



TESIS

**“FACTORES DE RIESGO MATERNO EN RECIEN NACIDOS
PREMATUROS EN EL HOSPITAL AMAZÓNICO
DE YARINACOCHA, 2016”**

**PARA OPTAR EL TITULO PROFESIONAL
DE LICENCIADO EN ENFERMERIA**

BACHILLER: ROMANI ROJAS FRANZ VLADIMIR

PUCALLPA – PERÚ

2017

ÍNDICE

Pág.

DEDICATORIA

AGRADECIMIENTO

INDICE DE TABLAS Y GRAFICOS

RESUMEN

viii

ABSTRACT

ix

INTRODUCCION

x

CAPÍTULO I: EL PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN

1.1. Planteamiento del problema	12
1.2. Formulación del problema	14
1.2.1. Problema Principal	14
1.2.2. Problemas Secundarios	14
1.3 Objetivos de la investigación	14
1.3.1 Objetivos general	14
1.3.2 Objetivos específicos	15
1.4. Justificación del estudio	15
1.5. Limitaciones de la investigación	16

CAPÍTULO II: MARCO TEÓRICO

2.1. Antecedentes del estudio	17
2.2. Bases teóricas	24
2.3. Definición de términos	39
2.4. Variables de Investigación	39
2.4.1 Definición conceptual de la variable	39
2.4.2 Definición operacional de la variable	40
2.4.3 Operacionalización de la variable	45

CAPÍTULO III: METODOLOGÍA

3.1 Tipo, nivel y diseño de investigación	46
3.2 Descripción del ámbito de la investigación	47
3.3 Población y muestra	47
3.4 Técnicas e instrumentos para la recolección de datos	50
3.5 Validez y confiabilidad del instrumento	50
3.6 Plan de recolección y procesamiento de datos	51
3.7 Plan de análisis de datos	51

CAPÍTULO IV: RESULTADOS	52
-------------------------	----

CAPITULO V: DISCUSION	74
-----------------------	----

CONCLUSIONES	81
--------------	----

RECOMENDACIONES	82
-----------------	----

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

ANEXOS

Anexo 1: Formato de Recolección de Datos.

Anexo 2: Matriz de Consistencia.

Anexo 3: Base de Datos

DEDICATORIA

Dedico esta tesis a mis padres quienes con cariño y con esfuerzo me han acompañado en este proceso, si dudar en ningún instante de ver realizado mi logro, que también les corresponde.

AGRADECIMIENTO

A dios, mis padres y amigos que influyeron con su apoyo incondicional en el proceso de la elaboración de la investigación, a todos y cada uno de ellos les dedico cada una de las páginas de mi tesis.

INDICE DE CUADROS Y GRAFICOS

Nº	Título	Pág.
1	Edad de las madres de recién nacidos prematuros Hospital Amazónico, 2016	42
2	Procedencia de las madres de recién nacidos prematuros Hospital Amazónico, 2016	43
3	Estado Civil de las madres de recién nacidos prematuros Hospital Amazónico, 2016	44
4	Escolaridad de las madres de recién nacidos prematuros Hospital Amazónico, 2016	45
5	Ocupación de las madres de recién nacidos prematuros Hospital Amazónico, 2016	46
6	Talla de las madres de recién nacidos prematuros Hospital Amazónico, 2016	47
7	Peso de las madres de recién nacidos prematuros Hospital Amazónico, 2016	48
8	Control pre natal de las madres de recién nacidos prematuros Hospital Amazónico, 2016	49
9	Antecedente de parto prematuro de las madres de recién nacidos prematuros Hospital Amazónico, 2016	50
10	Antecedente de aborto de las madres de recién nacidos prematuros Hospital Amazónico, 2016	51
11	Paridad de las madres de recién nacidos prematuros Hospital Amazónico, 2016	52
12	Embarazo múltiple de las madres de recién nacidos prematuros Hospital Amazónico, 2016	53
13	Placenta previa en las madres de recién nacidos prematuros Hospital Amazónico, 2016	54
14	Desprendimiento prematuro de placenta de las madres de recién nacidos prematuros Hospital Amazónico, 2016	55

Nº	Título	Pág.
15	Presencia de infección vaginal en las madres de recién nacidos prematuros Hospital Amazónico, 2016	56
16	Presencia de insuficiencia cervical en las madres de recién nacidos prematuros Hospital Amazónico, 2016	57
17	Presencia de enfermedades autoinmunes en las madres de recién nacidos prematuros Hospital Amazónico, 2016	58
18	Presencia de polihidramnios en las madres de recién nacidos prematuros Hospital Amazónico, 2016	59
19	Presencia de pre eclampsia en las madres de recién nacidos prematuros Hospital Amazónico, 2016	60
20	Presencia de malformaciones congénitas en los recién nacidos prematuros Hospital Amazónico, 2016	61
21	Clasificación de recién nacidos prematuros Hospital Amazónico, 2016	62

RESUMEN

Objetivo: Identificar cuáles son los factores de riesgo materno en recién nacidos prematuros en el Hospital Amazónico durante el año 2016. Metodología: Estudio descriptivo, retrospectivo y transversal, se realizó la revisión de 58 historias clínicas de los recién nacidos prematuros en el año 2016, a partir del cual se recolectó la información relacionada a los factores maternos generales, los relacionados con la propia gestación y lo relacionado con el recién nacido. Resultados: El 62.1% de madres tuvieron entre 20 a 34 años, 55.2% proceden de zona urbano marginal, 88.2% de estado civil conviviente, 43.1% con secundaria completa, 77.6% fueron ama de casa, 63.8% con talla menor de 155 cm., 48.3% tuvieron una ganancia ponderal entre 1 a 7 Kg. durante su gestación, 72.4% recibieron control pre natal, 15.5% con antecedente de parto prematuro, 22.4% con antecedente de aborto, 50.0% con paridad de 0 a 1 hijo, el 10.0% con embarazo múltiple, 15.5% placenta previa, 44.8% tuvieron desprendimiento prematuro de placenta, 8.6% presentaron infección vaginal, 15.5% insuficiencia cervical, 6.9% tuvieron algún tipo de enfermedad autoinmune, 8.6% presentaron polihidramnios, 51.7% tuvieron pre eclampsia, 13.8% tuvieron niños con malformaciones congénitas. El 79.3% de recién nacidos prematuros clasificaron como prematuros moderados o tardíos, 8.6% muy prematuros y 12.1% como prematuros extremos. Conclusión. Los factores maternos generales y los relacionados con la propia gestación son los factores maternos que influyen en la prematuridad de recién nacidos vivos en el Hospital Amazónico de Yarinacocha, durante el año 2016.

Palabras clave: Factores de riesgo materno, recién nacidos, prematuros.

ABSTRACT

Objective: To identify maternal risk factors in preterm infants in the Amazonian Hospital during the year 2016. Methodology: A descriptive, retrospective and cross-sectional study was carried out to review 58 clinical records of preterm infants in 2016, From which the information related to the general maternal factors, those related to the gestation itself and the related to the newborn were collected. Results: 62.2% of mothers had between 20 and 34 years of age, 55.2% came from marginal urban area, 88.2% from civil status, 43.1% from full secondary school, 77.6% were housewives, 63.8% from children under 155 cm , 48.3% had a weight gain of 1 to 7 kg during their gestation, 72.4% received prenatal care, 15.5% had a history of preterm birth, 22.4% had a history of abortion, 50.0% had a parity of 0 to 1 child, 10.6% had multiple pregnancies, 15.5% had placenta previa, 44.8% had placental abruption, 8.6% had vaginal infection, 15.5% had cervical insufficiency, 6.9% had some type of autoimmune disease, 8.6% had polyhydramnios, 51.7% had preeclampsia , 13.8% had children with congenital malformations. 79.3% of preterm infants classified as moderate or late preterm infants, 8.6% were very premature and 12.1% were as premature infants. Conclusion. General and maternal factors related to gestation are the maternal factors that influence prematurity of newborns at the Yarinacocha Amazon Hospital during 2016.

Key words: Maternal risk factors, newborns, premature infants.

INTRODUCCION

La prematuridad es un peligroso problema de salud pública por la gran morbilidad y mortalidad que produce, así como del alto costo económico y social que ocasiona su atención. A nivel mundial, aproximadamente unos de cada diez neonatos nacen prematuros. Sus determinantes son múltiples. (1)

En la actualidad, el nacimiento prematuro perdura como uno de las dificultades de la salud pública más apremiante y no resuelto. Los niños prematuros contribuyen aproximadamente al 40% de la mortalidad en el primer año de vida, los menores de 1500 g tienen un riesgo relativo de morir 200 veces mayor y representan el 50% de la mortalidad neonatal aunque solo constituyen entre el 1 y 2% de los nacimientos.

A menudo, la causa de un parto prematuro se desconoce y es algo que la madre no puede controlar. De todos modos, los partos prematuros a veces están provocados por afecciones médicas de la madre o factores de su estilo de vida durante el embarazo, como padecer diabetes mellitus, hipertensión, problemas renales o cardíacos, una infección (sobre todo las que afectan a las membranas amnióticas y al aparato genital y urinario), no haberse alimentado bien durante el embarazo, o los sangrados provocados por una posición anómala de la placenta.

Diversas investigaciones desarrolladas, han demostrado que los factores sociales, entre ellos, pobreza, escasa educación materna, embarazo adolescente, madres solteras, alcoholismo, tabaquismo; incrementan sensiblemente el riesgo de parto prematuro. Asimismo, estos mismos determinantes socio-económicos culturales explican factores biológicos en la madre, como escaso peso y talla y/o deficiente estado nutricional durante el embarazo, que también se asocian a mayor prematuridad. (2)

Gracias a los avances recientes en medicina neonatal, más del 90% de los bebés prematuros que pesan 800 gramos o más (un poco menos de dos libras) sobreviven. Los que pesan más de 500 gramos (un poco más de una libra) tienen más del 60% de probabilidades de sobrevivir, aunque las probabilidades de que sufran complicaciones son mayores. (3)

En el Hospital Amazónico existe un importante incremento en el número de nacidos vivos prematuros, la tendencia ascendente que se muestra en la actualidad probablemente se debe a causas diversas que probablemente tengan relación con factores maternos y otras relacionadas con el niño que requieren ser estudiadas e identificadas, que permitan el diseño e implementación de estrategias de prevención y así evitar la morbilidad mortalidad por esta causa.

El objetivo de la presente investigación fue identificar los factores de riesgo maternos en los recién nacidos prematuros en el Hospital Amazónico de Yarinacocha, durante el año 2016.

CAPÍTULO I

EL PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN

1.1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Según la Organización Mundial de la Salud, cada año en el mundo se registran 15 millones de nacimientos antes de llegar a término, es decir, más de uno en 10 nacimientos. Más de un millón de niños prematuros mueren cada año debido a complicaciones en el parto. Muchos de los bebés prematuros que sobreviven sufren algún tipo de discapacidad de por vida, en particular, discapacidades relacionadas con el aprendizaje y problemas visuales y auditivos. (4)

En el Boletín Estadístico de Nacimientos del Ministerio de Salud del Perú, se define como nacimiento pre término al producto de la concepción nacido antes de las 37 semanas de gestación, mientras que los nacidos a término son los que nacieron entre las 37 y 42 semanas de gestación y los Pos término, aquellos que nacieron después de las 42 semanas de gestación. (5)

En la amplia literatura existente se encuentran resultados de diversos estudios desarrollados tanto a nivel internacional y nacional sobre los

factores de riesgo relacionados con los nacimientos prematuros incluyen la edad, el nivel educativo, la talla y el peso de la madre, la obesidad y la hipertensión arterial. Estos también son factores de riesgo para la muerte fetal y los defectos de nacimiento.

Palencia, A. refiere que, en los Estados Unidos, el 12,5% de los partos corresponde a partos prematuros. La tendencia en los últimos años ha sido al aumento. Algunos grupos étnicos, como los afros descendientes (17,5%), los grupos hispánicos y las mujeres de raza blanca no hispánica han mostrado un incremento mayor que el promedio. (6)

En Latinoamérica, el 70% son partos prematuros espontáneos; el 16-21% por RPM y el 11-15% de forma iatrogénica. En los Estados Unidos, el 40-45% son espontáneos; el 25-40%, por RPM, y el 30-35%, por indicaciones médicas fetales o maternas. (6)

En el Perú durante el año 2015, 9 de cada 10 mujeres concluyeron su embarazo con una edad gestacional de 37 semanas a más, el 6% de los nacidos vivos lo hicieron entre las semanas 32 a 36 y el 1% entre las semanas 27 a 31. (52)

En las regiones se observa el mismo comportamiento que en el nacional, más del 90% de los nacimientos se dieron a partir de la semana 37, mientras que el mayor porcentaje de nacidos vivos entre las semanas 32- 36 se encuentran en la región Loreto (7,2%) y las regiones de Piura, La Libertad, Tumbes, Lambayeque, Cajamarca, Callao, San Martín, Ucayali y Apurímac, presentan porcentajes alrededor del 6%. (5)

En el Hospital Amazónico de Yarinacocha en el año 2016 se han producido 462 nacidos vivos prematuros, 205 requirieron de hospitalización y 21 fallecieron. (7)

Lo señalado líneas arriba es el motivo principal para realizar la presente investigación con el propósito de conocer los factores de riesgo que influyen en la prematuridad, para lo cual se ha planteado la siguiente pregunta de investigación:

1.2. FORMULACIÓN DEL PROBLEMA

1.2.1. Problema principal

¿Cuáles son los factores de riesgo materno en recién nacidos prematuros en el Hospital Amazónico durante el año 2016?

1.2.2. Problemas secundarios

- a) ¿Cuáles son los factores de riesgo materno generales en recién nacidos prematuros en el Hospital Amazónico durante el año 2016?
- b) ¿Cuáles son los factores de riesgo materno relacionados con la propia gestación en recién nacidos prematuros en el Hospital Amazónico durante el año 2016?
- c) ¿Cuáles son los factores de riesgo materno del recién nacidos relacionados con la prematuridad en el Hospital Amazónico durante el año 2016?

1.3. OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN

1.3.1. Objetivo general

Describir cuáles son los factores de riesgo materno en recién nacidos prematuros en el Hospital Amazónico durante el año 2016.

1.3.2. Objetivos específicos

- a) Establecer cuáles son los factores de riesgo materno generales en recién nacidos prematuros en el Hospital Amazónico durante el año 2016.
- b) Determinar cuáles son los factores de riesgo materno relacionados con la propia gestación en recién nacidos prematuros en el Hospital Amazónico durante el año 2016.
- c) Identificar cuáles son los factores de riesgo materno del recién nacido con la prematuridad en el Hospital Amazónico durante el año 2016.

1.4. JUSTIFICACIÓN DEL ESTUDIO

La prematuridad es una de las principales causas de mortalidad en menores de cinco años y constituyen factores de riesgo de los nacimientos prematuros, la obesidad, diabetes, hipertensión, madres fumadoras, la edad de las madres (40 años), los embarazos múltiples y los embarazos demasiados seguidos. (5)

En la Región Ucayali el nacimiento prematuro aún sigue siendo un problema, el manejo del recién nacido de bajo peso por su alta morbi-mortalidad perinatal, lo cual debería prevenirse con un adecuado control prenatal en donde se detecten los factores de riesgo y puedan tomarse las medidas pertinentes en el momento oportuno.

Los niños prematuros pueden tener problemas de salud debido a la inmadurez de sus órganos. El riesgo de presentar estas complicaciones es mayor, cuanto mayor es el grado de prematuridad y menor es el peso.

