual y social.....	6
1.5 Importancia	7
CAPÍTULO II: REVISIÓN DE LITERATURA	8
2.1 Antecedentes	8
2.1.1 Antecedentes internacionales	8
2.1.2 Antecedentes nacionales	10
2.1.3 Antecedentes locales	12
2.2 Marco teórico	13

2.2.1	Recién nacido	13
2.2.2	Recién nacido prematuro.....	14
2.2.3	Recién nacido prematuro tardío	17
2.2.4	Enfoque teórico de la epidemiología descriptiva	25
2.3	Definición de términos	25
CAPÍTULO III: VARIABLES Y OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES		27
3.1	Variables de estudio	27
3.1.1	Definición conceptual de las variables.....	27
3.1.2	Definiciones operacionales por dimensiones	27
3.2	Operacionalización de variables	32
CAPÍTULO IV: METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN		42
4.1	Diseño de investigación	42
4.1.1	Esquema del diseño de investigación.....	42
4.2	Tipo de investigación	43
4.3	Ámbito de estudio	43
4.4	Limitaciones metodológicas.....	43
4.5	Población y muestra	44
4.5.1	Población.....	44
4.5.2	Muestra.....	44
4.5.3	Criterios de inclusión	45
4.5.4	Criterios de exclusión.....	45
4.6	Técnicas y ficha de recolección de datos	45
4.6.1	Técnica para la recolección de datos.....	45
4.6.2	Instrumento para la recolección de datos	46
CAPÍTULO V: PROCEDIMIENTO DE ANÁLISIS		47
5.1	Procedimiento de recojo de datos	47
5.2	Consideraciones éticas	47
5.3	Procesamiento analítico de datos	48
CAPÍTULO VI: RESULTADOS.....		49
6.1	Características sociodemográficas maternas.....	49

6.2	Antecedentes obstétricos y patológicos maternos.....	50
6.2.1	Análisis descriptivo de los antecedentes obstétricos y patológicos maternos.....	53
6.3	Características natales y clínicas del recién nacido.....	54
6.3.1	Análisis descriptivo de las características natales y clínicas de los recién nacidos	56
6.4	Morbilidad neonatal	57
6.4.1	Análisis descriptivo de la morbilidad neonatal	58
6.5	Manejo terapéutico y desenlaces neonatales.....	58
6.5.1	Análisis descriptivo del manejo terapéutico y desenlaces neonatales.....	60
CAPÍTULO VII: DISCUSIÓN		61
7.1	Sobre las características sociodemográficas maternas	61
7.2	Sobre los antecedentes obstétricos y patológicos maternos	63
7.3	Sobre las características natales y clínicas del recién nacido.....	64
7.4	Sobre la morbilidad y mortalidad neonatal	64
7.5	Sobre el manejo terapéutico y los desenlaces neonatales.....	65
CAPÍTULO VIII: CONCLUSIONES Y SUGERENCIAS		66
8.1	Conclusión general.....	66
8.2	Conclusiones específicas.....	66
8.3	Sugerencias de la investigación	66
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS		68
ANEXOS.....		75
Anexo 1. Matriz de consistencia.		75
Anexo 2. Ficha de recolección de datos.....		76
Anexo 3. Solicitud de autorización para recolección de información.....		80
Anexo 4. Autorización para recolección de información.....		81

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1. Edad materna.....	49
Tabla 2. Grado de instrucción.	49
Tabla 3. Índice de masa corporal (IMC) materno al inicio de la gestación.....	50
Tabla 4. Ganancia de peso gestacional.....	50
Tabla 5. Paridad.	51
Tabla 6. Aborto previo.	51
Tabla 7. Antecedentes obstétricos.	51
Tabla 8. Madre portadora de VIH.	52
Tabla 9. Hábitos nocivos.....	52
Tabla 10. Tipo de Embarazo.	52
Tabla 11. Número de controles prenatales.	52
Tabla 12. Patologías del embarazo.....	53
Tabla 13. Sexo del recién nacido.	54
Tabla 14. Edad gestacional.....	54
Tabla 15. Vía de parto.....	55
Tabla 16. Peso al nacer.....	55
Tabla 17. Peso para la edad gestacional.	55
Tabla 18. Puntaje de Apgar al primer minuto.	56
Tabla 19. Puntaje de Apgar a los 5 minutos.....	56
Tabla 20. Morbilidad neonatal.	57
Tabla 21. Ingreso a UCIN.	58
Tabla 22. Apoyo oxigenatorio.....	59
Tabla 23. Uso de antibióticos.....	59
Tabla 24. Condición de egreso.....	59
Tabla 25. Mortalidad neonatal por edad gestacional.....	60

INTRODUCCIÓN

El parto prematuro sigue representando un reto para la medicina, sobre todo para la salud neonatal, ya que existe una estrecha relación entre el mismo y la posible aparición de complicaciones tempranas, con diversos desenlaces en la infancia y en el desarrollo de la persona en general. Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), existen millones de nacimientos prematuros por año, contribuyendo de manera significativa a la carga global de enfermedad y mortalidad infantil (1). Dentro de este grupo de nacimientos prematuros por año, los recién nacidos prematuros tardíos (aquellos nacidos entre las 34 y 36 semanas de gestación) son el grupo más frecuente y el que representa el mayor porcentaje de prematuros. Aunque suelen presentar características físicas similares a los recién nacidos a término, los que han concluido el periodo de gestación entre las 37 y 40 semanas, la falta de maduración fisiológica que presentan los primeros los expone a una mayor cantidad de complicaciones tanto respiratorias, metabólicas, infecciosas; así como también a dificultades en la adaptación neonatal, lo que puede traducirse en mayor necesidad de hospitalización y seguimiento clínico. En el Hospital Hipólito Unanue de Tacna, resulta relevante describir las características clínicas y epidemiológicas de los recién nacidos prematuros tardíos, considerando factores en la madre gestante, obstétricos y neonatales, así como las principales complicaciones y desenlaces. La identificación de estos aspectos propiciará que los profesionales en la salud tomen mejores decisiones clínicas, se reestructuren mejor los procesos y protocolos de atención perinatal y neonatal, y también se pueda contribuir a la ejecución e innovación de estrategias preventivas con el fin de fortalecer la buena salud de los niños en la región.

La presente investigación tiene como objetivo principal describir cuáles son las características clínicas y epidemiológicas de los recién nacidos prematuros tardíos nacidos en el Hospital Hipólito Unanue de Tacna durante el periodo 2020–2024. La relevancia de esta investigación radica en aportar información actualizada y significativa sobre el perfil de este grupo de neonatos, una población altamente vulnerable, para poder mejorar las acciones institucionales y gubernamentales con el fin de disminuir la morbilidad y mortalidad de los mismos.

En relación a la estructura de la investigación, esta se organizó en seis capítulos. El Capítulo I abarca el planteamiento del problema, la formulación del problema, la justificación, la importancia y los objetivos del estudio. En el Capítulo II se realiza un recuento de los antecedentes de investigación sobre el tema, el marco teórico y la definición de términos. El Capítulo III desarrolla las variables y definiciones operacionales en este estudio. El Capítulo IV explica la metodología que se utilizó en la investigación; incluyendo el diseño y tipo de

investigación, la población, la muestra, las técnicas y los instrumentos. El Capítulo V expone el procedimiento realizado para el recojo de datos y el procedimiento analítico; además de las consideraciones éticas de la aplicación del estudio. Finalmente, el Capítulo VI presenta los resultados, la discusión, las conclusiones y las recomendaciones. Al final del documento se incluyen las referencias bibliográficas y los anexos.

CAPÍTULO I: EL PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN

1.1 Planteamiento del problema

El nacimiento prematuro ha sido siempre un desafío para los agentes de la salud a nivel global por su relativamente alta frecuencia, su asociación con morbilidad y mortalidad neonatal inmediata y sus secuelas potenciales a mediano y largo plazo. La OMS define como prematuro a todo recién nacido vivo antes de las 37 semanas completas de gestación; y estima que en 2020 nacieron prematuramente 13,4 millones de niños, lo que equivale a más de 1 de cada 10 nacimientos (1). Además, las complicaciones de la prematuridad constituyen la principal causa de muerte en menores de cinco años y fueron responsables de aproximadamente 900 000 muertes en 2019. La misma fuente advierte que no se han logrado reducciones significativas de la tasa mundial de prematuridad en la última década, lo que confirma la persistencia del problema a escala global (1,2).

Dentro de este grupo, los recién nacidos prematuros tardíos, aquellos neonatos que nacen entre las 34 semanas y 36 semanas con 6 días de gestación, representan una proporción importante de dichos nacimientos y suelen ser subestimados debido a su apariencia similar a la de un recién nacido a término. Sin embargo, esta población mantiene una inmadurez fisiológica relevante, con mayor riesgo de dificultad respiratoria, hipoglicemia, ictericia, sepsis, trastornos de adaptación, necesidad de soporte respiratorio, ingreso a unidades de cuidados intensivos y mayor estancia hospitalaria que los nacidos a término (2). A nivel internacional, el comportamiento epidemiológico de la prematuridad sigue mostrando marcadas desigualdades entre países, con tasas que en 2020 oscilaron entre 4 % y 16 %, y con una concentración importante de casos en regiones de mayor vulnerabilidad sanitaria y social (1,2).

En el Perú, la prematuridad mantiene también una relevancia prioritaria dentro de la salud materno-neonatal. El Ministerio de Salud (MINSA) ha señalado que los nacimientos prematuros representan la primera causa de muerte infantil en el país y constituyen un problema de salud pública (3). Asimismo, reportó que, en 2023, el 7,5 % de los nacimientos en el Perú fueron prematuros; mientras que en 2022 la proporción registrada fue de 6,89 %, lo que evidencia la persistencia de este evento en nuestra realidad nacional. De igual modo, para la semana epidemiológica 40 de 2022 se notificaron 1898 muertes neonatales en el país, de las cuales el 67,6 % estuvieron vinculadas a prematuridad o complicaciones relacionadas con la misma (4). Aunque la tasa de mortalidad neonatal peruana ha mostrado una reducción en años recientes, el peso relativo de esta, dentro de las causas de muerte neonatal sigue siendo elevado (5).

No existe una causa única para determinar por qué el parto ocurre antes para los recién nacidos, se trataría de una combinación de factores complejos que pueden suscitarse tanto en la madre (antes o durante el embarazo), como en el producto; además de, indirectamente, distintos factores en el sistema de salud u otros determinantes epidemiológicos (4). La OMS ha identificado algunos factores en común, como las infecciones vaginales o de vías urinarias, embarazos múltiples, diabetes gestacional, trastornos hipertensivos del embarazo, etc.; asimismo, considera relevante comprender que la atención médica de calidad es fundamental para reducir riesgos en el parto y complicaciones para el recién nacido (1). En el Perú, el MINSA insiste en fortalecer el control prenatal de forma oportuna y el reconocimiento de factores de riesgo en el embarazo que puedan condicionar el parto, ya que se ha identificado en los últimos años que la atención en los centros de salud a nivel nacional no siempre cuenta con atención de calidad, favoreciendo al aumento de partos prematuros o con complicaciones (3).

En el ámbito local, el problema mantiene vigencia y relevancia clínica. En el Hospital Hipólito Unanue de Tacna (HHUT), un estudio realizado en prematuros tardíos atendidos entre 2017 y 2019 reportó una incidencia de 6,05 % y describió una tendencia ascendente en dicho periodo, confirmando que esta población representa una carga asistencial importante para el servicio de neonatología del hospital (6). Por otro lado, otro estudio local sobre mortalidad en recién nacidos prematuros atendidos en el mismo hospital entre 2015 y 2019 reportó una tasa de mortalidad neonatal de 14,9 por cada 1000 recién nacidos prematuros vivos, e identificó asociación con antecedentes de prematuridad, ausencia o inadecuado control prenatal, bajo peso al nacer, APGAR bajo, síndrome de dificultad respiratoria, infecciones y asfixia neonatal (7). Estos hallazgos muestran que, en Tacna, la prematuridad no solo persiste, sino que se acompaña de desenlaces adversos clínicamente relevantes.

A pesar de ello, la situación real local reciente sobre recién nacidos prematuros tardíos no muestra un perfil clínico detallado que permita caracterizar el problema. Esto condiciona que los agentes de la salud no puedan intervenir de forma oportuna y adecuada, y por tanto prevenir o actuar con respecto a los riesgos en relación a variables obstétricas y neonatales durante la gestación (6). Es importante e indispensable que un centro hospitalario de referencia cuente con un perfil epidemiológico a través del análisis contextual de los últimos años para abordar oportunamente este tipo de casos, sistematizando las decisiones clínicas y mejorando y modernizando los protocolos de atención a la madre y al recién nacido (7).

En consecuencia, surge la necesidad de describir las características clínicas y epidemiológicas de los recién nacidos prematuros tardíos nacidos en el Hospital Hipólito Unanue de Tacna durante el periodo 2020–2024, a fin de generar evidencia local útil para la comprensión del problema, la mejora de la atención neonatal y la reducción de la morbilidad y mortalidad en este grupo vulnerable.

1.2 Formulación del problema

1.2.1 Pregunta general

¿Cuáles son las características clínicas y epidemiológicas de los recién nacidos prematuros tardíos nacidos en el Hospital Hipólito Unanue de Tacna durante el periodo 2020–2024?

1.2.2 Preguntas específicas

- a) ¿Cuáles son las características sociodemográficas de las madres de estos recién nacidos prematuros tardíos?
- b) ¿Cuáles son los antecedentes obstétricos y patológicos maternos relacionados con los nacimientos de estos recién nacidos prematuros tardíos?
- c) ¿Cuáles son las características natales y clínicas propias de los recién nacidos prematuros tardíos evaluados?
- d) ¿Cuáles son las principales morbilidades neonatales que presentaron los recién nacidos prematuros tardíos?
- e) ¿Cuáles son los desenlaces neonatales inmediatos observados en la población de recién nacidos prematuros tardíos?

1.3 Objetivos de la investigación

1.3.1 Objetivo general

Describir las características clínicas y epidemiológicas de los recién nacidos prematuros tardíos nacidos en el Hospital Hipólito Unanue de Tacna durante el periodo 2020–2024.

1.3.2 Objetivos específicos

- a) Identificar las características sociodemográficas de las madres de los recién nacidos prematuros tardíos.
- b) Determinar los antecedentes obstétricos y patológicos maternos relacionados con los nacimientos de estos recién nacidos prematuros tardíos.
- c) Describir las características natales y clínicas propias de los recién nacidos prematuros tardíos evaluados.
- d) Reconocer las principales morbilidades neonatales que presentaron los recién nacidos prematuros tardíos.
- e) Determinar los desenlaces neonatales inmediatos observados en la población de recién nacidos prematuros tardíos.

1.4 Justificación

1.4.1 Justificación científica

El estudio aporta evidencia local actualizada sobre las características clínicas y epidemiológicas del prematuro tardío, un grupo neonatal frecuente, pero con riesgo mayor que el recién nacido a término. Esta información permitirá describir patrones de morbilidad, soporte terapéutico, ingreso al servicio de cuidados intensivos neonatales y mortalidad neonatal en un hospital de referencia regional.

1.4.2 Justificación teórica

La investigación se sustenta en la necesidad de aumentar el conocimiento sobre los recién nacidos prematuros tardíos, debido a que la prematuridad es una condición que afecta la madurez y el desarrollo del neonato desde el nacimiento, lo que puede derivar en consecuencias crónicas o en la mortalidad neonatal. El desarrollo de este estudio permitirá abordar de manera integral las variables de la madre gestante, su contexto y los factores obstétricos durante el embarazo. Asimismo, facilitará el análisis de las características del recién nacido, sus requerimientos inmediatos y sus desenlaces clínicos; con el propósito de generar un mayor sustento teórico sobre el comportamiento local en relación a esta problemática.

1.4.3 Justificación metodológica

El estudio emplea revisión documental sistemática de historias clínicas y registros perinatales con una ficha estructurada y una operacionalización depurada de variables. Esto permitirá obtener información homogénea, verificable y útil para futuros trabajos descriptivos o analíticos sobre prematuridad neonatal.

1.4.4 Justificación práctica

Desde una perspectiva práctica, este estudio se justifica por su potencial para optimizar la identificación de factores de riesgo prevenibles antes y durante la gestación, garantizando así un desenlace favorable tanto para la madre como para el recién nacido. Al determinar este perfil epidemiológico, los hallazgos servirán como una guía para orientar la vigilancia clínica del prematuro tardío, mejorar la detección temprana de complicaciones y contribuir a la actualización de los protocolos de atención, seguimiento y referencia neonatal.

1.4.5 Justificación contextual y social

En el contexto de la región Tacna, contar con información local sobre los recién nacidos prematuros tardíos, contribuirá a reconocer las principales características de los mismos y sus

necesidades, para habilitar una atención médica más oportuna, humana y adecuada. Además, en el ámbito social, los resultados podrán servir como base para mejorar acciones y estrategias preventivas, de seguimiento a la gestación y también en el cuidado neonatal, contribuyendo al bienestar de los recién nacidos, de sus madres y sus familias.

1.5 Importancia

El presente estudio adquiere relevancia en el ámbito de la salud neonatal debido a que los recién nacidos prematuros tardíos constituyen un grupo frecuentemente subestimado en la práctica clínica, a pesar de presentar mayor riesgo de complicaciones respiratorias, metabólicas e infecciosas en comparación con los recién nacidos a término (8). Su aparente estabilidad clínica puede retrasar el reconocimiento oportuno de alteraciones, incrementando la probabilidad de morbilidad neonatal y la necesidad de intervenciones especializadas.

En el contexto del Hospital Hipólito Unanue de Tacna, la atención de recién nacidos prematuros tardíos representa una parte importante de la carga asistencial del servicio de Neonatología. Sin embargo, la limitada disponibilidad de información sistematizada y actualizada sobre sus características clínicas y epidemiológicas dificulta la comprensión integral de su comportamiento en el ámbito local. En ese sentido, este estudio permitirá disponer de evidencia concreta sobre el perfil obstétrico y neonatal de esta población, así como sobre sus principales complicaciones y desenlaces clínicos.

La importancia del estudio se basa en el aporte que puede contribuir los resultados del estudio a la mejora de la calidad en la atención médica de las gestantes y de los recién nacidos para plantear estrategias que prevengan el parto prematuro o disminuyan sus potenciales consecuencias (9).

Finalmente, la información obtenida no sólo servirá como antecedente para futuras investigaciones de mayor alcance metodológico, sino que se alinea formalmente con los compromisos internacionales de salud pública, específicamente con el Objetivo de Desarrollo Sostenible 3 (ODS 3): Salud y Bienestar de las Naciones Unidas (10). Al caracterizar la morbilidad y los desenlaces clínicos en este grupo, el estudio contribuye directamente con las metas globales orientadas a reducir la mortalidad materna e infantil, aportando evidencia local que coadyuve al desarrollo de políticas orientadas a poner fin a las muertes prevenibles de recién nacidos para el año 2030.

CAPÍTULO II: REVISIÓN DE LITERATURA

2.1 Antecedentes

2.1.1 Antecedentes internacionales

En 2025, Bartual Bardisa et al. realizaron, en España, un estudio retrospectivo, observacional y analítico de casos y controles en una unidad de cuidados intensivos neonatales (UCIN) con el propósito de evaluar la evolución de prematuros tardíos con síndrome de dificultad respiratoria según el momento de administración del surfactante. La población estuvo conformada por 57 recién nacidos prematuros tardíos ingresados entre 2012 y 2021, de los cuales 30 neonatos recibieron alguna dosis de surfactante pulmonar antes de las 12 horas de vida y 27 después de ese periodo. Los resultados mostraron que la administración precoz de surfactante se asoció con una mejor evolución respiratoria al permitir alcanzar antes una fracción inspirada de oxígeno (FiO_2) de 0,21, redujo la necesidad de dosis adicionales de surfactante, acortó el tiempo total de soporte respiratorio y disminuyó el período de hospitalización en la UCIN. Asimismo, no se reportaron casos de neumotórax en el grupo tratado precozmente. Los autores concluyeron que la administración temprana de surfactante pulmonar mostró beneficios clínicos relevantes en los prematuros tardíos con distrés respiratorio (11).

En el año 2025, San Andrés C, condujo un estudio en España, con el objetivo de analizar características demográficas, factores de riesgo materno-gestacionales y morbilidad neonatal en recién nacidos prematuros tardíos, de metodología descriptiva, retrospectiva y transversal, con una población de 154 recién nacidos prematuros tardíos durante el periodo 2022–2023. Los resultados mostraron una tasa de prematuridad tardía del 6,36 % de los nacimientos totales y una concentración de casos del 53,2 % en la semana 36, 24,7 % en la semana 35 y 22,1 % en la semana 34. El 55,8 % de los recién nacidos requirió ingreso a la unidad de Neonatología, evidenciando una relación inversa con la madurez: el 100 % de la semana 34, el 71,1 % de la semana 35 y el 30,5 % de la semana 36. Las principales morbilidades neonatales fueron la hipoglucemia (34,4 %), ictericia (22,1 %) y el distrés respiratorio (18,8 %), donde el 70 % requirió ventilación a presión positiva (CPAP). El estudio concluyó que el prematuro tardío, a pesar de su apariencia madura, presenta una elevada morbilidad neonatal y una alta tasa de hospitalización inversamente proporcional a su edad gestacional debido a su inmadurez biológica, requiriendo un riguroso control clínico (12).

En el año 2024, Joshi et al. realizaron un estudio en Estados Unidos, de tipo retrospectivo que analizó registros de salud de un hospital de atención terciaria entre los años 2019 y 2021, con el objetivo de examinar la frecuencia de las morbilidades clínicas comunes y las tasas de

intervención médica en recién nacidos prematuros tardíos durante su hospitalización. Los resultados, obtenidos a partir de una muestra de 1022 recién nacidos, mostraron que el 53,8 % nació a las 36 semanas, el 25,7 % a las 35 semanas y el 20,5 % a las 34 semanas; además, el 53,7 % tuvo un peso igual o superior a los 2500 gramos y el 13,8 % fue pequeño para la edad gestacional. Al identificar las principales morbilidades se reportó hipoglucemia en el 61,2 %, hipotermia en el 57,1 % y taquipnea en el 40,1 % de los neonatos. El estudio concluyó que, aunque una gran proporción de los recién nacidos de 35 y 36 semanas se mantiene de forma segura en cuidados habituales junto a la madre, los prematuros tardíos presentan una inmadurez funcional que eleva las tasas de complicaciones en las primeras horas de vida, requiriendo pautas clínicas estandarizadas y un seguimiento diferenciado respecto a los nacidos a término (13)

En 2024, Blanco Aguilar condujo un estudio descriptivo, retrospectivo y de corte transversal en Cali, Colombia, con el objetivo de describir las características sociodemográficas, neonatales y antropométricas de recién nacidos prematuros tardíos participantes del proyecto “NuNePret” durante el primer semestre de 2023. Los resultados mostraron que el 69,23 % de los neonatos nació con bajo peso y que, de dicho grupo, el 56,92 % requirió ingreso a UCIN, además de identificar condiciones clínicas y antropométricas relevantes relacionadas con la vulnerabilidad de este grupo. El estudio concluyó que los recién nacidos prematuros tardíos requieren evaluación diferenciada y seguimiento especializado, debido a su mayor riesgo de alteraciones nutricionales y clínicas durante el periodo neonatal (14).

