



UNIVERSIDAD DE HUÁNUCO
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA ACADÉMICO PROFESIONAL



DE ENFERMERÍA

**“FACTORES DE RIESGO MATERNOS QUE INFLUYEN EN
LA PREMATURIDAD DE LOS RECIÉN NACIDOS DEL
HOSPITAL REGIONAL HERMILIO VALDIZÁN MEDRANO
DE HUÁNUCO, 2015”.**

**TESIS PARA OPTAR EL TITULO PROFESIONAL DE:
LICENCIADO EN ENFERMERÍA**

TESISTA:

Bach. SANTAYA MORÓN, Paúl Alberto

ASESORA:

Mg. LEIVA YARO, Amalia Verónica

HUÁNUCO - PERÚ.

OCTUBRE, 2016

ESCUELA ACADÉMICO PROFESIONAL DE ENFERMERÍA

**“FACTORES DE RIESGO MATERNO QUE INFLUYEN EN LA
PREMATURIDAD DE LOS RECIEN NACIDOS DEL HOSPITAL
REGIONAL HERMILIO VALDIZÁN MEDRANO DE HUÁNUCO,
2015”.**



UNIVERSIDAD DE HUÁNUCO



FACULTAD CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA ACADÉMICO PROFESIONAL DE ENFERMERÍA

ACTA EXAMEN DE SUSTENTACIÓN DE TESIS

En la ciudad de Huánuco, siendo las 04:00 horas del día 12 del mes de octubre del año dos mil dieciséis, se reunieron en el Auditorio de la Universidad de Huánuco, La Esperanza, de esta ciudad, los Miembros del Jurado Examinador, designados por Resolución N°-1583-2016-D-FCS-UDH de fecha 11 de Octubre del 2016, para proceder a la evaluación de la sustentación de Tesis Titulado: "FACTORES DE RIESGO MATERNOS QUE INFLUYEN EN LA PREMATURIDAD DE LOS RECIÉN NACIDOS DEL HOSPITAL REGIONAL HERMILIO VALDIZÁN MEDRANO DE HUÁNUCO, 2015" Sustentado por la Bachiller en Enfermería Sr. Paul Alberto SANTAYA MORÓN, siendo integrado por los siguientes miembros:

- | | |
|--|------------|
| • Dra. Gladys Liliana Rodríguez Acosta | Presidenta |
| • Lic. Enf. Diza Berrios Esteben | Secretaria |
| • Lic. Enf. Diana Karina Palma Lozano | Vocal |

Habiendo absuelto las objeciones que le fueron formuladas por los miembros del jurado y de conformidad con las respectivas disposiciones reglamentarias, procedieron a deliberar y calificar, declarándolo (a) Aprobado por Unanimitad con el calificativo cualitativo: Buena en fe al cual se suscribe la presente.

Siendo las 17:10 Horas, se dio por concluido el acto de Sustentación, firmando para constancia los miembros del Jurado evaluador.


PRESIDENTA


SECRETARIA


VOCAL

DEDICATORIA

El presente trabajo se lo dedico A Dios todopoderoso por haberme iluminado y ser mi guía en todo lo largo de mi carrera para llevar a feliz término la culminación de la misma.

A mis padres, quienes fueron mi motivación para iniciar la carrera, les dedico con mucho orgullo, por haberme acompañado hasta el final, estoy seguro que se sienten muy orgullosos de mí por haber logrado mi sueño.

AGRADECIMIENTOS

Durante el proceso de realización de esta investigación, he tenido el privilegio de tener el apoyo de numerosas personas que, directa e indirectamente, han participado, a quienes va mi agradecimiento..

A Dios Todopoderoso, por darnos la vida, luego la fuerza y sabiduría. Y por permitirme disfrutar cada momento de mi vida y guiarme con su amor y protección

A mi adorada familia, por representar el impulso y motivación de mi vida, por superar conmigo cada una de las etapas vividas y guiarme en todas mis decisiones.

A mi asesora de tesis Mg. Leiva Yaro Amalia por su sabiduría y ser guía y apoyo incondicional en esta investigación.

RESUMEN

OBJETIVO: Determinar los factores de riesgo maternos que influyen en la prematuridad de los recién nacidos atendidos del Hospital Regional Hermilio Valdizan Medrano.

MÉTODOS: Se llevó a cabo un estudio correlacional con 120 gestantes seleccionadas por muestreo aleatorio simple, en el servicio de gineco obstetricia del Hospital Regional Hermilio Valdizán Medrano de Huánuco 2015. En la recolección de datos se utilizó una ficha de recolección de datos. Para el análisis inferencial de los resultados se utilizó la Prueba Chi cuadrado de independencia con significancia al 0,05.

RESULTADOS: El 60,0% (72 recién nacidos) presentaron prematuridad. Por otro lado, los factores que influyen en la prematuridad son la edad menor de 18 y mayor de 35 años ($X^2=4,75$; $P\leq 0,029$), la talla materna menor de 157cm ($X^2=1,070$; $P\leq 0,010$), la paridad múltipara y gran múltipara ($X^2=7,034$; $P\leq 0,004$), intervalo intergenésico menor de 2 años ($X^2=8,62$; $P\leq 0,003$), la infección de tracto urinario en anterior gestación ($X^2=6,79$; $P\leq 0,009$), ruptura prematura de membranas en la última procreación ($X^2=8,75$; $P\leq 0,003$), placenta previa ($X^2=8,79$; $P\leq 0,003$) e infección de tracto urinario en la final concepción ($X^2=19,33$; $P\leq 0,000$).

CONCLUSIONES: Los factores maternos biológicos, obstétricos y médicos maternos influyen en la prematuridad de recién nacidos del Hospital Regional Hermilio Valdizan Medrano Huánuco.

Palabras clave: *prematuridad, factores maternos*

ABSTRACT

OBJECTIVE: To determine maternal risk factors influencing the prematurity of newborns treated at the Regional Hospital Hermilio Valdizan Medrano.

METHODS: We conducted a correlational study of 120 pregnant women selected by simple random sampling obstetrics and gynecological service of the Regional Hospital of Huanuco Hermilio Valdizán 2015. Medrano data collection a tab data collection was used. For the inferential analysis of the results the chi-square test of independence was used with significance at 0.05.

RESULTS: 60.0% (72 infants) had prematurity. On the other hand, the factors that influence prematurity are the largest age younger than 18 and 35 years ($X^2 = 4.75$; $P \leq 0,029$), lower maternal height of 157cm ($X^2 = 1,070$; $P \leq 0,010$), the multiparous parity and large multiparous ($X^2 = 7,034$; $P \leq 0,004$), lower birth interval of 2 years ($X^2 = 8.62$; $P \leq 0,003$), urinary tract infection in previous gestation ($X^2 = 6.79$; $P \leq 0.009$), premature rupture of membranes in the last procreation ($X^2 = 8.75$; $P \leq 0,003$), placenta previa ($X^2 = 8.79$; $P \leq 0,003$) and urinary tract infection in the final conception ($X^2 = 19, 33$; $P \leq 0,000$).

CONCLUSIONS: Biological, obstetric and maternal health maternal factors influence I prematurity of newborns in the Hermilio Valdizan Medrano Huánuco Regional Hospital.

Keywords: *Prematurity, maternal factors*

INTRODUCCION

La prematuridad continúa siendo el centro de atención de la Perinatología contemporánea. Históricamente se ha asociado con un mayor índice de mortalidad, morbilidad y secuelas del neurodesarrollo ⁽¹⁾.

El parto pre término es aquel que genera un recién nacido antes de las 37 semanas completas 258 días y después de las 22 semanas o 154 días de gestación calculadas desde el primer día de la última menstruación. La incidencia de este problema oscila entre el 5 y 10% en los Estados Unidos de América. En los países en vías de desarrollo no hay estadísticas confiables, estimándose en más del 10%. ⁽²⁾.

El nacimiento de niños pre términos condiciona un alto costo económico en su manejo, puesto que es necesario contar con infraestructura sofisticada en las unidades de cuidados intensivos neonatales, para evitar su muerte. Por ejemplo, en Buenos Aires, el tratamiento de niños que sobreviven pesando entre 600 y 699 gramos genera un gasto de 500.000 dólares, y el de niños entre los 800 y 899 gramos alcanza los 46 000 dólares ⁽³⁾.

Cuando se analizan las causas de mortalidad perinatal en diferentes países, las complicaciones que el período neonatal precoz afectan al prematuro, hacen que éstos engrasen el número de fallecidos, dado que las dos terceras partes de las muertes neonatales ocurren en dichos recién nacidos ⁽⁴⁾.

En nuestro contexto no es ajena a esta situación, por lo que el siguiente estudio tiene como objetivo encontrar si existe influencia entre los factores de riesgo maternos y la prematuridad en el recién nacido en el del Hospital Regional Hermilio Valdizán Medrano - Huánuco durante el periodo 2015.

El estudio consta de Capítulo I: Problema de investigación, en el cual se expone la descripción del problema, la formulación del problema, los objetivos, la hipótesis, las variables y la justificación e importancia del estudio. Capítulo II: Marco Teórico, el cual incluye los antecedentes de investigación, las bases teóricas para el sustento del problema y las bases conceptuales. Capítulo III: Material y Método, que presenta el tipo de estudio, diseño, nivel, población y muestra, técnicas e instrumentos de recolección, elaboración y análisis de datos y las consideraciones éticas. Capítulo IV: Resultados, donde se incluye los resultados descriptivos y los resultados inferenciales. Capítulo V: Discusión, la cual contiene la discusión de resultados. Finalmente se presenta las conclusiones, las recomendaciones, las referencias bibliográficas y anexos.

ÍNDICE DE TABLAS		Pág.
Tabla 01.	Edad en años de las madres gestantes en estudio del Hospital Hermilio Valdizán Medrano – Huánuco 2015.	40
Tabla 02.	Talla materna de las madres gestantes en estudio del Hospital Hermilio Valdizán Medrano – Huánuco 2015.	41
Tabla 03.	Estado civil de las madres gestantes en estudio del Hospital Hermilio Valdizán Medrano – Huánuco 2015.	41
Tabla.04.	Grado de instrucción de las madres gestantes en estudio del Hospital Hermilio Valdizán Medrano – Huánuco 2015.	42
Tabla.05.	Paridad de las madres gestantes en estudio del Hospital Hermilio Valdizán Medrano – Huánuco 2015	43
Tabla 06	Intervalo intergenésico de las madres gestantes en estudio del Hospital Hermilio Valdizán Medrano – Huánuco 2015	43
Tabla 07	Control pre natal de las madres gestantes en estudio del Hospital Hermilio Valdizán Medrano – Huánuco 2015	44
Tabla 08	Número de controles de las madres gestantes en estudio del Hospital Hermilio Valdizán Medrano – Huánuco 2015	44
Tabla 09	Tipo de parto de las madres gestantes en estudio del Hospital Hermilio Valdizán Medrano – Huánuco 2015	45
Tabla 10	Ganancia de peso de las madres gestantes en estudio del Hospital Hermilio Valdizán Medrano – Huánuco 2015	45
Tabla 11	Antecedentes personales de tipo médico de las madres gestantes en estudio del Hospital Hermilio Valdizán Medrano – Huánuco 2015	46

Tabla 12	Antecedentes médico en la ultima gestación de las madres gestantes en estudio del Hospital Hermilio Valdizán Medrano – Huánuco 2015	47
Tabla 13	Prematuridad presente en recién nacidos de las madres gestantes en estudio del Hospital Hermilio Valdizán Medrano – Huánuco 2015.	48
Tabla 14	Factor materno biológico de las madres gestantes en estudio del Hospital Hermilio Valdizán Medrano – Huánuco 2015	49
Tabla 15	Factores maternos sociales de las madres gestantes en estudio del Hospital Hermilio Valdizán Medrano – Huánuco 2015	50
Tabla 16	Factores maternos obstétricos de las madres gestantes en estudio del Hospital Hermilio Valdizán Medrano – Huánuco 2015	51
Tabla 17	Factores maternos médicos de las madres gestantes en estudio del Hospital Hermilio Valdizán Medrano – Huánuco 2015	52
Tabla 18	Relación entre factor materno biológico y prematuridad en recién nacidos en madres gestantes en el Hospital Hermilio Valdizán Medrano – Huánuco 2015	54
Tabla 19	Relación entre factores maternos sociales y prematuridad en recién nacidos en madres gestantes del Hospital Hermilio Valdizán Medrano – Huánuco 2015.	55
Tabla 20	Relación entre factores maternos obstétricos y prematuridad en recién nacidos en madres gestantes del Hospital Hermilio Valdizán Medrano – Huánuco 2015.	56
Tabla 21	Relación entre factores maternos médicos y prematuridad en recién nacidos en madres gestantes del Hospital Hermilio Valdizán Medrano – Huánuco 2015	57

INDICE DE ANEXOS

	Pag.
Anexo 01: Ficha de recolección de datos	76
Anexo 02: Constancia de validación por jueces	79
Anexo 03: Hoja de respuesta de la validación por jueces	84
Anexo 05: Matriz de consistencia	85

INDICE

CAPITULO I

1.EL PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN.

1.1. Descripción del Problema.....	1
1.2. Formulación del problema	5
1.3. Objetivos.	6
1.4. Hipótesis.....	7
1.5. Identificacion de Variables.....	9
1.6. Operacionalizacion de las variables	9
1.7Justificación de la investigacion	9
1.7.1. Nivel teórico.....	10
1.7.2. Nivel practico	11
1.7.3. Nivel metodológico.....	11

CAPÍTULO II

2.MARCO TEÓRICO

2.1. Antecedentes de Investigación	12
2.2. Bases teóricas	16
2.3. Bases conceptuales.	20
2.3.1. Prematuridad.....	20
2.3.1.1. Definicion.....	20
2.3.1.2. Factores de riesgo y Etiopatogenia de la P.....	21
2.3.1.3. Etiologia y Factores de Riesgo del Parto Pre Te.....	21
2.3.1.4. Grupos de Prematuridad.....	24
2.3.2. Factores de Riesgo Maternos	26
2.3.2.1. Factores de Riesgo Demograficos	26
2.3.2.2.1. Edad Materna	26
2.3.2.2.2. Raza y Origen Etnico	27
2.3.2.2.3. Nivel Socioeconomico	28
2.3.2.2.4. Estado Civil.....	28
2.3.2.2.5. Educacion Materna	29
2.3.2.2. Factores de Riesgo y de Comportamiento	30
2.3.2.2.1. Tabaco.....	29

2.3.2.2.2. Consumo de Alcohol	30
2.3.2.2.3. Control Prenatal	30
2.3.2.3. Riesgos Medicos	31
2.3.2.3.1. Hipertencion.....	31
2.3.2.3.2. Anemia.....	32
2.3.2.3.3 Periodo Intergenesico	32

CAPÍTULO III

3.MARCO METODOLOGÍCO

3.1. Tipo de estudio	33
3.2. Diseño del estudio	33
3.3. Población.....	34
3.4. Muestra y muestreo.	35
3.5. Validez y confiabilidad de los instrumentos.....	37
3.6. Procedimientos de recolección de datos	37
3.7. Elaboración de los datos	38
3.8. Análisis de los datos	39
3.9. Aspectos éticos de la investigación	39

CAPÍTULO IV

4.ANALISIS DE RESULTADO

4.1. RESULTADOOS DESCRIPTIVOS	40
4.2. RESULTADOS INFERENCIALES	54

CAPITULO V

5 DISCUSIÓN

5.1 DISCUSIÓN DE LOS RESULTADOS	59
Conclusion.....	64
Recomendaciones.....	65
Referencias bibliograficas.....	66
Anexos	75

CAPÍTULO I

EL PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN.

1.1. Descripción del Problema

La prematuridad continúa siendo uno de los problemas clínicos más importantes de la salud reproductiva ^(5,6), asociado con mortalidad perinatal, morbilidad neonatal severa y con discapacidad infantil.

Los recién nacidos pretérmino están en riesgo de enfermedades específicas relacionadas con la inmadurez de varios sistemas orgánicos así como a la causa y circunstancias del parto pretérmino. A pesar de las mejoras en el cuidado neonatal, los recién nacidos prematuros tienen mayores tasas de mortalidad y aquéllos que sobreviven pueden tener algún grado de discapacidad física o mental ⁽⁷⁾. El parto pretérmino representa el 70% de la morbilidad y mortalidad neonatal. Es conocido que los neonatos prematuros tienen mayor riesgo de daño neurológico, infecciones, enfermedades respiratorias, enfermedades gastrointestinales y desórdenes metabólicos ⁽⁸⁾.

El problema del bajo peso al nacer constituye una preocupación mundial, y es mucho más frecuente en los países subdesarrollados. El bajo peso al nacer obedece a 2 causas fundamentales un nacimiento antes del término de la gestación (parto pretérmino), o que el feto presente una insuficiencia de su peso en relación con la edad gestacional (desnutrición intrauterina, crecimiento intrauterino retardado)⁽⁹⁾.