Con la presente investigación se pretende beneficiar a las mujeres en edad fértil porque al determinar e identificar los factores de riesgo materno se contribuirá a la identificación de riesgos para reducir el número de recién nacidos prematuros.

1.5. LIMITACIONES DE LA INVESTIGACIÓN

Una de las limitaciones de mi investigación fue el subregistro de la información estadística referida a los nacimientos de niños prematuros, por lo que se revisaron diversas fuentes de datos a fin de obtener información confiable.

La ubicación de las historias clínicas, una proporción considerable no fue posible su ubicación, por lo que finalmente la población de estudio consideró al total de recién nacidos prematuros con historia clínica completa.

CAPÍTULO II

MARCO TEÓRICO

2.1. ANTECEDENTES DEL ESTUDIO

2.1.1 A Nivel Internacional.

Rodríguez, S; Ramos, R; Hernández, R. (México, 2013). “Factores de riesgo para la prematuridad de los nacidos en Hospital de Gineco obstetricia 23 del IMSS”

Objetivo: conocer los factores de riesgo y la relación de cada uno de ellos y cómo influyen en la prematuridad de los nacidos en Hospital de Ginecoobstetricia 23 del IMSS, Monterrey NL. Material y método: estudio de casos y controles efectuado con 300 mujeres que finalizaron el embarazo entre las semanas 28 a 36 en el grupo de casos y 600 pacientes que lo hicieron entre las semanas 37 a 41, en el periodo de abril a septiembre de 2011. Resultados: los factores de riesgo para nacimiento prematuro en el grupo de casos fueron: edad materna mayor de 35 años (14.6%), placenta previa (9.3%) e infecciones urinarias (46%). La asociación de factores como la ruptura prematura de membranas y procesos infecciosos fue más significativa con cervicovaginitis (76%). Conclusiones: de los factores de riesgo asociados con recién nacido prematuro resaltó la atención prenatal deficiente y la coexistencia de dos o más factores de riesgo. Es

indiscutible que debe mejorarse la atención y el seguimiento de pacientes con factores de riesgo susceptibles de prevención. (8)

Cortes, E; Rizo, M; Aguilar, M; Rizo, J; Gil, V. (España, 2013).
“Edad materna como factor de riesgo de prematuridad en España; área mediterránea”.

Objetivo: Determinar el efecto de las edades extremas de mujeres residentes en la provincia de Alicante sobre el total de nacimientos prematuros. Método: Se realizó un estudio explicativo, retrospectivo de casos-control durante el periodo de 1 de enero de 2008 a 31 de diciembre de 2011. El estudio se basó en la revisión de los registros de recién nacidos del Centro de Cribado Neonatal de la provincia de Alicante. Se incluyeron todos los recién nacidos pretérmino, es decir, entre las semanas 22 y 36 de gestación (5.295 de 78.391 recién nacidos, lo que representa un 6,75% de prematuridad), y una muestra aleatoria de los nacimientos con más de 37 semanas de gestación (grupo control). Se estudió la edad materna como variable independiente y la prematuridad como variable dependiente. Resultados: El estudio muestra claramente un mayor riesgo de prematuridad entre las madres adolescentes en comparación con el siguiente grupo más cercano en edad, lo que se confirmó por una distribución significativamente distinta con el test Chi cuadrado ($p < 0,0001$) con una OD para los grandes prematuros de 2,41 (1,51-3,24) y de 1,71 (1,32-2,19) para los prematuros. Esta probabilidad también fue mayor en madres con edades de más de 40 años con una OD de 1,86 (1,39-2,48) y de 1,66 (1,44-1,91) para recién nacidos grandes prematuros y prematuros, respectivamente. Discusión: 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

educacionales para disminuir el problema, a partir de los resultados de esta investigación. (9)

De Rodríguez, I, Rossell, M; Álvarez, T; Rojas, L. (Venezuela, 2012).

“Factores de riesgo asociados a prematuridad en neonatos hijos de 205 madres adolescentes en la Maternidad “Dr. Armando Castillo Plaza”, Maracaibo, desde enero - agosto 2012.

Estudio realizado con el objetivo de determinar factores de riesgo asociados a prematuridad en neonatos hijos de 205 madres adolescentes en la Maternidad “Dr. Armando Castillo Plaza”, Maracaibo, desde enero - agosto 2012. Métodos: Estudio descriptivo, prospectivo y transversal, se realizó entrevista a la madre y revisión de historias clínicas de la madre y del neonato; indicadores recopilados: factores personales, socioeconómicos, demográficos, gineco-obstétricos y del nacimiento. Resultados: Hubo 15,13 % adolescentes con hijos prematuros; entre 17-19 años (67,31 %); índice de masa corporal: 18,5-24,99 kg/m² (71,13 %); no estudiaban (41,46%), no completaron la secundaria (78,54%), dedicadas a oficios del hogar (68,29 %); en concubinato (55,12 %), estrato socioeconómico: nivel V (52,68 %); sin consumo de alcohol, drogas o tabaco (100 %); venezolanas (97,56 %), raza mestiza (61,46%); residenciadas en zonas urbanas (62,44%); viven con familia materna y padre del niño (41,95%), familias disfuncionales (55,61 %); rechazo familiar (65,85 %); embarazos no deseados (88,29 %); sin intentos de aborto en 82,93 %. Menarquía con media de 11,81 ±1,09 años, inicio de relaciones sexuales: 14,67±1,11 años; mal control prenatal (64,39 %), primiparidad (72,68%) nacimiento por parto (56,59 %), entre 34 y menores de 38 semanas de gestación (79,51 %); neonato hembra (58,05 %); peso entre 1 501-2.500 g (45,37 %); adecuados para la

edad gestacional (79,51 %); buen Apgar al minuto (56,59 %), a los cinco (74,63 %). Presentaron patologías maternas (100 %) y del neonato (89 %). Conclusiones: El bajo nivel socioeconómico y factores de riesgo familiar se relacionan con la prematuridad en el embarazo de estas adolescentes. (10)

2.1.2 A Nivel Nacional.

Santaya, P. (Huánuco, 2015). “Factores de riesgo maternos que influyen en la prematuridad de los recién nacidos del hospital regional Hermilio Valdizán Medrano de Huánuco, 2015”.

Objetivo: Determinar los factores de riesgo maternos que influyen en la prematuridad de los recién nacidos atendidos del Hospital Regional Hermilio Valdizán 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. (11)

Saavedra, H. (Yurimaguas, 2014). “Factores asociados a prematuridad en el Hospital II – 1 de Yurimaguas, Julio a Diciembre del 2014”.

Objetivo Determinar los factores asociados a prematuridad en el Hospital II – 1 de Yurimaguas - Loreto, entre julio a diciembre 2014. Metodología El presente estudio es de tipo cuantitativo de diseño analítico de caso control; los casos son madre con recién nacido prematuro y los controles son madres con recién nacido a término; la población estuvo constituida por 98 madres con recién nacido prematuros nacidos en el Hospital II – 1 de Yurimaguas - Loreto, obteniendo una muestra de 55 casos y 110 controles que cumplen los criterios de inclusión y exclusión. Resultados Las madres con recién nacidos prematuros presentan entre 20 a 34 años (74.5%), proceden de la zona urbano marginal (43.6%) y urbana (40.0%), son convivientes (76.4%) y de nivel de instrucción de secundaria (78.2%); el 7.3% tienen antecedente de prematuridad, el 49.1% son primíparas y el 61.8% tienen menos de 6 controles pre natales. El 61.8% han presentado morbilidad durante el embarazo; las principales morbilidades registradas fueron anemia (38.2%), infección urinaria (ITU) (21.8%), hipertensión inducida en el embarazo (14.5%) y pre eclampsia (9.1%). Las madres que proceden de la zona rural tienen (OR 1.39) y zona urbano marginal (OR 2.16) tuvieron mayor riesgo significativamente ($p=0.011$); las que proceden de la zona urbana tienen un OR protectorio (0.37). Las madres con menos de 6 controles prenatales tuvieron un OR de 2.43 ($p=0.008$) para presentar recién nacido prematuro; las que tienen 6 a más controles tienen un OR protectorio (0.41). Las madres con morbilidad durante el embarazo

tienen un OR de 1.94 ($p=0.047$) para tener un recién nacido prematuro, siendo la hipertensión inducida por el embarazo (OR 4.51; $p = 0.01$) y pre eclampsia (OR 5.4; $p= 0.02$) para presentar recién nacido prematuro. Las madres que presentaron con mayor frecuencia recién nacidos prematuros fueron entre: las menores de 20 años (52.9%, $p=0.145$); las casadas (38.5%, $p=0.521$); las de nivel de instrucción primaria (66.7%, $p=0.343$), con antecedente de prematuridad (66.7%, $p=0.07$), las nulíparas (52.2%, $p=0.203$) Las madres con anemia ($p=0.192$), infección urinaria ($p=0.391$) y malaria ($p=0.720$) estadísticamente no se relacionaron con la presencia de prematuridad. Conclusiones Las madres con antecedente de hijo prematuro, con morbilidad durante el embarazo y la falta de control prenatal adecuada tienen mayor riesgo significativo de presentar recién nacido prematuro. (12)

Sánchez, C. (Lima, 2014). “Características maternas presentes en el parto prematuro en el Instituto Nacional Materno Perinatal. Lima, 2014”.

Objetivo: Determinar las principales características maternas presentes en el parto prematuro en el Instituto Nacional Materno Perinatal en el periodo enero a junio del 2012. Diseño: Estudio descriptivo, observacional, transversal y retrospectivo. Material y Métodos: Se revisaron 108 historias clínicas en el periodo de estudio. Los datos se procesaron en el programa SPSS versión 20. Se determinaron las medidas de tendencia central para las variables cuantitativas, frecuencias y porcentajes para las variables cualitativas mediante Microsoft Excel. Resultados: Hay mayor frecuencia de parto prematuro en gestantes entre 19 a 24 años de edad (35%) seguida de adolescentes (20%) y con edad gestacional entre 32 a 36 semanas (72%). Con control prenatal inadecuado (52%) y sin CPN (16%). Nivel

socioeconómico bajo (51%) y periodo intergenesico < 2 años (45%) y primigestas fueron causas de parto prematuro. Las pacientes con estado civil conviviente el 73% de los casos y las solteras el 22%. La anemia (32%), ruptura prematura de membranas (22%) y la infección urinaria (19%) son las enfermedades intercurrentes más comunes. En los antecedentes obstétricos encontrados ocupan el aborto previo (29%) y parto pretérmino previo (9%). Conclusiones: Las principales características maternas presentes en el parto pretérmino fueron primigestas con control prenatal inadecuado y periodo intergenésico corto; así como la anemia materna, ruptura prematura de membranas y la infección urinaria. (13)

Carpio, F. (Chiclayo, 2013). “Factores de riesgo maternos asociados al desarrollo de parto pre término en el Hospital Regional de Lambayeque durante el año 2013”.

Objetivo: Determinar los factores de riesgo maternos asociados al desarrollo de parto pre término en el Hospital Regional de Lambayeque durante el año 2013. Material y Métodos: Se realizó un estudio retrospectivo, transversal, de casos y controles. Se formaron dos grupos: Grupo Casos (35 partos pre término) y Grupo Control (35 partos a término). Para el análisis se utilizaron los paquetes informáticos SPSS 20.0 y EPIINFO 2000. Para estudiar la relación entre variables categóricas se utilizó Chi Cuadrado o el test exacto de Fisher cuando las frecuencias esperadas sean menores de 5 en tablas de contingencia de 2 x 2, se consideró asociación estadística a un valor $p < 0,05$ con un intervalo de confianza del 95 %. El estadígrafo de estudio fue el odds ratio (OR) y se definió factor de riesgo para un $OR > 1$. Resultados: 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. Conclusiones: El antecedente de parto pretérmino, 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 pretérmino. (14)

2.1.3 A Nivel Local

A nivel local no se encontraron estudios desarrollados relacionados a la variable del problema de investigación.

2.2. BASES TEÓRICAS

2.2.1. Prematuridad

2.2.1.1. Definición

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), se denomina parto prematuro al nacido vivo antes de que se hayan cumplido 37 semanas de gestación. (15)

Según Gonzales, J. (16) El nacimiento prematuro es definido médicamente como el parto ocurrido antes de 37 semanas de gestación. En oposición a la mayoría de los embarazos que duran más de 37 semanas contadas desde el primer día de la última menstruación como señalan Botero, Jubíz y Henao (17). El nacimiento prematuro ocurre entre 6-12% de los nacimientos en la mayoría de los países. Mientras más corto es el período del embarazo, más alto es el riesgo de las complicaciones. Los bebés que nacen en forma prematura

tienen un alto riesgo de muerte en sus primeros años de vida. Existe también un alto riesgo de desarrollar serios problemas de salud como: parálisis cerebral, enfermedades crónicas a los pulmones, problemas gastrointestinales, retraso mental, pérdida de la visión y el oído.

A pesar que existen varios factores conocidos que llevan al nacimiento prematuro, en casi la mitad de todos los nacimientos de este tipo se desconoce su causa. Cuando las condiciones lo permiten, los doctores pueden intentar detener el trabajo de parto prematuro, para que así el embarazo pueda continuar hasta su término, aumentando así las probabilidades del bebé de sobrevivir con buena salud. Sin embargo, no existen métodos fiables para detener o prevenir el trabajo de parto prematuro en todos los casos.

2.2.1.2. Epidemiología

En Europa y muchos países desarrollados la tasa de nacimientos prematuros es generalmente 5-9%, y en los EE.UU. incluso ha aumentado al 12-13% en las últimas décadas. En España, en la Encuesta Nacional de Mortalidad Perinatal realizada en 1995 por la Sección de Medicina Perinatal de la Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia (SEGO), la incidencia de partos pre términos era de 6.94%.(18). En Cataluña se ha producido un importante aumento de los porcentajes de prematuridad entre los años 1993, en que se registró una tasa del 5,5%, y 2002 con una tasa del 7.6% (16). En el Hospital Universitario San Vicente de Paúl de la ciudad de Medellín, Colombia la frecuencia de

prematuridad es del 10.6% cuando se incluye la edad gestacional entre 28 y 36 semanas.

Tres eventos obstétricos preceden un parto pretérmino: los que son espontáneos constan un 40 - 45% y aquellos que son consecuencia de una ruptura prematura de membranas el 25-30%. El resto (30-35% de los casos) son inducidos por razones obstétricas; como un deterioro del medio intrauterino por infección, retraso del crecimiento intrauterino o peligro significativo de la salud materna en pre eclampsia y cáncer. Basado en la edad gestacional, el 5% de los pre términos se producen antes de las 28 semanas constituyendo la prematuridad extrema, el 15% entre la semana 28-31 (prematuro severo), el 20% entre las 32-33 semanas (prematuro moderada), y 60-70% entre las 34 -36 semanas.
(19)

Como el peso al nacer es más fácil de determinar que la edad gestacional, la Organización Mundial de la Salud hace un seguimiento de los recién nacidos de bajo peso al nacer (<2.500 g), los cuales ocurren en un 16,5% de los nacimientos en las regiones menos desarrolladas durante el año 2000 (20). Se estima que un tercio de esos nacimientos de bajo peso al nacer se debieron a un parto pretérmino. Por lo general, el peso se correlaciona con la edad gestacional, sin embargo, los bebés pueden tener pesos inferiores al rango normal por otros motivos que el parto prematuro, como es el caso del consumo del tabaco y alcohol durante el embarazo. Entre los recién nacidos de bajo peso al nacer también se incluyen los que nacen a término y que son pequeños para la edad gestacional. La clasificación basado en el peso reconoce también el grupo

de los que son de muy bajo peso al nacer, que nacen con menos de 1500 g, y aquellos con muy bajo peso al nacer, que pesan menos de 1000 g. (21) Casi todos los recién nacidos en estos dos últimos grupos han nacido prematuramente.