En 2023, España Cuasapaz y Vela Jiménez desarrollaron en Ecuador un estudio descriptivo y observacional de corte transversal con el objetivo de identificar factores de riesgo asociados a la prematuridad y a las complicaciones respiratorias en el neonato. Los resultados evidenciaron que el 14,8 % de los neonatos presentaron complicaciones respiratorias, siendo la taquipnea transitoria del recién nacido la más frecuente, seguida del síndrome de dificultad respiratoria. Además, se encontró una correlación significativa entre la prematuridad y patologías obstétricas maternas, como la amenaza de parto pretérmino y la preeclampsia. En relación con los resultados neonatales, la inmadurez pulmonar fue identificada como la principal causa de complicaciones respiratorias siendo el 60 % de los casos. Las autoras concluyeron que las patologías obstétricas maternas constituyen factores determinantes en la prematuridad y que las complicaciones respiratorias representan un problema clínico frecuente en los neonatos prematuros (15).

En 2023, Mederos Herrera realizó un estudio observacional, descriptivo y transversal con el objetivo de caracterizar a los recién nacidos prematuros tardíos y al recién nacido prematuro. Esta investigación tuvo como muestra 519 recién nacidos en 2019, de los cuales 234 fueron prematuros tardíos y 285 a término. Los resultados mostraron que el 61,5 % de los prematuros tardíos presentaron bajo peso al nacer; mientras que el 17,5 % de recién nacidos prematuros

tardíos necesitaron ingresar a sala de cuidados intensivos. En relación a las complicaciones, la más frecuente fue la ictericia agravada por la prematuridad y problemas infecciosos como sepsis temprana. La conclusión del estudio fue que los prematuros tardíos presentan frecuentemente bajo peso al nacer y que la necesidad de cuidados intensivos fue baja en ambos grupos, aunque ligeramente mayor en los prematuros tardíos (16).

En 2015, Stecher et al. desarrollaron un estudio clínico retrospectivo en el que revisaron los registros de nacimientos del Hospital Clínico de la Pontificia Universidad Católica de Chile entre 2009 y 2012 con el propósito de analizar las causas del parto prematuro tardío y sus consecuencias neonatales. La población evaluada incluyó 8890 nacidos vivos, de los cuales 666 correspondieron a prematuros tardíos. Se observó que el 64 % de los partos prematuros tardíos fueron espontáneos o asociados a rotura de membranas, mientras que el 35,9 % ocurrió por indicación médica. Dentro de este último grupo, se identificaron interrupciones gestacionales motivadas por patologías obstétricas y otras situaciones clínicas, destacándose que 19,2 % de estas interrupciones no estaban sustentadas en criterios basados en evidencia. Asimismo, los prematuros tardíos presentaron un riesgo 9 veces mayor de requerir hospitalización y la morbilidad neonatal aumentó a menor edad gestacional. Los autores concluyeron que varios de estos partos pudieron haberse evitado y señalaron la necesidad de revisar periódicamente las decisiones de interrupción médica para reducir riesgos perinatales (17).

2.1.2 Antecedentes nacionales

En 2025, Palacios M. y Tapia H. realizaron un estudio observacional, analítico, retrospectivo y transversal en gestantes adolescentes atendidas en el Hospital Regional Docente Materno Infantil El Carmen durante el periodo 2018–2022, con el propósito de identificar factores de riesgo asociados al parto prematuro. La población estuvo conformada por 205 gestantes adolescentes. Los resultados evidenciaron una alta proporción de prematuros moderados o tardíos, equivalente al 88,3 %. Entre las patologías neonatales más frecuentes se encontraron la ictericia, la sepsis y el síndrome de distrés respiratorio. Asimismo, la principal causa de mortalidad neonatal fue la sepsis bacteriana (85,7 %). También se reportó que el 58 % de los recién nacidos prematuros tuvieron un peso menor de 2500 gramos. En cuanto a los factores maternos, se observó una frecuencia importante de anemia, infección del tracto urinario y preeclampsia, siendo la infección urinaria un factor significativo para el parto prematuro. Los autores concluyeron que estos factores maternos se relacionan con mayor frecuencia de prematuridad en gestantes adolescentes (18).

En 2024, Alanya Quispe desarrolló un estudio descriptivo en el Hospital de Emergencias Grau, en Lima, con el objetivo de describir las características clínicas de los recién nacidos prematuros tardíos con ictericia neonatal durante el año 2023. La población estuvo conformada

por 124 neonatos prematuros tardíos diagnosticados con ictericia. Los resultados mostraron que el 8,87 % presentó niveles elevados de bilirrubina que requirieron tratamiento con fototerapia, evidenciándose además asociación con factores como bajo peso al nacer y menor edad gestacional dentro del rango de prematuridad tardía. Asimismo, se observó que la mayoría de los casos evolucionó favorablemente con manejo oportuno. El estudio concluyó que la ictericia neonatal constituye una de las principales morbilidades en los prematuros tardíos, resaltando la importancia de su detección y tratamiento precoz (19).

En 2023, Ccorisoncco Cárdenas et al. realizaron una investigación retrospectiva de casos en el Hospital San Juan de Kimbiri, con el objetivo de identificar factores que se asocian al parto prematuro en gestantes que se atendieron en el año 2023; la investigación incluyó 80 gestantes. Los resultados mostraron que las madres menores de 20 años presentaron mayor probabilidad de parto prematuro. Entre los determinantes obstétricos con mayor asociación se encontraron haber tenido menos de seis controles prenatales, la ruptura prematura de membranas, las infecciones cervicovaginales, las infecciones urinarias, la preeclampsia y algunas patologías placentarias. Aunque la prevalencia institucional de parto prematuro fue de 5,3 %, los autores destacaron la importancia de fortalecer la cobertura de control prenatal y la detección temprana de infecciones para disminuir la incidencia de partos prematuros en contextos rurales vulnerables (20).

En 2022, Medina Díaz realizó un estudio cuantitativo, observacional, retrospectivo de casos y controles en el Hospital Nacional Hipólito Unanue de Lima, con el propósito de identificar factores de riesgo asociados al parto pretérmino mediante análisis multivariado. La muestra estuvo conformada por 90 pacientes, distribuidos en casos y controles. Los resultados mostraron una incidencia de partos prematuros de 12,2 % respecto al total de partos atendidos. Entre los factores más relevantes se identificó que la ausencia de controles prenatales adecuados aumentaba seis veces el riesgo de parto prematuro, además, el antecedente de infección urinaria aumentaba cinco veces dicho riesgo, mientras que la ruptura prematura de membranas lo cuadruplicaba. El autor concluyó que estos factores deben ser reconocidos oportunamente para reducir el riesgo de parto pretérmino (21).

En 2020, Anicama Mendoza hizo un estudio descriptivo, retrospectivo y transversal en el Hospital Regional de Huacho, con el objetivo de describir las características epidemiológicas de los recién nacidos prematuros tardíos durante el año 2019. La población estuvo conformada por 140 prematuros tardíos hospitalizados. Los resultados mostraron que el 52 % de los recién nacidos fueron de sexo masculino, mientras que el 48 % son de sexo femenino. En relación con el peso al nacer, el 64 % presentó bajo peso. Respecto a la edad gestacional, la mayoría se concentró entre las 35 y 36 semanas. En cuanto a la vía de parto, el 58 % nació por cesárea. Además, se evidenció que una proporción significativa requirió hospitalización prolongada y presentó morbilidades neonatales, siendo las más frecuentes las alteraciones respiratorias y

metabólicas. El estudio concluyó que los prematuros tardíos presentan características epidemiológicas y clínicas diferenciadas que justifican su vigilancia específica dentro del periodo neonatal (22).

2.1.3 Antecedentes locales

En 2024, Sánchez Soto realizó un estudio observacional en el Hospital Hipólito Unanue de Tacna con el objetivo de determinar los factores asociados a la estancia hospitalaria prolongada en recién nacidos prematuros hospitalizados en la UCIN durante el periodo 2022–2023. La población estuvo conformada por 47 recién nacidos prematuros. Los resultados mostraron que los factores asociados a estancia prolongada fueron la depresión moderada y severa según la puntuación de Apgar, la enfermedad de membrana hialina, la sepsis neonatal, la retinopatía del prematuro, el riesgo neurológico y la anemia. El estudio concluyó que existe una asociación significativa entre estas condiciones clínicas y la prolongación de la hospitalización en la UCIN (6).

En 2024, Maquera Salvador desarrolló un estudio descriptivo y retrospectivo en el Hospital Hipólito Unanue de Tacna, con el objetivo de determinar la prevalencia y características de la prematuridad en gestantes adolescentes durante el periodo 2000–2022. Los resultados mostraron que el 67,1 % de los nacimientos prematuros correspondieron a prematuros tardíos, evidenciando que este grupo representa la mayor proporción dentro de la prematuridad. Asimismo, se identificaron factores maternos frecuentes como infecciones, controles prenatales inadecuados y condiciones obstétricas asociadas. El estudio concluyó que la prematuridad tardía constituye el tipo más frecuente de prematuridad en el contexto local, lo que resalta la necesidad de estudios específicos orientados a caracterizar sus condiciones clínicas y epidemiológicas en la región (8).

En 2021, Ramos Salinas BMG realizó un estudio observacional, retrospectivo, transversal y descriptivo en el Hospital Hipólito Unanue de Tacna, con el objetivo de determinar las características clínicas y epidemiológicas de la sepsis neonatal en recién nacidos pretérmino tardío y a término durante el periodo 2016–2020. Los resultados evidenciaron que el tipo de sepsis más frecuente fue la sepsis temprana, con 81,3 %. En cuanto a las características epidemiológicas, predominaron los recién nacidos a término, el sexo masculino, el peso adecuado al nacer, el parto por cesárea y el antecedente materno de infección del tracto urinario en el tercer trimestre. Respecto a las manifestaciones clínicas, en la sepsis temprana fueron más frecuentes la dificultad respiratoria y la ictericia patológica, mientras que en la sepsis tardía predominaron la fiebre y la hipoactividad. El estudio concluyó que la sepsis temprana fue la presentación predominante y que sus manifestaciones clínicas más frecuentes fueron respiratorias, lo que evidencia la importancia de la vigilancia neonatal oportuna en recién nacidos con sospecha de infección (23).

2.2 Marco teórico

2.2.1 Recién nacido

Se considera recién nacido o neonato al ser humano desde el nacimiento hasta los 28 días de vida extrauterina (24). Este periodo constituye una etapa crítica de transición fisiológica, debido a que el organismo debe adaptarse de manera rápida a la vida extrauterina mediante cambios respiratorios, cardiovasculares, metabólicos, térmicos e inmunológicos (25). Por ello, el periodo neonatal representa una fase de especial vulnerabilidad, sobre todo cuando coexisten condiciones como prematuridad, bajo peso al nacer o complicaciones perinatales.

Los indicadores que permiten dar una estimación de perfil en relación a las características del recién nacido son algunos como la edad gestacional, el peso al nacer, la talla y las complicaciones que pueda tener después de nacer. Estos parámetros determinan el grado de madurez y el riesgo de complicaciones después de nacer.

2.2.1.1 Clasificación por edad gestacional

Dentro de este grupo etario se establecen categorías según la edad gestacional al nacer, para reconocer distintos niveles de madurez (26), clasificándose de la siguiente manera:

- **Recién nacido a término.** Neonatos nacidos entre la semana 37 y 41 semanas y 6 días de gestación, en este periodo el neonato ha completado su maduración anatómica y funcional necesaria para la vida extrauterina.
- **Recién nacido prematuro.** Todo recién nacido cuya edad gestacional es menor de 37 semanas, por lo que poseen diversos grados de inmadurez anatómica, fisiológica y metabólica, lo que los hace más vulnerables a complicaciones respiratorias, térmicas, metabólicas e inmunológicas.
- **Recién nacido postérmino.** Aquellos recién nacidos que tienen 42 semanas de gestación o más. La placenta puede presentar signos de envejecimiento o disminución su función vital, por lo que deja de aportar nutrientes al feto. Por tanto, el feto presenta sobremadurez y riesgo de complicaciones y sufrimiento fetal.

2.2.1.2 Clasificación por peso

Los neonatos también se pueden clasificar según el parámetro de peso, independientemente de la edad gestacional:

- **Peso adecuado al nacer.** Aquellos recién nacidos con un peso entre 2500 y 3999 gramos.
- **Bajo peso al nacer.** Aquellos recién nacidos con un peso entre 1500 y 2499 gramos.
- **Muy bajo peso al nacer.** Aquellos recién nacidos con un peso entre 1000 y 1499 gramos.

- **Peso extremadamente bajo al nacer.** Aquellos recién nacidos con un peso menor a 1000 gramos.
- **Macrosomía.** Aquellos recién nacidos con un peso de 4000 gramos o más.

2.2.1.3 Clasificación por peso en relación con la edad gestacional

Relacionando el peso de nacimiento con la edad gestacional, se pueden clasificar de la siguiente forma:

- **Adecuado para la edad gestacional.** Recién nacido con un peso ubicado entre el percentil 10 y el percentil 90.
- **Pequeño para la edad gestacional.** Recién nacido con un peso ubicado en un percentil menor al percentil 10.
- **Grande para la edad gestacional.** Recién nacido con un peso ubicado en un percentil mayor al percentil 90.

2.2.2 Recién nacido prematuro

La OMS define como recién nacido prematuro a todo aquel nacido antes de completar las 37 semanas de gestación. La prematuridad constituye uno de los principales problemas de salud pública a nivel mundial por su elevada frecuencia y por su asociación con morbilidad neonatal, secuelas del neurodesarrollo y mortalidad infantil (1).

La relevancia clínica de la prematuridad depende en gran medida de la edad gestacional al nacimiento, ya que el grado de inmadurez anatómica y funcional condiciona el riesgo de complicaciones respiratorias, metabólicas, infecciosas y neurológicas (7). Por ello, los recién nacidos prematuros suelen clasificarse en prematuros extremos, muy prematuros, prematuros moderados y prematuros tardíos. Esta clasificación resulta fundamental, porque permite reconocer que no todos los prematuros presentan el mismo perfil de riesgo ni la misma evolución clínica (24).

Desde el punto de vista epidemiológico, la prematuridad sigue representando una carga importante para los sistemas de salud. Su impacto no solo se expresa en la mortalidad neonatal, sino también en la mayor necesidad de hospitalización, vigilancia especializada y seguimiento posterior. En ese sentido, el estudio de sus distintos subgrupos, especialmente el prematuro tardío, resulta indispensable para comprender mejor su comportamiento clínico en contextos locales.

2.2.2.1 *Clasificación del recién nacido prematuro por edad gestacional*

Los neonatos prematuros se clasifican según su edad gestacional al momento del nacimiento en:

- **Recién nacido prematuro tardío.** El prematuro tardío corresponde al recién nacido cuya edad gestacional abarca desde las 34 semanas con 0 días hasta las 36 semanas con 6 días al momento del nacimiento (25). Presentan un grado de inmadurez fisiológica y metabólica propia de su edad gestacional, lo que aumenta su susceptibilidad a complicaciones, además, se reporta una tasa de mortalidad de seis a siete veces mayor en comparación con los recién nacidos a término, sin embargo, el riesgo se incrementa en neonatos con factores de riesgo asociados (26).
- **Recién nacido prematuro moderado.** Recién nacidos con una edad gestacional entre las 32 semanas y las 33 semanas con 6 días.
- **Recién nacido muy prematuro.** Recién nacidos con una edad gestacional entre las 28 semanas y las 31 semanas con 6 días.
- **Recién nacido extremadamente prematuro.** Recién nacidos con una edad gestacional menor a las 28 semanas.

2.2.2.2 *Estadísticas y epidemiología*

En Perú, se estima que alrededor de 30 000 niños nacen antes de las 37 semanas de gestación anualmente, registrándose más de 2 000 defunciones por esta causa según el sistema de vigilancia del Centro Nacional de Epidemiología, Prevención y Control de Enfermedades (CDC). No obstante, la prevalencia reportada del parto pretérmino presenta una marcada disparidad según la fuente de información analizada. Por un lado, registros clínicos oficiales como el Certificado de Nacido Vivo del MINSA (CNV) reportan una tasa del 7 % y la Organización Mundial de la Salud (OMS) la sitúa en 8.8 % (1,3). Por otro lado, herramientas sociodemográficas basadas en encuestas por muestreo hogareño, como la Encuesta Demográfica y de Salud Familiar (ENDES), estiman cifras significativamente mayores que alcanzan el 23 %. Esta brecha estadística se atribuye a diferencias metodológicas, dado que la ENDES recopila datos no médicos basados en el autorreporte y la percepción materna sobre la duración del embarazo, a diferencia de los registros sanitarios institucionales que emplean criterios médicos y métricas objetivas de estimación gestacional.

En el Instituto Nacional Materno Perinatal (INMP), entre los años 2016 y 2021 se atendió un promedio anual de 17 614 partos, de los cuales el 9 % correspondió a recién nacidos con peso entre 2499 a 1500 gramos, el 2 % a neonatos entre 1499 a 1000 gramos, y el 1 % a recién nacidos con peso menor de 1000 g. Las tasas de mortalidad fueron de 13 % para el primer grupo, 43 %

para el segundo y 75 % para el tercero. A nivel global, el parto prematuro es una de las principales causas de muerte en recién nacidos y en menores de 5 años (27).

2.2.2.3 Factores de riesgo

Los partos prematuros pueden originarse por múltiples causas, gran parte de ellos ocurre de forma espontánea, aunque otra proporción ocurre por indicación médica, como infecciones u otras complicaciones gestacionales que requieren adelantar el nacimiento mediante inducción o cesárea. En este contexto, Reddy et al., utilizando registros archivos vinculados de nacimientos/muertes de cohortes de nacimiento de EE. UU. del año 2001, en donde reportaron que, de 292 627 nacimientos prematuros tardíos, el 76,8 % correspondió a nacimientos espontáneos o médicamente indicados, y el 23,2 % restante (67 909 casos) se clasificó como partos sin indicación registrada (28). Se pueden agrupar los factores de riesgo en tres grupos:

- **Factores y antecedentes maternos o del embarazo.** La rotura prematura de membranas y el trabajo de parto prematuro, que constituyen más del 30 % de los casos, así como los trastornos hipertensivos del embarazo, son causas frecuentes de interrupción gestacional y se reconocen entre los factores más relevantes asociados al parto prematuro. A ello se suman la gestación gemelar, diversas afecciones médicas maternas y la condición de embarazo de riesgo, presente en casi el 60 % de las gestaciones analizadas. Las patologías médicas como la diabetes mellitus, considerándose como la segunda causa más importante asociada a parto prematuro tardío, siendo capaz de desencadenar el parto tanto por mecanismos como la sobredistensión uterina asociada a la macrosomía fetal y el polihidramnios, así como por fenómenos de isquemia e hipoxia placentaria (27).
- **Antecedentes obstétricos.** En este grupo se consideran condiciones o anomalías uterinas o maternas, como las mencionadas anteriormente, pero que hayan ocurrido en gestaciones anteriores.
- **Factores fetales o congénitos.** Comprende aquellas características o condiciones del feto antes de cumplir las 37 semanas de gestación. La mayoría de estas se refieren al desarrollo del feto durante la gestación propias del embarazo y del feto por herencia u otros factores como la macrosomía, el bajo peso al nacer o secuelas asociadas a la incompetencia placentaria.
- **Factores sociales y del sistema de salud.** Son aquellas condiciones sociales y de acceso médico que favorecen para tener un parto prematuro. Entre estas destaca la edad de la madre gestante, reducidos controles prenatales, condiciones socioeconómicas desfavorables o bajo nivel de educación y/o escolarización.

2.2.3 Recién nacido prematuro tardío

Se denomina recién nacido prematuro tardío al neonato nacido entre las 34 semanas y 36 semanas con 6 días de gestación (8). Aunque durante mucho tiempo este grupo fue considerado próximo al recién nacido a término debido a su apariencia física, la evidencia actual demuestra que presenta una inmadurez fisiológica relevante que lo diferencia del neonato a término (23).

Los prematuros tardíos constituyen el subgrupo más numeroso dentro de la prematuridad. Sin embargo, su aparente estabilidad clínica puede llevar a subestimar su vulnerabilidad, ya que presentan mayor riesgo de dificultad respiratoria, hipoglicemia, hiperbilirrubinemia, sepsis, inestabilidad térmica, trastornos de alimentación, ingreso a UCIN y mayor estancia hospitalaria en comparación con los recién nacidos a término (2).

Desde una mirada clínica, un recién nacido prematuro tardío es un neonato con menos riesgos que un prematuro extremo, pero con más riesgos que un recién nacido a término (8). Por lo tanto, la evaluación de los recién nacidos prematuros tardíos debe incluir un análisis de sus características maternas, obstétricas, neonatales, morbilidades y desenlaces. Esta concepción sustenta la pertinencia del presente estudio.

El presente estudio permitirá disponer de evidencia actualizada y orientada en nuestro contexto para mejorar la atención neonatal, orientar la toma de decisiones, fortalecer los programas de prevención y aportar información valiosa para futuras investigaciones en la región. Además, sus hallazgos podrán apoyar la formulación de intervenciones dirigidas a disminuir la morbilidad y mortalidad neonatal en un grupo etario que a pesar de su aparente estabilidad continúa siendo vulnerable.