El bajo peso al nacer se ha relacionado con la edad muy joven de la madre, con la sucesión rápida de los embarazos, con la dilatación permanente del cuello uterino y con distintas enfermedades o complicaciones del embarazo y a su

vez el crecimiento intrauterino retardado se ha relacionado con la desnutrición materna, con los factores ambientales y sociales. Igualmente el hábito de fumar incide tanto en el parto pretérmino como en el crecimiento intrauterino retardado⁽¹⁰⁾.

Según Viteri⁽¹¹⁾, todos los años nacen más de 20 millones de niños y niñas con un peso inferior a los 2.500 gramos (5,5 libras), lo que equivale al 17% de todos los nacimientos del mundo en desarrollo, es decir, una tasa que duplica el nivel de los países industrializados 7%. Los bebés con bajo peso al nacer corren un riesgo mayor de morir durante los primeros meses y años.

Así mismo manifiesta que los que sobreviven son propensos a sufrir alteraciones del sistema inmunológico ya presentar, más adelante en la vida, una mayor incidencia de enfermedades crónicas, como diabetes y cardiopatías⁽¹²⁾.

La Organización Mundial de la Salud (OMS) en el año 2013 estima que más de 50,6 millones de niños menores de cinco años están desnutridos, se señala además, que la mayoría de ellos sufrieron una desnutrición intrauterina y fueron de bajo peso al nacimiento⁽¹³⁾.

En el Perú, la incidencia de parto pretérmino reportada varía entre el 3,6% a 11,8%^(14,15) y es causa importante de muerte y morbilidad neonatal.

Según el Análisis de Situación de Salud (ASIS)⁽¹⁶⁾, en el Hospital Regional "Hermilio Valdizán Medrano" de Huánuco, en el año 2015, los problemas relacionados a la prematuridad - inmadurez ocupan la primera causa de muerte neonatal en el Hospital Regional. Por este grupo de causas fallecieron

21 neonatos, esto representó el 38.9 por cada 100 nacidos vivos, con una tasa de mortalidad neonatal específica de 9.2 por cada 1000 nacidos vivos.

Por otro lado, se han descrito asociaciones entre varios factores de riesgo maternos y la prematuridad, algunos de estos factores son: periodo intergenesico, infección del tracto urinario, embarazo múltiple, ganancia de peso materno, entre otros⁽¹⁷⁾.

En un estudio sobre factores de riesgo asociados al bajo peso al nacer demostraron que los principales factores maternos fueron antecedente de bajo peso, anemia, tabaquismo, enfermedad hipertensiva, alcoholismo, toxicomanías e hipertensión arterial crónica , y 100% de los casos presentaron bajo peso al nacer y al menos un factor de riesgo. ⁽¹⁸⁾.

En Colombia, en el año 2006, Vélez, Barros, Echavarría y Hormaza⁽¹⁹⁾ encontraron una prevalencia de 17% para bajo peso al nacer (BPN), el 21% para parto pre término (PPT) y el 12% para restricción del crecimiento intrauterino (RCIU). Los factores que tuvieron significancia como riesgo para prematuridad fueron: el control prenatal inadecuado, el hábito de fumar y la presencia de alguna patología materna durante la gestación.

Por otro lado en un estudio nacional realizado en 29 Hospitales del Ministerio de Salud del Perú, durante el año 2007, en donde se atendieron 96 561 nacimientos vivos, 7956 fueron recién nacidos de bajo peso, lo que representó una incidencia de 8,24%, cifra menor al reportado para el Perú en el informe del Estado Mundial de la Infancia 2009 de la UNICEF de 10% y semejante al 8,97% encontrado por Shimabuku y Oliveros en 1991-1996. Esto demuestra que el bajo peso en el Perú persiste como uno de los problemas

más importantes de salud pública, a pesar de que nuestro país se comprometió a reducir en un 20% el bajo peso al nacer para mejorar el estado nutricional de los niños y reducir la mortalidad infantil en el ámbito nacional, como una de las metas de la Declaración de Lima en la III Conferencia ⁽²⁰⁾.

De los más de 20 millones de nacimientos con bajo peso que se calcula que se producen todos los años en el mundo en desarrollo, más de la mitad se producen en Asia meridional y más de una tercera parte en la India ⁽²¹⁾.

La salud infantil en el Perú ha continuado mejorando en las últimas décadas. Sin embargo, persisten problemas que merecen preferente atención, como es el bajo peso al nacer, el cual es un factor de riesgo para la salud y supervivencia del nacido vivo ⁽²²⁾.

Asimismo, el parto prematuro continúa siendo la causa más frecuente de mortalidad neonatal y ha resistido hasta el momento los mayores esfuerzos de la ciencia médica para prevenirlo. Actualmente se reconoce que su etiopatogenia es multifactorial, estando involucrados factores de riesgo dependientes de la madre, el feto y el medio ambiente ⁽²³⁾.

Las condiciones de vulnerabilidad en que se encuentra el prematuro ante el medio ambiente, exigen un trato especializado que procure su supervivencia, lo que demanda ingentes costos al sistema sanitario, asimismo comprometen el desarrollo futuro del recién nacido a largo plazo; es así que, mientras los indicadores de esta patología no muestran una tendencia a disminuir, la búsqueda por factores de riesgo predictivos más confiables que llevaría finalmente a estrategias de intervención efectivas, se ha intensificado ⁽²⁴⁾.

Como parte de este esfuerzo global, para hacer frente a la prematuridad de los recién nacidos se requiere determinar los posibles factores de riesgo maternos que la condicionan, propósito principal que sustenta este estudio de investigación.

1.2. Formulación del problema

1.2.1. Problema General

Se propone la siguiente interrogante:

¿Cuáles son factores de riesgo maternos que influyen en la prematuridad de los recién nacidos atendidos del Hospital Regional Hermilio Valdizán Medrano de Huánuco, 2015?

1.2.2. Problemas Específicos

- ❖ ¿Cuáles son los factores de riesgo maternos biológicos que influyen en la prematuridad de los recién nacidos atendidos del Hospital Regional Hermilio Valdizán Medrano de Huánuco, 2015?
- ❖ ¿Cuáles son los factores de riesgo maternos sociales que influyen en la prematuridad de los recién nacidos atendidos del Hospital Regional Hermilio Valdizán Medrano de Huánuco, 2015?
- ❖ ¿Cuáles son los factores de riesgo materno obstétricos que influyen en la prematuridad de los recién nacidos atendidos del Hospital Regional Hermilio Valdizán Medrano de Huánuco, 2015?
- ❖ ¿Cuáles son los factores de riesgo materno médicos que influyen en la prematuridad de los recién nacidos atendidos del Hospital Regional Hermilio Valdizán Medrano de Huánuco, 2015?

1.3. Objetivos.

1.3.1. Objetivo General

Determinar los factores de riesgo maternos que influyen en la prematuridad de los recién nacidos atendidos del Hospital Regional Hermilio Valdizán Medrano -Huánuco, 2015.

1.3.2. Objetivos Específicos

- ❖ Establecer los factores de riesgo maternos biológico que influyen en la prematuridad de los recién nacidos atendidos del Hospital Regional Hermilio Valdizán Medrano.
- ❖ Identificar los factores de riesgo maternos sociales que influyen en la prematuridad de los recién nacidos atendidos del Hospital Regional Herminia Valdizán Medrano.
- ❖ Conocer los factores de riesgo maternos obstétricos que influyen en la prematuridad de los recién nacidos atendidos del Hospital Regional Hermilio Valdizán Medrano.
- ❖ Evaluar los factores de riesgo maternos médicos que influyen en la prematuridad de los recién nacidos atendidos del Hospital Regional Hermilio Valdizán Medrano.

1.4. Hipótesis

1.4.1. Hipótesis General :

Ho: Los factores de riesgo maternos no influyen en la prematuridad de los recién nacidos atendidos del Hospital Regional Hermilio Valdizán Medrano-Huánuco 2015.

Ha: Los factores de riesgo maternos influyen en la prematuridad de los recién nacidos atendidos del Hospital Regional Hermilio Valdizán Medrano- Huánuco 2015.

1.4.2. Hipótesis Específicas:

Ho₁: El factor materno biológico (edad materna <16 y >45 años, talla < 1.57 cm y edad gestacional < a 28 semanas) no influyen en la prematuridad de los recién nacidos atendidos del Hospital Regional Hermilio Valdizán Medrano-Huánuco 2015.

Ha₁: El factor materno biológico (edad materna <16 y >35 años, talla < 1.57 cm y edad gestacional < a 28 semanas) influyen en la prematuridad de los recién nacidos atendidos del Hospital Regional Hermilio Valdizán Medrano-Huánuco 2015.

Ho₂: Los factores maternos sociales (estado civil soltera, y grado de instrucción bajo) no influyen en la prematuridad de los recién nacidos atendidos del Hospital Regional Hermilio Valdizán Medrano- Huánuco 2015.

Ha₂: Los factores maternos sociales (estado civil soltera, y grado de instrucción bajo) influyen en la prematuridad de los recién nacidos atendidos del Hospital Regional Hermilio Valdizán Medrano- Huánuco 2015-

Ho₃: Los factores maternos obstétricos (paridad múltipara y gran múltipara, intervalo intergenésico menor de 2 años, ausencia de control prenatal, cesárea y ganancia de peso menor a 8 kilos durante el embarazo) no influyen en la prematuridad de los recién nacidos atendidos del Hospital Regional Hermilio Valdizán Medrano- Huánuco 2015.

Ha₃: Los factores maternos obstétricos (paridad múltipara y gran múltipara, intervalo intergenésico menor de 2 años, ausencia de control prenatal, cesárea y ganancia de peso menor a 8 kilos durante el embarazo) influyen en la prematuridad de los recién nacidos atendidos del Hospital Regional Hermilio Valdizán Medrano- Huánuco 2015.

Ho₄: Los factores maternos médicos (infección de tracto urinario en anterior gestación, pre eclampsia-eclampsia en la última gestación, ruptura prematura de membranas en la última gestación e infección de tracto urinario en la última gestación y anemia) no influyen en la prematuridad de los recién nacidos atendidos del Hospital Regional Hermilio Valdizán Medrano- Huánuco 2015.

Ha₄: Los factores maternos médicos (infección de tracto urinario en anterior gestación, pre eclampsia-eclampsia en la última gestación, ruptura prematura de membranas en la última gestación e infección de tracto urinario en la última gestación y anemia) influyen en la prematuridad de los recién nacidos atendidos del Hospital Regional Hermilio Valdizán Medrano- Huánuco 2015.

1.5. Variables

Variable dependiente:

Variable 1:

Prematuridad

Variable 2:

Los factores de riesgos maternos biológicos, sociales, obstétricos y médicos

1.6. Operacionalización de las variables

VARIABLE	DIMENSIÓN	INDICADOR	VALOR FINAL	TIPO DE VARIABLE	ESCALA DE MEDICIÓN
VARIABLE DEPENDIENTE					
Prematuridad	Ninguna	Prematuridad	SI NO	Cualitativa	Nominal Dicotómica
Factores de riesgo maternos	Factores maternos biológicos	Edad materna <16 y >35 años	SI NO	Cualitativa	Nominal Dicotómica
		Talla < 1.57 cm	SI NO	Cualitativa	Nominal Dicotómica
		Edad gestacional <28 semanas	SI NO	Cualitativa	Nominal Dicotómica
	Factores maternos sociales	Estado civil soltera	SI NO	Cualitativa	Nominal Dicotómica
		Grado de instrucción bajo	SI NO	Cualitativa	Nominal Dicotómica
	Factores maternos obstétricos	Paridad múltipara y gran múltipara	SI NO	Cualitativa	Nominal Dicotómica
		Intervalo intergenésico menor de 2 años	SI NO	Cualitativa	Nominal Dicotómica
		Ausencia de control prenatal	SI NO	Cualitativa	Nominal Dicotómica
		Cesárea	SI NO	Cualitativa	Nominal Dicotómica
		Ganancia de peso menor a 8 Kilos	SI NO	Cualitativa	Nominal Dicotómica

	Factores maternos médicos	Antecedentes de infección de tracto urinario en anterior gestación	SI NO	Cualitativa	Nominal Dicotómica
		Antecedentes de pre eclampsia-eclampsia en la última gestación	SI NO	Cualitativa	Nominal Dicotómica
		Antecedentes de ruptura prematura de membranas en la última gestación	SI NO	Cualitativa	Nominal Dicotómica
		Antecedentes de infección de tracto urinario en la última gestación	SI NO	Cualitativa	Nominal Dicotómica
		Antecedentes de anemia en la última gestación	SI NO	Cualitativa	Nominal Dicotómica

1.7- Justificación e importancia

1.7.1. A nivel teórico

El estudio se justifica a nivel teórico debido a que mediante su abordaje contribuirá a fortalecer con conocimientos a las teorías sobre Cuidados culturales: Teoría de la diversidad y la universalidad.

Asimismo, se justifica también debido a la escasa existencia de trabajos específicos dirigidos a determinar mediante datos exactos cuales son los factores maternos que influyen en la prematuridad sobre todo en nuestra realidad, por lo que se plantea esta tesis. Y, nuestros resultados servirán para revisar, desarrollar o apoyar conceptos en futuros estudios

1.7.3. A nivel práctico

Actualmente, no se han realizado estudios del Hospital Regional Hermilio Valdizán Medrano de Huánuco, en lo que respecta a cuales son los factores de riesgo maternos que influyen en la prematuridad, por lo tanto será de gran utilidad su aplicación en el referido hospital. Asimismo, es importante este tema de investigación sobre todo, como ya se mencionó, a nivel local con el fin de orientar las intervenciones en salud (vigilancia epidemiológica) con base en evidencia local. El estudio corresponde a la línea de investigación de Cuidados desde el proceso de enfermería: Cuidados humanizados.

1.7.3. A nivel metodológico

La investigación ayudará a la elaboración de nuevos instrumentos de recolección de datos sobre todo relacionada a las variables de factores maternos que influyen en la prematuridad, como también se tuvo en cuenta la adaptación local de los instrumentos

De igual modo, se tendrá en cuenta la forma adecuada de selección y recolección de los datos, evitando sesgos.

CAPÍTULO II

MARCO TEÓRICO

2.1. Antecedentes de Investigación

Dentro de los antecedentes, se consideraron los siguientes estudios:

A nivel internacional

En el año 2013, en España, Cortés, Rizo y Aguilar⁽²⁵⁾ realizaron un estudio de serie de casos (explicativo, retrospectivo de caso control) con el título de "Edad materna como factor de riesgo de prematuridad en España; área mediterránea", el objetivo fue determinar el efecto de las edades extremas de mujeres residentes en la provincia de Albacete sobre de nacimientos prematuros. La muestra estuvo constituida por los registros de recién nacidos del Centro de Cribado Neonatal de la provincia de Alicante. Los resultados muestran claramente que las madres adolescentes y las más mayores tienen mayor riesgo de hijos prematuros o con bajo peso al nacimiento, lo que motiva la necesidad de establecer intervenciones educativas para disminuir el problema, a partir de los resultados de esta investigación.

En el año 2013, en Venezuela, De Rodríguez, Pineda, Álvarez y Rojas⁽²⁶⁾, realizaron un estudio titulado " Factores de riesgo asociados a la prematuridad en recién nacidos de madres adolescentes", el objetivo fue determinar los factores de riesgo asociados a prematuridad en neonatos hijos de 205 madres adolescentes en la Maternidad "Dr. Armando Castillo Plaza, el estudio fue descriptivo, prospectivo y transversal, los indicadores recopilados fueron factores personales, socioeconómicos, demográficos, gineco-obstétricos y del

nacimiento. Se concluyó que el bajo nivel socioeconómico y factores de riesgo familiar se relacionan con la prematuridad en el embarazo de estas adolescentes.

En el año 2012, en España, Rizo ⁽²⁷⁾, realizó un estudio titulado “Edad y origen de la madre como factores de riesgo de prematuridad el objetivo fue establecer el riesgo de prematuridad y bajo peso del recién nacido en la provincia de Alicante, especialmente en lo referente a edad materna y nacionalidad de la madre, que pueda servir para determinar a qué colectivos de gestantes conviene hacer un seguimiento más exhaustivo. El presente estudio se realizó a partir de los datos obtenidos de todos los recién nacidos de la provincia de Alicante e inscritos en el Programa de Cribado Neonatal de la Comunidad Valenciana en el Centro de Cribado Neonatal de la Provincia de Alicante del Hospital General Universitario de Alicante, en un periodo completo de cuatro años, desde 1 de enero de 2008 a 31 de diciembre de 2011. Existe mayor riesgo en los recién nacidos varones de ser pre-término que viene expresado por la odds ratio de 1,20 (1,00-1,44) de ser RNMP y de 1,11 (0,97-1,27) de ser RNPT frente a las mujeres. Las madres adolescentes, menores de 19 años, tienen una probabilidad mayor de tener niños muy pre-términos (OR 2,0) y pre-términos (OR 1,5), que las madres de edad entre 19 y 24 años.