2.2.1.3. Fisiopatología.

El desencadenamiento del parto a término comparte algunos eventos fisiológicos con el pretérmino, pero no son exactamente lo mismo. Es importante comprender los mecanismos que se suceden en el parto normal para compararlos con el pretérmino. El embarazo que se inicia con la implantación del blastocito termina con el parto y el retorno del útero a su estado inicial (involución uterina). (22)

En la mayor parte del embarazo, el útero está en un estado de inactividad y permanece relajado. La actividad del útero es inhibida por sustancias como la progesterona, el óxido nítrico y la relaxina. Durante esta fase, rara vez se producen contracciones débiles, llamadas de Braxton-Hicks. La progesterona es una hormona que favorece la quietud de las fibras musculares uterinas, inhibe la madurez cervical y disminuye la producción de citoquinas, que se piensa es la clave para la activación de la decidua. Los estrógenos ejercen el efecto contrario.

Poco antes del inicio de trabajo de parto, el aumento de los estrógenos producidos por la placenta activa una cascada de eventos que incluyen contracciones uterinas de gran amplitud y regularidad, madurez del cérvix, activación de la decidua y las membranas fetales. Los estrógenos aumentan la expresión de la oxitocina, receptores de prostaglandinas y proteínas

asociadas a las contracciones. Todos estos cambios promueven la contractilidad uterina.

Aunque la caída de los niveles de progesterona juega un papel importante en algunos mamíferos en la iniciación del parto, en humanos y grandes primates la progesterona aumenta a través de la gestación. Investigaciones recientes sugieren una alteración en la funcionalidad de los receptores de progesterona de la normal forma activa a una forma inactiva, promoviendo un incremento de la contractilidad uterina y de algunas sustancias inflamatorias que se liberan durante el período previo al inicio del trabajo de parto, bloqueando la función de la progesterona.

La síntesis de estrógenos por la placenta está dada, en parte, por el feto, que le aporta como precursor los andrógenos adrenales. Se necesita que el eje hipotálamo-hipófisis adrenal fetal esté funcionando para que pueda dársele precursores de estrógenos a la placenta. La hormona que mantiene la actividad del eje es la hormona liberadora de corticotropina (HLC o CRH por su sigla en inglés) de origen placentario.

La HLC es un neuropéptido de origen hipotalámico, pero también se expresa en la placenta y en las membranas, y se libera aumentándose a medida que transcurre la gestación de una manera exponencial tanto del lado materno como del fetal. Los niveles de HLC se correlacionan con la duración de la edad gestacional. La HLC se comporta como el “reloj placentario” determinante de gestaciones cortas o largas. Así mismo, promueve la producción de cortisol fetal y andrógenos,

y estos a su vez estimulan la producción de HLC de origen placentario.

Los cambios cervicales, de la decidua y de las membranas fetales son consecuencia de prostaglandinas, estrógenos, progesterona y citoquinas inflamatorias que promueven el metabolismo de la matriz extracelular y maduran el cérvix. El parto a término se origina por activación de mecanismos nombrados de una manera fisiológica, mientras el pretérmino necesita mucha más estimulación, especialmente cuando ocurre antes de las 32 semanas, dada principalmente por sustancias inflamatorias.

2.2.1.4. Etiología.

Palencia, A (22), refiere que la etiología de la prematurez rara vez está asociada con una sola condición. Se considera multifactorial y varía de acuerdo con la edad gestacional. Dentro de las principales causas, la infección tiene un rol importante, tanto la local uterina (responsable de la mayoría de los partos prematuros antes de la semana 28) como la sistémica; también están: el estrés materno, la trombosis útero placentaria y las lesiones intrauterinas vasculares asociadas con sufrimiento fetal o hemorragia decidual, la sobre distensión intrauterina y la insuficiencia placentaria. Es frecuente que se combinen factores y que ocurra un parto prematuro por infección en la madre y abrupto placentae.

Un parto pretérmino puede ocurrir de diferentes maneras:

- a) Trabajo de parto pretérmino con membranas intactas (espontáneo).

- b) Trabajo de parto pretérmino con ruptura prematura de membranas (RPM).
- c) Parto pretérmino iatrogénico por causas maternas o fetales.

El parto pretérmino programado ocurre cuando el parto es iniciado por intervención médica a causa de complicaciones del embarazo peligrosas para la madre y/o el feto. En contraste con las causas anteriores, el parto pretérmino por indicación materna está dado principalmente por pre eclampsia y trastornos hipertensivos asociados al embarazo, diabetes mellitus, hipertiroidismo materno, enfermedad pulmonar restrictiva, nefropatía materna, asma, enfermedad cardíaca materna, lupus. La enfermedad materna por sí sola limita el flujo útero placentario, disminuyendo el aporte de nutrientes y oxígeno para el feto, lo cual se traduce en restricción del crecimiento intrauterino. Otros factores de riesgo son la desnutrición materna, la obesidad o la historia anterior de parto pretérmino.

En Latinoamérica, el 70% son partos pre-término espontáneos; el 16-21%, por RPM, y el 11-15%, de forma iatrogénica (indicación médica). En los Estados Unidos, el 40-45% son espontáneos; el 25-40%, por RPM, y el 30-35%, por indicaciones médicas fetales o maternas.

Los partos pretérmino de la semana 22 a la 37 no pueden ser todos categorizados dentro de la misma etiología. Para los partos pre término por debajo de las 32 semanas, es muy importante la infección/inflamación; mientras que los de 33 a

37 semanas están más relacionados con sobre distensión intrauterina y estrés.

2.2.1.5. Clasificación de la prematuridad

Según la Organización Mundial de la Salud (15), se considera prematuro a un bebé nacido vivo antes de que se hayan cumplido 37 semanas de gestación. Los niños prematuros se dividen en subcategorías en función de la edad gestacional:

- Prematuros extremos (<28 semanas)
- Muy prematuros (28 a <32 semanas)
- Prematuros moderados a tardíos (32 a <37 semanas)

2.2.2. Factores de riesgo en la aparición de la prematuridad.

Grajeda, T. (23) En la aparición de la prematuridad juegan un papel importante los factores generales (independientes a ese embarazo), los factores relacionados con la propia gestación y los factores relacionados con el niño.

2.2.2.1. Factores de riesgo generales

a) Edad y raza de la madre.

Las embarazadas adolescentes tienen más riesgo de presentar un parto prematuro. Algunos autores limitan la edad de riesgo por debajo de los 16-18 años, mientras que otros lo hacen si la madre es menor de 20 años.

Además, cuando la madre tiene más de 35 años, también hay mayor riesgo de parto prematuro. A partir de los 35 años hay más complicaciones durante el embarazo, por lo que, en muchas ocasiones, el nacimiento prematuro se

produce por indicación médica, debido al riesgo que suponen, para madre e hijo, algunos problemas de la gestación.

Con respecto a la raza, se ha constatado mediante estudios epidemiológicos que las madres de raza negra sufren mayores tasas de partos prematuros.

b) 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 (Citado por Santaya, P) 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 cambiado de soltero a casado entre los embarazos, el riesgo de bajo peso al nacer disminuyó ($rr = 0,8$). (24)

c) Nivel educativo.

Existen diversos estudios que demuestran que el nivel educativo de la madre si influye decididamente en la prematuridad.

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. (25)

d) Clase social baja.

Cuando el embarazo no está controlado médicamente (lo que ocurre con mayor frecuencia en estratos desfavorecidos de la sociedad), hay más riesgo de que el bebé acabe naciendo de forma prematura. Este factor se relaciona también con una mayor incidencia de hábitos tóxicos, que también influyen directamente sobre la prematuridad.

e) Baja estatura y bajo peso materno.

Cuando la madre mide menos de 1,55 metros tiene más probabilidades de que sus hijos acaben naciendo de forma prematura. Para otros autores, es el reducido peso

materno y no la talla lo que influiría decisivamente en la prematuridad.

Con respecto al peso de la madre, se ha comprobado que cuando es inferior a 55 kilogramos en la semana 20 de embarazo, hay más posibilidades de que el bebé nazca de forma prematura.

f) Tabaco y drogas.

Fumar durante el embarazo aumenta las posibilidades de que el niño nazca de forma prematura. El número de cigarrillos consumidos está directamente relacionado con este riesgo, por lo que es muy importante dejar de fumar antes de la gestación y, si no es posible, reducir su consumo al mínimo.

Además, el consumo de drogas, como la cocaína, está fuertemente relacionado con el parto prematuro. Así, se ha constatado que hasta el 21% de las consumidoras de cocaína dan a luz a niños prematuros. También las anfetaminas afectan muy negativamente al embarazo y su duración.

g) Tipo de trabajo.

El trabajo a turnos y por la noche durante el embarazo aumenta considerablemente el riesgo de tener un parto prematuro, según se ha constatado en distintos estudios.

h) Antecedentes reproductivos de la madre.

Haber tenido anteriormente partos prematuros eleva el riesgo de que esta circunstancia se vuelva a presentar en nuevos embarazos. Asimismo hay más probabilidad de parto prematuro si ha habido abortos previos. Por otra parte, el número de hijos también influye: si la madre no ha tenido hijos o si ya tiene tres o más, el riesgo de prematuridad se eleva.

2.2.2.2. Factores de riesgo relacionados con el embarazo

a) Embarazo múltiple.

Cuando la gestación es de dos o más bebés, las fibras musculares sufren una sobredistensión que puede anticipar el inicio de las contracciones, provocando un parto prematuro. Por este motivo, en más de la mitad de los casos en que hay embarazo de gemelos o mellizos se produce un nacimiento antes de tiempo. Cuando la gestación es de trillizos o más, los porcentajes de prematuridad se acercan al cien por cien.

En los últimos años, debido a que un mayor número de parejas recurre a técnicas de reproducción asistida, los embarazos múltiples están experimentando un gran aumento y, con ellos, también el índice de partos prematuros.

b) Anomalías en la placenta.

Cuando la placenta no se sitúa correctamente se habla de placenta previa. Además, la placenta bien colocada puede desprenderse de forma prematura (*abruptio placentae* o desprendimiento prematuro de placenta), lo que supone un alto riesgo de parto prematuro.

c) Infecciones vaginales, urinarias o del líquido amniótico.

La infección del líquido amniótico o corioamnionitis puede precipitar un parto prematuro. Igualmente, también las infecciones urinarias o las vaginales, también son un factor de riesgo para que se adelante el parto.

d) Insuficiencia cervical.

El cuello uterino debe permanecer cerrado para salvaguardar el saco gestacional hasta el final del embarazo. No obstante, a veces no ocurre así, produciéndose una insuficiencia cervical, por la que el cuello uterino o cérvix se va dilatando progresivamente antes de tiempo. Para evitar que el parto se adelante, suele practicarse un cerclaje a la madre, que no siempre logra retener el nacimiento hasta la fecha prevista de parto.

e) Enfermedades autoinmunes. Algunas enfermedades autoinmunes, como el lupus eritematoso sistémico, pueden hacer que el parto se presente de forma prematura. Aunque se necesitan más estudios para confirmar el mecanismo biológico que adelanta el parto en

mujeres con este tipo de enfermedades, sí parece haber una relación clara entre algunas de ellas y la prematuridad.

f) Anomalías del útero.

Las anomalías en el útero son las responsables de hasta un 15% de los casos de parto prematuro. Las alteraciones uterinas de la madre pueden ser congénitas o adquiridas con el tiempo, pero, en cualquier caso, parece que tienen un efecto claro sobre la prematuridad. Una de las anomalías uterinas congénitas más comunes es la que afecta a los conductos de Müller. Cuando no se desarrollan correctamente o no se fusionan bien, el útero adulto presenta malformaciones.

Además, puede haber tumores uterinos que, dependiendo de su tamaño y de su situación, pueden influir en que el parto se adelante. Al no quedar espacio suficiente para el normal desarrollo del feto a consecuencia del tumor, el útero no puede llevar a cabo la distensión que le corresponde y el organismo “fuerza” un parto prematuro.

g) Exceso de líquido amniótico (polihidramnios).

Puede desencadenar el parto prematuro al dar lugar a una distensión excesiva del útero.

h) Enfermedades propias de la gestación.

Hay algunas patologías del embarazo que afectan directamente a la duración del mismo. Es el caso de la

preeclampsia, que acaba produciendo un defecto de placentación que puede acabar en parto prematuro.

i) Traumatismos durante el embarazo.

Las caídas, los golpes o los traumatismos sufridos durante los nueve meses de gestación pueden dar lugar a un parto prematuro. Hay que tener en cuenta que cuando se produce una agresión externa, el organismo comienza a producir adrenalina y noradrenalina, que pueden afectar a la musculatura del útero, generando contracciones.

Por ese mismo mecanismo de respuesta ante agresiones externas, si durante el embarazo hay una intervención quirúrgica, especialmente en el abdomen, se pueden generar contracciones que precipiten y adelanten el parto.

2.2.2.3. Factores de riesgo relacionados con el niño

Cuando el feto tiene alguna malformación importante o algún defecto cromosómico hay más riesgo de que sea prematuro. La prematuridad no suele estar directamente relacionada con la anomalía del niño sino con las consecuencias que tenga la malformación sobre el desarrollo del embarazo. Por ejemplo, es frecuente que algunas alteraciones cursen con polihidramnios, un factor precipitante del parto prematuro. Es posible que el defecto fetal tenga que ver con el tamaño del niño; si este crece de forma desmesurada.

2.3. DEFINICIÓN DE TÉRMINOS

Recién nacido prematuro.

Pre término o Recién Nacido prematuro, se define como el niño nacido antes de completar las 37 semanas de Gestación. (15)

Factor de riesgo.

Un factor de riesgo es cualquier rasgo, característica o exposición de un individuo que aumente su probabilidad de sufrir una enfermedad o lesión.

2.5 VARIABLE DE INVESTIGACION

2.5.1 Definición conceptual de la variable

Recién nacido prematuro (VD)

Pre término o Recién Nacido prematuro, se define como el niño nacido antes de completar las 37 semanas de Gestación. (15)

Factor de riesgo materno (VI)

Un factor de riesgo materno es cualquier rasgo, característica o exposición de una mujer durante su proceso de gestación que aumente su probabilidad de generar un recién nacido prematuro.

2.5.2 Definición operacional de la variable

Recién nacido prematuro (VD)

Se refiere al recién nacido vivo que presenta menos de 37 semanas de gestación.

Factores maternos (VI)

Se refiere a los factores generales, los relacionados con la propia gestación y las relacionadas con el niño.

Dentro de los **factores generales** se ha considerado los siguientes indicadores:

Edad Materna. Tiempo transcurrido desde el nacimiento hasta el momento que ocurrió el parto. Se considerará 3 categorías: Menor igual a 19 años, de 20 a 34 años, > de 35 a más años.

Procedencia. Lugar donde vive o reside la mujer gestante. Se considerará 3 categorías: Urbana. La gestante reside en la zona céntrica o dentro de la ciudad, Peri Urbana. La gestante reside en el margen de la ciudad. Rural. La gestante reside en pueblos caseríos fuera de la ciudad.