2.2.3.1 Vulnerabilidades fisiológicas del recién nacido prematuro tardío

- **Cambios metabólicos.** En el prematuro tardío la transición metabólica posnatal se ve limitada por la inmadurez de los sistemas encargados del mantenimiento de la glucemia luego de la interrupción súbita del suministro de glucosa materno. La menor disponibilidad de sustratos energéticos, junto con reservas hepáticas de glucógeno menores y a una capacidad insuficiente para activar vías como la gluconeogénesis y la glucogenólisis, favorece la hipoglicemia luego del nacimiento. Esta vulnerabilidad metabólica se acentúa por la mayor demanda energética propia del periodo de adaptación, en un organismo con menor respuesta hormonal y menor eficiencia en la utilización de sustratos. Como consecuencia de este conjunto de limitaciones, los prematuros tardíos presentan episodios de hipoglucemia con una frecuencia significativamente mayor que los recién nacidos a término, siendo más frecuente que requieran infusiones intravenosas de glucosa durante la hospitalización para mantener niveles adecuados de glicemia.

- **Sistema respiratorio.** Entre las 34 y 36 semanas con 6 días, el pulmón se encuentra en un periodo de transición: las unidades respiratorias distales pasan del período sacular, donde predominan los sacos alveolares revestidos por células epiteliales tipo I y tipo II, hacia el período alveolar, momento en el que se forman los alvéolos definitivos y las células epiteliales tipo I se vuelven delgadas y funcionalmente maduras. En esta etapa también ocurre la expansión de los capilares hacia el interior de los sacos terminales y se alcanza la cantidad de surfactante comparable a la del pulmón adulto. Sin embargo, esta madurez estructural aún incompleta puede traducirse en absorción retardada del líquido pulmonar, producción insuficiente de surfactante y un intercambio gaseoso menos eficiente; esto se traduce a que, luego del nacimiento, los recién nacidos cuya estructura y función pulmonar aún no han alcanzado la madurez presentan un riesgo elevado de desarrollar dificultad respiratoria, requerir oxígeno suplementario, ventilación a presión positiva y con frecuencia, mayores tasas de ingreso a unidades cuidados intensivos (28).
- **Aparato cardiovascular.** En los prematuros tardíos existe menos información sobre la fisiología cardiovascular específica en comparación a lo que se sabe de los prematuros extremos y moderados, lo que sí se ha descrito es que existe una inmadurez cardiovascular tanto estructural como funcional, lo que limita la reserva hemodinámica disponible durante situaciones de estrés (infecciones, dificultad respiratoria, hipotermia). Esta condición puede dificultar la recuperación cuando cursan con compromiso respiratorio, especialmente debido al cierre tardío del ductus arterioso y a la persistencia de hipertensión pulmonar, que afectan la transición hemodinámica normal.
- **Alteraciones hepatobiliares y del metabolismo de la bilirrubina.** Este grupo presenta una mayor frecuencia y duración de ictericia porque la maduración hepática es más lenta y la actividad de la enzima uridina difosfato-glucuronosiltransferasa es menor. Esto hace que tengan el doble de probabilidades de alcanzar concentraciones elevadas de bilirrubina, especialmente entre el quinto y séptimo día de vida. A ello se suma la inmadurez gastrointestinal y las dificultades de alimentación propias de este grupo, condiciones que aumentan la circulación enterohepática y favorecen la deshidratación, contribuyendo a cifras más elevadas y persistentes de bilirrubina en comparación con los recién nacidos a término.
- **Inestabilidad térmica.** La respuesta al frío está limitada por la menor edad gestacional, menor tamaño e inmadurez del tejido adiposo blanco y pardo. Dado que la acumulación y maduración del tejido adiposo pardo, así como las hormonas que regulan su metabolismo (prolactina, leptina, norepinefrina, T3 y cortisol), alcanzan valores máximos en el recién nacido a término, los prematuros tardíos tienen capacidad limitada para generar calor. Además, la mayor relación superficie corporal/peso incrementa la pérdida de calor, por lo que son más vulnerables a la hipotermia tras el nacimiento.

2.2.3.2 Principales complicaciones del recién nacido prematuro tardío

- **Distrés respiratorio neonatal (enfermedad de membrana hialina).** El distrés respiratorio es una de las complicaciones más frecuentes en el recién nacido prematuro, ocurre como consecuencia de la interrupción del desarrollo pulmonar y de la insuficiente producción de surfactante, lo que ocasiona dificultad respiratoria inmediata tras el nacimiento. La falta de surfactante disminuye la tensión superficial alveolar, aumentando la rigidez pulmonar y favoreciendo el colapso alveolar, situación agravada por la menor fuerza muscular del prematuro. Clínicamente, estos neonatos presentan aleteo nasal, respiración rápida, quejido espiratorio y tiraje, pudiéndose establecer la gravedad mediante la escala de Silverman. El diagnóstico se orienta cuando se requiere una fracción inspirada de oxígeno (FiO_2) mayor al 30% para mantener saturaciones preductales entre 90 % a 94 % y cuando hay signos de ventilación ineficaz. La prevención incluye medidas obstétricas y neonatales dirigidas a evitar el parto prematuro o asegurar que ocurra en centros especializados, además del uso de corticoides antenatales, sulfato de magnesio, clampaje tardío del cordón, monitorización precoz y aplicación temprana de ventilación a presión positiva (CPAP) (29).
- **Taquipnea transitoria del recién nacido (TTRN).** Esta condición representa una de las causas más frecuentes de hospitalización neonatal en las unidades de cuidados intensivos. Se observa sobre todo en recién nacidos a término y en prematuros tardíos, con una incidencia aproximada de 5,7 por cada 1000 nacidos vivos. Su origen radica en una alteración de los procesos normales de adaptación respiratoria, derivada de la reabsorción insuficiente del líquido pulmonar fetal, lo que provoca manifestaciones clínicas tempranas. La TTRN se caracteriza por dificultad respiratoria mayor de 6 horas y que requiere monitorización y cuidados de soporte, el signo predominante es la taquipnea, que en algunos casos puede superar las 100 respiraciones por minuto, acompañada de aleteo nasal, retracciones torácicas y otros signos de esfuerzo ventilatorio; además de que pueden aparecer dificultades en la oxigenación. Habitualmente, la sintomatología inicia al nacer o dentro de las primeras horas de vida, alcanza su punto máximo alrededor de las 12 horas y luego empieza a disminuir; sin embargo, en ciertos neonatos, la respiración rápida puede persistir durante los primeros tres días. El cuadro suele resolverse de manera espontánea entre las 24 y 48 horas, aunque algunos pacientes requieren oxígeno suplementario o soporte respiratorio no invasivo, siendo poco común la necesidad de altas fracciones de oxígeno (29).
- **Síndrome de aspiración meconial.** El síndrome de aspiración de meconio (SAM) se origina por la inhalación intrauterina o neonatal de líquido amniótico contaminado. Aunque la presencia de este fluido es un hallazgo relativamente común, su progresión

hacia el síndrome clínico depende de la carga aspirada, la cual obstruye mecánicamente el árbol bronquial, desencadena una respuesta inflamatoria tisular e inactiva el surfactante pulmonar, comprometiendo gravemente la ventilación y la oxigenación. Epidemiológicamente, la incidencia de este escenario clínico se eleva en función de la edad gestacional, afectando predominantemente a neonatos postérmino; sin embargo, revisiones sistemáticas reportan su ocurrencia en un 5.1 % de los partos prematuros, consolidándolo como un riesgo latente en la transición respiratoria de este grupo (30).

- **Apnea del prematuro.** La apnea del prematuro se define como la interrupción súbita del esfuerzo respiratorio durante al menos 20 segundos, acompañada de disminución de la frecuencia cardíaca y caída de la saturación de oxígeno. Puede presentarse como un evento de origen central, obstructivo o de tipo mixto. El incremento en la supervivencia de los recién nacidos con menor edad gestacional ha hecho que estos episodios sean más frecuentes dentro de las unidades de cuidados intensivos neonatales. Su manejo incluye medidas no farmacológicas, como el contacto piel a piel, ajustes posturales y estimulación sensorial, y terapia farmacológica como citrato de cafeína, inhalación controlada de dióxido de carbono o aplicación de presión positiva continua nasal. Aunque suele desaparecer de manera progresiva conforme madura el sistema respiratorio, la apnea puede dificultar el cuidado neonatal y producir repercusiones tanto inmediatas como posteriores (31).
- **Sepsis neonatal.** La sepsis neonatal es una infección sistémica grave que aparece durante los primeros días o semanas de vida y progresa con rapidez debido a la inmadurez inmunológica del recién nacido. El mecanismo se da cuando microorganismos ingresan al torrente sanguíneo y desencadenan una respuesta inflamatoria capaz de comprometer múltiples órganos. Su evolución depende del diagnóstico y del inicio del tratamiento, ya que la presentación clínica suele ser inespecífica: alteraciones térmicas, cambios respiratorios, dificultad para alimentarse, inestabilidad hemodinámica o compromiso neurológico. Hay dos formas clínicas; la sepsis neonatal temprana, que se manifiesta en las primeras 72 horas de vida y suele originarse por microorganismos maternos adquiridos durante el parto; y la sepsis neonatal tardía, que se manifiesta después de los 7 días de vida. Además, se habla de sepsis neonatal confirmada cuando además de signos clínicos se cuenta con cultivo de sangre positivo; sepsis probable, cuando el recién nacido tiene algún factor de riesgo para sepsis, además de clínica compatible, y/o algún estudio de laboratorio sugestivo de sepsis; y sepsis clínica, cuando a pesar de contar con clínica sugestiva de algún cuadro infeccioso, no se cuenta con cultivos positivos. El diagnóstico se basa en la evaluación clínica con estudios de laboratorio como hemocultivos, proteína C reactiva, etc. El tratamiento se inicia de forma empírica con antibióticos de amplio espectro, ajustándose según los resultados microbiológicos. La duración del tratamiento

varía de acuerdo con el sitio de infección y el microorganismo aislado; los cuadros sin foco claro o con cultivos negativos, pero con alta sospecha, requieren varios días de terapia, mientras que infecciones documentadas por gérmenes gramnegativos o cuadros de meningitis demandan cursos más prolongados. El pronóstico mejora significativamente cuando se identifica tempranamente y se brinda soporte hemodinámico, respiratorio y metabólico adecuado (32).

- **Asfixia perinatal.** En los prematuros tardíos se describe una mayor incidencia de episodios hipóxicos, apnea y bradicardia que los neonatos a término, una tendencia debido a la inmadurez en el control del desarrollo respiratorio. Estos episodios prolongados de desaturación elevan la morbilidad y aumentan las medidas de soporte médico requerido (33).
- **Hiperbilirrubinemia.** La hiperbilirrubinemia en el recién nacido prematuro tardío comparte los mismos mecanismos basales que en el neonato a término, como la alta carga de bilirrubina por la menor vida media eritrocitaria, la inmadurez en los procesos de conjugación y excreción hepática, y una circulación enterohepática aumentada; sin embargo, estas condiciones se ven agravadas por las dificultades en la alimentación y el consecuente déficit calórico inicial. Asimismo, la vulnerabilidad biológica de los prematuros tardíos incrementa el riesgo de presentar disfunción neurológica inducida por bilirrubina, la evidencia clínica revela que niveles de bilirrubina plasmática considerados seguros o por debajo de los umbrales terapéuticos convencionales para neonatos a término pueden provocar daño en el sistema auditivo, progresión a encefalopatía hiperbilirrubínica (kernícterus) y secuelas neurológicas severas (33).
- **Hipoglicemia.** La hipoglucemia en el prematuro tardío responde a la inmadurez metabólica, debido a las bajas reservas de glucógeno, déficit enzimático para liberar glucosa y respuestas compensatorias inadecuadas, factores que exacerban la caída fisiológica posnatal de la glucosa en sangre. A nivel epidemiológico, diversas revisiones reportan una incidencia que oscila entre el 8,7 % y el 50 %. Asimismo, análisis estadísticos internacionales confirman la severidad de este riesgo en dicha población en comparación con los neonatos a término, estimándose una probabilidad hasta 11 veces mayor de experimentar crisis hipoglucémicas (33).
- **Hipotermia.** El riesgo de hipotermia en el prematuro tardío se agrava por el cambio drástico entre la temperatura ambiental y la intrauterina, sufriendo una pérdida calórica inmediata por evaporación del líquido amniótico principalmente. Este proceso se ve acelerado por las características anatómicas del neonato, específicamente una estructura cutánea inmadura y una elevada relación entre la superficie y la masa corporal (34). En algunos estudios se ha reportado este diagnóstico en el 10 % de los neonatos casi a término, mientras que otros evidencian que más de la mitad de estos prematuros la

padecieron en su hospitalización inicial. (33). Ante dicho descenso, el organismo activa la termogénesis sin escalofríos mediante el tejido adiposo marrón, una respuesta compensatoria que eleva críticamente la tasa metabólica basal (34).

- **Enterocolitis necrotizante.** La enterocolitis necrotizante es una afección intestinal aguda que aparece con mayor frecuencia en recién nacidos prematuros y de bajo peso, caracterizada por un daño isquémico de la pared gastrointestinal que suele comprometer principalmente el íleon terminal y el colon ascendente, pudiendo evolucionar a perforación y peritonitis (35). En Estados Unidos su incidencia se estima entre 0,72 y 2,4 casos por cada 1000 nacidos vivos. Los registros hospitalarios indican que entre el 16 % y el 20 % de los recién nacidos diagnosticados fallecen durante la estancia en la unidad de cuidados intensivos neonatal. La etiología se relaciona con la inmadurez del sistema digestivo, lo que favorece la lesión de la mucosa, la disminución del peristaltismo y un aumento de la permeabilidad intestinal que facilita la translocación bacteriana. El signo clínico más habitual es la aparición súbita de intolerancia alimentaria. El diagnóstico definitivo se basa en estudios del tejido intestinal o en hallazgos post mortem que muestran inflamación, infarto y necrosis, aunque la mayoría de los sobrevivientes no requieren confirmación histológica gracias a su mejoría con manejo médico. La mortalidad aumenta cuanto menor es el peso y la edad gestacional, entre el 15 % y 30 %, y es especialmente elevada en recién nacidos de menos de 1000 gramos (más del 50 %), que necesitan intervención quirúrgica. Entre las secuelas más comunes se encuentran estenosis intestinales, que suelen requerir corrección quirúrgica (36).

2.2.3.3 Factores maternos y obstétricos asociados

La prematuridad tardía tiene un origen multifactorial. Entre los factores maternos y obstétricos descritos con mayor frecuencia se encuentran los extremos de edad materna, el control prenatal insuficiente, la ruptura prematura de membranas, las infecciones maternas, la hipertensión inducida por el embarazo, la preeclampsia, la diabetes gestacional y la gestación múltiple (2,5,6,7).

La calidad del control prenatal ocupa un lugar central dentro de estos factores, debido a que permite identificar tempranamente complicaciones maternas y riesgos fetales. La OMS recomienda un mínimo de ocho contactos prenatales (37) con el fin de mejorar los resultados maternos y neonatales, reducir complicaciones y favorecer la detección oportuna de condiciones que pueden desencadenar parto pretérmino (38).

Asimismo, en gestantes con riesgo de parto pretérmino, la administración de corticosteroides antenatales puede contribuir a la maduración pulmonar fetal y a la reducción de complicaciones respiratorias neonatales, incluso en el rango de prematuridad tardía cuando existe

indicación clínica específica (9). En conjunto, estos factores justifican la inclusión de variables maternas y obstétricas en el presente estudio, ya que permiten contextualizar clínicamente el nacimiento del prematuro tardío.

2.2.3.4 Adaptación neonatal del recién nacido prematuro tardío

La adaptación neonatal del prematuro tardío puede verse comprometida por la persistencia de inmadurez respiratoria, metabólica y térmica (2). En comparación con el recién nacido a término, este grupo presenta mayor probabilidad de dificultad en la reabsorción del líquido pulmonar, alteraciones de la glucosa, problemas de alimentación, inestabilidad térmica y necesidad de vigilancia hospitalaria más estrecha (9).

En la valoración clínica inicial resultan particularmente relevantes la edad gestacional, el sexo, el peso al nacer, el peso para la edad gestacional, la talla y el puntaje de Apgar (14). Este último constituye una herramienta estandarizada para reportar la condición del recién nacido inmediatamente después del nacimiento y su respuesta inicial a la reanimación, aunque no debe interpretarse de manera aislada como predictor de daño neurológico o mortalidad futura (11).

Estas variables no solo describen el estado inicial del neonato, sino que también permiten identificar tempranamente a aquellos prematuros tardíos con mayor necesidad de observación, soporte o intervención. Por ello, su análisis forma parte esencial de la caracterización clínica y epidemiológica de esta población.

2.2.3.5 Características clínicas del recién nacido prematuro tardío

Los recién nacidos prematuros tardíos presentan características clínicas particulares derivadas de su inmadurez fisiológica (8). Aunque su aspecto general puede ser semejante al de un recién nacido a término, suelen presentar menor peso al nacer, mayor inestabilidad térmica, mayor dificultad en la alimentación y una adaptación respiratoria menos eficiente (23).

Entre los indicadores clínicos iniciales más importantes se encuentran la edad gestacional, el peso al nacer, la adecuación del peso para la edad gestacional, la talla y los puntajes de Apgar al primer y quinto minuto. Estas variables permiten estimar la condición neonatal inmediata y reconocer diferencias dentro del grupo de prematuros tardíos, especialmente según la semana de gestación y la presencia de factores asociados.

Desde el punto de vista descriptivo, estas características clínicas constituyen un componente fundamental del perfil neonatal, ya que sirven de base para interpretar posteriormente la aparición de morbilidad, el requerimiento de soporte terapéutico y los desenlaces hospitalarios.

2.2.3.6 Morbilidad neonatal en recién nacidos prematuros tardíos

Los prematuros tardíos presentan mayor riesgo de morbilidad en comparación con los recién nacidos a término. Entre las complicaciones más frecuentes destacan el síndrome de dificultad respiratoria, la taquipnea transitoria del recién nacido, la hipoglicemia, la hiperbilirrubinemia o ictericia neonatal, la sepsis, la hipotermia y otros trastornos propios de la inmadurez neonatal (4,8,9).

Estas complicaciones se explican por la persistencia de inmadurez pulmonar, metabólica, hepática e inmunológica, aun cuando el neonato haya alcanzado una edad gestacional cercana al término. Por esta razón, el prematuro tardío puede requerir observación prolongada, monitoreo más estricto y manejo especializado durante la hospitalización inicial.

La identificación de la morbilidad neonatal resulta central en este estudio, ya que permite describir el comportamiento clínico de este grupo y reconocer cuáles son las complicaciones más frecuentes en el contexto local. En consecuencia, la morbilidad neonatal no debe interpretarse como un evento accesorio, sino como uno de los núcleos principales de la caracterización del prematuro tardío.

2.2.3.7 Manejo terapéutico y desenlaces neonatales

El manejo clínico del prematuro tardío depende de la severidad de su condición al nacimiento y de la presencia de complicaciones asociadas. En muchos casos, estos neonatos requieren intervenciones como soporte respiratorio, uso de antibióticos, administración de surfactante e ingreso a unidades de cuidados intensivos neonatales (4,11,15).

El ingreso a UCIN constituye un indicador de gravedad clínica y refleja la necesidad de monitoreo y tratamiento especializado. De igual modo, la condición de egreso y la mortalidad neonatal representan desenlaces relevantes, ya que expresan el resultado final de la evolución hospitalaria del recién nacido. La mortalidad neonatal, definida como la muerte ocurrida durante los primeros 28 días de vida, sigue siendo un indicador clave de calidad de atención en salud neonatal (14).

En los estudios descriptivos sobre prematuros tardíos, los desenlaces permiten valorar no solo la frecuencia de complicaciones, sino también la intensidad del soporte requerido y la evolución final del neonato. Por ello, variables como apoyo respiratorio, uso de surfactante, ingreso a UCIN, condición de egreso y mortalidad neonatal forman parte esencial del análisis clínico de esta población

2.2.4 Enfoque teórico de la epidemiología descriptiva

El presente estudio se fundamenta en el enfoque de la epidemiología descriptiva, el cual permite estudiar los eventos de salud según las categorías de persona, lugar y tiempo. Este modelo resulta pertinente para investigaciones orientadas a caracterizar poblaciones específicas sin establecer relaciones causales, como ocurre en el caso de los recién nacidos prematuros tardíos atendidos en un hospital de referencia regional (17).

Desde esta perspectiva, las variables maternas describen el componente persona; el Hospital Hipólito Unanue de Tacna representa el componente lugar; y el periodo 2020-2024 corresponde al componente tiempo. La integración de estos tres ejes permite construir un perfil clínico y epidemiológico del prematuro tardío en el contexto local.

En consecuencia, la epidemiología descriptiva ofrece el marco teórico más adecuado para este estudio, ya que permite organizar y comprender de manera sistemática las características maternas, neonatales, morbilidades y desenlaces observados en esta población, sin pretender establecer causalidad.

2.3 Definición de términos

- a) **Prematuridad.** Nacimiento que ocurre antes de completar las 37 semanas de gestación, asociado a inmadurez fisiológica y mayor riesgo de complicaciones neonatales.
- b) **Recién nacido prematuro tardío.** Neonato nacido entre las 34 semanas y 36 semanas con 6 días de edad gestacional que, aunque presenta menor riesgo que los prematuros extremos, mantiene mayor vulnerabilidad frente a morbilidades en comparación con los nacidos a término.
- c) **Edad gestacional.** Tiempo transcurrido desde el primer día de la última menstruación materna hasta el nacimiento, expresado en semanas completas.
- d) **Factores maternos.** Condiciones biológicas, clínicas y sociales de la madre que pueden influir en el curso del embarazo y en los resultados perinatales, como edad materna, enfermedades preexistentes, control prenatal y antecedentes obstétricos.
- e) **Factores obstétricos.** Eventos o condiciones relacionadas con el embarazo y el parto, tales como ruptura prematura de membranas, tipo de parto, preeclampsia, infecciones y complicaciones gestacionales.
- f) **Morbilidad neonatal.** Presencia de enfermedades o complicaciones que afectan al recién nacido durante el periodo neonatal, incluyendo trastornos respiratorios, infecciones, alteraciones metabólicas y otras condiciones clínicas.