En el año 2012, en Chile, Ovalle, Kakarieka, Díaz, García, Acuña, Morón, Abara, y Fuentes ⁽²⁸⁾, realizaron un estudio titulado “Mortalidad perinatal en el parto prematuro entre 22 y 34 semanas en un hospital público de Santiago, Chile”. El Objetivo fue conocer la mortalidad perinatal del parto prematuro y

los factores de riesgo asociados, usando los datos perinatales clínicos, los resultados de laboratorio y los hallazgos patológicos del feto, neonato y placenta. El estudio fue retrospectivo, de cohorte con 407 nacimientos prematuros, únicos, entre 22.0 y 34.0 semanas de gestación. Se llegaron a las conclusiones que entre las 22 y 34 semanas de gestación, el parto prematuro por IBA fue la causa más frecuente de muerte perinatal, la edad gestacional al parto fue el principal factor de riesgo de mortalidad y la hipoxia fue la causa más frecuente de muerte.

En el año 2011, en Chile, López, González, Álvarez, Martínez, González, Omeñaca, San José ⁽²⁹⁾, realizaron un estudio titulado “Factores obstétricos claves en los resultados neonatales y a los dos años de seguimiento en la prematuridad extrema”. El objetivo fue analizar la morbimortalidad en pre términos extremos evaluando la influencia de factores obstétricos. El estudio fue retrospectivo de 132 casos nacidos entre las semanas 23 y 27 en el Hospital la Paz, desde 2003 a 2005. Se establecieron tres grupos obstétricos: amenaza de parto pre término, rotura prematura de Membranas y la asociación de ambas. Se concluyó que La conducta obstétrica puede modificar el pronóstico neonatal y a los 2 años de seguimiento.

A nivel nacional

En Chiclayo - Perú, en el año 2013, Carpio ⁽³⁰⁾, realizó un estudio titulado “Factores de riesgo maternos asociados al desarrollo de parto pre término en el Hospital Regional de Lambayeque durante el año 2013”. El estudio fue retrospectivo, transversal, de casos y controles, se formaron dos grupos: Grupo Casos (35 partos pre término) y Grupo Control (35 partos a término).

El objetivo fue determinar los factores de riesgo maternos asociados al desarrollo de parto pre término en el Hospital Regional de Lambayeque durante el año 2013. Entre los resultados encontrados se identificó que el antecedente de parto pre término ($p = 0,0479549$; OR 7,03), control prenatal < 6 ($p = 0,0418812$; OR 4,89), el desprendimiento prematuro de placenta ($p = 0,0252295$; OR 8,5), la vaginosis bacteriana ($p = 0,0105826$; OR 4,07) y la infección de vías urinarias ($p = 0,0301523$; OR 2,97) se asociaron al desarrollo de parto pre término. Concluyendo que el antecedente de parto pre término, el inadecuado control prenatal, el desprendimiento prematuro de placenta, la vaginosis bacteriana y la infección de vías urinarias son factores de riesgo asociados al desarrollo de parto pre término.

En Huaraz - Perú, en el año 2009, Ruiz, Huerta y Zavaleta ⁽³¹⁾, realizaron un estudio titulado "Factores de riesgo materno asociados al nacimiento de recién nacidos prematuros en el Hospital Víctor Ramos Guardia". El objetivo fue determinar mediante el enfoque de riesgo los factores maternos relacionados con la prematuridad. El estudio fue descriptivo, retrospectivo, casos y controles. La muestra fue 4,925 recién nacidos, donde se encontró 372 prematuros. Se encontró que los factores de riesgo materno que presentaron mayor fuerza de asociación son: la edad materna, $<$ de 19 años y $>$ de 35 años, grado de instrucción hasta primaria, multiparidad, control pre natal, pre eclampsia, placenta previa, desprendimiento prematuro de placenta, ruptura prematura de membrana, embarazo gemelar. Se concluyó que los factores de riesgo maternos están fuertemente asociados al nacimiento de recién nacidos prematuros.

A nivel Local

En Huánuco, durante el periodo 2012, Allpas, Raraz J y Raraz O ⁽³²⁾, realizaron un estudio titulado "Factores asociados al bajo peso al nacer en un hospital de Huánuco". El estudio fue descriptivo, retrospectivo de corte transversal. De los 801 nacidos, el peso promedio fue 3 217,8 (+ 446,1) gramos y una prevalencia de BPN de 6,2 %. Los factores asociados que resultaron estadísticamente significativos fueron: la primiparidad con $p = 0,013$ (IC-95%: 1,16-3,81); número de controles prenatales (menor de cuatro) con $p < 0,05$ (IC95%: 2,63-8,74) y parto pre término con $p < 0,05$ (IC95%: 0,01-0,25). Se concluyó indicando que la prevalencia del bajo peso al nacer en el Hospital Carlos Showing Ferrari de Huánuco fue 6,2 %. La primiparidad, el inadecuado control prenatal y el parto pre término fueron los factores asociados.

Antecedentes que contribuyeron en la construcción del marco teórico y discusión de resultados.

2.2. Bases teóricas que sustenta en el estudio.

Para la sustentación del presente tema de investigación, se ha considerado la siguiente teoría:

2.2.1. Teoría de cuidados culturales de Madeleine Leininger

Madeleine Leininger está considerada como la madre de la "Enfermería Transcultural" y quien acuñó el término ⁽³³⁾.

Leininger define teoría de forma distinta a como lo hacen las otras teóricas de enfermería. Según ella, una teoría es una forma sistemática y creativa de descubrir conocimientos acerca de algo o de explicar algunos fenómenos

conocidos de forma vaga o limitada. La teoría enfermera debe tener en cuenta las creencias culturales, las conductas del cuidado y los valores de los individuos, familias y grupos para proporcionar cuidados enfermeros efectivos, satisfactorios y coherentes ⁽³⁴⁾.

La teoría procede de la antropología y de la enfermería, de la unión de ambas surge una de las grandes áreas de enfermería. la enfermería transcultural, esa área que se centra en el cuidado y el análisis comparado de las diferentes culturas y subculturas del mundo, desde el punto de vista de sus valores asistenciales, de la expresión y convicciones sobre la salud y la enfermedad y de los modelos de conducta, siempre con el compromiso de desarrollar una base de conocimientos científicos y humanísticos que permitan una práctica de la atención sanitaria específica de la cultura y universal ⁽³⁵⁾.

Esta teoría fundamentada en la antropología y la enfermería, desarrolla la aplicación de métodos etnológicos cualitativos, en especial la etno enfermería y resalta la importancia de estudiar a las personas desde el punto de vista de sus conocimientos y experiencias locales o *émic*, para después contrastarlo con los factores *étic* (externos), a menudo identificados como prácticas y convicciones de los profesionales de la enfermería, para conformar una aproximación holística al estudio de las conductas culturales en diversos contextos ambientales ⁽³⁶⁾.

El conocimiento cultural se centra en conocer el punto de vista o visión del mundo del cliente; es decir, la visión *étic*. Es importante tener conciencia de que las ideas preconcebidas, las racionalizaciones a partir de ideas arbitrarias y la incapacidad para autocriticarse, son causas, en la mayoría de los casos,

de etnocentrismo, con el cual cubrimos nuestras carencias y debilidades, lo que nos vuelve despiadados con las carencias y debilidades de los demás ⁽³⁷⁾.

Los aspectos fundamentales de la teoría de Leininger son cultura, cuidados, cuidados culturales, visión del mundo y sistemas de salud o bienestar tradicionales.

En cuanto al término cultura podemos decir que se describe como valores, creencias, normas y prácticas de vida de un grupo en particular que son aprendidas, compartidas y transmitidas. Orientan al pensamiento, las decisiones y las acciones de manera específica. Proporcionan la base para los valores culturales, que identifican formas preferidas de actuar o pensar; estos valores generalmente permanecen durante bastante tiempo y ayudan a orientar la toma de decisiones en la cultura. La cultura influye en la necesidad, a la hora de procurar cuidados, de los pacientes y en su bienestar y recuperación de la enfermedad. La cultura posee una gran influencia sobre el cuidado ⁽³⁸⁾.

Los cuidados hacen referencia a la ayuda, apoyo o conductas de estímulo que facilitan o mejoran la situación de una persona. Es fundamental para la supervivencia, el desarrollo y la capacidad de enfrentarse a los sucesos de la vida de una persona. Tiene significados distintos en culturas diferentes, que pueden ser determinados mediante el examen de la visión del mundo, la estructura social y el lenguaje del grupo ⁽³⁹⁾.

Los cuidados culturales hacen referencia a los valores y creencias que ayudan, apoyan o permiten a otras personas (o grupo) mantener su bienestar,

mejorar sus condiciones personales o enfrentarse a la muerte o a la discapacidad. Por tanto, los cuidados culturales, como la salud (que para Leininger es un estado de bienestar que está culturalmente definido, valorado y practicado y que refleja la capacidad de los individuos de llevar a cabo las actividades diarias de un modo culturalmente expresado), la enfermedad, etc., y el desarrollo humano son muy diferentes dependiendo de la visión de las personas, sus creencias, costumbres, valores, modos de vida, etc. Los cuidados, para Leininger, son el componente central, dominante y esencial de la enfermería, y pueden ser diversos (diferentes significados, patrones, valores, creencias o símbolos de los cuidados indicativos de la salud de una cultura específica, tales como el rol de una persona enferma) o universales (características comunes o similares en cuanto a significado, patrones, valores, creencias o símbolos de los cuidados de culturas distintas) ⁽⁴⁰⁾.

La teoría en mención ofrece particular atención al cuidado de los factores de riesgo maternos, la cual es motivo del estudio (línea de investigación), ya que nuestra propuesta fue de explicar los diversos factores que influyen con la prematuridad y de allí proponer estrategias y directivas en relación al cuidado del recién nacido teniendo presente la cultura de la madre.

2.3. Bases conceptuales

2.3.1. Prematuridad

2.3.1.1. Definiciones

La OMS define a la prematurez como aquel nacimiento de más de 20 semanas y menos 37 semanas de gestación y la Academia Americana de Pediatría propone el límite de la prematurez como aquel recién nacido menor de 38 semanas, por el mayor riesgo de morbilidad que se describe entre las 37 y 38 semanas ^(41,42). El parto prematuro representa un problema de salud perinatal importante en todo el mundo, su incidencia ha aumentado más de 30 % durante las últimas dos décadas. Países en desarrollo, son los que sufren la carga más alta en términos absolutos ^(43,44).

La etiología del nacimiento pre término es multifactorial e interaccionan factores fetales, placentarios, uterinos y maternos como es el bajo nivel socioeconómico, la raza, edad muy joven de la madre como es ser menor de 16 años o mayor de 35 años, la actividad materna relacionado con largos períodos de bipedestación o ejercicio, enfermedad materna aguda o crónica, el cual se asocia a parto prematuro espontáneo o inducido, desencadenantes de malformaciones uterinas, traumatismos uterinos, placenta previa, desprendimiento de placenta, trastornos hipertensivos del embarazo, acortamiento prematuro del cuello, cirugía cervical previa, rotura prematura de membranas, amnionitis, embarazos múltiples, parto pre término anterior; problemas fetales como el riesgo de la pérdida del bienestar fetal que pueden precisar un parto prematuro ^(45,46,47).

De forma genérica podemos decir que el término "prematuridad" se acuñó para los niños que nacían con inmadurez de una o varias de sus funciones; fundamentalmente se valora la función respiratoria por ser la más importante en el proceso de adaptación. Esta inmadurez se traduce en la clínica en una dificultad para adaptarse a la vida extrauterina. Dependiendo de la gravedad de la inmadurez las dificultades de adaptación serán más o menos graves, siendo en este proceso cuando, la mayoría de las veces, estos niños adquieren lesiones que pueden ser causa de muerte neonatal o de secuelas psico-motoras ⁽⁴⁸⁾.

2.3.1.2. Factores de riesgo y etiopatogenia de la prematuridad

La prematuridad debe ser considerada hoy en día como un síndrome que tiene como punto de confluencia el parto antes de las 37 semanas de gestación. Este síndrome puede estar motivado por múltiples factores que excepcionalmente actúan de forma aislada; lo habitual es que haya una confluencia de hipotéticas causas que por sí solas no justificarían la prematuridad, pero que al gravitar conjuntamente sobre una determinada mujer inducen el nacimiento de un prematuro. En los últimos años se ha dado un paso decisivo al ponerse de relieve la infección subclínica como causa de prematuridad y su relación con la rotura prematura de membranas, patologías que con mucha frecuencia son interdependientes ⁽⁴⁹⁾.

2.3.1.3. Etiología y factores de riesgo del parto pre término

A pesar de que la prematuridad es la principal causa de morbimortalidad perinatal en el mundo, conocemos poco respecto a su etiopatogenia y a los factores que la favorecen. Se han enumerado un buen número de factores de riesgo relacionados con el parto prematuro, la mayoría de los cuales no son

modificables mediante una acción preventiva o terapéutica. Los que se citan con mayor frecuencia pueden agruparse en cuatro grandes áreas: riesgo demográfico, riesgo conductual, riesgo médico y obstétrico previo al embarazo y riesgo del embarazo actual⁽⁵⁰⁾.

El riesgo relativo asociado a cada uno de estos factores es variable. Los que parecen tener un vínculo más firme son la raza y el nivel socioeconómico entre los demográficos, el tabaquismo entre los conductuales, el parto prematuro, los abortos de segundo trimestre y las anomalías cervicales y uterinas entre los médicos y obstétricos previos al embarazo y la gestación múltiple, las anomalías placentarias y las hemorragias entre los del embarazo actual. Los dos factores que con más intensidad se relacionan con prematuridad son el embarazo múltiple y el antecedente de parto prematuro⁽⁵¹⁾.

La capacidad de las clasificaciones de riesgo para identificar a la población que va a presentar un parto prematuro es limitada. En general, cuando la puntuación del score de riesgo es alta la incidencia aumenta, pero las clasificaciones únicamente reconocen un pequeño porcentaje de las pacientes que finalmente parirán antes de las 37 semanas de gestación. En el estudio publicado por el National Institute of Child Health and Human Development de EEUU en 1996, la clasificación de riesgo tuvo una sensibilidad del 18.2 y el 24.2% con un valor predictivo positivo del 33.3 y el 28.6% (según se tratara de pacientes multíparas o nulíparas)⁽⁵²⁾.

Algunos de los factores de riesgo pueden considerarse como etiológicos per se, mientras que otros actuarían a través de terceros o serían simples marcadores poblacionales. Por ejemplo, el tabaco o la cocaína pueden provocar un desprendimiento de placenta (factor de riesgo y etiológico al

Hemorragia después de las 12 semanas de gestación	No
Actividad uterina excesiva	No
Infección vaginal, cervical o de líquido amniótico	Modificable
Cirugía abdominal	Modificable
	No

2.3.1.4. Grupos de prematuridad

Siguiendo la misma línea argumental podemos diferenciar tres grandes grupos de prematuridad: a) el del parto pre término espontáneo con membranas íntegras, b) el asociado a rotura prematura de membranas y c) el producido por indicación médica. La amenaza de parto prematuro y la rotura prematura de membranas se encuentran íntimamente interrelacionadas, de tal manera que cualquiera de las dos puede dar lugar a la otra, y forman, junto con la infección amniótica, parte de una triada en la que es difícil definir las líneas de división. La importancia que la colonización del líquido amniótico puede tener en el origen del parto prematuro no se ha reconocido hasta hace pocos años; sin embargo son cada vez más los datos que la sustentan. La presencia de gérmenes no siempre tiene que significar infección clínica, porque los mecanismos bactericidas del líquido y las membranas y el sistema inmunológico fetal pueden atenuar los efectos, pero es capaz de manifestarse como dinámica en semanas precoces de la gestación, a veces como primer síntoma de lo que luego será una corioamnionitis franca. Los porcentajes de cultivos positivos en muestras de líquido amniótico obtenidas, tanto en

pacientes con rotura prematura de membranas como en gestantes con amenaza de parto prematuro y membranas integra, apoyan esta idea ⁽⁵⁴⁾.

La asociación entre vaginosis bacteriana y RPM o APP se ha investigado repetidamente en los últimos años con resultados positivos ^(55,56), sin embargo, la relación no está tan clara cuando se analiza aisladamente alguno de los gérmenes que se suele encontrar con mayor frecuencia. Por ejemplo, el ureaplasma realitcum, que se halla en más del 40% de las gestantes y es también uno de los que se aísla con más frecuencia en los cultivos de líquido amniótico ⁽⁵³⁾ no ha demostrado tener una relación directa ni con la RPM ni con el parto prematuro. Sin embargo, sí que parece estar relacionado con la presencia de otros gérmenes que podrían tener un papel de mayor protagonismo ⁽⁵⁷⁾.