Estado Civil. Estado en la persona con respecto a sus deberes y derechos con niveles sociales, económicos y legales. Se considerará 3 categorías: Soltera. Vive sola con sus hijos y no tiene vínculo con el padre. Casada. Tiene vínculo legal (civil) con el padre. Conviviente. No tiene vínculo legal, pero vive con el padre.

Nivel de Escolaridad. Años de estudios cursados y aprobados. Se considerará 4 categorías: Sin estudios. No curso estudios en un centro

educativo. Primaria. Solo tuvo estudios en centro educativo primario, puedes ser completa e incompleta.

Ocupación. Se refiere a la labor que realiza la gestante. Se considerará 03 categorías: ama de casa, estudiante, Otro.

Estatura de la madre. Se refiere a la talla de la embarazada. Se considerará dos categorías: < 1.55 mt ; > 1.55 mt.

Ganancia de peso durante el embarazo. Es un factor pronóstico importante de los desenlaces de salud a corto y largo plazo. Se considerará tres categorías: Bajo, Adecuado, elevado para la edad estacional.

Control Pre Natal. Evaluación repetida con enfoque de riesgo que efectúa el profesional de salud en la mujer gestante vigilando su bienestar y el de su producto de la concepción. Se considerará 2 categorías: Control Pre Natal controlada. Cuando tiene 6 o más atenciones en el programa de control pre natal. Control Pre Natal no controlada. Cuando tiene menos de 6 controles en el programa de control pre natal, o no tiene ningún control.

Antecedente de parto prematuro. Se refiere si la madre anteriormente tuvo un parto de recién nacido prematuro. Se considerará 02 categorías: Si tuvo parto prematuro, No tuvo parto prematuro

Antecedente de abortos previos. Se refiere si la madre se ha practicado algún aborto antes del embarazo actual. Se considerará 02 categorías: Si presenta antecedente de aborto, No presenta antecedente de aborto.

Paridad. Se dice que una mujer ha parido cuando ha dado a luz por cualquier vía (vaginal o cesárea) uno o más productos (vivos o muertos), y que pesaron 500 gramos ó más o que poseen más de 20 semanas de edad gestacional. Se considerará 4 categorías: Nulípara. No tuvo ningún parto. Primípara. Solo tuvo un parto. Multípara. Mujer

que ha presentado 2 ó más partos. Gran Multípara. Mujer con 5 partos ó más.

Dentro de los **factores de riesgo relacionados con la propia gestación** se ha considerado los siguientes indicadores:

Embarazo múltiple. Un embarazo múltiple es aquel en el que se desarrolla más de un feto. Esto se produce como resultado de la fecundación de dos o más óvulos, o cuando un óvulo se divide, dando lugar en este caso a gemelos, genéticamente. Se considerará dos categorías Si presenta, No presenta.

Placenta Previa. La placenta previa es una complicación que se produce en uno de cada 200 embarazos aproximadamente, y consiste en que la placenta (adherida a la pared del útero mediante vasos sanguíneos) se sitúa cerca o sobre el cuello uterino (abertura del útero). Se considerará dos categorías Si presenta, No presenta.

Desprendimiento prematuro de placenta. El desprendimiento prematuro de placenta es la separación parcial o total de la placenta de su inserción decidual en el fondo uterino, previa al nacimiento del feto. Es la segunda causa de metrorragia en el tercer trimestre de gestación tras la placenta previa. Se considerará dos categorías Si presenta, No presenta.

Infecciones Vaginales. La vaginitis o infección vaginal, es la inflamación de la vagina, que habitualmente se debe a una infección, aunque en algunas ocasiones existen. Se considerará dos categorías Si presenta, No presenta.

Insuficiencia Cervical. La incompetencia cervical se caracteriza por la dilatación progresiva del cuello uterino en ausencia de contracciones uterinas. Esta condición es causa de aborto de segundo trimestre y parto prematuro. Clásicamente el tratamiento ha sido el cerclaje cervical, cuya utilidad, sin embargo, no ha sido demostrada. Se considerará dos categorías Si presenta, No presenta.

Enfermedades autoinmunes. Algunas de las enfermedades autoinmunes más comunes son la esclerosis múltiple, el lupus eritematoso sistémico (LES), el síndrome antifosfolípido, la artritis reumatoide y la diabetes tipo I. Se considerará dos categorías Si presenta, No presenta.

Anomalías del útero. Se considerará dos categorías Si presenta, No presenta.

Polihidramnios. Es un término médico que se refiere a la presencia excesiva o aumento de líquido amniótico por lo general mayor a los 2 litros o un índice de líquido amniótico >18 mm—alrededor del feto antes de que este nazca. Se considerará dos categorías Si presenta, No presenta.

Pre Eclampsia. Es una complicación médica del embarazo, también llamada toxemia del embarazo, y se asocia a hipertensión inducida durante el embarazo. Se considerará dos categorías Si presenta, No presenta. Se considerará dos categorías Si presenta, No presenta.

Dentro de los **factores de riesgo relacionados con el niño** se ha considerado los siguientes indicadores:

Presencia de Malformación Congénita. Las malformaciones congénitas son alteraciones anatómicas que ocurren en la etapa intrauterina y que

pueden ser alteraciones de órganos, extremidades o sistemas, debido a factores medioambientales, genéticos, deficiencias en la captación de nutrientes, o bien consumo de sustancias nocivas. Entre ellas podemos mencionar a las Malformaciones Congenitas Comunes: El labio leporino y la fisura palatina, la parálisis cerebral, Pie deforme, displasia del desarrollo de la cadera, hipotiroidismo congénito, síndrome de alcoholismo fetal, defectos del tubo neural (espina bífida, anencefalia). Malformaciones Cardiacas: Defectos septales atriales y centriculares, ductus arterioso persistente, estenosis valvular aortica o pulmonar, coartación aortica, transposición de grandes vasos, corazón izquierdo hipoplástico, tetralogía de fallot. Malformaciones del tracto gastrointestinal: Atresia esofágica, hernia del diafragma, estenosis pilórica, enfermedad de hirschsprung, gastrosquisis y encefalocele, atresia anal, atresia biliar. Malformaciones congénitas genéticas: Fibrosis quística, síndrome de Down, síndrome del X frágil, distrofia muscular, fenilcetonuria, anemia falsiforme, enfermedad de Tay Sachs. Infecciones que causan malformaciones congénitas: Síndrome de rubeola congénita, citomegalovirus, toxoplasmosis, virus del herpes genital, quinta enfermedad, síndrome de varicela congénita, sífilis congénita. Se considerará dos categorías Si presenta, No presenta.

2.5.3 Operacionalización de la variable

VARIABLE	DIMENSIONES	INDICADORES	VALOR FINAL	ESCALA DE MEDICION
Factores maternos (VI)	Factores maternos generales	Edad Materna	<= 19 años, 20 a 34 años, > 34 años	Discreta
		Procedencia	Urbana, Peri Urbana, Rural	Nominal
		Estado Civil	Soltera, Casada, Conviviente.	Nominal
		Nivel de Escolaridad	Sin Instrucción, Primaria, Secundaria, Técnica, Superior	Nominal
		Ocupación	Ama de casa, Estudiante, Otro.	Nominal
		Estatura	< 1.55 mt. > 1.55 mt.	Continua
		Ganancia de Peso	1-7 kg. , 8-14 kg., 15-21 kg.	Continua
		Control Pre Natal	Si, No	Nominal
		Antecedente de parto prematuro	Si, No	Nominal
		Antecedente de abortos previos	Si, No	Nominal
	Paridad	Nulípara, Primípara, Multípara, Gran Multípara.	Nominal	
	Factores maternos relacionados con la propia gestación	Embarazo Múltiple	Si, No	Nominal
		Placenta Previa	Si, No	Nominal
		Desprendimiento Prematuro de Placenta	Si, No	Nominal
		Infecciones Vaginales	Si, No	Nominal
		Insuficiencia cervical	Si, No	Nominal
		Enfermedades Autoinmunes	Si, No	Nominal
		Polihidramnios	Si, No	Nominal
	Pre Eclampsia	Si, No	Nominal	
	Factores maternos relacionados con el recién nacido	Presencia de malformación congénita	Si, No	Nominal

CAPITULO III METODOLOGÍA

3.1 TIPO, NIVEL Y DISEÑO DE INVESTIGACION

3.1.1. Tipo de Investigación.

Según la intervención del investigador se trata de una investigación de tipo observacional. Supo, J. (26) Señala que, en este tipo de investigación no existe intervención del investigador, los datos reflejan la evolución natural del evento, ajena a la voluntad del investigador.

3.1.2. Nivel de Investigación

Nivel de investigación descriptiva. Supo, J. (24) por que describe fenómenos sociales o clínicos en una circunstancia temporal y geográfica determinada, su finalidad es describir y/o estimar parámetros.

3.1.3. Diseño de Investigación

Investigación no experimental, de diseño transeccional, retrospectivo, como se muestra a continuación:



Dónde:

M = Muestra

O = Variables de estudio

3.2 Descripción del ámbito de la investigación

El lugar donde se desarrolló la investigación fue en el Servicio de Neonatología y Estadística del Hospital Amazónico de Yarinacocha, ubicado en el Jr. Aguaytia No 605, localidad de Puerto Callao, distrito de Yarinacocha, Provincia de Coronel Portillo, Región Ucayali.

3.3. Población y muestra

3.3.1. Población.

La población de estudio estuvo constituida por 134 nacidos vivos prematuros entre enero a diciembre de 2016, tal como consta en la base de datos de Egresos Hospitalarios de la Oficina de Estadística del Hospital Amazónico. (7)

3.3.2. Muestra.

3.3.2.1. Unidad de análisis

Cada uno de los recién nacidos vivos prematuros en la muestra

3.3.2.2. Unidad de muestreo:

La unidad de muestreo fue similar a la unidad de análisis.

3.3.2.3. Marco muestral

Estuvo conformada por la relación de 134 Historias clínicas de los recién nacidos vivos prematuros en el Hospital Amazónico entre Enero a Diciembre de 2016.

3.3.2.4. Tamaño de la muestra:

La muestra estuvo constituida por 58 recién nacidos vivos menores a 37 semanas de gestación en el periodo de enero a diciembre 2016.

Para determinar el tamaño de la muestra se utilizó la fórmula para población finita con proporciones y error absoluto; la fórmula es la siguiente:

$$n = \frac{z^2 \cdot N \cdot p \cdot q}{E^2 (N - 1) + z^2 \cdot p \cdot q}$$

Donde:

n = Muestra

N= población = 134

p= probabilidad de éxito. (50%= 0,5)

q= probabilidad de fracaso. (50%= 0,5)

E= nivel de error. (5%= 0,05)

Z= distribución normal. (95%= 1,96)

Reemplazando en la fórmula:

$$n = \frac{1.96^2 * 134 * 0.5 * 0.5}{0.05^2 (134-1) + 1.96^2 * 0.5 * 0.5} = 100$$

Corrección del tamaño de la muestra

$$n/N = 100/134.$$

Como el valor que se obtiene (0,7462) es mayor que 0,05 entonces se realizó el ajuste de la muestra de la siguiente manera. Encontrando una muestra final de 58 recién nacidos pre término.

$$n = n/1 + n/N = 100/1 + 100/134 = 58$$

Los elementos de la muestra fueron seleccionados haciendo uso de los siguientes criterios:

Criterio de Inclusión

- Historia clínica de recién nacidos vivos menores de 37 semanas de gestación de ambos sexos.
- Historias clínicas con información completa.

Criterio de exclusión

- Historia clínica de recién nacidos vivos a término y post término.
- Historia Clínica con información incompleta.

3.3.2.5. Tipo de muestreo

La selección de la muestra se realizó mediante muestreo probabilístico (muestreo aleatorio simple) en la que todos los elementos tuvieron la misma posibilidad de ser elegidos

teniendo en cuenta los criterios de inclusión y exclusión de la presente investigación.

3.4. TÉCNICAS E INSTRUMENTOS PARA LA RECOLECCIÓN DE DATOS

3.4.1 Técnicas de recolección de datos

La observación

Como metodología de recopilación de datos observables para la verificación de las principales fuentes secundarias de registro de información de gestantes con recién nacidos prematuros.

Análisis documental

Se realizó el análisis documental de las principales fuentes de información como son: El libro de registro de las atenciones de parto, la historia clínica de cada una de los recién nacidos prematuros, base datos del sistema Informático Perinatal (SIP 2000).

3.4.2 Instrumento de recolección de datos.

El instrumento a utilizar fue un formato de recolección de datos: Se tuvo en cuenta los datos relacionados con los factores generales, los factores relacionados con la propia gestación y los factores relacionados con el niño.

3.5. VALIDEZ Y CONFIABILIDAD DEL INSTRUMENTO

Por la naturaleza de la presente investigación, no es necesario someter el instrumento a evaluación de validez y confiabilidad, por tratarse de un estudio retrospectivo.

3.6. PLAN DE RECOLECCIÓN Y PROCESAMIENTO DE DATOS.

3.6.1. Plan de recolección de datos.

Se emitió una solicitud dirigido al Director del Hospital Amazónico para obtener la autorización para la aplicación del instrumento de recolección de datos. Se coordinó con el Médico y Enfermera jefe del Servicio de Neonatología y Centro Obstétrico para la revisión del libro de registro de recién nacidos y partos y el Jefe del Servicio de Estadística para acceder a las historias clínicas. Se capacitó a 02 personales de apoyo en la recolección de datos.

3.6.2. Procesamiento de datos

Previo control de calidad de los datos recolectados, se procedió con el procesamiento de la información en una base de datos elaborada en el paquete estadístico SPSS Versión 22.0; considerando cada uno de las variables de estudio.

3.8 Plan de análisis de datos

El análisis univariado de los datos se realizó haciendo uso del programa estadístico SPSS Versión 22.0, a partir de estadística descriptiva básica considerando las frecuencias absolutas y porcentajes, las mismas que fueron presentadas mediante tablas y gráficos según el tipo de variables.

3.7 Consideraciones Éticas

En cuanto a las consideraciones éticas se tuvo en cuenta la confidencialidad de los datos, las cuales fueron utilizadas solo con fines para la presente investigación.

CAPITULO IV
RESULTADOS

4.1. Factores maternos generales

a. Edad

Tabla 1

**Edad de las madres de recién nacidos prematuros
Hospital Amazónico de Yarinacocha, 2016**

Edad	Frecuencia	Porcentaje
Menor Igual a 19 años	12	20.7
De 20 a 34 años	36	62.1
Mayor de 34 AÑOS	10	17.2
Total	58	100.0

Fuente: Historia clínica de recién nacidos prematuros.