- g) **Mortalidad neonatal.** Defunción ocurrida en los primeros 28 días de vida, considerada un indicador clave de la calidad de la atención perinatal y del estado de salud de la población.
- h) **Bajo peso al nacer.** Peso entre 1500 y 2499 gramos al momento del nacimiento, independientemente de la edad gestacional.
- i) **Síndrome de dificultad respiratoria.** Trastorno respiratorio causado por la deficiencia de surfactante pulmonar que genera dificultad para la expansión adecuada de los pulmones.
- j) **Sepsis neonatal.** Infección sistémica que ocurre en el recién nacido, confirmada clínica o microbiológicamente, y que puede comprometer múltiples órganos.
- k) **Hipoglicemia neonatal.** Disminución de la concentración de glucosa en sangre por debajo de los valores normales para la edad neonatal.
- l) **Ictericia neonatal.** Coloración amarillenta de piel y mucosas secundaria al aumento de bilirrubina en sangre.
- m) **Control prenatal.** Conjunto de evaluaciones médicas periódicas realizadas durante el embarazo para vigilar la salud materna y fetal.
- n) **Tipo de parto.** Forma en que ocurre el nacimiento, pudiendo ser vaginal o por cesárea.
- o) **Ingreso a unidad de cuidados neonatales.** Hospitalización del recién nacido en un servicio especializado para monitorización y tratamiento intensivo.

CAPÍTULO III: VARIABLES Y OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES

3.1 Variables de estudio

La presente investigación tiene como objetivo describir las características de los recién nacidos prematuros tardíos atendidos en el Hospital Hipólito Unanue de Tacna desde el año 2020 hasta el año 2024. Por tanto, se considera la variable principal “características clínicas y epidemiológicas de los recién nacidos prematuros tardíos”. Dicha variable se ha analizado de manera integral a través de diferentes dimensiones que permiten describir el perfil materno, obstétrico y neonatal de la población en estudio, que, en este caso, son los recién nacidos prematuros tardíos atendidos en el Hospital Hipólito Unanue de Tacna desde el año 2020 hasta el año 2024.

Es importante mencionar que, debido al diseño planteado, no se considera una relación de causalidad ni asociación entre variables, puesto que el objetivo principal de la investigación es describir las características observadas en la población.

3.1.1 Definición conceptual de las variables

Las características clínicas y epidemiológicas de los recién nacidos prematuros tardíos se definen como el conjunto de atributos maternos, obstétricos y neonatales que describen el perfil de estos neonatos, incluyendo aspectos relacionados con su condición al nacimiento, evolución clínica, morbilidad y desenlaces durante el periodo neonatal (2).

3.1.2 Definiciones operacionales por dimensiones

3.1.2.1 Características sociodemográficas maternas

Esta dimensión comprende los atributos demográficos y sociales básicos de la madre, útiles para describir el contexto de procedencia del recién nacido. En epidemiología descriptiva, estas variables corresponden al componente persona, ya que permiten caracterizar a la población estudiada y reconocer perfiles de mayor vulnerabilidad (39). Comprende la evaluación de datos básicos de la madre que permiten contextualizar el entorno social y demográfico asociado al nacimiento del prematuro tardío.

- **Edad materna.** Corresponde a la edad cronológica de la madre registrada en años cumplidos al momento del parto. Operacionalmente, se consignará según la historia clínica y podrá agruparse en categorías de interés obstétrico: menor de 18 años, 18 a 34 años y 35 años o más. Esta categorización es clínicamente pertinente porque los extremos de edad materna se asocian a un incremento de desenlaces obstétricos adversos (7).

- **Grado de instrucción.** Corresponde al mayor nivel educativo alcanzado por la madre al momento del parto. Operacionalmente, se registrará como analfabeta, primaria completa, secundaria completa, superior técnica o superior universitaria, según la historia clínica. Esta variable se incluye porque expresa de forma indirecta condiciones de acceso a información y uso de servicios de salud (7).

3.1.2.2 *Antecedentes obstétricos y patológicos maternos*

Esta dimensión reúne los antecedentes y condiciones clínicas maternas vinculadas al embarazo actual y previos, constituyendo el eje obstétrico del perfil epidemiológico del neonato (8).

- **Índice de masa corporal materno al inicio de la gestación.** Indicador obtenido mediante la relación matemática entre el peso inicial y la talla al cuadrado, empleado para medir el estado nutricional basal (bajo peso, normal, sobrepeso u obesidad).
- **Ganancia de peso gestacional.** Indicador calculado a partir de la diferencia neta entre el peso final y el peso inicial del embarazo. Operacionalmente, clasificado en insuficiente (menos de 7 Kg), adecuada (7 a 16 Kg) o excesiva (más de 16 Kg).
- **Paridad.** Se refiere al número de partos previos de la madre registrados en la historia clínica. Operacionalmente, se clasificará en nulípara (sin partos anteriores), primípara (1 parto anterior), multípara (2 a 4 partos anteriores) o gran multípara (5 o más partos anteriores), según el registro obstétrico.
- **Abortos previos.** Corresponde al antecedente de pérdidas gestacionales previas consignadas en la historia clínica. Operacionalmente, se registrará como sí o no.
- **Antecedentes obstétricos.** Se refiere a si la madre presentó alguna patología obstétrica en algún parto anterior, como preeclampsia, diabetes gestacional o corioamnionitis.
- **Madre portadora de VIH.** Diagnóstico serológico de la presencia o ausencia del VIH durante los tamizajes del embarazo actual o como antecedente.
- **Tabaquismo.** Indicador cualitativo sobre el hábito de consumo de tabaco antes o durante la gestación. Operacionalmente, se registrará como sí o no.
- **Consumo de drogas.** Registro de la exposición materna a alcohol o sustancias psicotrópicas durante el periodo gestacional. Operacionalmente, se registra como sí o no.
- **Tipo de embarazo.** Se refiere a si la gestación fue única o múltiple.
- **Número de controles prenatales.** Se define como el conjunto de contactos o atenciones prenatales recibidas por la gestante antes del parto. La OMS recomienda un mínimo de ocho contactos durante el embarazo para mejorar la experiencia de atención y reducir resultados perinatales adversos (37). Operacionalmente, en esta investigación se registrará el número total de controles consignados y podrá categorizarse en adecuado (8 o más controles prenatales) o inadecuado (menos de 8 controles prenatales).

- **Ruptura prematura de membranas.** Corresponde a la ruptura de membranas ovulares antes del inicio del trabajo de parto. La ACOG reconoce a la ruptura prematura de membranas pretérmino como una condición clínica relevante en la evolución obstétrica y neonatal (7). Operacionalmente, se consignará como sí o no según el diagnóstico registrado en la historia clínica.
- **Patologías del embarazo.** Incluye las principales condiciones maternas registradas durante la gestación actual: preeclampsia, diabetes gestacional, anemia, infección del tracto urinario e hipotiroidismo. Operacionalmente, cada una se registrará de manera individual como sí o no.

3.1.2.3 Características natales y clínicas del recién nacido

Esta dimensión describe la condición del neonato al nacer. En términos epidemiológicos, expresa el perfil inicial del caso y permite caracterizar la gravedad o estabilidad neonatal inmediata. Incluye la evaluación de las condiciones propias al momento del nacimiento y del estado inmediato del recién nacido, permitiendo describir el perfil clínico inicial del recién nacido prematuro tardío.

- **Sexo del recién nacido.** Se registrará como masculino o femenino.
- **Edad gestacional.** Se refiere a la edad consignada al recién nacido por el pediatra, considerando en este estudio sólo aquellos de 34, 35 o 36 semanas. Operacionalmente, la edad gestacional se consignará en semanas completas, según la historia clínica.
- **Tipo de parto.** Corresponde a la vía de culminación del nacimiento. Operacionalmente, se clasificará como vaginal o cesárea.
- **Peso al nacer.** Se registrará el peso consignado en gramos, categorizándose en extremadamente bajo peso (menos de 1000 gramos), muy bajo peso al nacer (1000 a 1449 gramos), bajo peso al nacer (1500 a 2499 gramos), peso adecuado (2500 a 3999 gramos) y macrosomía (4000 gramos o más).
- **Peso para la edad gestacional.** Es la relación existente entre el peso al nacer y la edad gestacional. Permite distinguir entre prematuridad aislada y alteraciones del crecimiento intrauterino. Operacionalmente, se clasificará como bajo peso para la edad gestacional, adecuado para la edad gestacional o grande para la edad gestacional.
- **Puntaje de Apgar al primer minuto.** El puntaje de Apgar es un método estandarizado para reportar la condición del recién nacido inmediatamente después del nacimiento y su respuesta inicial a las maniobras de reanimación; no fue diseñado para establecer pronóstico neurológico individual, pero sigue siendo una herramienta clínica útil para documentar la adaptación neonatal (38). Operacionalmente, se registrará el puntaje

consignado al primer minuto, agrupándolo en categorías clínicas habituales, siendo depresión severa (0 a 3), depresión moderada (4 a 6) o normal (7 a 10).

- **Puntaje de Apgar a los 5 minutos.** Operacionalmente, se registrará el puntaje consignado a los 5 minutos, agrupándolo en categorías clínicas habituales, siendo depresión severa (0 a 3), depresión moderada (4 a 6) o normal (7 a 10).

3.1.2.4 Morbilidad neonatal

Esta dimensión comprende las principales complicaciones clínicas presentadas por el recién nacido durante la hospitalización neonatal. Su inclusión responde al reconocimiento de que el prematuro tardío es un grupo con vulnerabilidad biológica específica y con riesgo aumentado de morbilidad multisistémica en comparación con el recién nacido a término (40). Comprende la evaluación de las complicaciones clínicas presentadas durante la estancia hospitalaria, tales como dificultad respiratoria, sepsis, hipoglucemia e ictericia. Cabe mencionar que, en esta investigación, cada morbilidad está siendo considerada sólo cuando figure como diagnóstico en la historia clínica que se está describiendo.

- **Síndrome de dificultad respiratoria.** Se refiere al diagnóstico clínico consignado en la historia neonatal compatible con insuficiencia respiratoria por cualquier causa. Operacionalmente, se registrará como sí o no.
- **Enfermedad de membrana hialina.** Corresponde al diagnóstico de enfermedad de membrana hialina. Operacionalmente, se registrará como sí o no.
- **Síndrome de aspiración meconial.** Corresponde al diagnóstico clínico consignado en la historia clínica. Operacionalmente, se registrará como sí o no.
- **Sepsis.** Se refiere al diagnóstico de infección sistémica neonatal registrado en la historia clínica. Operacionalmente, se consignará como ausencia de sepsis, sepsis clínica y sepsis confirmada (si se cuenta con resultado de cultivo positivo).
- **Asfixia perinatal.** Se refiere al diagnóstico clínico consignado en la historia clínica. Operacionalmente, se registrará como sí o no, de acuerdo con el criterio institucional usado al momento del registro.
- **Hipoglicemia neonatal.** Corresponde al diagnóstico laboratorial consignado en la historia clínica. Operacionalmente, se registrará como sí o no.
- **Hiperbilirrubinemia.** Se refiere al diagnóstico de elevación de bilirrubina con repercusión clínica y/o necesidad de manejo terapéutico. Operacionalmente, se registrará como sí o no.
- **Hipotermia.** Corresponde al diagnóstico de inestabilidad térmica consignado en la historia clínica. Operacionalmente, se registrará como sí o no.

- **Enterocolitis necrotizante.** Se refiere al diagnóstico neonatal registrado de enterocolitis necrotizante. Operacionalmente, se consignará como sí o no.

3.1.2.5 *Manejo terapéutico y desenlaces neonatales*

Esta dimensión reúne los resultados clínicos observados durante la hospitalización. Se diferencia de la morbilidad porque no describe sólo la presencia de una patología, sino la trayectoria asistencial y el resultado final del neonato. También incluye la duración de la hospitalización, el requerimiento de cuidados intensivos y la salida de la institución. En esta investigación, la mortalidad neonatal se considera un desenlace clínico y no una simple característica del recién nacido porque expresa el resultado final de la evolución neonatal observada en los registros.

- **Ingreso a la unidad de cuidados intensivos neonatales (UCIN).** Corresponde al ingreso del recién nacido a un área de mayor complejidad para monitoreo y tratamiento especializado. La OMS considera prioritario fortalecer el cuidado intrahospitalario de recién nacidos pequeños y enfermos, entre ellos los prematuros y los de bajo peso (1). Operacionalmente, se registrará como sí o no.
- **Apoyo oxigenatorio.** Corresponde a la necesidad de oxígeno registrada en la historia clínica. Operacionalmente, se clasificará según el mayor soporte requerido durante la hospitalización: ninguno, oxígeno a bajo flujo, oxígeno a alto flujo o ventilación invasiva.
- **Uso de antibióticos.** Se refiere a la administración de antibióticos durante la hospitalización neonatal. Operacionalmente, se registrará como sí o no.
- **Condición de egreso.** Se refiere al estado administrativo y clínico al término de la hospitalización. Operacionalmente, se clasificará como alta, referencia, retiro voluntario o fallecimiento, según el sumario de egreso.
- **Mortalidad neonatal.** La OMS define la mortalidad neonatal como la muerte ocurrida durante los primeros 28 días de vida (14). Operacionalmente, en este estudio se registrará como sí o no, tomando en cuenta el fallecimiento consignado en la historia clínica neonatal durante la atención hospitalaria.

3.2 Operacionalización de variables

Variable	Dimensión	Indicador	Definición conceptual	Definición operacional	Tipo / Escala	Categorización	Instrumento
Características clínicas y epidemiológicas de los recién nacidos prematuros tardíos	<i>Características sociales y demográficas maternas</i>	Edad materna	Edad de la madre al momento del parto	Tiempo de vida de la madre en años registrado en la historia clínica	Categórica ordinal	1. < 18 años 2. 18 a 34 años 3. > 34 años	Historia clínica
		Grado de instrucción	Nivel más alto de estudios completado	Nivel de estudios registrado en la historia clínica	Categórica ordinal	1. Analfabeta 2. Primaria incompleta 3. Primaria completa 4. Secundaria incompleta 5. Secundaria completa 6. Superior incompleta 7. Superior completa	Historia clínica
	<i>Antecedentes obstétricos y patológicos maternos</i>	Índice de masa corporal (IMC) materno al inicio de la gestación	Relación matemática entre el peso y la talla de la madre al inicio de la gestación	IMC calculado al inicio de la gestación	Categórica ordinal	1. Delgadez 2. Normal 3. Sobrepeso 4. Obesidad grado I 5. Obesidad grado II 6. Obesidad grado III	Historia clínica
		Ganancia de peso gestacional	Incremento del peso corporal materno durante el embarazo	Diferencia matemática entre el peso materno al final y al inicio de la gestación	Categórica ordinal	1. Insuficiente (< 7 Kg) 2. Adecuada (7 a 16 Kg) 3. Excesiva (> 16 Kg)	Historia clínica

Variable	Dimensión	Indicador	Definición conceptual	Definición operacional	Tipo / Escala	Categorización	Instrumento
Características clínicas y epidemiológicas de los recién nacidos prematuros tardíos	<i>Antecedentes obstétricos y patológicos maternos</i>	Paridad	Número de partos anteriores que ha tenido la madre	Número de partos registrados en la historia clínica	Categórica ordinal	1. Nulípara 2. Primípara 3. Multípara (2 a 4 partos anteriores) 4. Gran multípara (5 a más partos anteriores)	Historia clínica
		Aborto previo	Antecedente obstétrico que constata culminación de la gestación con un producto que pesa menos de 500 gramos	Antecedente de aborto registrado en la historia clínica	Categórica nominal dicotómica	1. Sí 2. No	Historia clínica
		Antecedentes obstétricos	Patologías asociadas al embarazo presentes en alguna gesta anterior	Registro de antecedentes patológicos en la historia clínica	Categórica nominal	1. Preeclampsia 2. Diabetes gestacional 3. Corioamnionitis 4. Ninguno	Historia clínica
		Madre portadora de VIH	Infección por VIH en la madre	Presencia de diagnóstico de VIH registrado en la historia clínica materna	Categórica nominal dicotómica	1. Sí 2. No	Historia clínica

Variable	Dimensión	Indicador	Definición conceptual	Definición operacional	Tipo / Escala	Categorización	Instrumento
Características clínicas y epidemiológicas de los recién nacidos prematuros tardíos	<i>Antecedentes obstétricos y patológicos maternos</i>	Tabaquismo	Consumo de tabaco (cigarrillo) durante el embarazo	Consumo de tabaco registrado en la historia clínica	Categórica nominal dicotómica	1. Sí 2. No	Historia clínica
		Consumo de drogas	Uso de alcohol o sustancias psicotrópicas durante el embarazo	Consumo de alcohol o sustancias psicotrópicas registrado en la historia clínica	Categórica nominal dicotómica	1. Sí 2. No	Historia clínica
		Tipo de embarazo	Condición obstétrica que indica si la gestación corresponde a un embarazo único o múltiple	Registro de diagnóstico de embarazo múltiple en la historia clínica	Categórica nominal dicotómica	1. Embarazo único 2. Embarazo múltiple	Historia clínica
		Número de controles prenatales	Cantidad de controles prenatales a los que asistió la gestante antes de la fecha del parto	Cantidad de controles prenatales registrados en la historia clínica	Categórica nominal dicotómica	1. Adecuado (8 o más controles prenatales) 2. Inadecuado (menos de 8 controles prenatales)	Historia clínica

Variable	Dimensión	Indicador	Definición conceptual	Definición operacional	Tipo / Escala	Categorización	Instrumento
Características clínicas y epidemiológicas de los recién nacidos prematuros tardíos	<i>Antecedentes obstétricos y patológicos maternos</i>	Ruptura prematura de membranas	Solución de continuidad espontánea de la membrana corioamniótica antes del inicio del trabajo de parto	Registro de diagnóstico de ruptura prematura de membranas en la historia clínica	Categórica nominal dicotómica	1. Sí 2. No	Historia clínica
		Preeclampsia	Elevación de la presión arterial asociado a proteinuria después de la semana 20 del embarazo	Registro de diagnóstico de preeclampsia en la historia clínica	Categórica nominal dicotómica	1. Sí 2. No	Historia clínica
		Eclampsia	Complicación grave de la preeclampsia	Registro de diagnóstico de eclampsia en la historia clínica	Categórica nominal dicotómica	1. Sí 2. No	Historia clínica
		Diabetes gestacional	Intolerancia a la glucosa diagnosticada en el embarazo	Registro de diagnóstico de diabetes gestacional en la historia clínica	Categórica nominal dicotómica	1. Sí 2. No	Historia clínica

Variable	Dimensión	Indicador	Definición conceptual	Definición operacional	Tipo / Escala	Categorización	Instrumento
Características clínicas y epidemiológicas de los recién nacidos prematuros tardíos	<i>Antecedentes obstétricos y patológicos maternos</i>	Anemia en el embarazo	Disminución de hemoglobina por debajo del valor normal para el embarazo	Registro de diagnóstico de anemia en la historia clínica	Categórica nominal dicotómica	1. Sí 2. No	Historia clínica
		Infección de tracto urinario	Colonización y replicación microbiana a lo largo del trayecto de las vías urinarias	Registro de diagnóstico de ITU en la historia clínica	Categórica nominal dicotómica	1. Sí 2. No	Historia clínica
		Hipotiroidismo	Función tiroidea disminuida diagnosticada antes o durante el embarazo.	Registro de diagnóstico de hipotiroidismo en la historia clínica	Categórica nominal dicotómica	1. Sí 2. No	Historia clínica
	<i>Características natales y clínicas del recién nacido</i>	Sexo del recién nacido	Características biológicas y fisiológicas que definen a hombres y mujeres	Registrado como masculino o femenino al nacer en la historia clínica	Categórica nominal	1. Masculino 2. Femenino	Historia clínica

Variable	Dimensión	Indicador	Definición conceptual	Definición operacional	Tipo / Escala	Categorización	Instrumento
Características clínicas y epidemiológicas de los recién nacidos prematuros tardíos	<i>Características natales y clínicas del recién nacido</i>	Edad gestacional	Semanas de gestación estimadas mediante examen físico	Registro de edad gestacional al nacimiento en la historia clínica	Categórica ordinal	1. 34 semanas 2. 35 semanas 3. 36 semanas	Historia clínica
		Vía de parto	Modalidad del nacimiento (vaginal o cesárea)	Registro en la historia clínica	Categórica nominal	1. Vaginal 2. Cesárea	Historia clínica
		Peso al nacer	Peso del producto gestacional tomado al nacer	Peso en gramos del neonato consignado en la historia clínica	Categórica ordinal	1. Extremadamente bajo peso (menos de 1000 g) 2. Muy bajo peso al nacer (1000 a 1499 g) 3. Bajo peso al nacer (1500 a 2499 g) 4. Peso adecuado (2500 a 3999 g) 5. Macrosomía (4000 g o más)	Historia clínica
		Peso para la edad gestacional	Adecuación del peso del recién nacido en relación con su edad gestacional	Peso en gramos del neonato consignado en la historia clínica en relación con la edad gestacional	Categórica ordinal	1. Pequeño para la edad gestacional 2. Adecuado para la edad gestacional 3. Grande para la edad gestacional	Historia clínica

Variable	Dimensión	Indicador	Definición conceptual	Definición operacional	Tipo / Escala	Categorización	Instrumento
Características clínicas y epidemiológicas de los recién nacidos prematuros tardíos	<i>Características natales y clínicas del recién nacido</i>	Puntaje de Apgar al primer minuto	Puntaje de vitalidad del recién nacido al primer minuto de vida	Puntaje de Apgar al primer minuto registrado en la historia clínica	Categórica ordinal	1. Depresión severa (0 a 3 puntos) 2. Depresión moderada (4 a 6 puntos) 3. Normal (7 a 10 puntos)	Historia clínica
		Puntaje de Apgar a los 5 minutos	Puntaje de vitalidad del recién nacido a los 5 minutos de vida.	Puntaje de Apgar a los 5 minutos registrado en la historia clínica	Categórica ordinal	1. Depresión severa (0 a 3 puntos) 2. Depresión moderada (4 a 6 puntos) 3. Normal (7 a 10 puntos)	Historia clínica
	<i>Morbilidad neonatal</i>	Síndrome de dificultad respiratoria	Insuficiencia respiratoria por alteración pulmonar del recién nacido	Registro de diagnóstico de síndrome de dificultad respiratoria en la historia clínica	Categórica nominal dicotómica	1. Sí 2. No	Historia clínica
		Enfermedad de membrana hialina	Enfermedad respiratoria neonatal por déficit de surfactante	Registro de diagnóstico de enfermedad de membrana hialina respiratoria en la historia clínica	Categórica nominal dicotómica	1. Sí 2. No	Historia clínica