El grupo de parto por indicación médica es un tanto inestable, porque puede afectar a patologías que por sí mismas ya originan dinámica uterina placenta previa, infección amniótica, o diabetes, y su porcentaje en una población determinada está influido por factores tan dispares como la calidad de la atención médica o el tipo de gestantes atendidas. Aproximadamente 2/3 de los partos prematuros son la consecuencia del inicio espontáneo de dinámica uterina o están asociados a rotura prematura de membranas, mientras que el tercio restante obedece a una decisión médica, ya sea por indicación materna o fetal ^(55,56). Sin embargo, los porcentajes varían según las poblaciones estudiadas. En una misma localidad, en las pacientes visitadas en hospitales públicos el 34% de los prematuros fueron causados por una APP, el 46% por RPM y el 20% por patología médica, mientras que en pacientes privadas los porcentajes fueron del 55, 27 y 18% respectivamente ⁽⁵⁸⁾.

2.3.2. Factores de Riesgo maternos

Actualmente, están mejor definidos los factores que incrementan la posibilidad de presentar prematuridad; Algunos autores los han clasificado básicamente en cinco grupos:

1. **Socio demográficos maternos:** edades cronológicas extremas, relación de pareja, bajo nivel escolar, etnia, condiciones económicas desfavorables, Hacinamiento (cuatro personas o más en un dormitorio) y la altura geográfica de residencia.
2. **Riesgos médicos anteriores al embarazo:** antecedente de bajo peso al nacer, enfermedades crónicas (hipertensión arterial crónica, cardiopatías, nefropatías), multíparidad y estado nutricional materno.
3. **Riesgos médicos del embarazo actual:** preeclampsia, eclampsia, anemia, infección urinaria, hemorragias del primero, segundo y tercer trimestre de la gestación, ganancia de peso insuficiente durante la gestación, primíparidad y período intergenésico corto (menor a 24 meses).
4. **Cuidados prenatales inadecuados:** sea porque éstos se inicien de forma tardía o porque el número de controles durante la gestación sea insuficiente
5. **Riesgos ambientales y hábitos tóxicos:** incluye trabajo materno excesivo, estrés excesivo, tabaquismo, alcoholismo y drogadicción ^(59,60).

2.3.2.1. Factores de riesgo socio demográficos

2.3.2.1.1. Edad materna.

Un gran número de estudios han indicado que la incidencia de bajo peso al nacer aumenta en los dos extremos de la vida reproductiva de la mujer; es decir, entre 15 y 19 años y de 35 y 40 años ⁽⁶¹⁾.

En cualquier grupo de edad el riesgo puede ser factores biológicos intrínsecos o factores externos, incluidos los socioeconómicos.

De hecho, la mayoría de madres adolescentes son solteras, de bajos ingresos, y han tenido un cuidado prenatal inadecuado ^(62,63).

En el otro extremo, es ampliamente aceptado que las mujeres mayores de 35 años tienen una mayor incidencia de complicaciones en el embarazo, que puede estar relacionado con los procesos relacionados con las enfermedades crónicas como la hipertensión y la diabetes, en lugar de la edad ⁽⁶⁴⁾.

2.3.2.1.2. Raza y origen étnico.

En Estados Unidos, las mujeres afroamericanas experimentan una mayor tasa de parto prematuro en comparación con las mujeres blancas ⁽⁶⁵⁾.

A menudo se incluye en los modelos explicativos del bajo peso al nacer, a pesar de que no hay factores genéticos o fisiológicos conocidos o vinculados al color de la piel se ha identificado que aumenta el riesgo de parto prematuro ⁽⁶⁶⁾.

Los estudios que examinaron las diferencias raciales en el BPN o en el parto prematuro a menudo se han centrado en las diferencias en ingresos, educación, hábitos de salud, y el acceso a la atención prenatal como posibles mecanismos explicativos ⁽⁶⁷⁾.

Esta situación puede reflejar las barreras de atención óptima que interfieren con la recepción de la atención prenatal de la mujer. Aunque las mejoras significativas en la salud materna e infantil se han mejorado en las últimas décadas, la atención en algunas áreas son insatisfecha ⁽⁶⁸⁾.

2.3.2.1.3. El nivel socioeconómico.

El bajo nivel socioeconómico medido en términos de clase social, el ingreso, la educación, está claramente asociado con un mayor riesgo de un parto prematuro y bajo peso al nacer ⁽⁶⁹⁾.

Algunos factores podrían surgir de factores de confusión relacionados tanto con la clase social baja y bajo peso al nacer. Estos incluyen el tabaquismo, la baja ganancia de peso materno y baja estatura, las complicaciones obstétricas como la hipertensión y pre eclampsia, algunos tipos de infecciones del tracto genitourinario, y el acceso limitado a la atención prenatal de alta calidad. El tabaquismo materno durante el embarazo es más común en los hogares con menor nivel socioeconómico ⁽⁷⁰⁾.

Se ha sugerido que la pobreza podría afectar el estado de salud de la madre en el momento de la concepción a través de reservas fisiológicas inferiores, o que las mujeres menos saludables son más propensas a concentrarse en las clases sociales más bajas ⁽⁶⁹⁾.

Otras causas potenciales son la variación en la cantidad y calidad de la atención médica, la dieta, las condiciones de vivienda, menor apoyo social, el desempleo, el aumento de la exposición a agentes tóxicos, o el riesgo de enfermedades infecciosas. El efecto de la situación socioeconómica, probablemente, representa la suma de muchos factores, cada uno de los cuales pueden aumentar el riesgo durante el embarazo.

2.3.2.1.4. Estado civil.

Otro factor de riesgo importante para el bajo peso al nacer es el estado civil, el cual está estrechamente interrelacionado con otros factores como el nivel socioeconómico, la edad, la cultura y la raza. Por lo tanto, los bebés con bajo

peso son con frecuencia los hijos de madres solteras, que está directamente relacionada con la edad materna más joven, o de parejas en las que el padre está ausente durante el embarazo.

Por otro lado Holt⁽⁷¹⁾ ha evaluado la importancia de un cambio en el estado civil de la madre entre dos nacimientos. Encontrando que las mujeres que se casaron durante el primer embarazo tenían una menor incidencia de bajo peso al nacer que las madres solteras, pero si se separan durante el segundo embarazo, el riesgo relativo de bajo peso al nacer aumentó (RR = 1,4) en comparación con aquellos que permanecieron casados. Por el contrario, entre las mujeres cuyo estado civil cambió de soltero a casado entre los embarazos, el riesgo de bajo peso al nacer disminuyó (rr = 0,8).

2.3.2.1.5. Educación materna.

Varios estudios han observado que a medida que aumenta la educación materna, el riesgo de bajo peso al nacer disminuye, sin embargo una explicación para este hallazgo observado en repetidas ocasiones no está clara. En su lugar, se plantea la hipótesis de que la educación materna actúa indirectamente mediante la modificación del comportamiento de la salud de las mujeres en términos de iniciación cuidado prenatal, fumar o los hábitos alimenticios durante el período de embarazo⁽⁷²⁾.

Otros han considerado la educación materna como un sustituto para el nivel socioeconómico⁽⁷³⁾.

2.3.2.2. Los riesgos ambientales y de comportamiento

2.3.2.2.1. Tabaco

De todas las drogas consumidas por la madre que pueden afectar al feto, el tabaco es el más común. Fumar durante el embarazo conduce a un peso

promedio al nacer de 200 g (rango, 150-250 g) menor que el peso medio al nacer de los niños de las no fumadoras ⁽⁷⁴⁾.

La asociación del consumo de tabaco y otros efectos indeseables también se ha documentado, como la mayor incidencia de aborto involuntario y la prematuridad ⁽⁷⁵⁾.

2.3.2.2.2. Consumo de alcohol.

Una consecuencia importante de consumo frecuente de alcohol durante el embarazo es el síndrome de alcoholismo fetal (SAF). FAS se caracteriza por tres conclusiones principales: facies anormales, alteraciones en el sistema nervioso(CNS) y RCIU ⁽⁷⁶⁾.

El consumo ocasional o muy poco frecuente de alcohol durante el embarazo, probablemente, no tiene efectos adversos sobre el feto, sin embargo, esto sigue siendo controvertido.

2.3.2.2.3. Control prenatal.

Consultas de atención prenatal regular se asocian con beneficios importantes en el resultado del parto, tal vez debido a un diagnóstico precoz de factores de riesgo de bajo peso al nacer. La controversia con respecto a la eficacia de esta relación viene de la dificultad de definir qué constituye una atención prenatal adecuada. Un índice muy utilizado es el de Kesnner, que se basa en la fecha de la primera visita, número total de visitas y la duración de embarazo ⁽⁷⁷⁾.

Muchos estudios han establecido una relación entre estos factores y la prematuridad ⁽⁷⁸⁾.

2.3.2.3. Riesgos médicos.

Existen numerosos riesgos médicos y obstétricos para la prematuridad, y pueden ser divididos entre los detectable antes del embarazo, como una enfermedad crónica de la madre o un historial de mala evolución del embarazo, y los que sólo se puede observar durante el embarazo, como placenta previa o diabetes gestación.

2.3.2.3.1. Hipertensión.

La hipertensión es la enfermedad más a menudo asociada con la restricción del crecimiento fetal, y puede estar asociada con el parto prematuro ⁽⁷⁹⁾.

Presión arterial materna elevada también puede causar un parto prematuro (a menudo provocada por el desprendimiento prematuro de la placenta), o requerir intervención médica para el parto del bebé y evitar así problemas aún más graves.

Durante la última década se ha producido un aumento de la prevalencia de la obesidad durante el embarazo y las mujeres han pospuesto su periodo fértil ⁽⁸⁰⁾.

Dado que tanto la obesidad y la edad avanzada se asocia con la hipertensión, es razonable sospechar que la prevalencia de hipertensión antes del embarazo en las mujeres embarazadas puede estar aumentando. Las mujeres con hipertensión crónica difieren de las mujeres normotensas en ciertas características como el peso, la edad y la paridad, los factores que afectan tanto a la incidencia de la preeclampsia y el peso al nacer del bebé

2.3.2.3.2. Anemia

Las anemias nutricionales son más frecuentes en el embarazo, entre ellas la que se producen por disminución del hierro en la sangre (ferropénica). Las embarazadas necesitan hierro para reponer las pérdidas basales, aumentar la cantidad de glóbulos rojos y satisfacer las necesidades del feto y de la placenta ⁽⁸¹⁾.

El control y prevención de la deficiencia de hierro debe iniciarse desde antes del embarazo y continuarse durante la gestación y 3 meses posteriores al parto mediante suplementación de hierro, ácido fólico y vitaminas; pues las necesidades de hierro durante el segundo y tercer trimestres de la gestación no se pueden cubrir solamente con la dieta ⁽⁸²⁾.

2.3.2.3.3. Periodo intergenesico

Durante el embarazo y la lactancia la madre disminuye sus recursos biológicos y nutritivos, y necesita un tiempo para recuperarse y prepararse para otro embarazo.

Esto explica, la alta frecuencia de BPN cuando el tiempo que media entre uno y otro embarazo es corto. Estudios realizados en EE.UU. señalan que los hijos espaciados adecuadamente tienen mayor peso que los nacidos con intervalo corto y plantean un período mínimo de seguridad de tres años ⁽⁸³⁾.

CAPÍTULO III

MARCO METODOLÓGICO

3.1. Tipo de estudio

Según la intervención del investigador, el estudio fue observacional, debido a que no se manipularon ninguna variable.

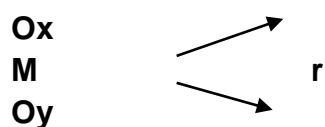
Asimismo, según la planificación de la toma de datos, la investigación fue retrospectiva, es decir se utilizó los datos de las historias clínicas.

Según el número de ocasiones en que mide la variable de estudio, fue transversal, debido a que la medición se realizó en un solo momento.

Y, según el número de variables de interés, el estudio fue analítico, debido a que se empleó el análisis bivariado.

3.2. Diseño del estudio

Para efecto de la investigación se consideró el diseño correlacional, como se muestra a continuación:



Dónde:

M = Población Muestral

Ox = Variable factores de riesgo maternos

Oy = Variable prematuridad

r = La influencia probable entre las variables

3.3. Nivel de investigación

El nivel de investigación fue relacional, debido al análisis de dos variables (análisis bivariado), sin la demostración de causa-efecto.

3.4. Población

La población estuvo constituida por todas las pacientes cuya gestación culminó en parto de recién nacido vivo pre término, del Hospital Regional Hermilio Valdizán Medrano Huánuco en el período enero a diciembre 2015, Durante el período de estudio se registraron un total de 1097 partos, de los cuales 202 fueron partos pre términos, los cuales fueron seleccionados de acuerdo a los criterios de inclusión y exclusión descritos a continuación:

3.4.1. Criterios de inclusión exclusión

Criterios de inclusión: Se incluyeron en el estudio:

- ❖ Mujeres cuya gestación concluyo entre las 22 a 36 semanas con 6 días determinada por el método de Capurro en el examen físico del neonato.
- ❖ Historias clínicas completas
- ❖ Recién nacido vivo.
- ❖ Cuatro o más controles prenatales.

Criterios de exclusión:

- ❖ Muerte fetal intrauterina.
- ❖ Historia clínica incompleta.
- ❖ Malformaciones fetales mayores.

3.4.1. Ubicación de la población en espacio y tiempo.

El estudio se realizó en el Servicio de gineco obstetricia del Hospital Regional Hermilio Valdizán Medrano, ubicado en el distrito, provincia y departamento

de Huánuco. Jr. Hermilio Valdizán 950 la duración del estudio estuvo comprendida entre los meses de enero a diciembre del 2015.

3.5. Muestra y muestreo.

3.5.1. **Unidad de análisis** : Cada uno de los casos de gestantes incluidos en la muestra

3.5.2. **Unidad de muestreo**: Igual que la unidad de análisis.

3.5.3. **Marco muestral**: Estuvo conformada por una relación de Historias clínicas de las gestantes atendidas en el Hospital Regional Hermilio Valdizán Medrano.

Tamaño de la muestra : Se registraron 202 casos de parto pre término, tras la revisión de los datos consignados en las historias clínicas y el Sistema Informático Perinatal Básico (SIP 2000) de acuerdo a los criterios de inclusión y exclusión, presentados, se excluyeron 76, obteniéndose 126 casos aptos para el estudio.

Se utilizó la siguiente fórmula:

$$n = \frac{Z_{1-\alpha/2}^2 * p * q}{d^2}$$

Por tanto, se trabajó con una muestra mínima total de 120 gestantes del Hospital en estudio.

Alfa (Máximo error tipo I)	α	0.020
Nivel de Confianza	$1 - \alpha/2$	0.990
Z de $(1-\alpha/2)$	Z $(1 - \alpha/2)$	2.326
Prevalencia de la enfermedad	p	0.090
Complemento de p	q	0.910
Precisión	d	0.061
Tamaño de la muestra	n	120

3.5.5. Tipo de muestreo: La selección de la muestra fue mediante el muestreo aleatorio simple y teniendo en cuenta los criterios de inclusión y exclusión

3.6. Métodos e instrumentos de recolección de datos

El método utilizado fue:

- ❖ La documentación, que constituye la técnica de recolección de datos más básica y corresponden a los estudios retrospectivos donde es la única forma disponible de recopilar la información.

3.6.2. Instrumento

Asimismo, el instrumento utilizado fue:

a. Ficha de recolección de datos; se consideraron los datos relacionados a los factores maternos biológicos, sociales, obstétricos y médicos. Asimismo lo conformó datos relacionados a prematuridad (Anexo 01).

Dentro del factor biológico se consideró a la variable edad con sus categorías edad materna <16 y >35 años, Talla materna < 1.57 cm y Edad gestacional <28 semanas

En cuanto al factor social, fueron considerados las variables estado civil soltera y grado de instrucción bajo (sin estudios, primaria incompleta).

Respecto a los factores obstétricos, consideramos a las variables paridad múltipara y gran múltipara, intervalo intergenésico menor de 2 años, ausencia de control prenatal, parto cesárea y ganancia de peso menor a 8 Kilos.

Y, en relación a los factores médicos, fueron considerados los antecedentes personales tipo médico y antecedentes médicos en la última gestación.

3.6.3. Validez y confiabilidad de los instrumentos

Se tuvo en cuenta la validez de contenido mediante el juicio de cinco (05) expertos especialistas en neonatología, donde por unanimidad concluyeron que el instrumento se encontraba de acorde para su inmediata aplicación.

En cuanto a la confiabilidad de los instrumentos no fue necesario por las características de los métodos de recolección de datos que fue mediante la documentación.

3.7. Procedimientos de recolección de datos

Para el estudio se tuvo en cuenta los siguientes procedimientos:

Autorización:

Se emitió una solicitud para obtener autorización en la aplicación del trabajo de campo realizado en el Hospital Regional Hermilio Valdizán Medrano.

Aplicación de Instrumentos:

Se capacitó al personal de apoyo para la recolección de datos.

- ❖ Luego, se recopiló información de un libro de padrón donde se encuentran plasmadas el total de población de los pacientes hospitalizados en el servicio de gineco obstetricia del Hospital Regional Hermilio Valdizán Medrano del año 2015.