Gráfico 1

Edad de las madres de recién nacidos prematuros - Hospital Amazónico, 2016

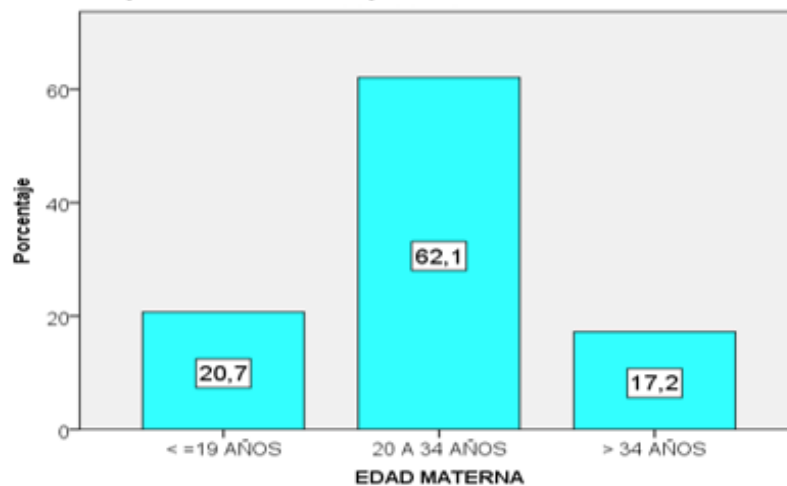


Tabla 1.- El 20.7% (12) de madres de recién nacidos prematuros tuvieron edades menores o igual a 19 años, 62.1% (36) de 30 a 34 años y el 17.2% (10) tuvieron edades mayores de 34 años. El promedio de edad del grupo de estudio fue 25.3 años (edad máxima 39 años; edad mínima 12 años), desviación estándar + - 7.638. Se concluye que tener de 20 a 34 años es un factor materno que con mayor frecuencia influye en la presencia de casos de recién nacidos prematuros.

b. Procedencia

Tabla 2

Procedencia de las madres de recién nacidos prematuros - Hospital Amazónico de Yarinacocha, 2016

Procedencia	Frecuencia	Porcentaje
Zona Urbana	16	27.6
Zona Rural	10	17.2
Zona Urbano Marginal	32	55.2
Total	58	100.0

Fuente: Historia clínica de recién nacidos prematuros.

Gráfico 2

Procedencia de las madres de recién nacidos prematuros - Hospital Amazónico, 2016

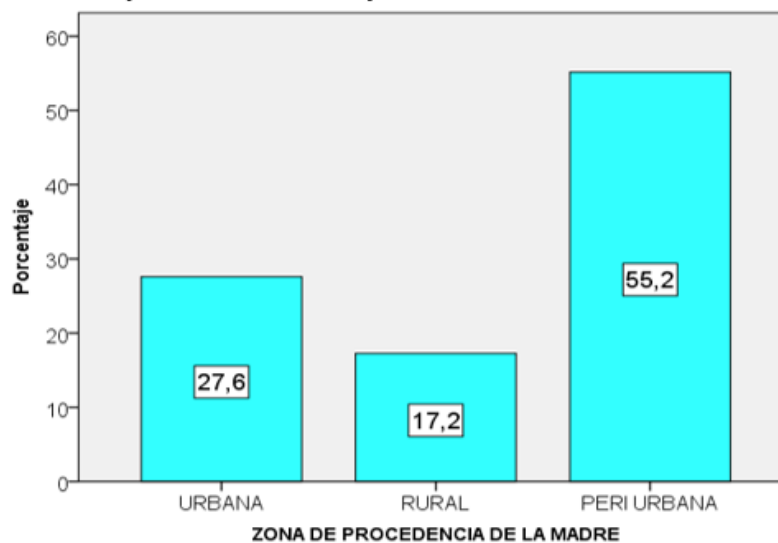


Tabla 2.- El 27.6% (16) de madres de recién nacidos prematuros procedieron de la zona urbana, 17.2% (10) de la zona rural y 55.2% (32) de la zona periurbana. Se concluye que proceder de zona periurbana principalmente un asentamiento humano es un factor que con mayor frecuencia influye en la presencia de casos de recién nacidos prematuros.

c. Estado Civil

Tabla 3

Estado Civil de las madres de recién nacidos prematuros - Hospital Amazónico de Yarinacocha, 2016.

Estado Civil	Frecuencia	Porcentaje
Conviviente	48	82.8
Soltera	08	13.8
Casada	02	3.4
Total	58	100.0

Fuente: Historia clínica de recién nacidos prematuros.

Gráfico 3

Estado Civil de las madres de recién nacidos prematuros - Hospital Amazónico, 2016

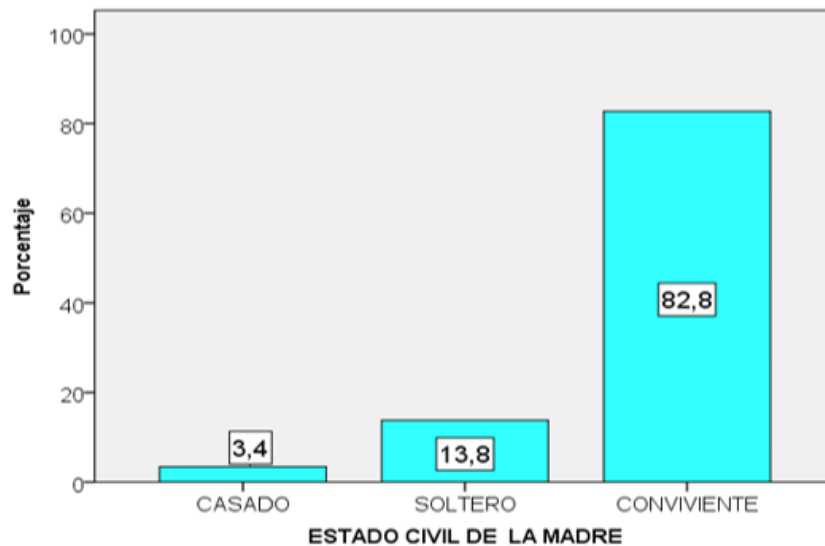


Tabla 3.- El 82.8% (48) de madres de recién nacidos prematuros fueron de estado civil conviviente, 13.8% (08) madres solteras y 3.4% (02) casadas. Se concluye que el estado civil conviviente es un factor que con mayor frecuencia influye en la presencia de casos de recién nacidos prematuros.

d. Escolaridad

Tabla 4

Escolaridad de las madres de recién nacidos prematuros - Hospital Amazónico de Yarinacocha, 2016.

Grado de Instrucción	Frecuencia	Porcentaje
Sin Instrucción	01	1.7
Primaria Incompleta	01	1.7
Primaria Completa	17	29.3
Secundaria Incompleta	03	5.2
Secundaria Completa	25	43.1
Superior Completa	11	19.0
Total	58	100.0

Fuente: Historia clínica de recién nacidos prematuros.

Gráfico 4

Escolaridad de las madres de recién nacidos prematuros - Hospital Amazónico, 2016

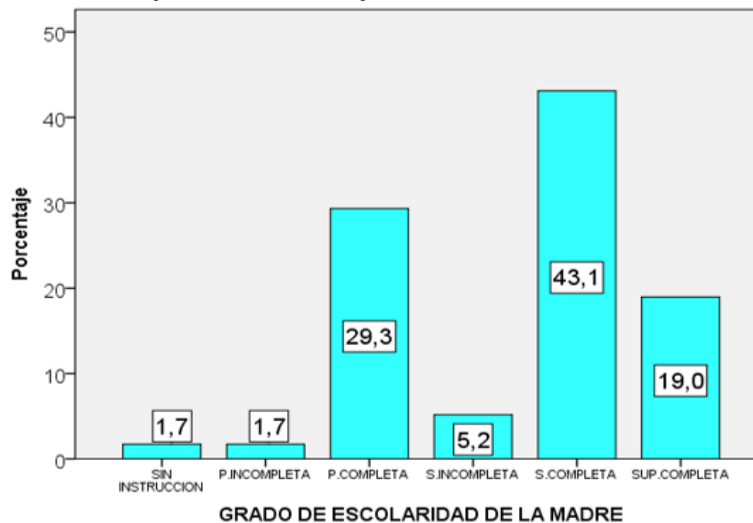


Tabla 4.- El 1.7% (01) de madres de recién nacidos prematuros no poseen nivel de instrucción alguno, 1.7% (01) tuvieron primaria incompleta, 29.3% (17) primaria completa, 5.2% (03) secundaria incompleta, 43.1% (25) secundaria completa y 19.0% (11) superior completa. Se concluye que tener secundaria completa, seguido de primaria completa y superior completa, son factores que con mayor frecuencia influyen en la presencia de casos de recién nacidos prematuros.

e. Ocupación

Tabla 5

**Ocupación de las madres de recién nacidos prematuros
Hospital Amazónico de Yarinacocha, 2016.**

Ocupación	Frecuencia	Porcentaje
Ama de Casa	45	77.6
Estudiante	07	12.1
Docente	03	5.2
Secretaria	02	3.4
Asistente de Contabilidad	01	1.7
Total	58	100.0

Fuente: Historia clínica de recién nacidos prematuros.

Gráfico 5

Ocupación de las madres de recién nacidos prematuros - Hospital Amazónico, 2016

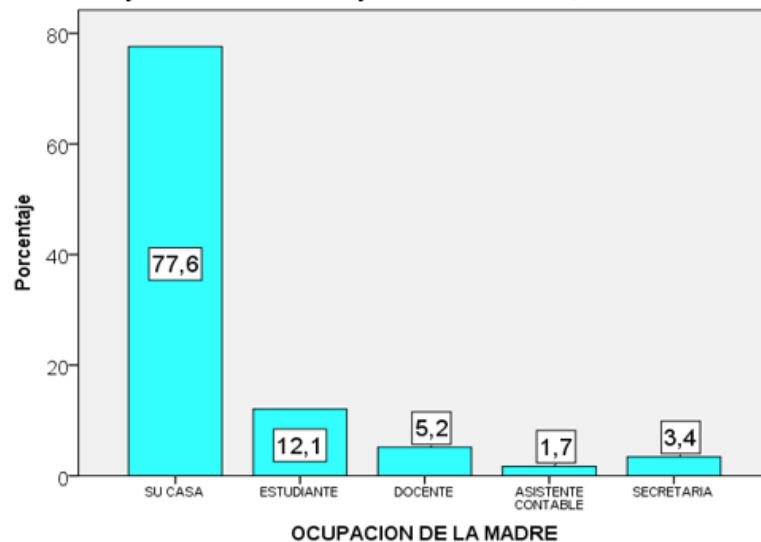


Tabla 5.- El 77.6% (45) de madres de recién nacidos prematuros fueron amas de casa, 12.1% (07) estudiantes, 5.2% (03) docentes, 3.4% (02) secretaria y 1.7% (01) asistente de contabilidad. Se concluye que ser ama de casa es un factor materno que con mayor frecuencia influye en la presencia de casos de recién nacidos prematuros.

f. Talla de la madre

Tabla 6

**Talla de las madres de recién nacidos prematuros
Hospital Amazónico de Yarinacocha, 2016.**

Talla	Frecuencia	Porcentaje
Menor de 155 cm.	37	63.8
Mayor de 155 cm.	21	36.2
Total	58	100.0

Fuente: Historia clínica de recién nacidos prematuros.

Gráfico 6

**Talla de las madres de recién nacidos
prematuros - Hospital Amazónico, 2016**

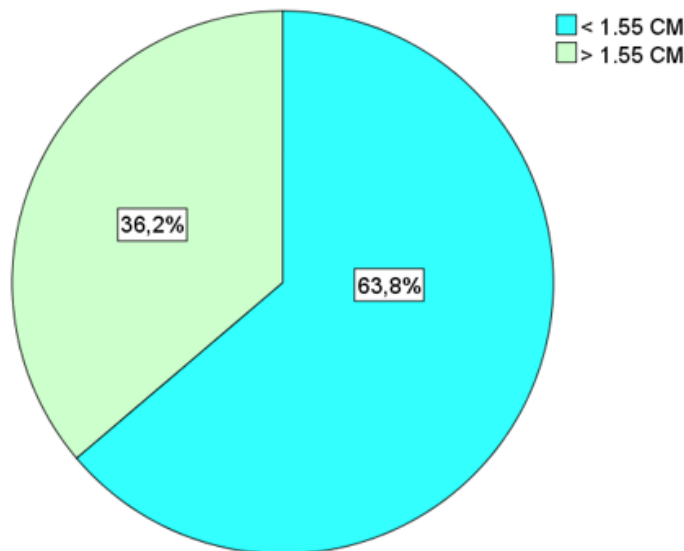


Tabla 6.- El 63.8% (37) de madres de recién nacidos prematuros tuvieron una talla menor de 1.55 mt., 36.2% (21) mayor de 1.55 mt. El promedio de talla fue de 1.53 mt. (Valor mínimo 1.42 mt.; valor máximo 1.67 mt.). Se concluye que tener una talla menor de 1.55 mt, es un factor materno que con mayor frecuencia influye en la presencia de casos de recién nacidos prematuros.

g. Peso durante el embarazo.

Tabla 7

Peso de las madres de recién nacidos prematuros - Hospital Amazónico de Yarinacocha, 2016.

Ganancia de Peso	Frecuencia	Porcentaje
De 1 a 7 Kg.	28	48.3
De 8 a 14 Kg.	23	39.7
De 15 a 21 Kg.	7	12.1
Total	58	100.0

Fuente: Historia clínica de recién nacidos prematuros.

Gráfico 7

Ganancia de peso durante el embarazo de las madres de recién nacidos prematuros Hospital Amazónico, 2016

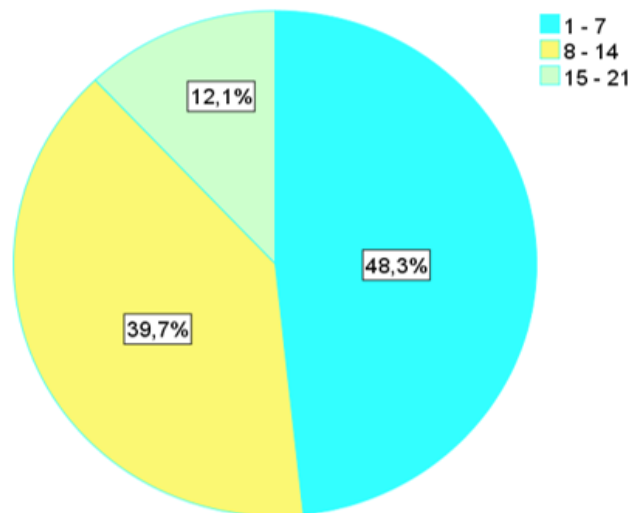


Tabla 7.- El 48.3% (28) de madres de recién nacidos prematuros tuvieron una ganancia de peso de 1 a 7 kg., 39.7% (23) de 08 a 14 kg., y 12.1% (07) de 15 a 21 kg. El promedio de ganancia de peso que tuvieron las madres durante su embarazo fue de 8.26 kg. (peso mínimo 1 kg., peso máximo 21 kg).

h. Control pre natal

Tabla 8

Control pre natal durante el embarazo de las madres de recién nacidos prematuros - Hospital Amazónico de Yarinacocha, 2016.

Control Pre Natal	Frecuencia	Porcentaje
SI	42	72.4
NO	16	27.6
Total	58	100.0

Fuente: Historia clínica de recién nacidos prematuros.