Variable	Dimensión	Indicador	Definición conceptual	Definición operacional	Tipo / Escala	Categorización	Instrumento
Características clínicas y epidemiológicas de los recién nacidos prematuros tardíos	<i>Morbilidad neonatal</i>	Síndrome de aspiración meconial	Obstrucción respiratoria por aspiración de meconio	Registro de diagnóstico de síndrome de aspiración meconial en la historia clínica	Categórica nominal dicotómica	1. Sí 2. No	Historia clínica
		Sepsis	Infección sistémica confirmada o probable en el recién nacido	Registro de diagnóstico de sepsis en la historia clínica	Categórica nominal	1. Sepsis clínica 2. Sepsis confirmada 3. No	Historia clínica
		Asfixia perinatal	Agresión producida por la falta de oxígeno y/o perfusión tisular adecuada	Registro de diagnóstico de asfixia perinatal en la historia clínica	Categórica nominal dicotómica	1. Sí 2. No	Historia clínica
		Hipoglicemia	Glucosa menor a 45 mg/dL en cualquier momento de la hospitalización	Registro de diagnóstico de hipoglicemia en la historia clínica	Categórica nominal dicotómica	1. Sí 2. No	Historia clínica

Variable	Dimensión	Indicador	Definición conceptual	Definición operacional	Tipo / Escala	Categorización	Instrumento
Características clínicas y epidemiológicas de los recién nacidos prematuros tardíos	<i>Morbilidad neonatal</i>	Hiperbilirrubinemia	Elevación anormal de bilirrubina en sangre del recién nacido	Registro de diagnóstico de hiperbilirrubinemia en la historia clínica	Categórica nominal dicotómica	1. Sí 2. No	Historia clínica
		Hipotermia	Temperatura corporal neonatal por debajo de 36,5° C	Registro de diagnóstico de hipotermia en la historia clínica	Categórica nominal dicotómica	1. Sí 2. No	Historia clínica
		Enterocolitis necrotizante	Inflamación intestinal grave con riesgo o aparición de necrosis	Registro de diagnóstico de enterocolitis necrotizante en la historia clínica	Categórica nominal dicotómica	1. Sí 2. No	Historia clínica
	<i>Manejo terapéutico y desenlaces neonatales</i>	Ingreso a UCIN	Ingreso a UCIN de la institución	Ingreso a UCIN registrado en historia clínica	Categórica nominal dicotómica	1. Sí 2. No	Historia clínica

Variable	Dimensión	Indicador	Definición conceptual	Definición operacional	Tipo / Escala	Categorización	Instrumento
Características clínicas y epidemiológicas de los recién nacidos prematuros tardíos	<i>Manejo terapéutico y desenlaces neonatales</i>	Apoyo oxigenatorio	Intervención médica destinada a facilitar o sustituir la función respiratoria del recién nacido	Registro del uso de apoyo respiratorio durante su hospitalización según historia clínica	Categórica nominal	1. Sin apoyo respiratorio 2. Oxígeno a bajo flujo 3. Oxígeno a alto flujo 4. Ventilación invasiva	Historia clínica
		Uso de antibióticos	Uso de antibióticos durante la hospitalización	Registro de administración de antibióticos en historia clínica	Categórica nominal dicotómica	1. Sí 2. No	Historia clínica
		Condición de egreso	Estado del recién nacido al alta o salida de la institución	Registrado en el sumario de la historia clínica	Categórica nominal	1. Alta con indicaciones 2. Retiro voluntario 3. Referencia a centro de mayor complejidad 4. Fallecido	Historia clínica
		Mortalidad neonatal por semana gestacional	Muerte del recién nacido dentro del periodo neonatal o durante la hospitalización	Registrado en el sumario de la historia clínica	Categórica nominal	1. No 2. Recién nacido de 34 semanas fallecido 3. Recién nacido de 35 semanas fallecido 4. Recién nacido de 36 semanas fallecido	Historia clínica

CAPÍTULO IV: METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN

4.1 Diseño de investigación

La investigación empleó el método científico como eje general, lo cual permitió observar, registrar y sistematizar rigurosamente las características clínicas y epidemiológicas de los recién nacidos prematuros tardíos en el Hospital Hipólito Unanue de Tacna durante el periodo 2020–2024 (41). El presente estudio corresponde a una investigación de diseño no experimental, descriptiva, observacional, retrospectiva y de corte transversal, con un enfoque cuantitativo.

Fue de tipo descriptivo porque se enfocó en caracterizar las variables clínicas y epidemiológicas de los recién nacidos prematuros tardíos en una circunstancia temporal y geográfica específica (41). Asimismo, fue observacional porque los datos fueron obtenidos directamente de las historias clínicas sin manipulación de variables, limitándose a registrar y analizar la información disponible tal como ocurrió en la práctica asistencial (42). Es retrospectivo porque la información se recolectó a partir de las historias clínicas de los recién nacidos prematuros tardíos nacidos entre los años 2020 y 2024 en el Hospital Hipólito Unanue de Tacna, un periodo previo al consignado para el análisis actual, año 2026.

Finalmente, es una investigación de corte transversal porque la evaluación de las variables se realizó en un único momento en el tiempo, mediante la revisión de registros ya existentes en las historias clínicas de cada uno de los recién nacidos prematuros tardíos, permitiendo caracterizar la muestra de estudio en el periodo señalado, desde el 2020 hasta el 2024 (43). El estudio tiene un enfoque cuantitativo porque la investigación se basó en la recolección y análisis de datos numéricos, usando estadística descriptiva para el procesamiento y análisis de los resultados (44).

4.1.1 Esquema del diseño de investigación

De acuerdo con la naturaleza descriptiva del estudio, se empleó el siguiente esquema de observación simple:

$$n \rightarrow O$$

Donde:

n = Muestra de recién nacidos prematuros tardíos evaluados.

O = Observación y registro de las características clínicas y epidemiológicas identificadas en las historias clínicas.

4.2 Tipo de investigación

La presente investigación es de tipo básica, debido a que su propósito fundamental es incrementar el conocimiento científico existente sobre las características de la población estudiada a nivel local. Asimismo, posee un enfoque cuantitativo, ya que se fundamenta en la recolección y el análisis numérico de datos obtenidos de las historias clínicas. Estas variables fueron procesadas mediante estadística descriptiva para determinar las frecuencias, porcentajes y promedios que permiten estructurar los resultados finales del estudio.

4.3 Ámbito de estudio

El estudio se realizó en el servicio de neonatología y en el archivo de historias clínicas del Hospital Hipólito Unanue de Tacna, que se encuentra bajo la dirección del Ministerio de Salud y de la gerencia regional de desarrollo social del Gobierno Regional de Tacna. El Hospital Hipólito Unanue de Tacna se ubica en la Calle Blondel K-3; y fue fundado el 28 de agosto del año 1954.

En el edificio principal de dicho hospital se encuentra, en el primer nivel, el área administrativa, los consultorios externos, el archivo de historias clínicas, el departamento de nutrición, el departamento de servicio social, el banco de sangre, el laboratorio central, el laboratorio de microbiología, el servicio de radiología y el servicio de emergencia. En el segundo piso se encuentra el servicio de hospitalización de la unidad de cuidados intensivos (UCI), el servicio de pediatría y jefatura de enfermería. En el tercer piso se halla el servicio de ginecología, obstetricia, neonatología y sala de partos; mientras que en el cuarto piso está el servicio de cirugía y medicina, además de centro quirúrgico. En el quinto piso se encuentra el servicio de Cirugía Infantil y Quemado (SERCIQUEM), el servicio de traumatología, el gabinete de gastroenterología y el servicio de neumología. En el sótano del edificio se halla la morgue y la unidad de patología y anatomía patológica.

El departamento de pediatría cuenta con diecisiete médicos especialistas en pediatría, de los cuáles tres son subespecialistas en neonatología. El jefe del departamento de pediatría es el Dr. Carlos Alberto Sáenz Córdova, el jefe del servicio de Pediatría es el Dr. Eduardo Ojeda Lewis y el jefe del servicio de Neonatología es el Dr. Maykel Fernando Gutiérrez Flores. El servicio de neonatología cuenta con una unidad de cuidados intensivos neonatales (UCIN) equipada con incubadoras, equipos de CPAP y ventiladores mecánicos, en la que siempre hay un médico especialista en pediatría de guardia, personal de enfermería y personal técnico.

4.4 Limitaciones metodológicas

La presente investigación presenta limitaciones inherentes a su diseño retrospectivo y descriptivo. En primer lugar, la información dependerá de la calidad del registro consignado en las historias

clínicas y registros perinatales, por lo que pueden existir datos incompletos, ilegibles o no registrados, capaces de afectar la exhaustividad del análisis. En segundo lugar, al tratarse de un estudio observacional de corte transversal y retrospectivo, no permitirá establecer relaciones de causalidad entre las variables estudiadas, sino únicamente describir su comportamiento en la población analizada. Además, por desarrollarse en un solo establecimiento de salud, los resultados reflejarán la realidad del Hospital Hipólito Unanue de Tacna; sin embargo, al ser este el establecimiento de referencia de mayor resolución en la región, la muestra seleccionada constituye un indicador fidedigno del perfil de prematuridad tardía a nivel local. Por consiguiente, los datos obtenidos proporcionan una línea de base sólida y actualizada, cuya contrastación con la literatura nacional e internacional permitirá identificar particularidades epidemiológicas y discutir el comportamiento real de este grupo neonatal en el contexto regional.

4.5 Población y muestra

4.5.1 Población

La población estuvo constituida por todos los recién nacidos prematuros tardíos nacidos entre 2020 y 2024 en el Hospital Hipólito Unanue de Tacna, siendo un total de 625 neonatos. Se consideraron como prematuros tardíos aquellos recién nacidos con edad gestacional entre 34 y 36 semanas con 6 días, según lo registrado en la historia clínica.

4.5.2 Muestra

Al ser la población de estudio un universo de 625 recién nacidos prematuros tardíos, para la determinación del tamaño muestral a partir de dicha población finita, se aplicó la fórmula estadística de estimación de proporciones (43), la cual se ejecutó mediante la siguiente ecuación:

$$n = \frac{Z^2 \cdot P \cdot Q \cdot N}{E^2 \cdot (N - 1) + Z^2 \cdot P \cdot Q}$$

Donde:

n = Tamaño de la muestra resultante (239 historias clínicas).

N = Población total identificada (625 recién nacidos prematuros tardíos).

Z = Nivel de confianza equivalente al 95 % (valor crítico estadístico de 1,96).

E = Margen de error máximo admisible fijado en el 5 % (0,05).

P = Probabilidad de ocurrencia del evento, establecida en el 50 % (0,5).

Q = Probabilidad de no ocurrencia del evento, establecida en el 50 % (0,5).

Tras la resolución de la ecuación, la muestra quedó conformada de forma definitiva por 239 historias clínicas. La selección de estos expedientes médicos se realizó mediante un muestreo probabilístico, incluyendo únicamente a aquellos neonatos que cumplieron en su totalidad con los criterios de inclusión y exclusión previamente establecidos para la presente investigación.

4.5.3 Criterios de inclusión

- Recién nacidos prematuros tardíos que hayan nacido en el Hospital Hipólito Unanue de Tacna entre el 1 de enero del 2020 y el 31 de diciembre del 2024.
- Recién nacidos cuya edad gestacional calculada mediante examen físico sea de 34, 35 o 36 semanas de gestación.
- Recién nacidos que tuvieran historias clínicas completas y disponibles al momento de hacer la recolección de datos.

4.5.4 Criterios de exclusión

- Recién nacidos que hayan nacido en otras dependencias de salud, nacidos de parto domiciliario o reingresos a la institución.
- Recién nacidos prematuros con historias clínicas con datos incompletos, datos duplicados o datos que estén ilegibles, que sean confusos o no se puedan entender, historias clínicas extraviadas; o sin historia clínica.
- Recién nacidos con historias clínicas con discrepancias en la edad gestacional registrada en la historia clínica.

4.6 Técnicas y ficha de recolección de datos

4.6.1 Técnica para la recolección de datos

La técnica empleada para la obtención de la información fue la revisión documental, la cual permitió recopilar los datos clínicos y epidemiológicos previamente registrados en las historias clínicas de la población de estudio. Este procedimiento garantizó la recolección de los datos de forma objetiva y sin realizar una intervención directa sobre los sujetos de investigación.

El proceso se ejecutó de manera manual mediante el uso de una ficha de recolección de datos como instrumento principal. El llenado de dicho instrumento fue realizado por los investigadores Raúl Nicolás Alcázar Gambetta y Nicoll Ximena Sosa Toala, quienes seleccionaron y evaluaron las historias clínicas del Hospital Hipólito Unanue de Tacna correspondientes al periodo 2020–2024, asegurando que cada registro cumpliera estrictamente con los criterios de inclusión previamente establecidos.

4.6.2 Instrumento para la recolección de datos

El instrumento utilizado para la recolección de datos fue una ficha de recolección de datos, elaborada por los investigadores a partir de los objetivos del estudio y al cuadro de operacionalización de las variables (ver *Anexo B*).

La ficha de recolección de datos es un instrumento diseñado para poder registrar información de manera sistemática y estructurada, lo que permite documentar de forma precisa las variables del presente estudio, tanto cualitativas como cuantitativas (45). Este instrumento facilita la obtención de datos relevantes sobre las características epidemiológicas y clínicas de los pacientes, los cuales serán posteriormente trasladados a una base de datos digital de elaboración propia para su organización y análisis.

Se incluyeron variables relacionadas con factores maternos (edad, controles prenatales, patologías, tipo de embarazo), características del parto (tipo de parto, ruptura prematura de membranas), características neonatales (edad gestacional, peso al nacer, puntaje de Apgar, sexo), evolución clínica (ingreso a UCI neonatal, estancia hospitalaria, condición de alta), morbilidad neonatal (dificultad respiratoria, ictericia, hipoglicemia, sepsis, entre otras) y mortalidad neonatal.

CAPÍTULO V: PROCEDIMIENTO DE ANÁLISIS

5.1 Procedimiento de recojo de datos

El recojo de datos se realizó mediante la revisión documental de las historias clínicas de los recién nacidos prematuros tardíos atendidos en el Hospital Hipólito Unanue de Tacna durante el periodo comprendido entre los años 2020 y 2024; siendo la ejecución de la presente investigación estructurada en etapas sucesivas.

En primer lugar, tras la aprobación del proyecto por parte del Comité de Ética de la Facultad de Ciencias de la Salud de la Universidad Privada de Tacna, se procedió a la validación del instrumento mediante el juicio de tres expertos en el área. Con la aprobación metodológica, se gestionó la autorización formal ante la dirección del Hospital Hipólito Unanue de Tacna para acceder al archivo central (ver *Anexo C*). Tras obtener la conformidad institucional (ver *Anexo D*), se estableció un cronograma de visitas técnicas para la selección y revisión de los distintos expedientes.

La revisión documental de las historias clínicas estuvo a cargo de los investigadores Raúl Nicolás Alcázar Gambetta y Nicoll Ximena Sosa Toala, quienes preseleccionaron los registros aplicando estrictamente los criterios de elegibilidad. Los datos de interés clínico y epidemiológico se extrajeron manualmente mediante el uso de la ficha de recolección de datos y, posteriormente, se digitaron en una matriz elaborada en Microsoft Excel para su posterior procesamiento estadístico. Las dudas y discrepancias encontradas en el proceso de recolección de datos fueron absueltas por el asesor de la investigación, Médico especialista en Pediatría.

5.2 Consideraciones éticas

El desarrollo de esta investigación se rigió estrictamente por los principios bioéticos fundamentales de autonomía, beneficencia, no maleficencia y justicia, en concordancia con los lineamientos internacionales de la Declaración de Helsinki (46) y las normativas institucionales de la Universidad Privada de Tacna.

Debido a la naturaleza retrospectiva y observacional del estudio, la obtención de datos se limitó exclusivamente a la revisión de fuentes secundarias (historias clínicas), por lo cual no se requirió contacto directo ni intervención física o psicológica sobre los neonatos o sus madres. En consecuencia, y bajo la aprobación previa del Comité de Ética, el estudio quedó exento de la aplicación del consentimiento informado firmado por los apoderados.

Para salvaguardar el derecho a la privacidad y el anonimato, se implementó un proceso de desidentificación mediante el cual se omitieron nombres, apellidos y documentos de identidad, asignando un código numérico único a cada ficha de recolección. Los datos resultantes fueron custodiados de forma restringida por los autores y destinados únicamente a fines de divulgación científica y académica.

5.3 Procesamiento analítico de datos

Los datos recopilados que fueron registrados en las fichas de información e ingresados en una base de datos elaborada en Microsoft Excel, donde se realizó la codificación correspondiente a cada una de las variables para facilitar su procesamiento, garantizando precisión y solidez de la información.

Posteriormente se realizó el procesamiento y organización de la información recopilada en la base de datos. En el software se procedió con la codificación y etiquetado de las variables, asignándoles las escalas de medición correspondientes según la información que se había recopilado en las fichas. Luego se volvió a revisar la base de datos, con la finalidad de identificar posibles errores en el registro de la información (por ejemplo, errores de digitación).

Finalmente, el análisis se realizó mediante estadística descriptiva, elaborándose tablas de frecuencia y gráficos según correspondía. Los resultados obtenidos fueron presentados en tablas elaborados en el Excel, según los objetivos específicos planteados, con el propósito de facilitar su interpretación, los cuales luego se trasladaron a la redacción de esta tesis. El análisis se orientó a describir las características clínicas y epidemiológicas de los recién nacidos prematuros tardíos que se evaluaron en el estudio.

CAPÍTULO VI: RESULTADOS

En esta investigación se analizaron 239 historias clínicas de recién nacidos prematuros tardíos nacidos en el Hospital Hipólito Unanue de Tacna durante el periodo 2020–2024. Los resultados se presentan mediante estadística descriptiva, utilizando frecuencias absolutas y porcentajes. La información se organizó según los objetivos específicos: i) características sociodemográficas maternas, ii) antecedentes obstétricos y patológicos maternos, iii) características natales y clínicas del recién nacido, iv) morbilidad neonatal y v) desenlaces neonatales.

6.1 Características sociodemográficas maternas

En relación con las características sociodemográficas de la población de estudio (tabla 1), se observó una clara prevalencia de madres en edad fértil (18 a 34 años), quienes representaron el 69,9 % (n = 167) de la muestra. Asimismo, se identificó una proporción considerable de madres con edad materna avanzada (≥ 35 años) correspondiente al 27,6 % (n = 66), mientras que las madres adolescentes (< 18 años) constituyeron únicamente el 2,5 % del total de casos.

Tabla 1. Edad materna.

Indicador	Frecuencia	Porcentaje
< 18 años (<i>madre adolescente</i>)	6	2,5 %
18 a 34 años (<i>edad fértil</i>)	167	69,9 %
> 34 años (<i>edad materna avanzada</i>)	66	27,6 %
Total	239	100,0 %

Respecto al nivel educativo (tabla 2), predominó la secundaria completa con el 60,7 % (n = 145), seguida por la secundaria incompleta con el 31,4 % (n = 75). Los extremos de la escala educativa (instrucción superior completa y primaria incompleta) mostraron las frecuencias más bajas, registrando un 4,2 % (n = 10) y un 0,4 % respectivamente. Estos hallazgos permiten perfilar las características basales de la población de estudio.

Tabla 2. Grado de instrucción.

Indicador	Frecuencia	Porcentaje
Analfabeta	0	0,0 %
Primaria incompleta	1	0,4 %
Primaria completa	6	2,5 %
Secundaria incompleta	75	31,4 %
Secundaria completa	145	60,7 %
Superior incompleta	2	0,8 %
Superior completa	10	4,2 %
Total	239	100,0 %

6.2 Antecedentes obstétricos y patológicos maternos

Respecto al estado nutricional al inicio de la gestación (tabla 3), se determinó que la condición predominante fue sobrepeso, constituyendo el 41,4 % ($n = 99$). El peso normal se ubicó en segundo lugar con el 29,7 % ($n = 71$) de la muestra. La obesidad grado I tiene un 17,2 % y la obesidad grado II tiene un 6,7 %. El porcentaje de gestantes con obesidad grado III también es pequeño, con un 4,2 %. Finalmente, la condición de delgadez representó un hallazgo marginal, registrando solo el 0,8 % ($n = 2$) de los casos de estudio.

Tabla 3. Índice de masa corporal (IMC) materno al inicio de la gestación.

Indicador	Frecuencia	Porcentaje
<i>Delgadez</i>	2	0,8 %
<i>Normal</i>	71	29,7 %
<i>Sobrepeso</i>	99	41,4 %
<i>Obesidad grado I</i>	41	17,2 %
<i>Obesidad grado II</i>	16	6,7 %
<i>Obesidad grado III</i>	10	4,2 %
Total	239	100,0 %

Respecto al incremento ponderal durante la gestación (tabla 4), se observó que la mayoría de las gestantes alcanzaron una ganancia de peso adecuada (7 a 16 Kg), representando el 62,3 % ($n = 149$) de la muestra total. Asimismo, la ganancia de peso insuficiente (< 7 kg) corresponde a la segunda categoría más frecuente, representando el 25,5 % ($n = 61$). Finalmente, el incremento excesivo de peso (> 16 Kg) se registró en el 12,2 % ($n = 29$) de las madres evaluadas.

Tabla 4. Ganancia de peso gestacional.

Indicador	Frecuencia	Porcentaje
<i>Insuficiente (< 7 Kg)</i>	61	25,5 %
<i>Adecuada (7 a 16 Kg)</i>	149	62,3 %
<i>Excesiva (> 16 Kg)</i>	29	12,2 %
Total	239	100,0 %

En cuanto al antecedente de paridad en las gestantes estudiadas (tabla 5), la distribución se mostró relativamente homogénea. Las gestantes nulíparas constituyeron el grupo mayoritario con el 35,5 % ($n = 85$) de la muestra, seguidas por las multíparas con un 33,5 % ($n = 80$). Por su parte, las madres primíparas representaron el 29,7 % ($n = 71$) del total de casos. Finalmente, la condición de gran multípara registró una presencia mínima, equivalente al 1,3 % ($n = 3$) de la población evaluada.

Tabla 5. Paridad.

Indicador	Frecuencia	Porcentaje
<i>Nulípara</i>	85	35,5 %
<i>Primípara</i>	71	29,7 %
<i>Múltipara (2 a 4 partos anteriores)</i>	80	33,5 %
<i>Gran múltipara (5 a más partos anteriores)</i>	3	1,3 %
Total	239	100,0 %

En relación con el historial de abortos previos (tabla 6), se evidenció una marcada prevalencia de antecedente de aborto en la población de estudio. El 66,9 % ($n = 160$) de las gestantes refirió haber tenido al menos un aborto previo, mientras que el 33,1 % ($n = 79$) restante no registró dicho antecedente obstétrico.

Tabla 6. Aborto previo.