- ❖ Asimismo, una vez calculada la muestra, se realizó el sorteo para la selección de la muestra, luego se anotó los nombres de todos los pacientes para sacar los números de historia.
- ❖ Seguidamente se prosigue en el servicio de admisión para adquirir los datos de las historias clínicas correspondientes.
- ❖ Con los números de historias registradas se procedió a sacar las historias del área de archivo para la ejecución del instrumento.
- ❖ Luego de realizar la ejecución del instrumento y teniendo toda la información necesaria se pasó a realizar la tabulación respectiva.

3.8. Elaboración de los datos

Se consideraron las siguientes fases:

Revisión de los datos. Donde se tuvo en cuenta el control de calidad de los datos, con el fin de poder hacer las correcciones pertinentes.

Codificación de los datos. Se transformó en códigos numéricos de acuerdo a las respuestas esperadas en el instrumento, según las variables del estudio.

Clasificación de los datos. Se realizó de acuerdo al tipo de variables y sus escalas de medición.

Presentación de datos. Se presentó los datos en tablas académicas o en gráficos según las variables en estudio.

3.9. Análisis de los datos

En el análisis descriptivo de los datos se utilizaron sobre todo por el carácter de los datos el análisis de las frecuencias y los porcentajes, mediante tablas y gráficos adecuados a la necesidad.

En la comprobación de la hipótesis se utilizaron la Prueba de Chi Cuadrada de independencia con el fin de relacionar las variables cualitativas. El nivel de significancia establecido fue del 0,05. En todo el procesamiento de los datos se utilizó el paquete estadístico IBM SPSS Statistics 20.0.

3.10. Aspectos éticos de la investigación

En cuanto a las consideraciones éticas se tuvo en cuenta la custodia de los datos, las cuales solo fueron utilizados con fines para el estudio de investigación.

Asimismo, se tuvo en cuenta la revisión del estudio por la asesora y los jurados de la E.A.P. de Enfermería.

CAPÍTULO IV

ANÁLISIS DE RESULTADOS

4.1. Resultados descriptivo

4.1.1. Características biológicas:

Tabla 01. Edad en años de las madres gestantes en estudio del Hospital Hermilio Valdizán Medrano – Huánuco 2015.

Edad en años	Frecuencia	%
Menor de 16	3	2,5
De 17 a 21	30	25,0
De 22 a 27	21	17,5
De 28 a 33	39	32,5
De 34 a 39	18	15,0
De 40 a 45	9	7,5
Total	120	100,0

Fuente: Ficha de recolección de datos (Anexo 01).

El 32,5% (39 madres) se encontraban con edades entre 28 a 33 años, el 25,0% (30 madres) edades de 22 a 27 años, el 17,5 % (21madres) edades de 22 a 27 años, el 15 ,0% (18 madres) edades de 34 a 39 años, asimismo 7,5% (9 madres) edades de 40 a 45 años y el 2,5% (3 madres) edades menor de 16 años.

Tabla 02. Talla materna de las madres gestantes en estudio del Hospital Hermilio Valdizán Medrano – Huánuco 2015.

Talla materna	Frecuencia	%
> 160 cm	31	26,0
157 -159 cm	24	20,0
< 157 cm	65	54,0
Total	120	100,0

Fuente: Ficha de recolección de datos (Anexo 01).

El 54,0%(65 madres) se encontraban con talla materna menor de 157cm, asimismo el 26,0 % (31 madres) se encontraban con talla mayor a 160 cm y el 20,0% (24 madres) se encontraban con tallas entre 157 a 159 cm.

4.1.2. Características sociales:

Tabla 03. Estado civil de las madres gestantes en estudio del Hospital Hermilio Valdizán Medrano – Huánuco 2015.

Estado civil	Frecuencia	%
Soltera	41	34,2
Casada	12	10,0
Conviviente	67	55,8
Total	120	100,0

Fuente: Ficha de recolección de datos (Anexo 01).

Respecto al estado civil, se encontró que el 55,8% (67 madres) fueron de condición conviviente, el 34,2% (41 madres) de condición solteras y el 10,0% (12 madres) estuvieron casadas.

Tabla 04. Grado de instrucción de las madres gestantes en estudio del Hospital Hermilio Valdizán Medrano – Huánuco 2015.

Grado de instrucción	Frecuencia	%
Sin estudios	20	16,7
Primaria incompleta	42	35,0
Primaria completa	12	10,0
Secundaria incompleta	19	15,8
Secundaria completa	15	12,5
Universitario	12	10,0
Total	120	100,0

Fuente: Ficha de recolección de datos (Anexo 01).

En razón al grado de instrucción de las gestantes en estudio, se encontró que el 35,0% (42 madres) presentaron educación primaria incompleta, el 16,7% (20 madres) no tuvieron estudios, el 15,8% (19 madres) tuvieron secundaria incompleta, el 12,5 % (15 madres) tuvieron secundaria completa, y el 10,0% (12 madres) tuvieron primaria completa y estudios universitarios en la misma proporción.

4.1.3. Características obstétricas:

Tabla 05. Paridad de las madres gestantes en estudio del Hospital Hermilio Valdizán Medrano – Huánuco 2015.

Paridad	Frecuencia	%
Primípara	26	21.7
Múltipara	36	30.0
Gran múltipara	58	48.3
Total	120	100.0

Fuente: Ficha de recolección de datos (Anexo 01).

En cuanto a la paridad, se encontró que la mayoría del 48,3% (58 madres) se encontraban en condición de gran múltipara, el 30,0% (36 madres) fueron múltiparas y el 21,7% (26 madres) primípara

Tabla 06. Intervalo intergenésico de las madres gestantes en estudio del Hospital Hermilio Valdizán Medrano – Huánuco 2015

Intervalo intergenésico	Frecuencia	%
Sin período intergenésico	26	21,7
Menor de 2 años	36	30,0
2 a 4 años	40	33,3
Mayor de 4 años	18	15,0
Total	120	100,0

Fuente: Ficha de recolección de datos (Anexo 01).

De acuerdo al intervalo intergenésico, el 33,3% (40 madres) se encontraban en período intergenésico entre 2 a 4 años, el 30,0% (36 madres) tuvieron menor de 2 años, el 21,7% (26 madres) se encontraban sin periodo intergenesico, y el 15,0 % (18 madres) tuvieron mayor a 4 años.

Tabla 07. Control pre natal de las madres gestantes en estudio del Hospital Hermilio Valdizán Medrano – Huánuco 2015

Control pre natal	Frecuencia	%
SI	105	87,5
NO	15	12,5
Total	120	100,0

Fuente: Ficha de recolección de datos (Anexo 01).

En relación al control prenatal, la mayoría del 87,5% que representaron a 105 madres tuvo consultas de control prenatal y mientras que el 12,5% que equivalen a 15 madres no tuvieron control prenatal.

Tabla 08. Número de controles de las madres gestantes en estudio del Hospital Hermilio Valdizán Medrano – Huánuco 2015

Número de Controles	Frecuencia	%
0	15	12,5
1 a 4 controles	80	66,7
≥ 5	25	20,8
Total	120	100,0

Fuente: Ficha de recolección de datos (Anexo 01).

En cuanto al número de controles prenatales, el 66,7% (80 madres) tuvieron entre 1 a 4 controles, el 20,8% (25 madres) mayor o igual a 5 controles y el 12,5% (15 madres) se encontraban sin ningún control prenatal.

Tabla 09. Tipo de parto de las madres gestantes en estudio del Hospital Hermilio Valdizán Medrano – Huánuco 2015

Tipo de parto	Frecuencia	%
Normal	76	63,3
Cesárea	44	36,7
Total	120	100,0

Fuente: Ficha de recolección de datos (Anexo 01).

Concerniente al tipo de parto, se encontró que el 63,3% que correspondieron a 76 madres tuvieron parto normal y el 36,7% (44 madres) tuvieron parto por cesárea.

Tabla 10. Ganancia de peso de las madres gestantes en estudio del Hospital Hermilio Valdizán Medrano – Huánuco 2015

Ganancia de peso	Frecuencia	%
12 kg	34	28,4
8–12 kg	64	53,3
< 8 kg	22	18,3
Total	120	100,0

Fuente: Ficha de recolección de datos (Anexo 01).

En cuanto a la ganancia de peso de la madre gestante, se encontró que el 53,3 % (64 madres) tuvieron entre 8 y 12 kilos, el 28,4% (34 madres) tuvieron 12 Kilos y el 18,3 % (22 madres) una ganancia menor de 8 kilos.

4.1.4. Características médicas:

Tabla 11. Antecedentes personales de tipo médico de las madres gestantes en estudio del Hospital Hermilio Valdizán Medrano – Huánuco 2015

Antecedentes personales de tipo médico	SI		NO	
	(n : 120)			
	N	%	N	%
Infección del tracto urinario	10	8,3	110	91,7
Disfunción ginecológica	1	0,8	119	99,2
Otras	35	29,2	85	70,8

Fuente: Ficha de recolección de datos (Anexo 01).

En cuanto a los antecedentes personales de tipo médico, se encontró que el 8,3% (10 madres) tuvieron infección del tracto urinario, una de ellas disfunción ginecológica y el 29,2% (35 madres) otra patología.

Tabla 12. Antecedentes médico en la ultima gestación de las madres gestantes en estudio del Hospital Hermilio Valdizán Medrano – Huánuco 2015

Antecedentes personales de tipo médico en la última gestación	SI		NO	
	(n : 120)			
	N	%	N	%
Infección del tracto urinario	84	68,0	36	32,0
Ruptura prematura de membranas	26	21,6	94	78,3
Preeclampsia - Eclampsia	68	57,0	52	43,0
Retención placentaria	13	10,8	107	89,2
Hemorragias	5	4,1	115	95,8
Anemia	25	20,8	95	70,8

Fuente: Ficha de recolección de datos (Anexo 01).

Respecto a los antecedentes médicos en la última gestación, se encontró que el 68,0% (84 madres) presentaron infección del tracto urinario, el 57,0% (68 madres) pre eclampsia – eclampsia, el 21,6 % (26 madres) ruptura prematura de membranas, el 20,8% (25 madres) anemia, el 10,8 % (13 madres) retención placentaria y el 4,1% (5 madres) presentaron hemorragias.

4.1.5. Características prematuridad:

Tabla 13. Prematuridad presente en recién nacidos de las madres gestantes en estudio del Hospital Hermilio Valdizán Medrano – Huánuco 2015.

Prematuridad	Frecuencia	%
SI	72	60,0
NO	48	40,0
Total	120	100,0

Fuente: Ficha de recolección de datos (Anexo 01).

En cuanto a la prematuridad en los recién nacidos de las madres gestantes en estudio, se encontró que el 60,0% (72 recién nacidos) presentaron prematuridad y el 40,0% (48 recién nacidos) no tuvieron prematuridad.

4.1.6. Factores maternos biológicos:

Tabla 14. Factor materno biológico de las madres gestantes en estudio del Hospital Hermilio Valdizán Medrano – Huánuco 2015

Factores maternos biológicos	Frecuencia	%
Edad materna <16 y >35 años		
NO	33	27,5
SI	87	72,5
Talla materna <157 cm		
SI	65	54,2
NO	55	45,8

Fuente: Ficha de recolección de datos (Anexo 01).

Dentro de los factores maternos biológicos, se encontró a la edad materna <16 y >35 años, donde el 72,5% (87 madres) tuvieron esta edad y sin embargo el 27,5% (33 madres) se encontraban fuera de este rango, así mismo para la talla materna <157 cm, el 54,2 % (65 madres) tuvieron esta talla y el 45,8 % (55 madres) se encontraban fuera del rango.

4.1.7. Factores maternos sociales:

Tabla 15. Factores maternos sociales de las madres gestantes en estudio del Hospital Hermilio Valdizán Medrano – Huánuco 2015

Factores maternos Sociales	Frecuencia	%
Estado civil soltera		
SI	41	34,2
NO	79	65,8
Grado de instrucción bajo		
SI	57	47,5
NO	63	52,5

Fuente: Ficha de recolección de datos (Anexo 01).

En cuanto a los factores maternos sociales, se encontró que el 34,2% (41 madres) tuvieron estado civil de soltera y el 47,5% (57 madres) alcanzaron un grado de instrucción bajo (sin estudios y primaria incompleta).

4.1.8. Factores maternos obstétricos:

Tabla 16. Factores maternos obstétricos de las madres gestantes en estudio del Hospital Hermilio Valdizán Medrano – Huánuco 2015

Factores maternos obstétricos	Frecuencia	%
Paridad múltipara y gran múltipara		
SI	94	78,3
NO	26	21,7
Intervalo intergenésico menor de 2 años		
SI	84	70,0
NO	36	30,0
Ausencia de control prenatal		
SI	15	12,5
NO	105	87,5
Cesárea		
SI	44	36,7
NO	76	63,3
Ganancia de peso menor a 8 Kilos.		
SI	22	18,3
NO	98	81,7

Fuente: Ficha de recolección de datos (Anexo 01).

Respecto a los factores maternos obstétricos, se encontró que el 78,3% (94 madres) tuvieron paridad múltipara y gran múltipara, el 70,0% (84 madres) se encontraban con intervalo intergenésico menor de 2 años, el 12,5% (15 madres) presentaron ausencia de control prenatal y el 36,7% (44 madres)

tuvieron como vía de nacimiento a la cesárea y el 18,3 % (22 madres) tuvieron una ganancia de peso menor a 8 Kilos.

4.1.9. Factores maternos médicos:

Tabla 17. Factores maternos médicos de las madres gestantes en estudio del Hospital Hermilio Valdizán Medrano – Huánuco 2015

Factores maternos médicos	Frecuencia	%
Infección de tracto urinario en anterior gestación		
SI	10	8,3
NO	110	91,7
Preeclampsia-eclampsia en la última gestación		
SI	68	57,0
NO	52	43,0
Ruptura prematura de membranas en la última gestación		
SI	68	57,0
NO	52	43,0
Placenta previa		
SI	74	62,0
NO	46	38,0
Infección de tracto urinario en la última gestación		
SI	84	68,0
NO	36	32,0
Anemia		
SI	18	15,0
NO	102	85,0

Fuente: Ficha de recolección de datos (Anexo 01).

En relación a los factores maternos médicos, se encontró que el 8,3% (10 madres) tuvieron infección de tracto urinario en anterior gestación, asimismo el 57,0% (68 madres) presentaron pre eclampsia-eclampsia en la última gestación, el 57,0% (68 madres) ruptura prematura de membranas en la última gestación, el 68,0% (84 madres) infección de tracto urinario en la última gestación, el 62.0 % (74 madres) placenta previa y el 15 % (18 madres) presentaron anemia.

4.2. Resultados inferencial

Tabla 18. Relación entre factor materno biológico y prematuridad en recién nacidos en madres gestantes en el Hospital Hermilio Valdizán Medrano – Huánuco 2015

Factores maternos biológicos	Prematuridad (n=120)				Total n	Prueba Chi cuadrada	Significancia
	SI		NO				
	n	%	n	%			
Edad materna <16 y >35 años							
SI	26	21,7	7	5,8	33	4,89	0,029
NO	46	38,3	41	34,2	87		
Talla materna <157 Cm							
SI	47	39,2	18	15,0	65	1,070	0,001
NO	25	20,8	30	25,0	55		

Fuente: Ficha de recolección de datos (Anexo 01).

En cuanto a la relación entre edad materna <16 y >35 años y prematuridad, observamos que el 21,7% de los recién nacidos estuvieron expuestos a la edad materna <16 y >35 años y a la vez presentaron prematuridad y el 39,2% de los estuvieron expuestos a la talla materna menor de 157 cm y a la vez presentaron prematuridad. Mediante la Prueba de Chi cuadrado la variable edad materna <16 y >35 años ($X^2=4,89$; $P\leq 0,029$) y la variable talla materna menor de 157 c.m ($X^2=1,070$; $P\leq 0,0010$) resultaron significativo estadísticamente; la edad <16 y >35 años y la talla menor de 157cm, influyen significativamente con la prematuridad del recién nacido en el Hospital Hermilio Valdizán Medrano de Huánuco.

Tabla 19. Relación entre factores maternos sociales y prematuridad en recién nacidos en madres gestantes del Hospital Hermilio Valdizán Medrano – Huánuco 2015.

Factores maternos sociales	Prematuridad (n=120)				Total n	Prueba Chi cuadrada	Significancia
	SI		NO				
	N	%	n	%			
Estado civil soltera							
SI	24	20.0	17	14.2	41		
NO	48	40.0	31	25.8	79	0,02	0,890
Grado de instrucción bajo							
SI	32	26.7	25	20.8	57	0,01	0,943
NO	40	33.3	23	19.2	63		

Fuente: Ficha de recolección de datos (Anexo 01).