Gráfico 8

Control pre natal durante el embarazo de las madres de recién nacidos prematuros Hospital Amazónico, 2016

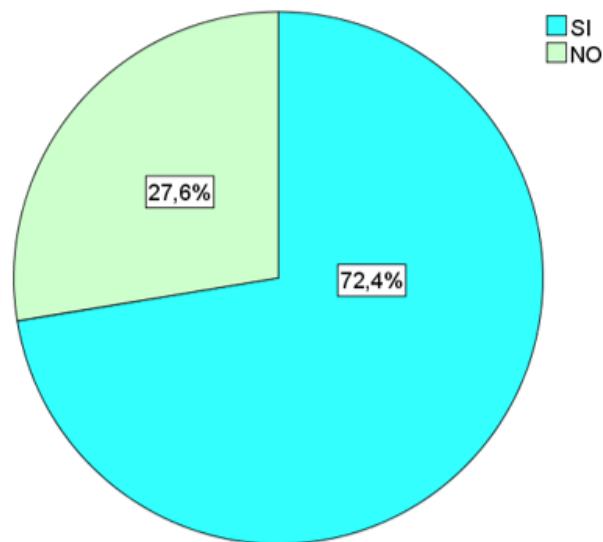


Tabla 8.- El 72.4% (42) de madres de recién nacidos prematuros recibieron control pre natal, 27.6% (16) no recibieron control pre natal. Se concluye que haber recibido control pre natal durante el embarazo es un factor materno que con mayor frecuencia influye en la presencia de recién nacidos prematuros.

i. Antecedente de parto prematuro

Tabla 9

Antecedente de parto prematuro de las madres de recién nacidos prematuros - Hospital Amazónico de Yarinacocha 2016.

Antecedente de Parto Prematuro	Frecuencia	Porcentaje
SI	09	15.5
NO	49	84.5
Total	58	100.0

Fuente: Historia clínica de recién nacidos prematuros.

Gráfico 9

Antecedente de parto prematuro de las madres de recién nacidos prematuros Hospital Amazónico, 2016

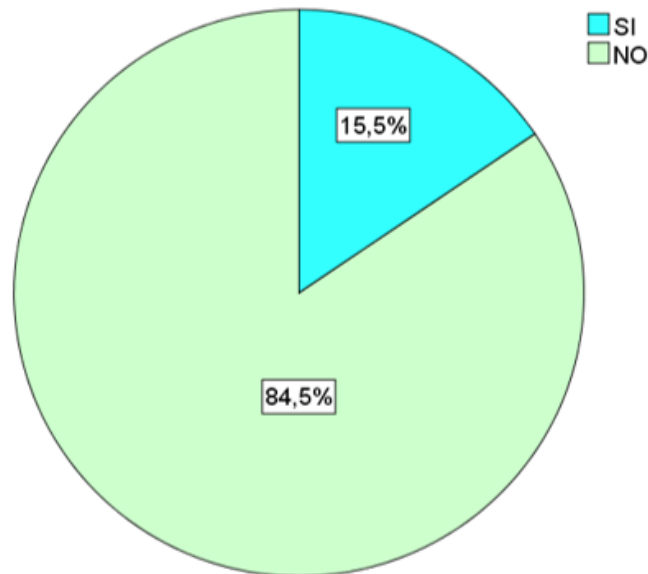


Tabla 9.- El 15.5% (09) de madres de recién nacidos prematuros presentaron antecedente de haber tenido gestaciones con parto prematuro y 84.5% (49) no presentaron este tipo de antecedente.

j. Antecedente de Aborto

Tabla 10

Antecedente de aborto en las madres de recién nacidos prematuros - Hospital Amazónico de Yarinacocha, 2016.

Antecedente de Aborto	Frecuencia	Porcentaje
SI	13	22.4
NO	45	77.6
Total	58	100.0

Fuente: Historia clínica de recién nacidos prematuros.

Gráfico 10

Antecedente de aborto de las madres de recién nacidos prematuros. Hospital Amazónico, 2016

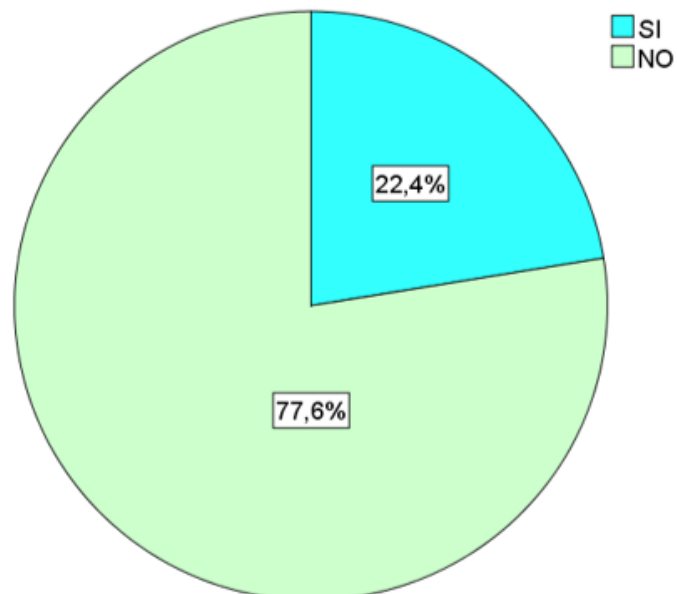


Tabla 10.- El 22.4% (13) de madres de recién nacidos prematuros presentaron antecedente de aborto y 77.6% (45) no presentaron este tipo de antecedente.

k. Paridad

Tabla 11

**Paridad de las madres de recién nacidos prematuros
Hospital Amazónico de Yarinacocha, 2016.**

Paridad	Frecuencia	Porcentaje
De 0 - 1 hijo	29	50.0
De 2 - 3 hijos	17	29.3
De 4 - 5 hijos	12	20.7
Total	58	100.0

Fuente: Historia clínica de recién nacidos prematuros.

Gráfico 11

**Paridad de las madres de recién nacidos
prematuros Hospital Amazónico, 2016**

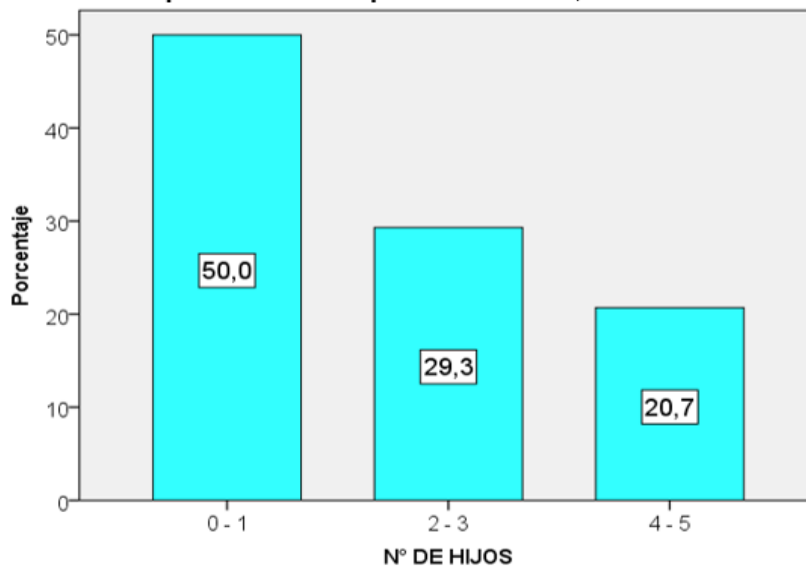


Tabla 11.- El 50.0% (29) de madres de recién nacidos prematuros no tuvieron hijos o tuvieron 01 hijo, 29.3% (17) tuvieron de 2 a 3 hijos, 20.7% (12) de 4 a 5 hijos. Se concluye que el no haber tenido embarazo previo o haber tenido un solo embarazo, es un factor materno que con mayor frecuencia influye en la presencia de casos de recién nacidos prematuros.

4.2. Factores maternos relacionados a la gestación

a) Embarazo Múltiple

Tabla 12

Presencia de Embarazo múltiple en las madres de recién nacidos prematuros - Hospital Amazónico de Yarinacocha, 2016.

Embarazo Múltiple	Frecuencia	Porcentaje
SI	06	10.3
NO	52	89.7
Total	58	100.0

Fuente: Historia clínica de recién nacidos prematuros.

Gráfico 12

Presencia de embarazo múltiple en las madres de recién nacidos prematuros Hospital Amazónico, 2016

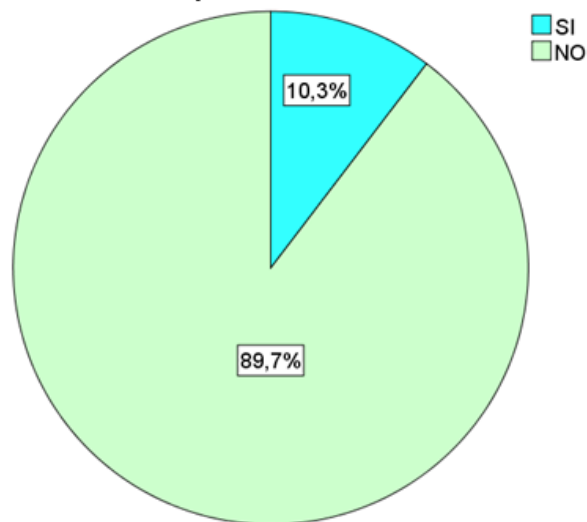


Tabla 12.- El 10.3% (06) de madres de recién nacidos prematuros presentaron embarazo múltiple y 89.7% (52) embarazos únicos.

b) Placenta Previa

Tabla 13

Presencia de placenta previa en las madres de recién nacidos prematuros - Hospital Amazónico de Yarinacocha, 2016.

Placenta Previa	Frecuencia	Porcentaje
SI	09	15.5
NO	49	84.5
Total	58	100.0

Fuente: Historia clínica de recién nacidos prematuros.

Gráfico 13

Presencia de placenta previa en las madres de recién nacidos prematuros Hospital Amazónico, 2016

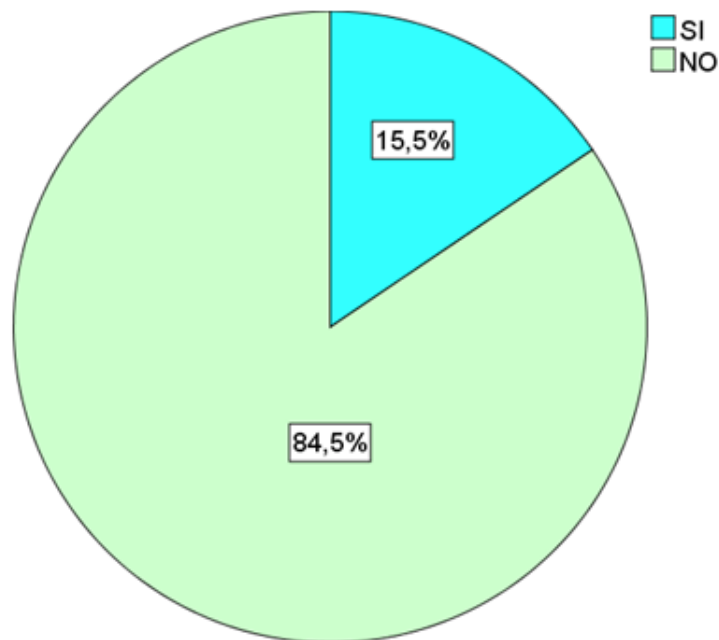


Tabla 13.- El 15.5% (09) de madres de recién nacidos prematuros presentaron placenta previa y 84.5% (49) no presentaron este tipo de complicación.

c) Desprendimiento prematuro de placenta

Tabla 14

Desprendimiento prematuro de placenta en las madres de recién nacidos prematuros - Hospital Amazónico de Yarinacocha, 2016.

Desprendimiento Prematuro de Placenta	Frecuencia	Porcentaje
SI	26	44.8
NO	32	55.2
Total	58	100.0

Fuente: Historia clínica de recién nacidos prematuros.

Gráfico 14

Presencia de desprendimiento prematuro de placenta en las madres de recién nacidos prematuros - Hospital Amazónico, 2016

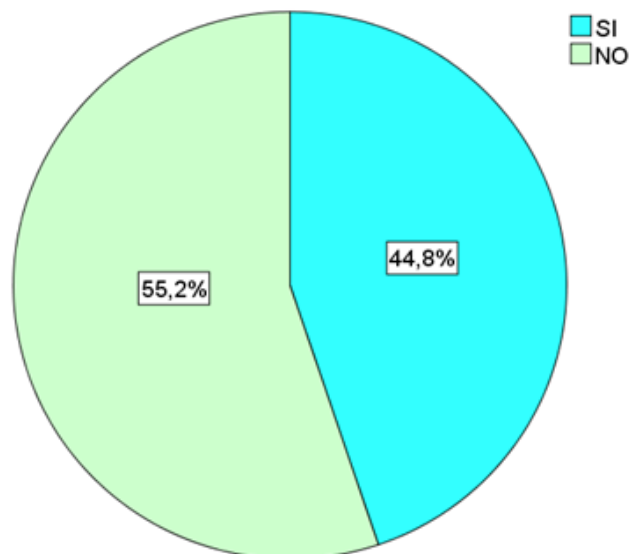


Tabla 14.- El 44.8% (26) de madres de recién nacidos prematuros presentaron desprendimiento prematuro de placenta y 55.2% (32) no presentaron este tipo de complicación.

d) Infección Vaginal

Tabla 15

Presencia de infección vaginal en las madres de recién nacidos prematuros - Hospital Amazónico de Yarinacocha, 2016.

Infección Vaginal	Frecuencia	Porcentaje
SI	05	8.6
NO	53	91.4
Total	58	100.0

Fuente: Historia clínica de recién nacidos prematuros.

Gráfico 15

Presencia de infección vaginal en las madres de recién nacidos prematuros Hospital Amazónico de Yarinacocha, 2016

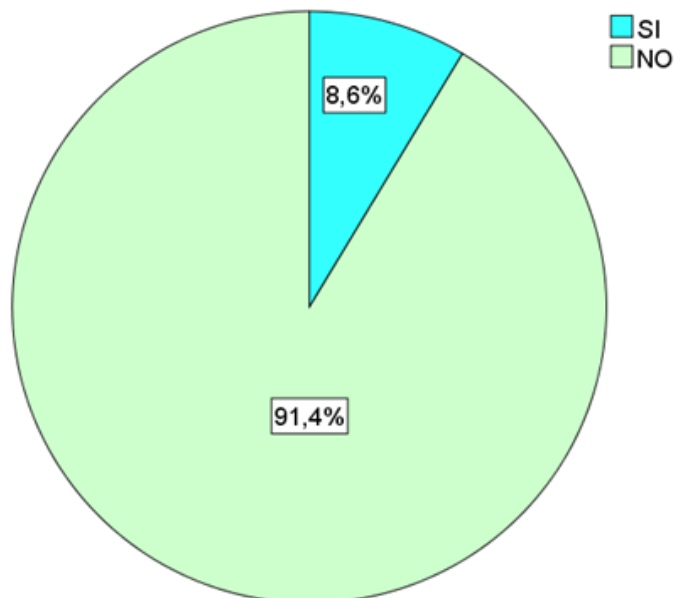


Tabla 15.- El 8.6% (05) de madres de recién nacidos prematuros presentaron infección vaginal durante su embarazo, el 91.4% (53) no presentaron este tipo de infección.

e) Insuficiencia cervical

Tabla 16

Presencia de insuficiencia cervical en las madres de recién nacidos prematuros- Hospital Amazónico de Yarinacocha, 2016.

Insuficiencia cervical	Frecuencia	Porcentaje
SI	09	15.5
NO	49	84.5
Total	58	100.0

Fuente: Historia clínica de recién nacidos prematuros.