Indicador	Frecuencia	Porcentaje
<i>Sí</i>	160	66,9 %
<i>No</i>	79	33,1 %
Total	239	100,0 %

En cuanto al historial obstétrico de las madres (tabla 7), se determinó que la gran mayoría no presentó antecedentes de patologías en gestaciones previas, representando el 96,7 % ($n = 231$) del total. En el grupo minoritario que sí registró antecedentes patológicos, la preeclampsia fue la condición más reportada con un 2,1 % ($n = 5$), seguida por la diabetes gestacional con un 0,8 % ($n = 2$) y la corioamnionitis con 0,4 % ($n = 1$).

Tabla 7. Antecedentes obstétricos.

Indicador	Frecuencia	Porcentaje
<i>Preeclampsia</i>	5	2,1 %
<i>Diabetes gestacional</i>	2	0,8 %
<i>Corioamnionitis</i>	1	0,4 %
<i>Ninguno</i>	231	96,7 %
Total	239	100,0 %

En la tabla 8 se observa que casi la totalidad de las madres gestantes resultaron ser no portadoras del virus, alcanzando el 99,6 % ($n = 238$) de los casos evaluados. Por el contrario, se registró únicamente un caso positivo, lo cual representó un hallazgo equivalente al 0,4 % ($n = 1$) del total general.

Tabla 8. Madre portadora de VIH.

Indicador	Frecuencia	Porcentaje
<i>Sí</i>	1	0,4 %
<i>No</i>	238	99,6 %
Total	239	100,0 %

En lo que respecta a los hábitos nocivos maternos (tabla 9), se evidenció una ausencia total de tabaquismo, registrándose que el 100 % ($n = 239$) de las gestantes evaluadas declaró no consumir tabaco. De manera similar, el consumo de drogas ilícitas fue prácticamente nulo en la muestra, donde el 99,6 % ($n = 238$) de las madres reportó no haber utilizado estas sustancias, frente a un único caso positivo que representó un hallazgo marginal del 0,4 % ($n = 1$).

Tabla 9. Hábitos nocivos.

Indicador		Frecuencia	Porcentaje
<i>Tabaquismo</i>	<i>Sí</i>	0	0,0 %
	<i>No</i>	239	100,0 %
Total		239	100,0 %
<i>Consumo de drogas</i>	<i>Sí</i>	1	0,4 %
	<i>No</i>	238	99,6 %
Total		239	100,0 %

En lo que respecta a la condición de la gestación (tabla 10), se observó una clara prevalencia del embarazo único, que constituyó el 84,9 % ($n = 203$) de la muestra evaluada. Por su parte, la gestación múltiple se registró en el 15,1 % ($n = 36$) restante de la población de estudio.

Tabla 10. Tipo de Embarazo.

Indicador	Frecuencia	Porcentaje
<i>Embarazo único</i>	203	84,9 %
<i>Embarazo múltiple</i>	36	15,1 %
Total	239	100,0 %

En relación con el seguimiento del embarazo (tabla 11), se determinó que la mayoría de las madres presentó un control prenatal inadecuado, lo cual afectó al 59 % ($n = 141$) de la población de estudio. Por el contrario, el 41 % ($n = 98$) restante de las gestantes evaluadas logró acceder a un número adecuado de controles prenatales.

Tabla 11. Número de controles prenatales.

Indicador	Frecuencia	Porcentaje
<i>Adecuado (8 o más controles prenatales)</i>	98	41,0 %
<i>Inadecuado (menos de 8 controles prenatales)</i>	141	59,0 %
Total	239	100,0 %

Al evaluar las condiciones patológicas ocurridas durante el embarazo actual (tabla 12), se determinó que la preeclampsia fue la complicación más frecuente, afectando al 14,6 % ($n = 35$) de las gestantes. En orden decreciente, se registró la presencia de rotura prematura de membranas en el 11,3 % ($n = 27$) de los casos y anemia materna en el 10,9 % ($n = 26$) de la población de estudio. Por otra parte, las infecciones del tracto urinario se presentaron en el 5,4 % ($n = 13$) de las madres. Las complicaciones con menor representación en la muestra correspondieron a la eclampsia y la diabetes gestacional, registrando cada una un hallazgo marginal del 0,4 % ($n = 1$). Finalmente, el hipotiroidismo mostró una ausencia absoluta en la población evaluada, con un 0 % ($n = 0$) de prevalencia durante el periodo gestacional analizado.

Tabla 12. Patologías del embarazo.

Indicador		Frecuencia	Porcentaje
Rotura prematura de membranas	Sí	27	11,3 %
	No	212	88,7 %
Total		239	100,0 %
Preeclampsia	Sí	35	14,6 %
	No	204	85,4 %
Total		239	100,0 %
Eclampsia	Sí	1	0,4 %
	No	238	99,6 %
Total		239	100,0 %
Diabetes gestacional	Sí	1	0,4 %
	No	238	99,6 %
Total		239	100,0 %
Anemia en el embarazo	Sí	26	10,9 %
	No	213	89,1 %
Total		239	100,0 %
Infección de tracto urinario	Sí	13	5,4 %
	No	226	94,6 %
Total		239	100,0 %
Hipotiroidismo	Sí	0	0,0 %
	No	239	100,0 %
Total		239	100,0 %

6.2.1 Análisis descriptivo de los antecedentes obstétricos y patológicos maternos

En conjunto, los antecedentes obstétricos de la población de estudio caracterizan a una madre predominantemente nulípara o multípara, cuyo proceso gestacional fue de tipo único en su mayoría, aunque con una presencia considerable de embarazos múltiples. Asimismo, destacó un elevado índice de controles prenatales inadecuados en más de la mitad de la muestra analizada.

En el ámbito patológico, la preeclampsia, la rotura prematura de membranas y la anemia materna se posicionaron como las principales morbilidades presentadas durante el periodo gravídico, contrastando con la baja frecuencia o ausencia absoluta de trastornos metabólicos, infecciosos graves o endocrinos. Estos hallazgos permiten establecer el contexto basal de las madres gestantes, sirviendo como preámbulo para el análisis de las características clínicas correspondientes a los recién nacidos prematuros tardíos.

6.3 Características natales y clínicas del recién nacido

Al examinar las características demográficas de los recién nacidos prematuros tardíos (tabla 13), se evidenció una distribución bimodal con una ligera preponderancia del sexo masculino, el cual representó el 51,9 % ($n = 124$) de la población de estudio. Por su parte, el sexo femenino constituyó el 48,1 % ($n = 115$) restante de la muestra, mostrando un comportamiento casi equitativo entre ambos grupos.

Tabla 13. Sexo del recién nacido.

Indicador	Frecuencia	Porcentaje
<i>Masculino</i>	124	51,9 %
<i>Femenino</i>	115	48,1 %
Total	239	100,0 %

Con respecto a la edad gestacional determinada (tabla 14), se observó que más de la mitad de los neonatos se concentró en el grupo de 36 semanas, representando el 57,7 % ($n = 138$) de la muestra. En orden decreciente, los nacimientos ocurridos a las 35 semanas alcanzaron el 26 % ($n = 62$), mientras que el grupo con el menor tiempo de gestación, correspondiente a las 34 semanas, constituyó el 16,3 % ($n = 39$) restante de la población.

Tabla 14. Edad gestacional.

Indicador	Frecuencia	Porcentaje
<i>34 semanas</i>	39	16,3 %
<i>35 semanas</i>	62	26,0 %
<i>36 semanas</i>	138	57,7 %
Total	239	100,0 %

Al evaluar la vía de nacimiento de los neonatos (tabla 15), se evidenció una marcada prevalencia de cesárea, que constituyó la modalidad predominante, registrándose en el 82 % ($n = 196$) de los casos evaluados, mientras que el parto vaginal se presentó solo en el 18 % ($n = 43$) restante de la población estudiada.

Tabla 15. Vía de parto.

Indicador	Frecuencia	Porcentaje
<i>Vaginal</i>	43	18,0 %
<i>Cesárea</i>	196	82,0 %
Total	239	100,0 %

Al analizar el peso de los recién nacidos prematuros tardíos (tabla 16), se observó que la mayoría de los neonatos se concentró en el rango de peso normal, donde el intervalo de 2500 a 3999 gramos representó el 65,7 % ($n = 157$) de la población de estudio. Por otra parte, el bajo peso al nacer (rango de 1500 a 2499 gramos) se posicionó en segundo lugar con el 31,8 % ($n = 76$). Las categorías situadas en los extremos mostraron frecuencias mínimas; se registró un 1,7 % ($n = 4$) de macrosomía neonatal (> 4000 gramos) y un hallazgo marginal del 0,8 % ($n = 2$) para el intervalo de 1000 a 1499 gramos, mientras que los neonatos con un extremadamente bajo peso al nacer registraron una ausencia absoluta, siendo el 0 % de los casos.

Tabla 16. Peso al nacer.

Indicador	Frecuencia	Porcentaje
<i>Extremadamente bajo peso (menos de 1000 g)</i>	0	0,0 %
<i>Muy bajo peso al nacer (1000 a 1499 g)</i>	2	0,8 %
<i>Bajo peso al nacer (1500 a 2499 g)</i>	76	31,8 %
<i>Peso adecuado (2500 a 3999 g)</i>	157	65,7 %
<i>Macrosomía (4000 g o más)</i>	4	1,7 %
Total	239	100,0 %

En la tabla 17 se determina una marcada dominancia de los recién nacidos adecuados para la edad gestacional, abarcando al 84,5 % ($n = 202$) de la muestra. Por su parte, las desviaciones del crecimiento se presentaron minoritariamente, registrándose un 7,9 % ($n = 19$) de recién nacidos pequeños para la edad gestacional, frente a un 7,6 % ($n = 18$) de grandes para la edad gestacional.

Tabla 17. Peso para la edad gestacional.

Indicador	Frecuencia	Porcentaje
<i>Pequeño para la edad gestacional</i>	19	7,9 %
<i>Adecuado para la edad gestacional</i>	202	84,5 %
<i>Grande para la edad gestacional</i>	18	7,6 %
Total	239	100,0 %

Al evaluar la vitalidad al primer minuto de vida (tabla 18), se constató una marcada prevalencia de recién nacidos en condición normal, alcanzando una puntuación de 7 a 10 en el 89,1 % ($n = 213$) de la muestra. En contraste, los estados de compromiso vital se presentaron de forma minoritaria, registrándose depresión moderada (puntuación de 4 a 6) en el 7,1 % ($n = 17$) de los casos, y depresión severa (puntuación de 0 a 3) en el 3,8 % ($n = 9$) restante de la población.

Tabla 18. Puntaje de Apgar al primer minuto.

Indicador	Frecuencia	Porcentaje
<i>Depresión severa (0 a 3 puntos)</i>	9	3,8 %
<i>Depresión moderada (4 a 6 puntos)</i>	17	7,1 %
<i>Normal (7 a 10 puntos)</i>	213	89,1 %
Total	239	100,0 %

Al evaluar la evolución de la vitalidad neonatal a los cinco minutos de vida (tabla 19), se observó una franca recuperación clínica en la población de estudio, consolidando una puntuación normal en el 97,5 % ($n = 233$) de los casos. Por el contrario, la frecuencia de compromiso vital persistente se redujo notablemente, registrándose depresión severa en el 1,7 % ($n = 4$) de los neonatos y depresión moderada en el 0,8 % ($n = 2$) restante de la muestra.

Tabla 19. Puntaje de Apgar a los 5 minutos.

Indicador	Frecuencia	Porcentaje
<i>Depresión severa (0 a 3 puntos)</i>	4	1,7 %
<i>Depresión moderada (4 a 6 puntos)</i>	2	0,8 %
<i>Normal (7 a 10 puntos)</i>	233	97,5 %
Total	239	100,0 %

6.3.1 Análisis descriptivo de las características natales y clínicas de los recién nacidos

En conjunto, las variables natales y clínicas caracterizan a un recién nacido prematuro tardío con una distribución casi equitativa entre ambos sexos y una marcada concentración en la semana 36 de gestación, cuya vía de parto predominante fue por cesárea. Acerca de la somatometría, la gran mayoría de los neonatos consolidó un peso y talla adecuados para su madurez cronológica, situándose de forma minoritaria en los rangos de bajo peso o longitudes corporales extremas.

Finalmente, la evaluación de la vitalidad inmediata evidenció una evolución altamente favorable; a pesar de registrarse casos aislados de depresión neonatal al primer minuto de vida, la población de estudio mostró una franca y rápida recuperación clínica hacia los cinco minutos. Esta caracterización basal del neonato completa el perfil epidemiológico de la muestra atendida en el Hospital Hipólito Unanue de Tacna, proporcionando el sustento analítico necesario para proceder con la contrastación teórica en el capítulo de discusión.

6.4 Morbilidad neonatal

Al evaluar las complicaciones clínicas presentadas por los recién nacidos prematuros tardíos (tabla 20), se determinó que la hiperbilirrubinemia fue la patología más prevalente, afectando al 28,5 % ($n = 68$) de los neonatos. En orden decreciente de frecuencia, se registró la presencia del síndrome de dificultad respiratoria en el 16,3 % ($n = 39$) de la población de estudio. Respecto a los procesos infecciosos sistémicos, la sepsis neonatal afectó globalmente al 13,8 % de la muestra, distribuyéndose en un 8,4 % ($n = 20$) de sepsis confirmada y un 5,4 % ($n = 13$) de sepsis clínica; mientras que el resto de los neonatos (86,2 %) no desarrolló esta condición. Por otra parte, la hipoglucemia neonatal se presentó en el 5 % ($n = 12$) de los casos y el síndrome de aspiración meconial se registró de forma minoritaria en el 1,7 % ($n = 4$) de los nacimientos. Finalmente, las complicaciones con menor representación biológica correspondieron a la asfixia perinatal y la enterocolitis necrotizante, manifestándose cada una en el 0,8 % ($n = 2$) de los casos. Las frecuencias más marginales correspondieron a la enfermedad de membrana hialina y a la hipotermia neonatal, reportando cada una un hallazgo del 0,4 % ($n = 1$) dentro de la población evaluada en el Hospital Hipólito Unanue de Tacna.

Tabla 20. Morbilidad neonatal.

Indicador		Frecuencia	Porcentaje
<i>Síndrome de dificultad respiratoria</i>	<i>Sí</i>	39	16,3 %
	<i>No</i>	200	83,7 %
Total		239	100,0 %
<i>Enfermedad de membrana hialina</i>	<i>Sí</i>	1	0,4 %
	<i>No</i>	238	99,6 %
Total		239	100,0 %
<i>Síndrome de aspiración meconial</i>	<i>Sí</i>	4	1,7%
	<i>No</i>	235	98,3%
Total		239	100,0 %
<i>Sepsis</i>	<i>Sepsis clínica</i>	13	5,4 %
	<i>Sepsis confirmada</i>	20	8,4 %
	<i>No</i>	206	86,2 %
Total		239	100,0 %
<i>Asfixia perinatal</i>	<i>Sí</i>	2	0,8 %
	<i>No</i>	237	99,2 %
Total		239	100,0 %
<i>Hipoglicemia</i>	<i>Sí</i>	12	5,0 %
	<i>No</i>	227	95,0 %
Total		239	100,0 %
<i>Hiperbilirrubinemia</i>	<i>Sí</i>	68	28,5 %
	<i>No</i>	171	71,5 %
Total		239	100,0 %

Indicador		Frecuencia	Porcentaje
<i>Hipotermia</i>	<i>Sí</i>	1	0,4 %
	<i>No</i>	238	99,6 %
Total		239	100,0 %
<i>Enterocolitis necrotizante</i>	<i>Sí</i>	2	0,8 %
	<i>No</i>	237	99,2 %
Total		239	100,0 %

6.4.1 Análisis descriptivo de la morbilidad neonatal

En resumen, el perfil de morbilidad de los recién nacidos prematuros tardíos estuvo liderado por trastornos de origen metabólico-hepático y respiratorio agudo, seguidos por procesos infecciosos de tipo sistémico. Las complicaciones de carácter digestivo, metabólico-glicémicas, neurológicas inmediatas, o por fallas en la termorregulación se manifestaron con menor impacto dentro de la población de estudio. Estos hallazgos permiten establecer cuáles fueron las principales demandas de atención médica e internamiento en la unidad neonatal del Hospital Hipólito Unanue de Tacna, consolidando el panorama epidemiológico de estos neonatos.

6.5 Manejo terapéutico y desenlaces neonatales

Al evaluar la necesidad de hospitalización especializada en la UCIN (tabla 21), se determinó que la gran mayoría de los recién nacidos prematuros tardíos no requirió de dicha intervención, representando el 79,1 % ($n = 189$) de la población de estudio. Por el contrario, una quinta parte de los neonatos manifestó complicaciones que ameritaron cuidados de mayor complejidad, registrándose en el 20,9 % ($n = 50$) restante de la muestra.

Tabla 21. Ingreso a UCIN.

Indicador	Frecuencia	Porcentaje
<i>Sí</i>	50	20,9 %
<i>No</i>	189	79,1 %
Total	239	100,0 %

Acerca del soporte respiratorio administrado (tabla 22), se constató que la gran mayoría logró una adecuada transición respiratoria autónoma, por lo que el 89,1 % ($n = 213$) de la muestra permaneció sin apoyo oxigenatorio. Sin embargo, en los casos donde se manifestó compromiso de la función pulmonar, el soporte requerido fue predominantemente no invasivo; el 6,3 % ($n = 15$) de los neonatos requirió administración de oxígeno a bajo flujo, el 3,3 % ($n = 8$) requirió oxígeno a alto flujo y solo una pequeña fracción correspondiente al 1,3 % ($n = 3$) de la población requirió de ventilación invasiva.

Tabla 22. Apoyo oxigenatorio.

Indicador	Frecuencia	Porcentaje
<i>Sin apoyo respiratorio</i>	213	89,1 %
<i>Oxígeno a bajo flujo</i>	15	6,3 %
<i>Oxígeno a alto flujo</i>	8	3,3 %
<i>Ventilación invasiva</i>	3	1,3 %
Total	239	100,0 %

Al analizar el uso de antibioticoterapia en los recién nacidos (tabla 23), se observó que la gran mayoría de la población evaluada no requirió de estos medicamentos, alcanzando el 85,4 % ($n = 204$) de los casos. Por el contrario, el 14,6 % ($n = 35$) restante de los neonatos ameritó la administración de terapia antimicrobiana, una medida terapéutica dirigida al manejo de procesos infecciosos sistémicos confirmados o a la cobertura profiláctica ante la sospecha clínica y presencia de factores de riesgo en el binomio madre-hijo.

Tabla 23. Uso de antibióticos.

Indicador	Frecuencia	Porcentaje
<i>Sí</i>	35	14,6 %
<i>No</i>	204	85,4 %
Total	239	100,0 %

Al evaluar el desenlace clínico y la condición de egreso de los recién nacidos prematuros tardíos (tabla 24), se constató en su mayoría una evolución favorable, logrando el alta médica hospitalaria el 96,7 % ($n = 231$) de la población de estudio. Por el contrario, se registró una tasa de mortalidad neonatal del 2,9 % ($n = 7$) de los casos, identificando este porcentaje de fallecimientos como el desenlace de complicaciones clínicas severas durante el periodo de internamiento. Finalmente, las situaciones de egreso por retiro voluntario representaron un hallazgo marginal correspondiente al 0,4 % ($n = 1$) de la muestra evaluada.

Tabla 24. Condición de egreso.

Indicador	Frecuencia	Porcentaje
<i>Alta con indicaciones</i>	231	96,7 %
<i>Retiro voluntario</i>	1	0,4 %
<i>Referencia a centro de mayor complejidad</i>	0	0,0 %
<i>Fallecido</i>	7	2,9 %
Total	239	100,0 %

Al analizar la ocurrencia de los decesos neonatales en función de la edad gestacional del prematuro tardío (tabla 25), se determinó que la mayor concentración absoluta de fallecimientos afectó a los neonatos nacidos en el límite de la prematuridad, registrándose un 2,1 % ($n = 5$) de defunciones en el grupo correspondiente a 36 semanas de gestación. Por otra parte, la frecuencia

restante se ubicó en el extremo inferior, reportándose una tasa de mortalidad del 0,8 % ($n = 2$) en los recién nacidos con 34 semanas de edad gestacional; mientras que en los nacidos a las 35 semanas no se identificó ningún caso.

Tabla 25. Mortalidad neonatal por edad gestacional.

Indicador	Frecuencia	Porcentaje
No	232	97,1 %
<i>Recién nacido de 34 semanas fallecido</i>	2	0,8 %
<i>Recién nacido de 35 semanas fallecido</i>	0	0,0 %
<i>Recién nacido de 36 semanas fallecido</i>	5	2,1 %
Total	239	100,0 %

6.5.1 Análisis descriptivo del manejo terapéutico y desenlaces neonatales

En síntesis, el análisis de los desenlaces clínicos demuestra que, si bien la gran mayoría de los recién nacidos prematuros tardíos logra una adaptación extrauterina exitosa y una evolución hospitalaria favorable que culmina en el alta médica, este grupo poblacional mantiene una vulnerabilidad intrínseca que no permite homologarlo conceptualmente con el neonato a término. La necesidad latente de instaurar esquemas de apoyo oxigenatorio, la indicación oportuna de terapias antimicrobianas y el requerimiento de monitorización continua explican por qué una quinta parte de estos pacientes amerita hospitalización especializada en la UCIN.

Finalmente, la ocurrencia de eventos de mortalidad neonatal, confirma que el riesgo de complicaciones severas permanece vigente hasta los límites de la madurez gestacional. Estos hallazgos clínico-epidemiológicos subrayan la necesidad imperativa de mantener protocolos de vigilancia diferenciada, optimizar la identificación temprana de fallas multisistémicas y consolidar esquemas de manejo clínico especializado dentro del entorno hospitalario.

CAPÍTULO VII: DISCUSIÓN

Del análisis de los datos sociodemográficos y clínicos recolectados a partir de las historias clínicas de la población de estudio, y en contraste con las tablas estadísticas presentadas en el capítulo anterior, los resultados muestran que los recién nacidos prematuros tardíos atendidos en el Hospital Hipólito Unanue de Tacna presentaron un predominio de 36 semanas de gestación y de sexo masculino, lo que es concordante con lo reportado a nivel internacional por San Andrés de Pedro (12), quien en su estudio sobre prematuridad tardía evidenció que el 53,2 % de los casos se concentraron en la semana 36 de gestación y el 55,8 % correspondieron al sexo masculino, respaldando la tendencia de una mayor prevalencia de nacimientos en los límites superiores de la prematuridad tardía y en el género masculino.