Respecto a la relación entre los factores maternos sociales y prematuridad, observamos que el 20,0% de los recién nacidos estuvieron expuestos a estado civil soltera y a la vez presentaron prematuridad y el 26,7% de los recién nacidos estuvieron expuestos a grado de instrucción bajo y a la vez presentaron prematuridad. Mediante la Prueba de Chi cuadrado tanto la variable estado civil soltera ($X^2=0,02$; $P\leq 0,890$) y la variable grado de instrucción bajo ($X^2=0,01$; $P\leq 0,943$) no resultaron significativos estadísticamente; es decir el estado civil soltera y el grado de instrucción bajo no influyen significativamente con la prematuridad del recién nacido en el Hospital Hermilio Valdizán Medrano de Huánuco

Tabla 20. Relación entre factores maternos obstétricos y prematuridad en recién nacidos en madres gestantes del Hospital Hermilio Valdizán Medrano – Huánuco 2015.

Factores maternos obstétricos	Prematuridad (n=120)				Total n	Prueba Chi cuadrada	Significancia
	SI		NO				
	n	%	n	%			
Paridad múltipara y gran múltipara							
SI	56	46,7	38	31,7	94	7,034	0,004
NO	16	13,3	10	8,3	26		
Intervalo intergenésico menor de 2 años							
SI	28	23,3	8	6,7	36	8,62	0,003
NO	44	36,7	40	33,3	84		
Ausencia de control prenatal							
SI	10	8,3	5	4,2	15	0,38	0,951
NO	62	51,7	43	35,8	105		
Cesárea							
SI	26	21,7	18	15,0	44	0,02	0,885
NO	46	38,3	30	25,0	76		
Ganancia de peso menor a 8 Kilos.							
SI	12	10,0	10	8,3	22	0,68	0,630
NO	60	50,0	38	31,7	98		

Fuente: Ficha de recolección de datos (Anexo 01).

Concerniente a la relación entre los factores maternos obstétricos y prematuridad, observamos que el 46,7% de los recién nacidos estuvieron expuestos a paridad múltipara y gran múltipara, el 23,3% a intervalo intergenésico menor de 2 años, el 8,3% a ausencia de control prenatal, el 21,7% a cesárea, el 10,0 % a ganancia menor de 8 kilos y a la vez presentaron prematuridad, cada una. Mediante la Prueba de Chi cuadrado solo la variable paridad múltipara y gran múltipara ($X^2=7,034$; $P\leq 0,004$), intervalo intergenésico menor de 2 años ($X^2=8,62$; $P\leq 0,003$), resultaron significativos estadísticamente; es decir la paridad múltipara y gran múltipara, intervalo

intergenésico menor de 2 años, influyen significativamente en la prematuridad del recién nacido en el Hospital Hermilio Valdizán Medrano de Huánuco.

Tabla 21. Relación entre factores maternos médicos y prematuridad en recién nacidos en madres gestantes del Hospital Hermilio Valdizán Medrano – Huánuco 2015.

Factores maternos médicos	Prematuridad (n=120)				Total n	Prueba Chi cuadrada	Significancia
	SI		NO				
	n	%	n	%			
Infección de tracto urinario en anterior gestación							
SI	8	6.7	2	1.7	10	6,79	0,900
NO	64	53.3	46	38.3	110		
Preeclampsia-eclampsia en la última gestación							
SI	58	48.3	26	21.7	84	7,31	0,004
NO	14	11.7	22	18.3	36		
Ruptura prematura de membranas en la última gestación							
SI	40	33.3	28	23.3	68	8,75	0,003
NO	32	26.7	20	16.7	52		
Placenta previa							
SI	42	35.0	32	26.7	74	8,79	0,003
NO	30	25.0	16	13.3	46		
Infección de tracto urinario en la última gestación							
SI	46	38.3	38	31.7	84	19,33	0,000
NO	26	21.7	10	8.3	36		
Anemia							
SI	10	8.3	8	6.7	18	7,81	0,700
NO	62	51.7	40	33.3	102		

Fuente: Ficha de recolección de datos (Anexo 01)

Y, en cuanto a la relación entre los factores maternos médicos y prematuridad, observamos que el 6,7% de los recién nacidos no estuvieron expuestos a

infección de tracto urinario en anterior gestación, el 48,3% a pre eclampsia-eclampsia en la última gestación, el 33,3% a ruptura prematura de membranas en dicha gestación, el 35,0 % a placenta previa, el 38,3% a infección de tracto urinario en la última gestación , el 8.3 % presento anemia y a la vez presentaron prematuridad en el recién nacido , cada una. Mediante la Prueba de Chi cuadrado las variables infección de tracto urinario en anterior gestación ($X^2=6,79$; $P\leq 0,900$), Preeclampsia-eclampsia en la última gestación ($X^2=7,31$; $P\leq 0,004$), ruptura prematura de membranas en la última procreación ($X^2=8,75$; $P\leq 0,003$) , placenta previa($X^2=8,79$; $P\leq 0,003$) e infección de tracto urinario en la final concepción ($X^2=19,33$; $P\leq 0,000$) resultaron significativos estadísticamente; es decir la , Preeclampsia-eclampsia , la ruptura prematura de membranas en la última reproducción y la infección de tracto urinario en la última gestación influyen significativamente con la prematuridad del recién nacido en el Hospital Hermilio Valdizán Medrano de Huánuco

CAPITULO V

DISCUSIÓN

5.1. Discusión de los resultados

Mediante el presente estudio de investigación, se nos permitió caracterizar cuál de los factores de riesgo maternos evaluados fueron los significativos estadísticamente para el desarrollo de la prematuridad en el recién nacido del Hospital Regional Hermilio Valdizán Medrano de Huánuco.

Los factores que influyen en la prematuridad determinados en el presente estudio fueron como factores biológicos: la edad menor de 18 y mayor de 35 años ($X^2=4,75$; $P\leq 0,029$) y la talla materna menor de 157cm ($X^2=1,070$; $P\leq 0,010$), como factores obstétricos paridad múltipara y gran múltipara ($X^2=7,034$; $P\leq 0,004$), intervalo intergenésico menor de 2 años ($X^2=8,62$; $P\leq 0,003$), y como factores médicos Preeclampsia-eclampsia en la última gestación ($X^2=7,4$; $P\leq 0,004$) , ruptura prematura de membranas en la última procreación ($X^2=8,75$; $P\leq 0,003$) , placenta previa ($X^2=8,79$; $P\leq 0,003$) e infección de tracto urinario en la final concepción ($X^2=19,33$; $P\leq 0,000$).

En la literatura nacional y extranjera ^(84, 85,86) encontrada, muestra que la gestación a más temprana edad está asociada con prematuridad ($X^2=4,75$; $P\leq 0,029$) para edad menor a 18 años y mayor de 35 años. Este hallazgo concuerda a su vez con Jaramillo ⁽⁸⁷⁾ y Silveira ⁽⁸⁸⁾, cuyos estudios demuestran una clara asociación entre el embarazo en adolescentes y la ocurrencia de parto pre término. La razón postulada para explicar esta asociación está relacionada con la inmadurez biológica de las mujeres en este grupo etáreo. Las adolescentes frecuentemente son de menor peso y estatura que las

mujeres adultas. Como el crecimiento en la adolescencia no se detiene, las adolescentes requieren más nutrientes durante el embarazo. Tales factores antropométricos reflejarían la inmadurez biológica materna, y también están asociados con parto pre término ⁽⁸⁹⁾.

Respecto a la talla materna en nuestro estudio se encontró asociación estadística con la prematuridad; de acuerdo a la literatura se reporta un estudio realizado por Rojas ⁽⁹⁰⁾ que demuestra asociación significativa entre estas dos variables. Sin embargo, dicha asociación podría ser atribuida a otras características sociales o culturales concurrentes, que podrían tener más influencia sobre el parto pre término.

El antecedente de paridad materna demostró tener asociación significativa con la prematuridad en nuestro estudio. Encontramos que el 78,3% de las gestantes en estudio presentaron dos partos o menos; este hecho puede deberse a las características de la población estudiada, la cual como fue señalado anteriormente está formada en su mayoría por mujeres jóvenes, en el rango de edad entre 22 a 33 años. Es de destacar que la falta de asociación determinada, concuerda con lo encontrado por Trelles ⁽⁹¹⁾, quien determinó que las pacientes con más de 4 partos previos tienen un riesgo de 2 a 3 veces mayor de presentar prematuridad.

Nuestro hallazgo difiere con lo encontrado por Riva ⁽⁹²⁾ que concluye que la paridad, el riesgo social, el antecedente de aborto y el antecedente de infección urinaria durante la gestación actual no se asociaron con parto pretérmino.

Respecto al período intergenésico, encontramos un intervalo intergenésico menor de 2 años ($X^2=8,62$; $P\leq 0,003$) lo que demostró asociación estadística

en nuestro estudio, lo que concuerda con un meta análisis publicado que incluyó 67 estudios, involucrando 11 millones de embarazos de madres provenientes de 62 países, en el que se calculó un OR de 1.2 (IC: 1.24-1.58) para el período intergenésico menor a 6 meses respecto a la ocurrencia de parto pretérmino ⁽⁹³⁾. Dicha asociación estadística podría ser explicada, debido a que la recuperación materna tras los cambios fisiológicos producidos durante el embarazo previo, podría ser incompleta; principalmente las modificaciones uterinas y hormonales, todo lo cual comprometería el desarrollo temprano del nuevo feto, incrementándose el riesgo de parto pre término.

Diversos autores hacen mención de la asociación entre infección del tracto urinario y parto prematuro. Se sabe que la infección del tracto urinario (ITU) puede causar irritabilidad uterina y parto pretérmino. Existe evidencia en relación a la producción de citoquinas proinflamatorias secretadas por los monocitos o macrófagos de la madre y el feto en respuesta a productos bacterianos (endotoxinas) las cuales pueden producir trabajo de parto.

El diagnóstico de Infección del tracto urinario demostró asociación significativa en nuestro estudio, lo que discrepa con el estudio de Díaz ⁽⁹⁴⁾.

En nuestro estudio, se encontró que la ganancia de peso adecuada representó la mayor frecuencia en las gestantes en estudio, sin embargo la diferencia es significativa en cuanto a la ganancia de peso deficiente. La ganancia deficiente de peso materno durante la gestación, es decir, menor a 8 Kg hacia el final del embarazo, demostró tener asociación significativa con prematuridad en el presente estudio; resultado que concuerda con lo publicado por Rojas ⁽⁹⁵⁾ y parcialmente con Siega ⁽⁹⁶⁾; quienes reportan que los

extremos de peso preconceptionales están asociados con mayores tasas de parto pre término. La incidencia de complicaciones durante el embarazo es mayor en ambos extremos de ganancia de peso, produciéndose un incremento en el número de recién nacidos prematuros o pequeños para la edad gestacional entre mujeres con un ganancia de peso inferior a la recomendada ⁽⁹⁷⁾. Hecho probablemente atribuible a la inadecuada ingesta alimentaria durante la gestación, que limitaría el desarrollo fetal, produciendo no sólo parto pretérmino, sino patologías fetales como la restricción del crecimiento intrauterino. A su vez, dada la inmunosupresión relativa experimentada por la mujer durante la gestación, sin un adecuado aporte nutricional ésta se enfrentaría a un mayor riesgo de enfermedades infecciosas, principalmente ginecológicas, trayendo consigo problemas obstétricos.

El nuestro estudio se observó que el diagnóstico de pre eclampsia presenta asociación significativa con la prematuridad, con un ($X^2=7,31$; $P\leq 0,004$); lo que concuerda con lo observado por Trelles ⁽⁹⁸⁾ en su estudio en el Hospital Cayetano Heredia en el que respecto a esta patología encontró una asociación significativa. Si bien es conocido que la pre eclampsia afecta del 3 al 5% de todas las gestaciones ⁽⁹⁹⁾, no se conoce que se hayan realizado muchos estudios sobre la incidencia de la pre eclampsia en el parto pre término. Debido a que para el tratamiento de la preeclampsia la edad gestacional es una variable decisiva, la asociación determinada en nuestro estudio puede ser explicada por la progresión de la preeclampsia hacia la gravedad, lo que determinaría la decisión médica de producir la terminación anticipada del embarazo. De otro lado se sabe que la preeclampsia, es una

enfermedad sistémica producida por una alteración de la placentación, con la consecuente formación de vasos que afectan la perfusión placentaria y, por tanto, fetal; por lo que se considera que esta patología tiene lugar en etapas tempranas en el desarrollo fetal, condicionando el curso futuro del embarazo. El diagnóstico de placenta previa demostró tener asociación significativa ($X^2=8,79$; $P\leq 0,003$) en el presente estudio, lo cual concuerda con lo encontrado por Arias ⁽¹⁰⁰⁾. y Salafia ⁽¹⁰¹⁾.

El diagnóstico de ruptura prematura de membranas en la última procreación ($X^2=8,75$; $P\leq 0,003$) en nuestro estudio, demostró estar asociado al parto pretérmino, resultado que concuerda con lo descrito en la literatura por Aagaard-Tillery ⁽¹⁰²⁾, Ekwo ⁽¹⁰³⁾, Newman ⁽¹⁰⁴⁾.

Finalmente, las limitaciones de los hallazgos derivan en el diseño transversal del estudio que no permitió establecer explicaciones causales, sino más bien explicaciones de tipo relacional o de asociación, pero permitió generar preguntas hacia la causalidad para futuros estudios. Por otro lado, no se presentó ninguna limitación para la realización del estudio, ya que se contó con el apoyo y disponibilidad de las historias clínicas solicitadas al área de estadística del Hospital Regional Hermilio Valdizán Medrano de Huánuco, asimismo se dispuso del presupuesto requerido y del tiempo según programación

CONCLUSIONES

Se llegaron a las siguientes conclusiones:

Dentro del factor materno biológico, la edad materna <16 y >35 años ($X^2=4,75$; $P\leq 0,029$) y la talla materna menor de 157cm ($X^2=1,070$; $P\leq 0,010$) influyen significativamente con la prematuridad.

En cuanto a los factores maternos sociales, también el estado civil soltera y el grado de instrucción bajo no influyen significativamente con la prematuridad ($P>0,05$).

Respecto a los factores maternos obstétricos se encontró influencia para la prematuridad de los recién nacidos para las variables, paridad múltipara y gran múltipara ($X^2=7,034$; $P\leq 0,004$), intervalo intergenésico menor de 2 años ($X^2=8,62$; $P\leq 0,003$).

Y, en relación a los factores maternos médicos, se encontró influencia para la prematuridad de los recién nacidos para las variables de Preeclampsia-eclampsia en la última gestación ($X^2=7,31$; $P\leq 0,004$), ruptura prematura de membranas en la última procreación ($X^2=8,75$; $P\leq 0,003$), placenta previa ($X^2=8,79$; $P\leq 0,003$) e infección de tracto urinario en la final concepción ($X^2=19,33$; $P\leq 0,000$).

RECOMENDACIONES

Se sugieren lo siguiente:

A la Escuela de Enfermería

Es necesario continuar con el desarrollo de estudios de nivel explicativo relacionados al tema investigado.

A los estudiantes de enfermería.

Intensificar la información de un adecuado control prenatal, lo que ayuda a identificar a las pacientes de riesgo con alto potencial de tener hijos con bajo peso al nacimiento.

A los enfermeros del Hospital Regional

Se debe considerar de importancia de los antecedentes maternos médicos, motivo por el cual se debe educar a la población respecto a la importancia del control prenatal .

Las pacientes con antecedente de parto pretérmino deben recibir consejería preconcepcional o especial atención temprana durante el embarazo.

Al Hospital

El personal de salud debe ser capacitado acerca de los factores de riesgo materno y sus repercusiones a la salud física de la mujer y las complicaciones al producto que desencadenan partos prematuros, y realizar búsqueda intencionada de casos en todas las embarazadas y de esta manera incidir en estos factores de riesgo.

Se requiere fortalecer el abordaje integral y articulado de la atención continua desde la gestación hasta la primera infancia.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS.