Gráfico 16

Presencia de incompetencia cervical en las madres de recién nacidos prematuros Hospital Amazónico, 2016

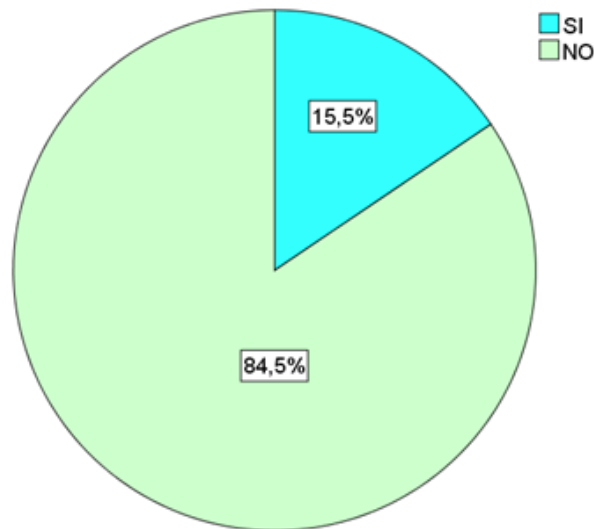


Tabla 16.- El 15.5% (09) de madres de recién nacidos prematuros presentaron problemas de insuficiencia cervical, el 84.5% (49) no presentaron este tipo de problema.

f) Enfermedades autoinmunes

Tabla 17

Presencia de enfermedades autoinmunes en las madres de recién nacidos prematuros. Hospital Amazónico de Yarinacocha, 2016.

Enfermedades autoinmunes	Frecuencia	Porcentaje
SI	04	6.9
NO	54	93.1
Total	58	100.0

Fuente: Historia clínica de recién nacidos prematuros.

Gráfico 17

Presencia de enfermedades autoinmunes en madres de recién nacidos prematuros Hospital Amazónico, 2016

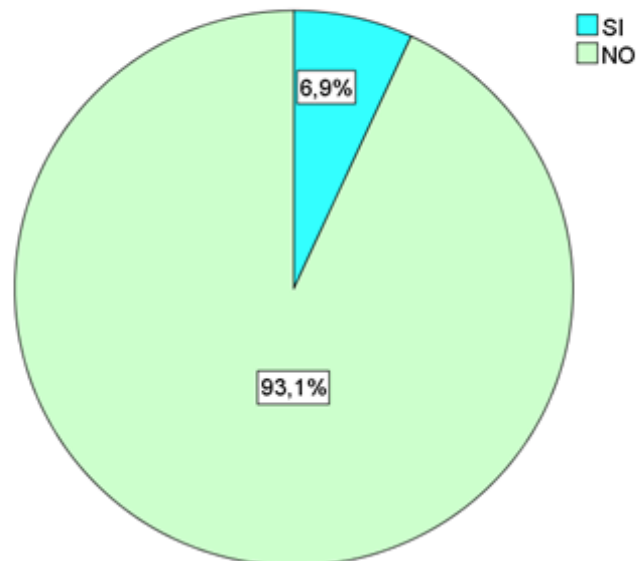


Tabla 17.- El 6.9% (04) de madres de recién nacidos prematuros presentaron algún tipo de enfermedad autoinmune, 93.1% (54) no presentaron este tipo de problema de salud.

g) Polihidramnios

Tabla 18
Presencia de polihidramnios en las madres de recién nacidos prematuros. Hospital Amazónico de Yarinacocha, 2016.

Polihidramnios	Frecuencia	Porcentaje
SI	05	8.6
NO	53	91.4
Total	58	100.0

Fuente: Historia clínica de recién nacidos prematuros.

Gráfico 18
Presencia de polihidramnios en las madres de recién nacidos prematuros Hospital Amazónico, 2016

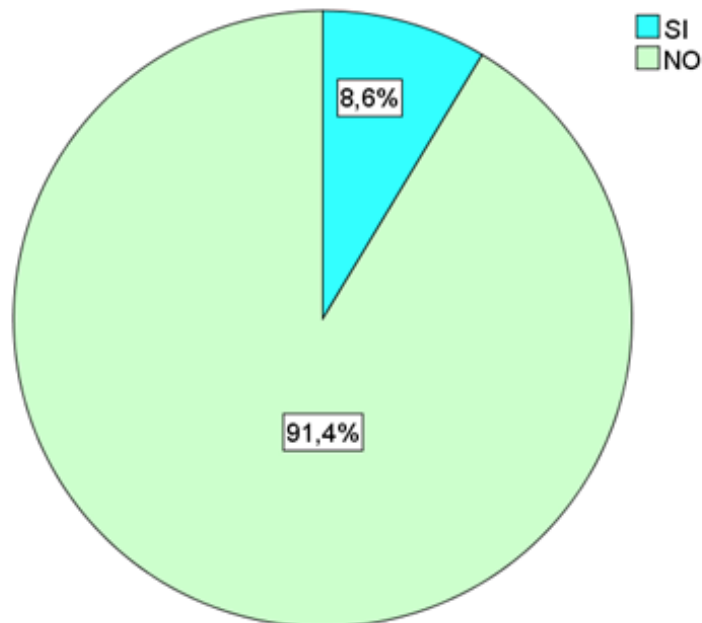


Tabla 18.- El 8.6% (05) de madres de recién nacidos prematuros presentaron polihidramnios, 91.4% (53) no presentaron este tipo de problema de salud.

h) Pre Eclampsia

Tabla 19
Presencia de pre eclampsia en las madres de recién nacidos prematuros. Hospital Amazónico de Yarinacocha, 2016.

Pre Eclampsia	Frecuencia	Porcentaje
SI	30	51.7
NO	28	48.3
Total	58	100.0

Fuente: Historia clínica de recién nacidos prematuros.

Gráfico 19
Presencia de pre eclampsia en las madres de recién nacidos prematuros Hospital Amazónico, 2016

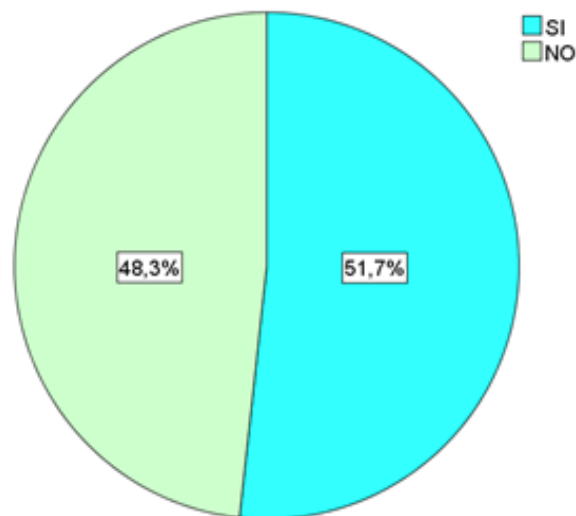


Tabla 19.- El 51.7% (30) de madres de recién nacidos prematuros presentaron pre eclampsia, 48.3% (28) no presentaron este tipo de problema durante el embarazo. Se concluye que la pre eclampsia es un factor que con mayor frecuencia influye en la presencia de recién nacidos prematuros.

4.3. Factores relacionados al niño

a) Malformaciones Congénitas

Tabla 20
Presencia de malformaciones congénitas en recién nacidos prematuros. Hospital Amazónico de Yarinacocha, 2016.

Malformaciones Congénitas	Frecuencia	Porcentaje
SI	08	13.8
NO	50	86.2
Total	58	100.0

Fuente: Historia clínica de recién nacidos prematuros.

Gráfico 20
Presencia de malformaciones congénitas en recién nacidos prematuros Hospital Amazónico 2016

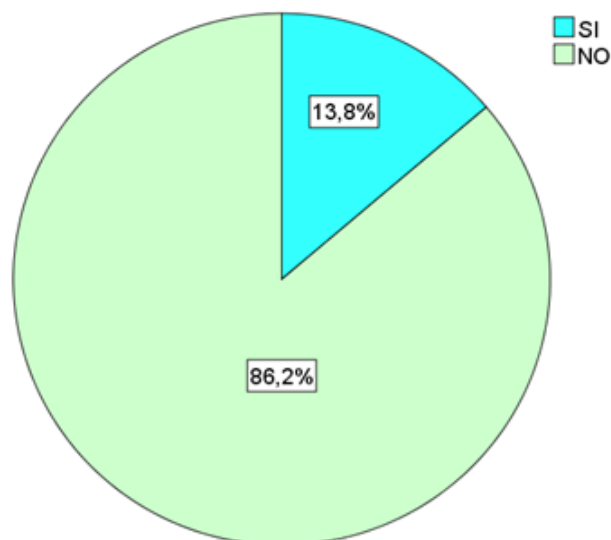


Tabla 20.- El 13.8% (08) de recién nacidos prematuros presentaron algún tipo de malformación congénita, el 86.2% (50) no presentaron este tipo de problema.

4.4. Prematuridad

a) Clasificación

Tabla 21

**Clasificación de recién nacidos prematuros
Hospital Amazónico de Yarinacocha, 2016.**

Clasificación de Prematuridad	Frecuencia	Porcentaje
Prematuros Moderados o Tardíos (< 37 Semanas)	46	79.3
Muy Prematuros (28 a < 32 Semanas)	05	8.6
Prematuros Extremos (< 28 Semanas)	07	12.1
TOTAL	58	100.0

Fuente: Historia clínica de recién nacidos prematuros.

Gráfico 21

**Clasificación de recién nacidos prematuros
Hospital Amazónico de Yarinacocha, 2016.**

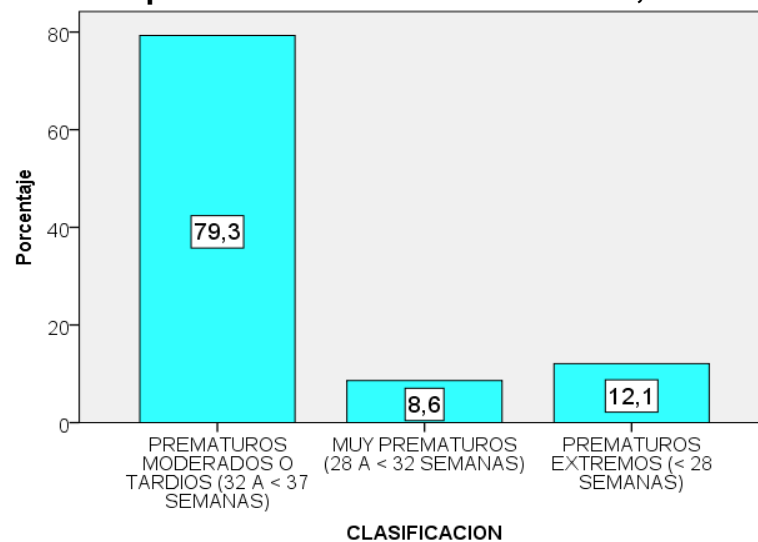


Tabla 21.- El 79.3% (46) fueron recién nacidos prematuros moderados o tardíos (< 37 semanas), 8.6% (05) muy prematuros (de 28 a < 32 semanas), 12.1% (07) prematuros extremos (< 28 semanas). La edad gestacional promedio fue 32.97 semanas (valor mínimo 26 semanas; valor máximo 36 semanas)

CAPITULO V

DISCUSION

El presente estudio nos permitió identificar los factores de riesgos maternos en los recién nacidos prematuros en el Hospital Amazónico de Yarinacocha durante el año 2016.

Con relación a los factores de riesgo maternos generales se encontró lo siguiente:

En la **Tabla 1**. El 62.1% de madres con recién nacidos prematuros tuvieron de 20 a 34 años. El resultado encontrado es diferente a lo reportado en diversas investigaciones como el desarrollado por Rodríguez, S et al., (8) quienes en México encontraron que la edad materna mayor de 35 años es un factor de riesgo para nacimiento prematuro. Cortes, E et al. (9) en un estudio realizado en España encontraron que las madres adolescentes y mayores tienen mayor riesgo de tener hijos prematuros. De Rodríguez, I et al. (10) en Venezuela encontraron que el 67.1% de madres con niños prematuros fueron madres adolescentes; Santaya, P. (11) en un estudio realizado en Huánuco encontró que la edad menor de 18 y mayor de 35 años predispone mayor riesgo de prematuridad. Saavedra, H (12) es un estudio realizado en Yurimaguas, encontró que las madres que presentaron

con mayor frecuencia recién nacidos prematuros fueron las menores de 20 años en un 59.2%. Sánchez, C. (13). En un estudio realizado en Lima encontró que hay mayor frecuencia de parto prematuro en gestantes de 19 a 24 años de edad. Grajeda, T. (23) Las embarazadas adolescentes tienen más riesgo de presentar un parto prematuro.

En la **Tabla 2**. Respecto a la procedencia de los casos, se encontró que el 55.2% de madres de recién nacidos prematuros proceden de la zona urbano marginal, El resultado encontrado es similar a lo reportado por Saavedra, H (10) quien en un estudio desarrollado en Yurimaguas encontró que el 43.6% de madres con recién nacidos prematuros proceden de la zona urbano marginal. Santaya, P. (9) en un estudio realizado en Huánuco encontró que las madres que proceden de zona urbana marginal tuvieron mayor riesgo de prematuridad. Sin embargo es diferente a los resultados reportados en una investigación realizada en Venezuela donde De Rodríguez, I et al. (8) encontró que el 62.4% de madres con recién nacidos prematuros proceden de zonas urbanas. Se concluye que la procedencia es factor materno que influye en los recién nacidos prematuros.

En la **Tabla 3**. Con relación al estado civil de las madres, se evidenció que el 82.8% de madres de recién nacidos prematuros fueron de estado civil conviviente. Este hallazgo es diferente a lo reportado por De Rodríguez, I et al. (8) en un estudio realizado en Venezuela donde encontró que el 55.6% de recién nacidos prematuros son de madres con familias disfuncionales., por lo que se concluye 1que el estado civil es un factor de riesgo materno en los recién nacidos prematuros.

En la **Tabla 4**. El 1.7% de madres de recién nacidos prematuros no poseen nivel de instrucción, 1.7% tuvieron primaria incompleta, 29.3% primaria completa, 5.2% secundaria incompleta, 43.1% secundaria completa y 19.0% superior completa. De Rodríguez, I et al. (10) en un estudio realizado en Venezuela encontró que 41.5% no estudiaban, 78.5% no completaron la secundaria Saavedra, H. (12) en

un estudio realizado en Yurimaguas encontró que el 78.2% de las madres tuvieron nivel de instrucción de secundaria. Grajeda, T. (23) señala que existen diversos estudios que demuestran que el nivel educativo de la madre si influye decididamente en la prematuridad., del mismo modo varias estudios han observado que a medida que aumenta la educación materna, el riesgo de bajo peso al nacer disminuye.

En la **Tabla 5**. Respecto a la ocupación en la investigación se encontró que el 77.6% de madres de recién nacidos prematuros fueron amas de casa. Lo encontrado coincide con los resultados de la investigación realizada por De Rodríguez, I et al. (10) en Venezuela donde reporta que el 68.3% de madres de recién nacidos prematuros están dedicadas a oficios del hogar. Se concluye que la ocupación es un factor materno que influye en a prematuridad del recién nacido.

En la **Tabla 6**. El 63.8% de madres de recién nacidos prematuros tuvieron una talla menor de 155 cm., Este hallazgo es similar a lo encontrado en la investigación desarrollada por Santaya, P. (11) en un estudio realizado en Huánuco donde refiere que la talla materna menor de 157cm influye en la prematuridad. Se concluye que la talla menor de 157 cm. Por lo que se concluye que la talla de la madre es un factor materno que influye en los recién nacidos prematuros. Grajeda, T. (23) menciona que Cuando la madre mide menos de 1,55 metros tiene más probabilidades de que sus hijos acaben naciendo de forma prematura.