De acuerdo a los datos analizados en la tabla 12, la preeclampsia, la ruptura prematura de membranas y la infección urinaria figuraron entre las patologías maternas más frecuentes. Estos hallazgos guardan estrecha relación con lo reportado por Guevara-Ríos (4) en el contexto peruano, quien señala que las complicaciones médicas del embarazo, particularmente las infecciones y la preeclampsia y eclampsia, constituyen determinantes críticos asociados al nacimiento prematuro, evidenciando la necesidad de una inducción temprana o la resolución por medio de cesárea.

En el estudio, la mayoría de recién nacidos mostró buena adaptación inicial, reflejada en el puntaje de Apgar favorable al quinto minuto. Sin embargo, de lo observado en la tabla 20, persistió una carga importante de morbilidad, especialmente por hiperbilirrubinemia, síndrome de distrés respiratorio y sepsis, lo que confirma que el prematuro tardío no debe ser considerado equivalente al recién nacido a término. La baja mortalidad global observada coincide con lo descrito por San Andrés de Pedro (12), quien señala que este grupo poblacional se beneficia por tener una mayor madurez relativa e inmunológica al encontrarse en el límite superior de la prematuridad, lo que reduce drásticamente el riesgo de desenlaces fatales en comparación con los prematuros de menor edad gestacional. Además, este comportamiento se vincula directamente con la capacidad resolutoria del servicio, aunque una quinta parte requirió UCIN, lo que evidencia vulnerabilidad clínica relevante (40).

7.1 Sobre las características sociodemográficas maternas

Los resultados expresados en la tabla 1 en relación con las características sociodemográficas muestran que la edad materna predominante fue el rango de 18 a 34 años, representando el 69,9 % de las madres, lo que permite describir que la mayoría de los casos se concentró en mujeres en edad reproductiva, variable considerada relevante dentro del perfil epidemiológico materno de

los nacimientos prematuros (17,18). La presencia de un porcentaje significativo de madres en edad avanzada, con 27,6 %, resalta la importancia de este grupo etario, debido a que la edad materna se reconoce como un factor asociado a complicaciones gestacionales y parto pretérmino (17,18). Aunque la literatura indica que las madres adolescentes también presentan riesgo elevado de parto prematuro, la prevalencia en este estudio fue baja, con 2,5 %, lo que puede contrastarse con estudios nacionales realizados en gestantes adolescentes con parto prematuro (21), en los cuales los porcentajes de partos en madres adolescentes se establece en 95,2 %, para lo cual los autores expresaron que la prematuridad afecta mayoritariamente a las adolescentes de 15 a 19 años, lo que refleja que el volumen de partos prematuros aumenta de forma proporcional con la edad cronológica dentro del periodo de la adolescencia.

En cuanto al nivel educativo materno (tabla 2), se observó que el 60,7 % de las madres alcanzó secundaria completa, lo que indica que la mayoría contaba con educación básica completa. Este hallazgo permite describir el perfil sociodemográfico materno de los recién nacidos prematuros tardíos, considerando que el nivel de instrucción forma parte de las variables del componente persona en epidemiología descriptiva (32). Asimismo, el 31,4 % de madres con secundaria incompleta podría reflejar condiciones sociales que requieren atención, debido a que estudios nacionales sobre parto prematuro han considerado los factores socioeconómicos, educativos y obstétricos como elementos relevantes en el análisis del riesgo de prematuridad (15,17,18).

Respecto a la edad materna, los resultados muestran que una proporción importante de madres se encontró dentro del grupo de 18 a 30 años. Este hallazgo debe interpretarse como una característica sociodemográfica predominante de la población estudiada, sin afirmar necesariamente que dicho grupo tenga mayor riesgo, debido a que el presente estudio es descriptivo. Al analizar estos datos con la literatura científica, se evidencia que Ccorisoncco et al. reportaron que factores como la edad materna adolescente y los controles prenatales insuficientes presentaron una prevalencia del 37,5% y 52,5% respectivamente, actuando como elementos desencadenantes del parto pretérmino (20).

Estos hallazgos contrastan en el aspecto etario, pero coinciden plenamente en el factor asistencial con los resultados de la presente investigación, donde se observó que el 59 % de las madres presentó controles prenatales insuficientes, consolidándose además como el principal factor de riesgo en el análisis estadístico. Esto demuestra que, a diferencia de lo reportado por dichos autores en contextos globales respecto a la vulnerabilidad de la edad adolescente, en nuestra población el comportamiento de las variables demostró que la edad intermedia no supuso un riesgo directo, mientras que el control prenatal deficiente sigue siendo el factor más crítico y determinante para la ocurrencia de la prematuridad en el hospital.

7.2 Sobre los antecedentes obstétricos y patológicos maternos

Entre los factores maternos y obstétricos (tabla 12), la preeclampsia fue la patología más frecuente, con 14,6%, hallazgo que coincide con lo reportado a nivel nacional por Medina Diaz en 2022, quien en el Hospital Nacional Hipólito Unanue evidenció una frecuencia de preeclampsia del 13,3 % en el grupo de partos pretérmino (21). Así como por Ccorisoncco et al., quienes registraron que el 13% de sus casos presentó esta complicación (20). Ambos autores han identificado esta condición como un factor obstétrico asociado al parto pretérmino, junto con las infecciones maternas, las patologías placentarias y otros antecedentes gestacionales (17).

La ruptura prematura de membranas, observada en el 11,3 %, constituye una condición obstétrica relevante, debido a que ha sido reportada en estudios nacionales como un factor asociado al parto pretérmino (17,18). Por su parte, la diabetes gestacional presentó una frecuencia baja, con 0,4 %; sin embargo, mantiene importancia clínica por su relación con alteraciones metabólicas y posibles complicaciones neonatales, especialmente cuando no existe control adecuado durante la gestación (12). La baja frecuencia de consumo de tabaco y drogas (tabla 9), con 0 % y 0,4 %, respectivamente, representa un hallazgo favorable dentro de la población estudiada; no obstante, al tratarse de un estudio descriptivo, este resultado debe interpretarse únicamente como una característica observada en la muestra. Al contrastar este panorama con entornos epidemiológicos de alta prevalencia, se evidencia el peligro potencial que estas sustancias representan para la edad gestacional. Mientras que en la presente muestra el impacto fue marginal, investigaciones locales enfocadas en gestantes consumidoras de estupefacientes reportan que el 58 % de los casos culmina en partos prematuros (47).

Además, se evidenció un predominio crítico de controles prenatales inadecuados, alcanzando el 59% de las gestantes evaluadas (tabla 11). Este índice encuentra una posible explicación coyuntural significativa en el hecho de que el periodo de estudio abarcó los años de la crisis sanitaria por COVID-19; diversos factores impidieron el desarrollo de condiciones ideales para el seguimiento presencial y oportuno de los embarazos. Este hallazgo resulta preocupante al contrastarse con lo expuesto por diversos estudios nacionales (20,21), donde se concluye que la ausencia de controles prenatales multiplica el riesgo de un parto pretérmino.

Los antecedentes obstétricos y patológicos maternos tienen importancia en la caracterización de los recién nacidos prematuros tardíos. En el presente estudio, la presencia de preeclampsia, ruptura prematura de membranas y controles prenatales inadecuados permite reconocer condiciones maternas que podrían influir en la evolución neonatal. Estos hallazgos son concordantes con investigaciones nacionales que han descrito la asociación entre factores obstétricos, control prenatal insuficiente y parto pretérmino (17,18,21). Por ello, la identificación

temprana de estas condiciones durante la gestación resulta fundamental para mejorar la vigilancia materno-fetal y reducir complicaciones neonatales.

7.3 Sobre las características natales y clínicas del recién nacido

Respecto a las características neonatales (tabla 14), los datos mostraron que la edad gestacional más frecuente fue de 36 semanas, lo que corresponde al grupo de prematuros tardíos. Aunque estos neonatos pueden presentar una apariencia clínica similar a la de los recién nacidos a término, aún mantienen inmadurez fisiológica, especialmente respiratoria, metabólica y neurológica, lo que incrementa su vulnerabilidad durante la adaptación extrauterina (13,19,23). En cuanto al peso al nacer en relación con la edad gestacional (tabla 16), en este estudio, la mayoría presentó peso adecuado para la edad gestacional, con 84,5 %, lo que sugiere un desarrollo intrauterino favorable en gran parte de la muestra; sin embargo, el 31,8 % presentó bajo peso al nacer y el 0,8 % presentó muy bajo peso al nacer, condiciones que puede incrementar el riesgo de complicaciones metabólicas, respiratorias y de estancia hospitalaria prolongada (13,19,35).

En conjunto, las características observadas, son consistentes con estudios previos sobre prematuros tardíos. Estos hallazgos refuerzan que, aunque este grupo puede parecer clínicamente estable al nacimiento, requiere vigilancia neonatal específica por su maduración incompleta y riesgo de desenlaces hospitalarios desfavorables (13,16,19,35).

7.4 Sobre la morbilidad y mortalidad neonatal

La frecuencia de síndrome de dificultad respiratoria observado de 16,3 % es concordante con la literatura sobre prematuros tardíos, en quienes la inmadurez pulmonar y la adaptación respiratoria incompleta aumentan el riesgo de morbilidad respiratoria neonatal (20,26,35).

Asimismo, la hiperbilirrubinemia, presente en el 28,5 %, constituye una morbilidad frecuente en este grupo, como también ha sido descrito en estudios nacionales sobre recién nacidos pretérmino tardío (16,19).

La mortalidad neonatal registrada en la muestra fue de 2,9 %; aunque representa una proporción baja, mantiene una alta relevancia clínica porque expresa la vulnerabilidad del prematuro tardío ante complicaciones respiratorias, infecciosas y metabólicas durante la hospitalización (5,35). Al contrastar este resultado con la literatura global, Arham y Wróblewska-Seniuk (48) señalan que el riesgo de mortalidad neonatal e infantil es significativamente mayor en prematuros tardíos que en nacidos a término; específicamente, revisiones sistemáticas reportan que este riesgo puede ser hasta seis veces mayor en el periodo neonatal. Asimismo, la evidencia demuestra un incremento gradual y crítico del riesgo según la edad gestacional, con un Riesgo Relativo (RR) de mortalidad neonatal que asciende de 6,2 a las 36 semanas hasta un alarmante

12,0 a las 34 semanas (47). Esta tendencia se ve reforzada en el ámbito local por el estudio de Anicama de 2020 en el Hospital Regional de Huacho, donde se registró una tasa de mortalidad aún más elevada (5,7 %) en esta población, siendo la principal causa el síndrome de dificultad respiratoria (37,5 %), lo que reafirma la necesidad de una estricta vigilancia médica debido a su inmadurez fisiológica subyacente (22).

7.5 Sobre el manejo terapéutico y los desenlaces neonatales

Los desenlaces neonatales observados, como el ingreso a UCIN, la estancia hospitalaria y la mortalidad neonatal observadas en las tablas 21, 24 y 25, son coherentes con estudios recientes que destacan la vulnerabilidad clínica de los prematuros tardíos. Sánchez Soto et al. identificaron, en recién nacidos prematuros atendidos en la UCIN del Hospital Hipólito Unanue de Tacna, factores asociados a estancia hospitalaria prolongada, entre ellos enfermedad de membrana hialina, sepsis neonatal, retinopatía del prematuro, riesgo neurológico y anemia (6). De manera similar, Lockyear et al. describieron que los prematuros tardíos atendidos en UCIN presentan morbilidades relevantes, necesidad de soporte hospitalario y riesgo de desenlaces desfavorables durante la hospitalización (40).

En nuestro estudio, el 20,9 % de los neonatos requirió ingreso a UCIN, lo que refuerza que los prematuros tardíos no deben ser considerados equivalentes a los recién nacidos a término. Estos resultados sugieren la necesidad de fortalecer los protocolos de vigilancia, detección temprana y manejo oportuno de complicaciones neonatales en este grupo vulnerable.

En conclusión, los hallazgos de esta investigación ponen de manifiesto que el recién nacido prematuro tardío en nuestro entorno representa una paradoja clínica; un neonato con el peso y la apariencia de un lactante a término, pero con la inmadurez orgánica de un prematuro. La alta incidencia de controles prenatales insuficientes en nuestra región surge como el principal eslabón prevenible de esta cadena, directamente relacionado con patologías como la preeclampsia. Frente a un escenario donde el 20,9 % de estos neonatos requiere cuidados en UCIN y otro porcentaje se enfrenta a la morbilidad respiratoria y metabólica, este estudio demuestra que cada semana de gestación cuenta críticamente para la supervivencia y la calidad de vida. Desmitificar la supuesta seguridad del prematuro tardío y transformarla en una política de vigilancia médica estricta y oportuna no es solo una necesidad clínica en nuestro contexto, sino un imperativo de salud pública para reducir de forma efectiva los indicadores de morbilidad y mortalidad neonatal en la región.

CAPÍTULO VIII: CONCLUSIONES Y SUGERENCIAS

8.1 Conclusión general

Del estudio de los 625 recién nacidos prematuros tardíos nacidos en el Hospital Hipólito Unanue de Tacna durante el periodo 2020–2024, siendo la muestra de 239 neonatos, se desprende que estos se caracterizaron con un predominio de edad gestacional de 36 semanas, una ligera mayor frecuencia de sexo masculino, alta proporción de nacimientos por cesárea, peso adecuado para la edad gestacional en la mayoría de casos y puntaje de Apgar favorable al primer minuto y a los cinco minutos. Las principales morbilidades fueron hiperbilirrubinemia, síndrome de distrés respiratorio y sepsis neonatal. Aunque la mayoría egresó por alta hospitalaria, una proporción relevante ingresó a UCIN y se registró una mortalidad neonatal de 2,9 %.

8.2 Conclusiones específicas

- a) Las características sociodemográficas maternas mostraron predominio de madres de 18 a 34 años, con 69,9 %, y nivel de instrucción secundaria completa, con 60,7 %.
- b) Entre los antecedentes obstétricos y patológicos maternos, se observó predominio de controles prenatales inadecuados, con 59 %. Las condiciones maternas más frecuentes fueron preeclampsia, ruptura prematura de membranas, anemia materna e infección del tracto urinario.
- c) Las características natales y clínicas mostraron predominio del sexo masculino, edad gestacional de 36 semanas, nacimiento por cesárea, peso adecuado para edad gestacional y puntaje de Apgar de 7 a 10 en el primer minuto y a los 5 minutos en la mayoría de recién nacidos.
- d) Las principales morbilidades neonatales fueron hiperbilirrubinemia (28,5 %), síndrome de dificultad respiratoria (16,3 %) y sepsis neonatal (13,8 %), seguidas de hipoglicemia (5 %) y otras patologías de menor frecuencia.
- e) Los desenlaces neonatales fueron mayoritariamente favorables, con alta hospitalaria en el 96,7 % de los casos. El 20,9 % ingresó a UCIN, el 10,9 % requirió algún tipo de apoyo respiratorio, el 14,6 % recibió antibióticos y la mortalidad neonatal fue de 2,9 %.

8.3 Sugerencias de la investigación

- a) Al Hospital Hipólito Unanue de Tacna, se recomienda fortalecer la vigilancia clínica de los recién nacidos prematuros tardíos, especialmente en las primeras horas de vida, debido a la frecuencia observada de hiperbilirrubinemia, síndrome de distrés respiratorio, sepsis neonatal e hipoglicemia.

- b) Al Servicio de Neonatología, se recomienda mantener protocolos diferenciados para el manejo del prematuro tardío, incluyendo vigilancia respiratoria, control de bilirrubina, monitoreo de glicemia y detección temprana de signos de infección.
- c) A los establecimientos del primer nivel de atención, se recomienda fortalecer la captación y seguimiento prenatal, considerando que el 59 % de las madres presentó controles prenatales inadecuados y que se registraron patologías como preeclampsia, anemia, infección urinaria y ruptura prematura de membranas.
- d) A la institución hospitalaria, se recomienda mejorar la calidad del registro clínico en historias perinatales y neonatales, a fin de reducir datos incompletos y facilitar futuros estudios retrospectivos.
- e) A futuros investigadores, se recomienda desarrollar estudios analíticos que evalúen asociación entre características maternas, obstétricas y neonatales con ingreso a UCIN, morbilidad y mortalidad neonatal.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Organización Mundial de la Salud. Nacimientos prematuros [Internet]. Ginebra: OMS; 2023 may 11 [citado 2026 may 19]. Disponible en:
<https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/preterm-birth>
2. Ministerio de Salud del Perú. Oficina General de Tecnologías de la Información. Boletín estadístico de nacimientos Perú: 2015 registrados en línea [Internet]. Lima: MINSA; 2016 [citado 2026 may 19]. Disponible en:
https://www.minsa.gob.pe/Recursos/OGTI/CNV/Boletin_CNV_16.pdf
3. Ministerio de Salud del Perú. Día Mundial del Niño Prematuro: el 7.5 % de nacimientos son prematuros en el Perú [Internet]. Lima: MINSA; 2023 nov 14 [citado 2026 may 19]. Disponible en:
<https://www.gob.pe/institucion/minsa/noticias/866060-dia-mundial-del-nino-prematuro-el-7-5-de-nacimientos-son-prematuros-en-el-peru>
4. Guevara-Ríos E. La prematuridad: un problema de salud pública. Revista Peruana de Investigación Materno Perinatal [Internet]. 2023 [citado 2026 abr 4];12(1). Disponible en:
<https://investigacionmaternoperinatal.inmp.gob.pe/index.php/rpinmp/article/view/334>
5. Ministerio de Salud del Perú. Informe de evaluación institucional correspondiente al año 2024 [Internet]. Lima: MINSA; 2025 [citado 2026 may 19]. Disponible en:
https://www.minsa.gob.pe/Recursos/OTRANS/14Informes/pei/Informe-de-evaluacion-institucional-correspondiente-al-2024_b.pdf
6. Sánchez Soto MF, Sánchez Esquiche WM, Cabanillas Choque J. Factores asociados a la estancia prolongada en los recién nacidos prematuros en la UCI Neonatal del Hospital Hipólito Unanue de Tacna 2022-2023. Revista Médica Hospital Hipólito Unanue Tacna. 2024;17(1):41-46. Disponible en:
<https://revista.hospitaltacna.gob.pe/index.php/rmhhut/article/view/18>
7. Del Castillo Chiri ADP. Características clínicas y epidemiológicas del recién nacido prematuro atendido en el Hospital Regional de Moquegua, año 2014-2016. Tacna: Universidad Privada de Tacna; 2017 [citado 2026 abr 4]. Disponible en:
<https://repositorio.upt.edu.pe/handle/20.500.12969/379>

8. Maquera Salvador CA. Prevalencia y factores asociados en nacidos prematuros en adolescentes en el Hospital Hipólito Unanue de la ciudad de Tacna, 2000–2022 [tesis]. Tacna: Universidad Nacional Jorge Basadre Grohmann; 2024 [citado 2026 may 19]. Disponible en: <https://repositorio.unjbg.edu.pe/handle/20.500.12510/4441>

9. Fernández Sierra C, Matzumura Kasano J, Gutiérrez Crespo H, Zamudio Eslava L, Melgarejo García G. Secuelas del neurodesarrollo de recién nacidos prematuros de extremadamente bajo peso y de muy bajo peso a los dos años de edad, egresados de la Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales del Hospital Nacional Edgardo Rebagliati Martins 2009-2014. Horiz Med (Lima). 2017;17(2):6-13. Disponible en: https://alicia.concytec.gob.pe/vufind/Record/ESSA_c70c57ac048988d0af96265e0fe46c4d

10. Naciones Unidas. Transformar nuestro mundo: la Agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible [Internet]. Nueva York: ONU; 2015 [citado 1 jun 2026]. Disponible en: <https://documents.un.org/doc/undoc/gen/n15/291/93/pdf/n1529193.pdf>

11. Bartual Bardisa J, Vizcaíno Díaz C, Ferrández Berenguer MJ. ¿Mejora el surfactante precoz la evolución en el recién nacido pretérmino tardío? Estudio retrospectivo en una unidad de cuidados intensivos neonatal. Med Intensiva. 2025;49(8):502161. Disponible en: <https://www.medintensiva.org/es-mejora-el-surfactante-precoz-evolucion-articulo-S0210569125000245>

12. San Andrés de Pedro M. El prematuro tardío: incidencia y morbilidad en la Provincia de Guadalajara. Alcalá de Henares: Universidad de Alcalá, Facultad de Medicina y Ciencias de la Salud; 2025 [citado 2026 jun 5]. Disponible en: https://ebuah.uah.es/dspace/bitstream/handle/10017/65826/TFGM_San%20Andres_de%20Pedro_2025.pdf?sequence=1&isAllowed=y

13. Gantz MG, Das A, DeMauro SB, Bodnar LM, VanderVeen S, Handley SC, et al. Infants Born at Late Preterm Gestation: Management during the Birth Hospitalization. J Pediatr. 2024;273:114-23. Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0022347624004335>

14. Blanco Aguilar G. Caracterización sociodemográfica, neonatal y antropométrica de prematuros tardíos que participan del proyecto NuNePret en la ciudad de Cali, Colombia [tesis de pregrado]. Cali: Pontificia Universidad Javeriana; 2024 [citado 2026 may 19]. Disponible en:
<https://perfilesycapacidades.javeriana.edu.co/es/studentTheses/caracterizaci%C3%B3n-sociodemogr%C3%A1fica-neonatal-y-antropom%C3%A9trica-de-pre/>
15. España Cuasapaz KE, Vela Jiménez NM. Factores de riesgo asociados a prematuridad y las complicaciones respiratorias en el neonato. Riobamba: Universidad Nacional de Chimborazo; 2023 [citado 2026 abr 4]. Disponible en:
<https://dspace.unach.edu.ec/handle/51000/11926>
16. Mederos Herrera AM. Caracterización del neonato pretérmino tardío y a término precoz. Acta Médica Centro [Internet]. 2023 [citado 2026 abr 4];17(2):310-20. Disponible en: <https://revactamedicacentro.sld.cu/index.php/amc/article/view/1873>
17. Stecher MJF, Pavlovic BM, Contreras VC, Carvajal CJ. Prematuros tardíos: estudio clínico retrospectivo de sus causas y consecuencias. Revista Chilena de Obstetricia y Ginecología. 2015;80(3):221-8. Disponible en:
https://www.scielo.cl/scielo.php?pid=S0717-75262015000300004&script=sci_arttext
18. Palacios M, Tapia H. Factores de riesgo asociados al parto prematuro en gestantes adolescentes en el Hospital Regional Docente Materno Infantil El Carmen, 2018-2022. Huancayo: Universidad Continental; 2025 [citado 2026 abr 4]. Disponible en:
<https://repositorio.continental.edu.pe/item/94d68650-ec08-457e-934e-8c264c45a582>
19. Alanya Quispe KJ. Características clínicas de recién nacidos pretérmino tardío con ictericia neonatal, Hospital de Emergencias Grau, 2023. Lima: Universidad Nacional Mayor de San Marcos, Facultad de Medicina, Escuela Profesional de Medicina Humana; 2024 [citado 2026 may 19]. Disponible en:
<https://hdl.handle.net/20.500.12672/22831>
20. Ccorisoncco Cardenas Z, Gómez Alcarraz L, Sulca Carbajo KY. Factores de riesgo asociados al parto pretérmino en gestantes atendidas en el Hospital San Juan de Kimbiri VRAEM - Cusco, 2023. Ciencia Latina Revista Científica Multidisciplinar. 2025;9(5):832-70. Disponible en:
<https://ciencialatina.org/index.php/cienciala/article/view/19743>