1. Lams ID, Johnson FF, Creasy RK. Prevención del parto pretérmino. Clin Obstet Ginecol Norteam 2001;3:577-91. (Edición Revolucionaria)
2. Lubchenco LO, Koops BL. Evaluación del peso y la edad gestacional. En: Avery GB. Neonatología. Fisiología y manejo del recién nacido. Buenos Aires: Editora Médica Panamericana, 1990:253-4.
3. Kliegman RM. Prematurity and intrauterine growth retardation. En: Behrman RE, Kliegman RM, Aroin AM. Nelson Textbook of Pediatrics. 15th ed. Philadelphia:WB Saunders, 1996:454.
4. Ricciotti HA, Chen KT, Sachs BP. The role of obstetrical medical technology in preventing low birth weight. Future Child 1995;5(1):71-86.
5. Oliveros M, Shimabuku R, Chirinos J, Costta R, Ticona M, Mestanza M Barrientos A. El riesgo de muerte del recién nacido de muy bajo peso en el Perú. Proyecto multicéntrico. Rev Soc Per Pediatría. 2002; 55(3):18-24.
6. Bajo A, Melchor M, Fundamentos de obstetricia de la SEGO. Madrid 2007.
7. American College of Obstetricians and Gynecologists. ACOG Practica Boletín. Evaluación de los factores de riesgo de parto prematuro. Directrices de gestión clínica de obstetricia y ginecología. Número 31, Octubre 2001. Obstetrician Gynecologic. Oct 2001; 98(4):709-16.
8. Hamilton BE, Martin JA, Ventura SJ: Births: Los datos preliminares para 2009. Las estadísticas nacionales vitales informes de lanzamiento; vol 59 Número 3. Hyattsville, MD, Centro Nacional de Estadísticas de Salud, 2010.
9. Georgina J. Peraza Roque,1 Silvia de la C. Pérez Delgado Figueroa Barreto. Factores asociados al bajo peso al nacer. Rev Cubana Med Gen Integr [Internet]. 2001 [Citado 11 de octubre de 2015]; ISSN 1561-3038 vol.17 N°5. Disponible en <http://scielo.sld.cu/scielo>.
10. Ibíd. p.34.
11. Viteri Díaz, G.: "Situación de la salud en el Ecuador" en Observatorio de la Economía Latinoamericana, Rev.observatorio Eco.latia[Internet]2013[citado octubre 2013] Número 77, 2007.disponible en <http://www.eumed.net/coursecon/ecolat/index.htm>
12. Ibíd.p.18
13. O.M.S .gob.ec Perfil de Salud de país. Ecuador. Indicadores demográficos.[Internet] [paho.org].: [citado el12 de junio del 2012.] fecha

consulta 16-08-2014 Disponible en:
<http://www.paho.org/spanish/sha/prflecu.htm>.

14. Ticona M, Huanco D. Mortalidad Perinatal Hospitalaria en el Perú. Factores de Riesgo. Rev. Chil. Obstet. Ginecol. 2005, 70
15. Oliveros D, Factores de riesgo asociados a muerte hospitalaria en recién nacidos de muy bajo peso en el Perú, enero – marzo 2007, revista diagnostico. 2007, 46 (1).
16. Rada AM. Análisis epidemiológico de las actividades realizadas en el hospital Regional “Hermilio Valdizán Medrano” - Huánuco, 2015.
17. Wynn JM, Wong HM. Fisiopatología y tratamiento del choque séptico en prematuridad . Journal of Clinical Perinatology, Duke University, Department of Pediatrics, Division of Neonatal-Perinatal Medicine, 2010;439-479.
18. Soto E, Ávila J, Gutiérrez V. Factores de riesgo asociados al bajo peso al nacer. Medigraphic. Investigación materna infantil.
19. Vélez M, Barros F, Echavarría L, Hormaza M, Prevalencia de Bajo Peso al Nacer y factores maternos asociados: Unidad de Atención y Protección Materno Infantil de la Clínica Universitaria Bolivariana, Medellín, Colombia. Revista Colombiana de Obstetricia y Ginecología 2006; 57(4): 264-270.
20. UNICEF. Estado Mundial de la Infancia; 2000. Informe 2013. New York: UNICEF; 2013
21. Amorós Espinosa AA. Bajo peso al nacer. Algunas variables epidemiológicas relacionadas con su frecuencia. [Trabajo para optar por el título de especialista de 1er grado en Medicina General Integral]. Ciego de Ávila: Policlínica Ciro Redondo; 2001.
22. Oliveros D. Op. cit. P. 5.
23. Amorós Espinosa. Op. cit. P. 5.
24. Vélez M, Barros. Op. cit. P. 5.
25. Cortes E, Rizo M, Aguilar M. Edad materna como factor de riesgo de prematuridad en España; área mediterránea. Dianelt
26. De Rodríguez Isabel Cluet, Rossell-Pineda María del Rosario, Álvarez de Acosta Thais, Rojas Quintero Ligia. Factores de riesgo asociados a la prematuridad en recién nacidos de madres adolescentes. Rev Obstet Ginecol

Venez [Internet]. 2013 Sep [citado 2016 Jul 28] ; 73(3): 157-170. Disponible en: <http://www.scielo.org.ve/scielo.php>.

27. Cortes E, Rizo M, Aguilar M Rizo. Op. cit. P. 18.

28. Ovalle A, Kakarieka E, Díaz M, García T, Acuña M, Moron C et al . Mortalidad perinatal en el parto prematuro entre 22 y 34 semanas en un hospital público de Santiago, Chile. Rev. chil. obstet. ginecol. [Internet]. 2012 [citado 2016 Jul 28] ; 77(4): 263-270.

29. López C Nayara, González A Mar, Álvarez C Laura, Martínez S Nuria, González G Antonio, Omeñaca T Félix et al. Factores obstétricos claves en los resultados neonatales y a los dos años de seguimiento en la prematuridad extrema. Rev. Chilena. Obstétrica. Ginecología. [Internet]. 2011 [citado 2016 Jul 28]; 76(5): 302-310. Disponible en: <http://www.scielo.cl/scielo.php>.

30. Carpio F. Op. cit. P. 18.

31. Ruiz. Op. cit. P. 21.

32. Allpas. Op. cit. P. 28

33. Watson J. El "cuidar". Filosofía y ciencias de la enfermería. París: Editions Seli Arslam; 1998.

34. Leno D. Buscando un modelo de cuidados de enfermería para un entorno multicultural. España. Gazeta de antropología; 2006

35. Ibíd. P. 28.

36. Ibíd. P. 32.

37. Ibíd. P. 36.

38. Ibíd. P. 42.

39. Ibíd. P. 44.

40. Ibíd. P. 45.

41. Organización Mundial de la Salud. (Página Principal de Internet). Incidencia Mundial del parto prematuro: revisión sistemática de la morbilidad

y mortalidad materna. 2010. (Consultado 17-09-2015) Disponible en:<http://www.who.int/bulletin/volumes/88/1/08-062554-ab/es/inde>.

42. American Academy of Pediatrics. Committee on fetus and newborn: Adherence to Discharge Guidelines for Late-Preterm Newborns. 2011 (Consultado 22-04-2016) Disponible en:<http://pediatrics.aappublications.org/content/128/1/62.full.pdf+html?sid=49>

43. Organización Mundial de la Salud

44. Furzán J, Sánchez H. Recién nacido prematuro tardío: Incidencia y morbilidad neonatal precoz. Arch Venez Pueric Pediatr. 2009;72(2):59-67. (Consultado 04-04-2016) Disponible en:<http://bases.bireme.br/cgi-bin/wxislind.exe/iah/online/?IsisScript=iah/iah.xis&src=google&base=LILACS&lang=p&nextAction=lnk&exprSearch=589209&indexSearch=ID>

45. Cloherty J, Eichenwald C, Stark R. Identificación del recién nacido de alto riesgo y valoración de la edad gestacional, prematuridad, posmadurez, recién nacidos de peso elevado para la edad gestacional y de bajo peso para la edad gestacional. En: Manual de Neonatología. 6ª edición. Barcelona: Editorial Wolters Kluwer; 2008.p.40-58

46. Hübner M. Estrategias para mejorar la supervivencia del prematuro extremo. Rev Chil Pediatr. 2009;80(6):551- 559. (Consultado 06-12-2015) Disponible en: http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext

47. Furzán J, Yuburí A, Eizaga S, García- Benavides J. Embarazo en adolescentes y resultado perinatal adverso: un análisis multivariado de factores predictivos de riesgo. Gac Méd Caracas. 2010;118(2):119-126.

48. Seo K, McGregor JA, French JI. Preterm birth is associated with increase risk of maternal and neonatal infection. Obstet Gynecol 1992; 79: 75-80.

49. Ibíd.p.42

50. Creasy RK. Preterm birth: Where are we? Am J Obstet Gynecol 1993; 168:1223-1230.

51. Ibíd.165.

52. Mercer RM, Goldemberg RL, Das MS, et al: The preterm Prediction study: A clinical risk assessment system. Am J Obstet Gynecol 1996; 174:1885-95.

53. Amon E. Premature labor In: Reece EA, Hobbins JC, Mahoney MJ, Petrie RH (eds): *Medicine of the fetus&mother*. J.B. Lippincott Company. Philadelphia. 1992 pag. 1340.
54. Romero R, Mazhor M: Infección y trabajo de parto pretérmino. *Clin Obstet Gynecol* 1988;3:537- 65.
55. Meis PJ, Goldemberg RL, Marcer B, et al: The preterm predictor study: Significance of vaginal infections. *Am J Obstet Gynecol* 1995;173:1231-35.
56. Hillier SL, Nugent RP, Eschembach DA, et al: Association between bacterial vaginosis and preterm delivery of a low-birth-weight infant. *N Engl J Med* 1995;333: 1737-42
57. Romero R. Op. cit. P. 58.
58. Carey JC, Blackwelder WC, Nugent RP: Antepartum cultures for ureaplasma urealiticum are not useful in predicting pregnancy outcome. *Am J Obstet Gynecol* 1991; 164:728-33.
59. Collaborative group on preterm birth prevention. Multicenter randomized, controlled trial of a preterm birth prevention program. *Am J Obstet Gynecol* 1993;169:352-66.
60. Copper RL, Goldemberg RL, Creasy RK, et al: A multicenter study of preterm birth weight and gestational age-specific neonatal mortality. *Am J Obstet Gynecol* 1993;168:78-83.
61. Meis PJ, MacEmest 3, Moore ML. Causes of low birthweight births in public and private patients. *Am J Obstet Gynecol* 1987;156:1 165-68.
62. OMC.gob.ec [Internet]. Ecuador. OMS. 2012 [actualizada en el 2013, fecha de consulta 8-09-2014]. Disponible en: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs244/es/>
63. MS.gob.ec Perfil de Salud de país. Ecuador. Indicadores demográficos.[Internet] [paho.org].: [citado el 12 de junio del 2016.] fecha consulta 16-08-2015 Disponible en: <http://www.paho.org/spanish/sha/prflecu.htm>.
64. Baldwin LM, Grossman DC, Casey S et al. Perinatal and infant health among rural and urban American Indians/Alaska Natives. *Am J Public Health* 2002; 92(9):1491-1497.
65. Burd, I. (www.hon.ch) Índice de Apgar. [En línea].Maryland: University of Maryland Medical Center; 2013 [Mayo 24 del 2013]. URL disponible en <http://umm.edu/health/medical/spanishpreg/trabajo-de-parto-y-parto/indice-de-apgar>

66. McIntosh LJ, Roumayah NE, Bottoms SF. Perinatal outcome of broken marriage in the inner city. *Obstet Gynecol* 1995; 85(2):233-236.
67. Baldwin LM. Op. cit. P. 234
68. Casey MM, Thiede CK, Klingner JM. Are rural residents less likely to obtain recommended preventive healthcare services? *Am J Prev Med* 2001; 21(3):182-188.
69. Jooma N, Borstell J, Choksi S. Characteristics of women in Louisiana who give birth without receiving prenatal care. *J La State Med Soc* 1999; 151(7):358-366
70. Hessol NA, Fuentes-Afflick E, Bacchetti P. Risk of low birth weight infants among black and white parents. *Obstet Gynecol* 1998; 92(5):814-822.
71. Basso O, Frydenberg M, Olsen SF, Olsen J. Two definitions of "small size at birth" as predictors of motor development at six months. *Epidemiology* 2005; 16(5):657-663.
72. Rossel Juarte E, Domínguez Basulto M, Casado Collado A, Ferrer Herrera I. Factores de riesgo del bajo peso al nacer. *Rev Cubana Med Gen Integr [Internet]*.2011;[Citado Marzo 2011]128 (3): 270-4.Disponible en: <http://scielo.sld.cu/scielo>.
73. Barnard R, Chan FY, McIntyre HD. Growth hormone-binding protein in normal and pathologic gestation: correlations with maternal diabetes and fetal growth. *J Clin Endocrinol Metab* 1997; 82(6):1879-1884.
74. Helfand M, Zimmer-Gembeck MJ. Practice variation and the risk of low birth weight in a public prenatal care program. *Med Care* 1997; 35(1):16-31.
75. Ibid. p. 5
76. Easterling TR, Benedetti TJ, Carlson KC, Brateng DA, Wilson J, Schmucker BS. The effect of maternal hemodynamics on fetal growth in hypertensive pregnancies. *Am J Obstet Gynecol* 1991; 165(4 Pt 1):902-906
77. Kramer MS, Seguin L, Lydon J, Goulet L. Socio-economic disparities in pregnancy outcome: why do the poor fare so poorly? *Paediatr Perinat Epidemiol* 2000; 14(3):194-210
78. Nicolaidis C, Ko CW, Saha S, Koepsell TD. Racial discrepancies in the association between paternal vs. maternal educational level and risk of low birthweight in Washington State. *BMC Pregnancy Childbirth* 2004; 4(1):10.

79. Ales KL, Druzin ML, Santini DL. Impact of advanced maternal age on the outcome of pregnancy. *Surg Gynecol Obstet*; 171(3):209-216. Disponible en http://www.scielo.org.ve/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S00487322007000100005&lng=en&nrm=iso&ignore=.html
80. Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia y Organización Mundial de la Salud, *Low Birthweight: Country, regional and global estimates*, UNICEF y OMS, Nueva York y Ginebra, 2004, pp. 2-
81. Butler AS, Santa EJ, Cox TL. *Preterm birth: causes, consequences and prevention*. 2006.
82. Gray RF, Indurkha A, McCormick MC. Prevalence, stability, and predictors of clinically significant behavior problems in low birth weight children at 3, 5, and 8 years of age. *Pediatrics* 2004; 114(3):736-743.
83. Diario El Telégrafo. Aborto. [www.telegrafo.com.ec] Sección Opinion. Disponible: <https://www.telegrafo.com.ec/opinion/columnistas/item/aborto.htm> | Acceso: 19 de enero de 2016.
84. Clarke LL, Coward RT. A multivariate assessment of the effects of residence on infant mortality. *J Rural Health* 1991; 7(3):246-265.
85. Santillán G, Amaya A. Prevalencia de bajo peso al nacer en niños de mujeres jóvenes y anémicas atendidas en el Hospital Pablo Arturo Suarez. *Rev Fac Cien Med*. 2011; 36 (1):61-62. Disponible en: <http://infogen.org.mx/bajo-peso-al-nacer/>
86. Santillán G, Amaya A. Prevalencia de bajo peso al nacer en niños de mujeres jóvenes y anémicas atendidas en el Hospital Pablo Arturo Suarez. *Rev Fac Cien Med*. 2011; 36 (1):61-62. Disponible en: <http://infogen.org.mx/bajo-peso-al-nacer/>
87. Jaramillo G, López P. Factores asociados con parto pre término en el tercer nivel de Atención en salud en Manizales. Julio 2004 - junio 2005 *Rev Colomb Obstet Ginecol* 2006; 57(2): 74-81.
88. Mariângela F Silveira; Victora Cesar; Aluísio J D Barros; Iná S Santos; Alicia Matijasevich; Fernando C Barros Determinants of preterm birth: Pelotas, Rio Grande do Sul State, Brazil, 2004 birth cohort. *Cadernos de saúde pública / Ministério da Saúde, Fundação Oswaldo Cruz, Escola Nacional de Saúde Pública* 2010;26(1):185-94.
89. Eifenbein D, Felice M. Adolescent pregnancy. *Pediatrics Clinics of North America* 2003; 50: 65 – 9

90. Rojas Vargas, Rafael Alberto. Relación talla materna baja e índice de masa corporal en parto prematuro idiopático. Tesis de grado especialización. Universidad Centroccidental "Isandro Alvarado". Venezuela. 1999.
91. Trelles I. Nacimiento pretérmino y bajo peso: Epidemiología en el Hospital de Apoyo Cayetano Heredia (Tesis de Doctor en Medicina). Lima (Pe): UPCH: 1990.
92. Riva Reategui, Norma. Factores de riesgo para parto pretérmino espontáneo en adolescentes gestantes del Hospital de Apoyo Yarinacocha-Pucallpa. Tesis para optar título de especialista Gineco-obstetra. Perú. UNMSM, 2004.
93. Conde-Agudelo A, Rosas-Bermúdez A, Kafury-Goeta AC. Birth spacing and risk of adverse perinatal outcomes: a meta-analysis. *JAMA* 2006; 295:1809.
94. Díaz Polo, Lizbeth Estefanía. Factores de riesgo asociados al parto pre término en el hospital nacional Guillermo Almenara Irigoyen de enero a junio del 2010. Universidad de San Martín de Porres. Perú. 2011
95. Rojas Vargas, Rafael Alberto. Relación talla materna baja e índice de masa corporal en parto prematuro idiopático. Tesis de grado especialización. Universidad Centroccidental "Isandro Alvarado". Venezuela. 1999.
96. Siega-Riz AM, Hermann TS, Savitz DA, Thorp JM. Frequency of eating during pregnancy and its effect on preterm delivery. *Am J Epidemiologia* 2001; 153:647.
97. Aagaard-Tillery, K.M., F. Nuthalapaty, P.S. Ramsey, and K.D. Ramin. Preterm premature rupture of membranes: Perspectives surrounding controversies in management. *Am J Perinatol* 2005, 22(6): 287-297.
98. Trelles I. Nacimiento pretérmino y bajo peso: Epidemiología en el Hospital de Apoyo Cayetano Heredia (Tesis de Doctor en Medicina). Lima (Pe): UPCH: 1990.
99. Villamonte W, Lam N, Ojeda E. Factores de riesgo del parto Pre término. Instituto materno perinatal. *Rev Per Ginecol Obstet* 2001; 47(2); 4-5.
100. Arias F, Rodríguez L, Rayne SC, Kraus FT. Maternal placental vasculopathy and infection: two distinct subgroups among patients with preterm labor and preterm ruptured membranes. *Am J Obstet Gynecol* 1993; 168:585.
101. Salafia CM, Ghidini A, Lopèz-Zeno JA, Pezzullo JC. Uteroplacental pathology and maternal arterial mean blood pressure in spontaneous prematurity. *J Soc Gynecol Investig* 1998; 5:68.

102. Aagaard-Tillery, K.M., F. Nuthalapaty, P.S. Ramsey, and K.D. Ramin. Preterm premature rupture of membranes: Perspectives surrounding controversies in management. *Am J Perinatol* 2005, 22(6): 287-297.
103. Ekwo EE, Gosselink CA, Moawad A. Unfavorable outcome in penultimate pregnancy and premature rupture of membranes in successive pregnancy. *Obstet Gynecol* 1992; 80:166.
104. Newman RB, Goldenberg RL, Moawad AH, et al. Occupational fatigue and preterm premature rupture of membranes. National Institute of Child Health and Human Development Maternal-Fetal Medicine, Units Network. *Am J Obstet Gynecol* 2001; 184:438.

ANEXOS

Código

Fecha__/__/__

ANEXO N° 01

TITULO DEL ESTUDIO: FACTORES DE RIESGO MATERNOS QUE INFLUYEN EN LA PREMATURIDAD DE LOS RECIEN NACIDOS DEL HOSPITAL REGIONAL HERMILO VALDIZÁN MEDRANO DE HUÁNUCO, 2015”.

FICHA DE RECOLECCIÓN DE DATOS**I.- DATOS GENERALES DEL PACIENTE****N° DE HISTORIA CLÍNICA****FICHA N°****INSTRUCCIONES:**

El presente instrumento será llenado con información verídica extraída de la historia clínica de las madres de recién nacidos hospitalizada en el servicio de gineco obstetricia

PREMATURIEDAD**1. Prematuridad**

- a) Si ()
b) No ()

I. FACTORES BIOLÓGICOS**2. Edad materna menor de 16 años y mayor de 35 años:**

- a) Si ()
b) No ()

3. Talla menor de 1.57 cm:

- a) Si ()
b) No ()

4. Edad gestacional en semanas menor a 28 semanas:

a) Si ()

b) No ()

II. FACTORES MATERNOS SOCIALES**5. Estado civil soltera**

a) Si ()

b) No ()

6. Grado de instrucción bajo

a) Si ()

b) No ()

IV FACTORES OBSTERICOS**7. Paridad múltipara y gran múltipara**

a) Si ()

b) No ()

8. Intervalo intergenesico meno de 2 años

a) Si ()

b) No ()

9. Ausencia de control prenatal

a) Si ()

b) No ()

10. Cesare :

a) Si ()

b) No ()

11. Ganancia de peso meno a 8 kilos

a) SI ()

b) NO ()

V .FACTORES MATERNOS MEDICOS**12. Antecedentes de infección de tracto urinario en anterior gestación**

- a) SI ()
- b) NO ()

13. Antecedentes de preclamsia –eclampsia en una última gestación

- a) SI ()
- b) NO ()

14. Antecedentes de rotura prematura de membranas en la ultima gestación

- a) SI ()
- b) NO ()

15. Antecedentes de infección de tracto urinario en la ultima gestación

- a) Si ()
- b) No ()

16. Antecedentes de anemia en la última gestación

- a) Si ()
- b) No ()

ANEXO N° 02

CONSTANCIA DE VALIDACION

YO ANTONIA EVELINA LISIDRO CABALLERO de profesión
ENFERMERA ESPECIALISTA EN NEONATOLOGIA ejerciendo
 Actualmente como ENFERMERA JEFE DE HOSPITALIZACIÓN en
 La institución HOSPITAL REGIONAL HERMILIO VALDIZAN MEDRANO
 Por medio de la presente hago constar que he revisado con fines de validación del
 instrumento "factores de riesgo que influyen en la prematuridad de los recién nacidos
 atendidos en Hospital regional Hermilio Valdizan Medrano de Huánuco, 2015" para los
 efectos de su aplicación

Luego de hacer las observaciones pertinentes puedo formular las siguientes
 apreciaciones

	DEFICIENTE	ACEPTABLE	BUENO	EXCELENTE
Congruencia de ítems			X	
Amplitud de contenido			X	
Redacción de los ítems			X	
Calidad y precisión			X	
Pertinencia			X	

En Huánuco a los 19 días del mes de SEPTIEMBRE del 2015

GOBIERNO REGIONAL HUÁNUCO
 DIRECCIÓN REGIONAL DE SALUD
 Hospital Regional Hermilio Valdizan Medrano



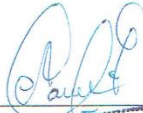
CONSTANCIA DE VALIDACION

YO Alicia M. Carnero Tineo de profesión
Enfermera ejerciendo
 Actualmente como Enfermera asistencial, en
 La institución Hospital Regional Hermita Valdizan M.
 Por medio de la presente hago constar que he revisado con fines de validación del
 instrumento "factores de riesgo que influyen en la prematuridad de los recién nacidos
 atendidos en Hospital regional Hermilio Valdizan Medrano de Huánuco, 2015" para los
 efectos de su aplicación

Luego de hacer las observaciones pertinentes puedo formular las siguientes
 apreciaciones

	DEFICIENTE	ACEPTABLE	BUENO	EXCELENTE
Congruencia de ítems				X
Amplitud de contenido			X	
Redacción de los ítems			X	
Calidad y precisión			X	
Pertinencia			X	

En Huánuco a los 13 días del mes de Setiembre del 2015


 Alicia Carnero Tineo
 ENF. ESP. NEONATOLOGIA
 CEP. 8161 REE. 8161

CONSTANCIA DE VALIDACION


YO Yanet D. Orihuela Falcón de profesión
ENFERMERA ESPECIALISTA EN NEONATOLOGIA ejerciendo
 Actualmente como ENFERMERA JEFE DEL SERVICIO NEONATOLOGIA en
 La institución H.R.H.U.M.-HCO

Por medio de la presente hago constar que he revisado con fines de validación del instrumento "factores de riesgo que influyen en la prematuridad de los recién nacidos atendidos en Hospital regional Hermilio Valdizan Medrano de Huánuco, 2015" para los efectos de su aplicación

Luego de hacer las observaciones pertinentes puedo formular las siguientes apreciaciones

	DEFICIENTE	ACEPTABLE	BUENO	EXCELENTE
Congruencia de ítems			X	
Amplitud de contenido		X		
Redacción de los ítems			X	
Calidad y precisión		X		
Pertinencia			X	

En Huánuco a los 19 días del mes de Setiembre del 2015


 Yanet D. Orihuela Falcón
 ENFERMERA
 C.E.P. 23079

CONSTANCIA DE VALIDACION

YO Yessica G. Balvin Alarcón de profesión
Jic. en Enfermería ejerciendo
 Actualmente como Asistencial en
 La institución Hospital Regional "Hermilio Valdizan" H^u.
 Por medio de la presente hago constar que he revisado con fines de validación del
 instrumento "factores de riesgo que influyen en la prematuridad de los recién nacidos
 atendidos en Hospital regional Hermilio Valdizan Medrano de Huánuco, 2015" para los
 efectos de su aplicación

Luego de hacer las observaciones pertinentes puedo formular las siguientes
 apreciaciones

	DEFICIENTE	ACEPTABLE	BUENO	EXCELENTE
Congruencia de ítems			X	
Amplitud de contenido			X	
Redacción de los ítems			X	
Calidad y precisión			X	
Pertinencia			X	

En Huánuco a los 11 días del mes de Septiembre del 2015.


 Yessica G. Balvin Alarcón
 IBC ENFERMERA
 CEP 30726

CONSTANCIA DE VALIDACION

YO Yessenia Dannelly Luna Malpartida de profesión Lic. en Enfermería ejerciendo Actualmente como Enfermera en La institución Hospital Regional Hermilio Valdizan Medrano

Por medio de la presente hago constar que he revisado con fines de validación del instrumento "factores de riesgo que influyen en la prematuridad de los recién nacidos atendidos en Hospital regional Hermilio Valdizan Medrano de Huánuco, 2015" para los efectos de su aplicación

Luego de hacer las observaciones pertinentes puedo formular las siguientes apreciaciones

	DEFICIENTE	ACEPTABLE	BUENO	EXCELENTE
Congruencia de ítems			X	
Amplitud de contenido			X	
Redacción de los ítems				X
Calidad y precisión			X	
Pertinencia				X

En Huánuco a los 11 días del mes de Setiembre del 2015


 Yessenia D. Luna Malpartida
 LIC. EN ENFERMERIA
 C.E.P. 6200

ANEXO 3

ESCALA DE CALIFICACION PARA VALIDACION DEL INSTRUMENTO DE INVESTIGACION

Estimado (a):

Teniendo como base los criterios que a continuación se presenta, se le solicita dar su opinión sobre el instrumento de recolección de datos que se adjunta.

Marque con una (X) en SI o NO, en cada criterio según su opinión

CRITERIOS	SI	NO	OBSERVACION
1. El instrumento recoge información que permite dar respuesta al problema de investigación.			
2. El instrumento propuesto responde a los objetivos del estudio			
3. La estructura del instrumento es adecuado.			
4. Las preguntas del instrumento responde a la operacionalizacion de la variable.			
5. La secuencia presentada facilita el desarrollo del instrumento.			
6. Las preguntas son claras y entendibles.			
7. El número de preguntas es adecuado para su aplicación.			

SUGERENCIAS:.....

.....

.....

.....

FIRMA DEL EXPERTO:



ANEXO 5



MATRIZ DE CONSISTENCIA

“FACTORES DE RIESGO MATERNOS QUE INFLUYEN EN LA PREMATURIDAD DE LOS RECIÉN NACIDOS DEL HOSPITAL REGIONAL HERMILIO VALDIZÁN MEDRANO DE HUÁNUCO, 2015”.

PLANTIAMIENTO DEL PROBLEMA	OBJETIVO	Hipótesis	Variables	DIMENCIONES EINDICADORES	METODOLOGÍA	POBLACION Y MUESTRA	TECNICAS
<p>Problema General ¿Cuáles son factores de riesgo maternos que influyen en la prematuridad de los recién nacidos atendidos del Hospital Regional Hermilio Valdizán Medrano de Huánuco, 2015?</p> <p>Problemas Específicos ¿Cuáles son los factores de riesgo maternos biológicos que influyen en la prematuridad de los recién nacidos atendidos del Hospital Regional Hermilio Valdizán Medrano de Huánuco, 2015?</p>	<p>Objetivo General Determinar los factores de riesgo maternos que influyen en la prematuridad de los recién nacidos del Hospital Regional Hermilio Valdizán Medrano -Huánuco, 2015.</p> <p>Objetivos Específicos Establecer los factores de riesgo maternos biológico que influyen en la prematuridad de los recién nacidos del Hospital Regional</p>	<p>Hipótesis General Ho: Los factores de riesgo maternos no influyen en la prematuridad de los recién nacidos atendidos del Hospital Regional Hermilio Valdizán Medrano- Huánuco 2015. Ha: Los factores de riesgo maternos influyen en la prematuridad de los recién nacidos atendidos del Hospital Regional Hermilio Valdizán Medrano- Huánuco 2015.</p> <p>Hipótesis específicas. Ho1: El factor materno biológico (edad materna <16 y</p>	<p>Variables dependiente</p> <p>Variable 1 Prematuridad</p> <p>Variable 2 Los factores de riesgos maternos biológicos, sociales, obstétricos y médicos</p>	<p>ficha de recolección de datos de los factores de riesgo maternos que influyen en la prematuridad</p> <p>-FACTORES de riesgo maternos biológicos</p> <p>Factores de riesgo maternos sociales</p> <p>Factores de riesgo maternos obstétricos</p> <p>Factores de riesgo maternos médicos</p>	<p>Tipo de estudio</p> <p>Según la intervención del investigador el estudio es observacional, solo se observa y se describe en forma precisa los fenómenos</p> <p>Según la planificación de la toma de datos es retrospectivo porque se realizara mediante el</p>	<p>Durante el período de estudio se registraron un total de 1,097 partos, de los cuales 202 fueron partos pre términos, los cuales fueron seleccionados de acuerdo a los criterios de inclusión y exclusión. Del Hospital regional “Hermilio Y según la formula se trabajó con 120 historias</p>	<p>ficha de recolección de datos para medir los factores que influyen a la prematuridad</p>

<p>¿Cuáles son los factores de riesgo maternos sociales que influyen en la prematuridad de los recién nacidos atendidos del Hospital Regional Hermilio Valdizán Medrano de Huánuco, 2015?</p> <p>¿Cuáles son los factores de riesgo materno obstétricos que influyen en la prematuridad de los recién nacidos atendidos del Hospital Regional Hermilio Valdizán Medrano de Huánuco, 2015?</p> <p>¿Cuáles son los factores de riesgo materno médicos que influyen en la prematuridad de los recién nacidos atendidos del Hospital Regional Hermilio Valdizán Medrano de Huánuco, 2015?</p>	<p>Hermilio Valdizán Medrano</p> <p>Identificar los factores de riesgo maternos sociales que influyen en la prematuridad de los recién nacidos atendidos del Hospital Regional Hermilio Valdizán Medrano.</p> <p>Conocer los factores de riesgo maternos obstétricos que influyen en la prematuridad de los recién nacidos atendidos del Hospital Regional Hermilio Valdizán Medrano.</p> <p>Evaluar los factores de riesgo maternos médicos que influyen en la prematuridad de los recién nacidos atendidos del Hospital Regional Hermilio Valdizán Medrano.</p>	<p>>45 años, talla < 1.57 cm y edad gestacional < a 28 semanas) no influyen en la prematuridad de los recién nacidos atendidos del Hospital Regional Hermilio Valdizán Medrano- Huánuco 2015.</p> <p>Ha1: El factor materno biológico (edad materna <16 y >45 años, talla < 1.57 cm y edad gestacional < a 28 semanas) influyen en la prematuridad de los recién nacidos atendidos del Hospital Regional Hermilio Valdizán Medrano- Huánuco 2015.</p> <p>Ho2: Los factores maternos sociales (estado civil soltera, y grado de instrucción bajo) no influyen en la prematuridad de los recién nacidos atendidos del Hospital Regional Hermilio Valdizán Medrano- Huánuco 2015.</p> <p>Ha2: Los factores maternos sociales (estado civil soltera, y grado de instrucción bajo) influyen en la prematuridad de los recién nacidos atendidos</p>			<p>recojo de información obtenida de las historias clínicas.</p> <p>Según el número de mediciones de la variable de estudio es transversal, porque los instrumentos se aplicaran en un solo momento y las variables se medirán una sola vez.</p> <p>Según el número de variables analizadas será analítico, porque establece la asociación entre factores.</p>	<p>clínicas se aplicó el muestreo no probabilístico por conveniencia del equipo de investigación</p>	
---	---	---	--	--	--	--	--

		<p>del Hospital Regional Hermilio Valdizán Medrano- Huánuco 2015-</p> <p>Ho₃: Los factores maternos obstétricos (paridad múltipara y gran múltipara, intervalo intergenésico menor de 2 años, ausencia de control prenatal, cesárea y ganancia de peso menor a 8 kilos durante el embarazo) no influyen en la prematuridad de los recién nacidos atendidos del Hospital Regional Hermilio Valdizán Medrano- Huánuco 2015.</p> <p>Ha₃: Los factores maternos obstétricos (paridad múltipara y gran múltipara, intervalo intergenésico menor de 2 años, ausencia de control prenatal, cesárea y ganancia de peso menor a 8 kilos durante el embarazo) influyen en la prematuridad de los recién nacidos atendidos del Hospital Regional Hermilio Valdizán Medrano- Huánuco 2015.</p>					
--	--	--	--	--	--	--	--

		<p>Ho₄: Los factores maternos médicos (infección de tracto urinario en anterior gestación, pre eclampsia-eclampsia en la última gestación, ruptura prematura de membranas en la última gestación e infección de tracto urinario en la última gestación y anemia) no influyen en la prematuridad de los recién nacidos atendidos del Hospital Regional Hermilio Valdizán Medrano- Huánuco 2015.</p> <p>Ha₄: Los factores maternos médicos (infección de tracto urinario en anterior gestación, pre eclampsia-eclampsia en la última gestación, ruptura prematura de membranas en la última gestación e infección de tracto urinario en la última gestación y anemia) influyen en la prematuridad de los recién nacidos atendidos del Hospital Regional Hermilio Valdizán Medrano- Huánuco 2015.</p>					
--	--	--	--	--	--	--	--