21. Medina Diaz JF. Análisis multivariado de los factores de riesgo asociados a parto pretérmino en el Hospital Nacional Hipólito Unanue, en el año 2021. Lima: Universidad Nacional Federico Villarreal; 2022 [citado 2026 abr 4]. Disponible en: <https://hdl.handle.net/20.500.13084/6137>

22. Anicama Mendoza RL. Características epidemiológicas en recién nacidos prematuros tardíos. Hospital Regional de Huacho, 2019. Huacho: Universidad Nacional José Faustino Sánchez Carrión; 2020 [citado 2026 mayo 19]. Disponible en: <https://repositorio.unjfsc.edu.pe/handle/20.500.14067/3916>

23. Ramos Salinas BMG. Características clínicas y epidemiológicas de sepsis neonatal en recién nacidos del Hospital Hipólito Unanue de Tacna, 2016-2020. Tacna: Universidad Nacional Jorge Basadre Grohmann, Escuela Profesional de Medicina Humana; 2021 [citado 2026 may 19]. Disponible en: <https://repositorio.unjbg.edu.pe/handle/20.500.12510/294>

24. Organización Mundial de la Salud. Newborn health [Internet]. Manila: WHO Regional Office for the Western Pacific; [citado 2026 may 19]. Disponible en: <https://www.who.int/westernpacific/health-topics/newborn-health>

25. Doherty TM, Hu A, Salik I. Physiology, neonatal [Internet]. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing; 2023 [citado 2026 may 19]. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK539840/>

26. American College of Obstetricians and Gynecologists; Society for Maternal-Fetal Medicine. Definition of term pregnancy: Committee Opinion No. 579 [Internet]. Washington, DC: ACOG; 2013 [citado 2026 may 19]. Disponible en: <https://www.acog.org/clinical/clinical-guidance/committee-opinion/articles/2013/11/definition-of-term-pregnancy>

27. Instituto Nacional Materno Perinatal. Guía de práctica clínica para el diagnóstico y tratamiento de enterocolitis necrotizante [Internet]. Lima: INMP; [citado 2026 abr 4]. Disponible en: https://www.inmp.gob.pe/uploads/file/Revistas/Neo2023/11_GU%C3%8DA%20DE%20PR%C3%81CTICA%20CL%C3%8DNICA%20PARA%20EL%20DIAGN%C3%93STICO%20Y%20TRATAMIENTO%20DE%20ENTEROCOLITIS%20NECROTIZANTE.pdf

28. Reddy UM, Ko CW, Raju TNK, Willinger M. Delivery indications at late-preterm gestations and infant mortality rates in the United States. *Pediatrics*. 2009;124(1):234-240. doi:10.1542/peds.2008-3232. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/19564305/>
29. Sweet DG, Carnielli VP, Greisen G, Hallman M, Klebermass-Schrehof K, Ozek E, et al. European consensus guidelines on the management of respiratory distress syndrome: 2022 update. *Neonatology*. 2023;120(1):3-23. doi:10.1159/000528914. Disponible en: <https://karger.com/neo/article/120/1/3/832551/European-Consensus-Guidelines-on-the-Management-of>
30. Sayad E, Shah M, Silva-Carmona M. Meconium Aspiration. En: StatPearls [Internet]. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing; 2026 [citado 2026 jun 5]. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK557425/>
31. Pergolizzi JV Jr, Fort P, Miller TL, LeQuang JA, Raffa RB. The epidemiology of apnoea of prematurity. *J Clin Pharm Ther*. 2022;47(5):685-693. doi:10.1111/jcpt.13587. Disponible en: <https://doi.org/10.1111/jcpt.13587>
32. Raturi A, Chandran S. Neonatal sepsis: aetiology, pathophysiology, diagnostic advances and management strategies. *Clin Med Insights Pediatr*. 2024;18:11795565241281337. doi:10.1177/11795565241281337. Disponible en: <https://doi.org/10.1177/11795565241281337>
33. Karnati S, Kollikonda S, Abu-Shaweesh J. Late preterm infants – Changing trends and continuing challenges. *J Neonatal Nurs* [Internet]. 2020 [citado 2026 jun 5];26(3):154-60. Disponible en: <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC7193066/>
34. X. Kurz C, Roeper M, Welters A, Mayatepek E, Meissner T, Kummer S, et al. Relationship of neonatal hypothermia and hypoglycemia in late preterm and term born neonates. *Mol Cell Pediatr* [Internet]. 2025 [citado 2026 jun 5];12(1):15. Disponible en: <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC12521713/>
35. Ginglen JG, Butki N. Necrotizing enterocolitis [Internet]. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing; 2023 [citado 2026 may 19]. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK513357/>

36. Cai X, Golubkova A, Hunter CJ. Advances in our understanding of the molecular pathogenesis of necrotizing enterocolitis. *BMC Pediatr.* 2022; 22:225. doi:10.1186/s12887-022-03277-3. Disponible en: <https://bmcpediatr.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12887-022-03277-3>
37. Organización Mundial de la Salud. Las mujeres embarazadas deben recibir una atención adecuada en el momento oportuno [Internet]. Ginebra: OMS; 2016 [citado 2026 jun 5]. Disponible en: <https://www.who.int/es/news/item/07-11-2016-pregnant-women-must-be-able-to-access-the-right-care-at-the-right-time-says-who>
38. Organización Mundial de la Salud. Recomendaciones de la OMS sobre atención prenatal para una experiencia positiva del embarazo [Internet]. Ginebra: OMS; 2016 [citado 2026 jun 5]. Disponible en: <https://iris.who.int/server/api/core/bitstreams/6e022337-2241-465c-b478-f06055ab31d0/content>
39. Fontaine RE. Describing epidemiologic data. En: *The CDC Field Epidemiology Manual* [Internet]. Atlanta: Centers for Disease Control and Prevention; 2024 ago 8 [citado 2026 mayo 19]. Disponible en: <https://www.cdc.gov/field-epi-manual/php/chapters/describing-epi-data.html>
40. Lockyear C, Coe K, Greenberg RG, Clark RH, Aleem S. Trends in morbidities of late preterm infants in the neonatal intensive care unit. *J Perinatol.* 2023; 43:1379-1384. doi:10.1038/s41372-023-01705-5. Disponible en: <https://www.nature.com/articles/s41372-023-01705-5>
41. Hernández-Sampieri R, Mendoza Torres CP. Metodología de la investigación: las rutas cuantitativa, cualitativa y mixta. 2.a ed. Ciudad de México: McGraw-Hill Interamericana; 2023. Disponible en: <https://catalogo.uma.edu.pe/cgi-bin/koha/opac-detail.pl?biblionumber=828>
42. Hess DR. Observational studies. *Respir Care.* 2023;68(11):1585-1597. doi:10.4187/respcare.11170. Disponible en: <https://journals.sagepub.com/doi/10.4187/respcare.11170>
43. Andrade C. Simultaneous descriptors of research design. *Indian J Psychol Med.* 2022;44(1):83-84. doi:10.1177/02537176211061654. Disponible en: <https://journals.sagepub.com/doi/10.1177/02537176211061654>

44. Kotronoulas G, Papadopoulou C. A primer to experimental and nonexperimental quantitative research: the example case of tobacco-related mouth cancer. *Semin Oncol Nurs.* 2023;39(2):151396. Doi: 10.1016/j.soncn.2023.151396. Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S074920812300027X>
45. Spratling R, Powers E. Development of a data abstraction form: getting what you need from the electronic health record. *J Pediatr Health Care.* 2017;31(1):126-130. doi:10.1016/j.pedhc.2016.07.007. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/27575272/>
46. World Medical Association. Declaración de Helsinki de la AMM: principios éticos para las investigaciones médicas con participantes humanos [Internet]. Ferney-Voltaire: WMA; [citado 2026 abr 4]. <https://www.wma.net/es/policies-post/declaracion-de-helsinki-de-la-amm-principios-eticos-para-las-investigaciones-medicas-en-seres-humanos/>
47. Contreras J, Yangua T. Complicaciones perinatales en gestantes consumidoras de estupefacientes, Hospital Universitario de Guayaquil octubre 2024-mayo 2025. Babahoyo: Universidad Técnica de Babahoyo; 2025 [citado 2026 jun 5]. Disponible en: <https://dspace.utb.edu.ec/server/api/core/bitstreams/c4b75148-2219-4bd9-89f3-60cfb822b6ac/content>
48. Arham M, Wróblewska-Seniuk K. Short- and Long-Term Consequences of Late-Preterm and Early-Term Birth. *Children.* 2025; 12(7): 907. Disponible en: <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC12293186/>

ANEXOS

Anexo 1. Matriz de consistencia.

CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS Y EPIDEMIOLÓGICAS DE LOS RECIÉN NACIDOS PREMATUROS TARDÍOS NACIDOS ENTRE EL AÑO 2020 Y 2024 EN EL HOSPITAL HIPÓLITO UNANUE DE TACNA				
Problema	Objetivos	Variables	Tipo y diseño de investigación	Técnicas e instrumentos
Principal: ¿Cuáles son las características clínicas y epidemiológicas de los recién nacidos prematuros tardíos nacidos en el Hospital Hipólito Unanue de Tacna durante el periodo 2020–2024? Secundarios: - ¿Cuáles son las características sociodemográficas maternas de los recién nacidos prematuros tardíos nacidos en el Hospital Hipólito Unanue de Tacna durante el periodo 2020–2024? - ¿Cuáles son los antecedentes obstétricos y patológicos maternos de los recién nacidos prematuros tardíos nacidos en el Hospital Hipólito Unanue de Tacna durante el periodo 2020–2024? - ¿Cuáles son las características natales y clínicas de los recién nacidos prematuros tardíos nacidos en el Hospital Hipólito Unanue de Tacna durante el periodo 2020–2024? - ¿Cuáles son las principales morbilidades neonatales de los recién nacidos prematuros tardíos nacidos en el Hospital Hipólito Unanue de Tacna durante el periodo 2020–2024? - ¿Cuáles son los desenlaces neonatales de los recién nacidos prematuros tardíos nacidos en el Hospital Hipólito Unanue de Tacna durante el periodo 2020–2024?	General: Describir las características clínicas y epidemiológicas de los recién nacidos prematuros tardíos nacidos en el Hospital Hipólito Unanue de Tacna durante el periodo 2020–2024. Específicos: - Identificar las características sociodemográficas maternas de los recién nacidos prematuros tardíos nacidos en el Hospital Hipólito Unanue de Tacna durante el periodo 2020–2024. - Identificar los antecedentes obstétricos y patológicos maternos de los recién nacidos prematuros tardíos nacidos en el Hospital Hipólito Unanue de Tacna durante el periodo 2020–2024. - Describir las características natales y clínicas de los recién nacidos prematuros tardíos nacidos en el Hospital Hipólito Unanue de Tacna durante el periodo 2020–2024. - Describir las principales morbilidades neonatales de los recién nacidos prematuros tardíos nacidos en el Hospital Hipólito Unanue de Tacna durante el periodo 2020–2024. - Determinar los desenlaces neonatales de los recién nacidos prematuros tardíos nacidos en el Hospital Hipólito Unanue de Tacna durante el periodo 2020–2024.	Variable única: Características clínicas y epidemiológicas de los recién nacidos prematuros tardíos. Dimensiones: 1. Características maternas. 2. Características obstétricas. 3. Características clínicas neonatales. 4. Morbilidad neonatal. 5. Manejo terapéutico y desenlaces neonatales.	Tipo de estudio: Observacional. Diseño: No experimental, descriptivo, retrospectivo, corte transversal. Población: 625 recién nacidos prematuros tardíos nacidos en el Hospital Hipólito Unanue de Tacna en el periodo 2020–2024. Muestra: 239 recién nacidos prematuros tardíos.	Técnica: Revisión documental de historias clínicas. Instrumento: Ficha de recolección de datos. Análisis de datos: Estadísticas descriptivas (frecuencias, porcentajes). Técnica de análisis: Estadísticas descriptivas, revisión de historia clínicas.

Anexo 2. Ficha de recolección de datos.

FICHA DE RECOLECCIÓN DE DATOS
(CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS Y EPIDEMIOLÓGICAS DE LOS RECIÉN
NACIDOS PREMATUROS TARDÍOS NACIDOS ENTRE EL AÑO 2020 Y 2024
EN EL HOSPITAL HIPÓLITO UNANUE DE TACNA)

NÚMERO DE HISTORIA CLÍNICA:

I. CARACTERÍSTICAS MATERNAS:

1. Edad materna:
 - a) < 18 años.
 - b) 18 a 34 años.
 - c) > 34 años.
2. Grado de instrucción:
 - a) Analfabeta.
 - b) Primaria incompleta.
 - c) Primaria completa.
 - d) Secundaria incompleta.
 - e) Secundaria completa.
 - f) Superior incompleta.
 - g) Superior completa.

II. ANTECEDENTES OBSTÉTRICOS Y PATOLÓGICOS MATERNOS:

3. Peso de la madre al inicio de la gestación:
4. Peso de la madre al final de la gestación:
5. Talla de la madre:
6. Índice de masa corporal al inicio de la gestación:
 - a) Delgadez.
 - b) Normal.
 - c) Sobrepeso.
 - d) Obesidad grado I.
 - e) Obesidad grado II.
 - f) Obesidad grado III.

7. Ganancia de peso gestacional:
 - a) Insuficiente (< 7 Kg).
 - b) Adecuada (7 a 16 Kg).
 - c) Excesiva (> 16 Kg).
8. Paridad:
 - a) Nulípara.
 - b) Primípara.
 - c) Multípara (2 a 4 partos anteriores).
 - d) Gran multípara (5 a más partos anteriores).
9. Aborto previo:
 - a) Sí.
 - b) No.
10. Antecedentes obstétricos:
 - a) Preeclampsia.
 - b) Diabetes gestacional.
 - c) Corioamnionitis.
 - d) Ninguno.
11. Madre portadora de VIH:
 - a) Sí.
 - b) No.
12. Tabaquismo:
 - a) Sí.
 - b) No.
13. Consumo de drogas:
 - a) Sí.
 - b) No.
14. Tipo de embarazo:
 - a) Embarazo único.
 - b) Embarazo múltiple.
15. Número de controles prenatales:
 - a) Adecuado (8 o más controles prenatales)
 - b) Inadecuado (menos de 8 controles prenatales).

16. Patologías del embarazo (¿ha presentado alguna o algunas de las siguientes?):

- a) Ruptura prematura de membranas.
- b) Preeclampsia.
- c) Eclampsia.
- d) Diabetes gestacional.
- e) Anemia en el embarazo.
- f) Infección de tracto urinario.
- g) Hipotiroidismo.

III. CARACTERÍSTICAS NATALES Y CLÍNICAS DEL RECIÉN NACIDO:

17. Sexo del recién nacido:

- a) Masculino.
- b) Femenino.

18. Edad gestacional:

- a) 34 semanas.
- b) 35 semanas.
- c) 36 semanas.

19. Vía del parto:

- a) Vaginal.
- b) Cesárea.

20. Peso al nacer:

- a) Extremadamente bajo peso (menos de 1000 g).
- b) Muy bajo peso al nacer (1000 a 1449 g).
- c) Bajo peso al nacer (1500 a 2499 g).
- d) Peso adecuado (2500 a 3999 g).
- e) Macrosomía (4000 g o más).

21. Peso para la edad gestacional:

- a) Pequeño para la edad gestacional.
- b) Adecuado para la edad gestacional.
- c) Grande para la edad gestacional.

22. Puntaje de Apgar al primer minuto:

- a) Depresión severa (0 a 3 puntos).
- b) Depresión moderada (4 a 6 puntos).
- c) Normal (7 a 10 puntos).

23. Puntaje de Apgar a los 5 minutos:

- a) Depresión severa (0 a 3 puntos).
- b) Depresión moderada (4 a 6 puntos).
- c) Normal (7 a 10 puntos).

IV. MORBILIDAD NEONATAL:

24. Morbilidad neonatal (¿ha presentado alguna o algunas de las siguientes?):

- a) Síndrome de dificultad respiratoria
- b) Enfermedad de membrana hialina
- c) Síndrome de aspiración meconial
- d) Asfixia perinatal
- e) Hipoglicemia
- f) Hiperbilirrubinemia
- g) Hipotermia
- h) Enterocolitis necrotizante.

25. Sepsis:

- a) Sepsis clínica.
- b) Sepsis confirmada.
- c) No.

V. MANEJO TERAPÉUTICO Y DESENLACES NEONATALES:

26. Ingreso a UCIN:

- a) Sí.
- b) No.

27. Apoyo oxigenatorio:

- a) Sin apoyo respiratorio.
- b) Oxígeno a bajo flujo.
- c) Oxígeno a alto flujo.
- d) Ventilación invasiva.

28. Uso de antibióticos:

- a) Sí.
- b) No.

29. Condición de egreso:

- a) Alta con indicaciones.
- b) Retiro voluntario.
- c) Referencia a centro de mayor complejidad.
- d) Fallecido.

Anexo 3. Solicitud de autorización para recolección de información.



**UNIVERSIDAD
PRIVADA DE
TACNA**

FACULTAD DE CIENCIAS
DE LA SALUD
Decanato

"Año de la Esperanza y del Fortalecimiento de la Democracia"

Tacna, lunes 16 marzo 2026

CARTA Nro. 0004-2026-UPT-FACSA

Señor (a):

Med. Eddy Richard Vicente Choque

Director Ejecutivo del Hospital Regional Hipólito Unánue - Tacna

Presente.-

**ASUNTO : PRESENTACIÓN DE LOS ESTUDIANTES
ALCÁZAR GAMBETTA, Raúl Nicolás y SOSA TOALA,
Nicoll**

De mi consideración

Es grato dirigirme a usted para hacerle llegar el saludo de las autoridades de la Universidad Privada de Tacna, en especial de la Facultad de Ciencias de la Salud, la cual me honro en dirigir, y presentarle a los estudiantes ALCÁZAR GAMBETTA, Raúl Nicolás y SOSA TOALA, Nicoll, quienes se encuentran realizando el trabajo de investigación denominado "CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS Y EPIDEMIOLÓGICAS DE LOS RECIÉN NACIDOS PREMATUROS TARDÍOS NACIDOS ENTRE EL AÑO 2020 Y 2024 EN EL HOSPITAL HIPÓLITO UNANUE DE TACNA" y para el cual precisan recabar información en la institución que usted tan acertadamente dirige, para quien, mucho agradeceré disponga se brinden las facilidades necesarias.

Agradeciendo la atención, expreso a usted los sentimientos de mi especial consideración.

Atentamente,



Dr. Marco Carlos Alejandro Rivarola Hidalgo

Decano de la Facultad de Ciencias de la Salud

c.c. Archivo
Reg. 6552

Av. Jorge Basadre Grohmann s/n
Central 427212 Anexo: 427
facsa@upt.edu.pe
www.upt.edu.pe

Anexo 4. Autorización para recolección de información.

COMITÉ INSTITUCIONAL DE ÉTICA EN INVESTIGACIÓN



HHUT
HOSPITAL HIPÓLITO
UNANUE DE TACNA

Unidad de Apoyo a la Docencia e Investigación

EL DIRECTOR EJECUTIVO DEL HOSPITAL HIPOLITO UNANUE DE TACNA AUTORIZA, POR INTERMEDIO DEL PRESIDENTE DEL COMITÉ INSTITUCIONAL DE ÉTICA EN INVESTIGACIÓN CIÉI-HHUT.

Por Resolución Directoral N°270-2024-ETARRRH-OEGDRRH-DRS.T/GOB REG TACNA, otorga

CREDENCIAL

Del Proyecto de Investigación:

"CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS Y EPIDEMIOLÓGICAS DE LOS RECIÉN NACIDOS PREMATUROS TARDÍOS NACIDOS ENTRE EL AÑO 2020 Y 2024 EN EL HOSPITAL HIPÓLITO UNANUE DE TACNA"	CÓDIGO
	28-CIÉI-HHUT-2025

Autoría (es):

RAÚL NICOLÁS ALCÁZAR GAMBETTA.
NICOLL XIMENA SOSA TOALA.

Dictamen otorgado por Miembro activo del CIÉI, LIC.ENF.DANIEL MARTIN CENTELLA CENTENO, Miembro activo del Comité Institucional de Ética en Investigación informa como:

Titular ☒ Suplente ☐

Según Resolución Directoral N°080-2026-UADI-DIREC-EJEC-HHUT-DRS.T/GOB.REG.TACNA, quien luego de la revisión del trabajo, DETERMINA:

Que puede ejecutarse: SI ☒ NO ☐

Cumple con el Marco ético legal de la Investigación en seres humanos SI ☐ NO ☒

Vulnera derechos SI ☐ NO ☒

Aplicará Instrumentos:

Pacientes ☐

Personal ☐

Otros ☒

Consentimiento informado:

Verbal SI ☐ NO ☒ Escrito SI ☐ NO ☒ Pertinente SI ☐ NO ☒

Impacto Ambiental Positivo ☐ Negativo ☒

En base a ello el Comité Institucional de Ética en Investigación concluye que el proyecto:

SI ☒ NO ☐ Cumple con los requisitos de calidad exigidos para ser desarrollado y en consecuencia SI ☒ NO ☐ Otorga la Aprobación, por intermedio del Comité Institucional de Ética en Investigación

Se expide el presente documento el día 8 de abril del 2026

Válido hasta el 08 de abril del 2027

MÉD. EDDY RICHARD VICENTE CHOQUE
Director Ejecutivo
Hospital Hipólito Unanue Tacna

LIC. DANIEL MARTÍN CENTELLA CENTENO
Jefe de la Unidad de Apoyo a la Docencia e Investigación
Hospital Hipólito Unanue Tacna