En la **Tabla 7**. El 48.3% de madres de recién nacidos prematuros tuvieron un ganancia de peso de 1 a 7 kg. durante su gestación, 39.7% de 08 a 14 kg., y 12.1% de 15 a 21 kg. El promedio de ganancia de peso que tuvieron las madres durante su embarazo fue de 8.26 kg. (peso mínimo 1 kg., peso máximo 21 kg) Grajeda, T. (23) menciona Con respecto al peso de la madre, se ha comprobado que cuando es inferior a 55 kilogramos en la semana 20 de embarazo, hay más posibilidades de que el bebé nazca de forma prematura.

En la **Tabla 8**. Se encontró que el 72.4% de madres de recién nacidos prematuros recibieron control pre natal. Este resultado encontrado es diferente a lo reportado en la investigación desarrollada por Santaya, P. (11) en un estudio realizado en Huánuco donde reporta que las madres con falta de control prenatal tienen mayor riesgo significativo de presentar recién nacido prematuro,, así como lo encontrado por Sánchez, C. (13). En un estudio realizado en Lima donde encontró que el 16.0% de madres que tuvieron recién nacidos prematuros recibieron control pre natal. Se concluye que el haber recibido control pre natal es un factor materno que influye en la prematuridad de recién nacidos.

En la **Tabla 9**. El 15.5% (09) de madres de recién nacidos prematuros presentaron antecedente de haber tenido gestaciones con parto prematuro y 84.5% (49) no presentaron este tipo de antecedente. Saavedra, H. (12) en un estudio realizado en Yurimaguas encontró que el 7.3% tienen antecedente de prematuridad Santaya, P. (9) en un estudio realizado en Huánuco encontraron que Las madres con antecedente de hijo prematuro, tienen mayor riesgo significativo de presentar recién nacido prematuro. Carpio, F. (14) estudio realizado en Chiclayo encontró que el antecedente de parto pre término es un factor de riesgo asociado a parto pre término. Grajeda, T. (23) Haber tenido anteriormente partos prematuros eleva el riesgo de que esta circunstancia se vuelva a presentar en nuevos embarazos

En la **Tabla 10**. El 77.6% de madres de recién nacidos prematuros no presentaron antecedente de aborto. Este hallazgo coincide con los resultados de una investigación desarrollado en Venezuela por De Rodríguez, I et al. (8) donde encontraron que el 82.9% de madres no presentaron antecedentes de abortos. Grajeda, T. (23) mención que hay más probabilidad de parto prematuro si ha habido abortos previos

En la **Tabla 11**. El 50.0% de madres de recién nacidos prematuros o no tuvieron hijos o tuvieron 01 hijo, 29.3% tuvieron de 2 a 3 hijos, 20.7% de 4 a 5 hijos. Lo encontrado es similar a lo reportado por De Rodríguez, I et al. (10) en un estudio

realizado en Venezuela donde encontraron que el 72.9% de madres de recién nacidos prematuros fueron primíparas, así como como la investigación desarrollada por Saavedra, H. (12) en un estudio realizado en Yurimaguas donde encontró que el 49.1% de madres son primíparas. Se concluye que la primiparidad es un factor materno que influye en la prematuridad de recién nacidos.

Con relación a los factores maternos relacionados a la gestación

En la **Tabla 12**. El 10.3% de madres de recién nacidos prematuros presentaron embarazo múltiple y 89.7% embarazos únicos. Grajeda, T. (23) menciona que Cuando la gestación es de dos o más bebés, las fibras musculares sufren una sobredistensión que puede anticipar el inicio de las contracciones, provocando un parto prematuro. Por este motivo, en más de la mitad de los casos en que hay embarazo de gemelos o mellizos se produce un nacimiento antes de tiempo. En los últimos años, debido a que un mayor número de parejas recurre a técnicas de reproducción asistida, los embarazos múltiples están experimentando un gran aumento y, con ellos, también el índice de partos prematuros.

En la **Tabla 13**. Se encontró que el 15.5% de madres de recién nacidos prematuros presentaron placenta previa. Este resultado es diferente a lo encontrado por Santaya, P. (11) en un estudio realizado en Huánuco donde encontró que los factores que influyen en la prematuridad son placenta previa. Se concluye que placenta previa es un factor materno que se presenta con menor frecuencia en recién nacidos prematuros.

En la **Tabla 14**. El 44.8% de madres de recién nacidos prematuros presentaron desprendimiento prematuro de placenta, Este resultado coincide con lo encontrado por Santaya, P. (11) en un estudio realizado en Huánuco donde reporta que la ruptura prematura de membrana influye en la prematuridad. Se concluye que el desprendimiento prematuro de placenta si es un factor materno que influye en la prematuridad de recién nacidos. Carpio, F. (13) estudio realizado en Chiclayo

encontró que el desprendimiento prematuro de placenta es un factor de riesgo asociado a parto pre término.

En la **Tabla 15**. El 8.6% (05) de madres de recién nacidos prematuros presentaron infección vaginal durante su embarazo, el 91.4% (53) no presentaron este tipo de infección. Carpio, F. (13) estudio realizado en Chiclayo encontró que la vaginosis bacteriana es un factor de riesgo asociado a parto pre término.

En la **Tabla 16**. El 15.5% de madres de recién nacidos prematuros presentaron problemas de insuficiencia cervical, el 84.5% no presentaron este tipo de problema. Grajeda, T. (23) El cuello uterino debe permanecer cerrado para salvaguardar el saco gestacional hasta el final del embarazo. No obstante, a veces no ocurre así, produciéndose una insuficiencia cervical, por la que el cuello uterino o cérvix se va dilatando progresivamente antes de tiempo. Para evitar que el parto se adelante, suele practicarse un cerclaje a la madre, que no siempre logra retener el nacimiento hasta la fecha prevista de parto.

En la **Tabla 17**. El 6.9% (04) de madres de recién nacidos prematuros presentaron algún tipo de enfermedad autoinmune, 93.1% (54) no presentaron este tipo de problema de salud. Grajeda, T. (23) señala que algunas enfermedades autoinmunes, como el lupus eritematoso sistémico, pueden hacer que el parto se presente de forma prematura. Aunque se necesitan más estudios para confirmar el mecanismo biológico que adelanta el parto en mujeres con este tipo de enfermedades, sí parece haber una relación clara entre algunas de ellas y la prematuridad.

En la **Tabla 18**. El 8.6% (05) de madres de recién nacidos prematuros presentaron polihidramnios, 91.4% (53) no presentaron este tipo de problema de salud. Grajeda, T. (23) señala que puede desencadenar el parto prematuro al dar lugar a una distensión excesiva del útero.

En la **Tabla 19**. El 51.7% de madres de recién nacidos prematuros presentaron pre eclampsia. Este hallazgo es diferente a lo reportado en la investigación realizada por Santaya, P. (11) en un estudio realizado en Huánuco donde encontró que el 9.1% de madres con recién nacidos prematuros presentaron pre eclampsia. Se concluye que la preeclampsia es un factor materno que influye en la prematuridad de recién nacidos.

Respecto a los factores relacionados al niño

En la **Tabla 20**. El 13.8% de recién nacidos prematuros presentaron algún tipo de malformación congénita, el 86.2% no presentaron este tipo de problema. Grajeda, T. (23) menciona que Cuando el feto tiene alguna malformación importante o algún defecto cromosómico hay más riesgo de que sea prematuro. La prematuridad no suele estar directamente relacionada con la anomalía del niño sino con las consecuencias que tenga la malformación sobre el desarrollo del embarazo. Por ejemplo, es frecuente que algunas alteraciones cursen con polihidramnios, un factor precipitante del parto prematuro. Es posible que el defecto fetal tenga que ver con el tamaño del niño; si este crece de forma desmesurada.

Con relación a la clasificación de la prematuridad

En la **Tabla 21**. El 79.3% fueron recién nacidos prematuros moderados o tardíos (< 37 semanas), 8.6% muy prematuros (de 28 a < 32 semanas), 12.1% prematuros extremos (< 28 semanas). La edad gestacional promedio fue 32.97 semanas (valor mínimo 26 semanas; valor máximo 36 semanas). Los resultados encontrados son muy parecidos a los reportados por el ministerio de Salud del Perú en su Boletín Estadístico de Nacimientos del año 2015 donde se observa que del total de nacimiento prematuros, el 86.8% fueron prematuros tardíos, 9.0 muy prematuros y 4.2% prematuros extremos. (5)

CONCLUSIONES

- 1) Los factores de riesgo materno en recién nacidos prematuros en el Hospital Amazónico durante el año 2016 son: Los factores maternos generales y los factores relacionados con la propia gestación.
- 2) Los factores de riesgo maternos generales que se presentaron con mayor frecuencia en los recién nacidos prematuros en el Hospital Amazónico durante el año 2016 son: La edad de 20 a 34 años, procedencia de zona urbana marginal, estado civil conviviente, grado de instrucción secundaria completa, ocupación ama de casa, talla menor de 155 cm., paridad haber tenido o no entre 0 a 1 hijo.
- 3) Los factores de riesgo maternos relacionados con la propia gestación que se presentan con mayor frecuencia en recién nacidos prematuros en el Hospital Amazónico durante el año 2016 fue el desprendimiento prematuro de placenta y la pre eclampsia.
- 4) Las malformaciones congénitas es un factor de riesgo materno que estuvo presente en los recién nacidos prematuros en el Hospital Amazónico durante el año 2016.

RECOMENDACIONES

- 1) El director de la escuela Profesional de enfermería debe promover el desarrollo de otros estudios de tipo correlacional para identificar otros factores de riesgo de parto prematuro.
- 2) Los estudiantes de enfermería deben promover el desarrollo de un programa educativo con enfoque preventivo a nivel comunitario considerando los factores maternos generales y los relacionados con la propia gestación
- 3) El Director del Hospital Amazónico debe fortalecer las acciones para mejorar la calidad de atención con enfoque preventivo durante la realización del control pre natal de la madre e identificar complicaciones que conducen al parto prematuro y así evitar que esta se produzca.
- 4) El responsable del servicio de gineco Obstetricia debe capacitar al personal de salud acerca de los factores maternos generales y los relacionados con la propia gestación para evitar el nacimiento de niños prematuros.
- 5) El encargado de la Estrategia Sanitaria de Salud Sexual y Reproductiva debe elaborar e implementar un Programa preventivo promocional en la comunidad dirigido a las madres en edad fértil para prevenir los factores de riesgo de prematuridad.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Mendoza, L. et al. Epidemiología de la prematuridad, sus determinantes y prevención del parto prematuro. Rev. chil. obstet. ginecol. vol.81 no.4 Santiago ago. 2016
2. Archivos argentinos de pediatría. Los desafíos y dilemas no resueltos de la prematuridad Arch. argent. pediatr. vol.112 no.1 Buenos Aires feb. 2014. <http://dx.doi.org/10.5546/aap.2014.2>
3. Nociones básicas sobre bebés prematuros. <http://m.kidshealth.org/es/parents/preemies-esp.html>
4. OMS. Nacimientos prematuros. Nota descriptiva. Noviembre de 2016. <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs363/es/>.
5. MINSA. Boletín Estadístico de Nacimientos. Perú: 2015. ftp://ftp2.minsa.gob.pe/descargas/ogei/CNV/Boletin_CNV_16.pdf
6. Palencia, A. Citado por Sánchez, Parto prematuro. https://scp.com.co/precop-old/precop_files/modulo_9_vin_4/Precop_9-4-B.pdf
7. Oficina de Estadística e Informática del Hospital Amazónico – Febrero 2017.
8. Rodríguez, S; Ramos, R; Hernández, R. “Factores de riesgo para la prematurez de los nacidos en Hospital de Gineco obstetricia 23 del IMSS, Monterrey NL. ISSN-0300-9041 Volumen 81, núm. 9, septiembre 2013.
9. Cortes, E; Rizo, M; Aguilar, M; Rizo, J; Gil, V. Edad materna como factor de riesgo de prematuridad en España; área mediterránea. Nutr. Hosp. vol.28 no.5 Madrid sep./oct. 2013
10. De Rodríguez, I, Rossell, M; Álvarez, T; Rojas, L. “Factores de riesgo asociados a prematuridad en neonatos hijos de 205 madres adolescentes en la Maternidad “Dr. Armando Castillo Plaza”, Maracaibo, desde enero - agosto 2012. Rev Obstet Ginecol. Venez [Internet]. 2013; 73(3): 157-170. Disponible en: <http://www.scielo.org.ve/scielo.php>.

11. Santaya, P. Factores de riesgo maternos que influyen en la prematuridad de los recién nacidos del hospital regional Hermilio Valdizán Medrano de Huánuco, 2015 <http://repositorio.udh.edu.pe/handle/123456789/116>
12. Saavedra, H. Factores asociados a prematuridad en el Hospital II – 1 de Yurimaguas, Julio a Diciembre del 2014.
13. Sánchez, C. Características maternas presentes en el parto prematuro en el Instituto Nacional Materno Perinatal. Lima, 2014.
14. Carpio, F. “Factores de riesgo maternos asociados al desarrollo de parto pre término en el Hospital Regional de Lambayeque durante el año 2013”. Chiclayo, 2014.
15. OMS. Nacimientos prematuros. Nota descriptiva. Noviembre 2016.
16. González; J. «Capítulo 38: Parto pretérmino» (en español). Obstetricia (5ta edición). Elsevier España. 2006. ISBN 8445816101.
17. Botero, J; Júbiz, A; Henao, G. «Capítulo 38: Parto pretérmino» (en español). Obstetricia y Ginecología (7ma edición). Corporación para Investigaciones Biológicas. pp. 349-360. 2004. ISBN 9583358339.
18. Pérez Molina Jesús, Panduro Barón Guadalupe, Quezada López Claudia (2011). Factores maternos asociados con nacimiento pretérmino espontáneo versus pretérmino nacido por cesárea. Ginecología Obstetricia. México; 79(10):607-612.
19. Goldenberg RL, Culhane JF, Iams JD, Romero R. (05-01-2008). «Epidemiology and causes of preterm birth. ». Lancet (2008) 371:75-84. PMID 18177778.
20. WHO | Data and statistics.
21. «eMedicine — Extremely Low Birth Weight Infant: Article by KN Siva Subramanian, MD». Consultado el 12/01/2017.
22. Palencia, A. Parto prematuro. Universidad de Antioquia – UMNG. http://www.scp.com.co/precop/precop_files/modulo_9_vin_4/Precop_9-4-B.pdf

23. Grajeda, T. Causas de la prematuridad.
http://www.onmeda.es/mi_hijo/nino_prematuro-causas-de-la-prematuridad-18496-2.html
24. 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.
25. Rossel, E; Domínguez; M; Casado, A; Ferrer; I. Factores de riesgo del bajo peso al nacer. *Rev Cubana Med Gen Integr [Internet]*.2011;128 (3): 270-4. Disponible en: <http://scielo.sld.cu/scielo>.
26. Supo, J. Metodología de la investigación para las ciencias de la Salud. Seminarios de investigación científica. Sinopsis del libro 2012. www.Seminariosdeinvestigación.com

ANEXOS

Anexo 1

FORMATO DE RECOLECCION DE DATOS

I. INTRODUCCION

La presente investigación tiene como propósito recolectar información a partir de fuentes secundarias con el objetivo de conocer cuáles son los factores de riesgo materno en recién nacidos prematuros en el Hospital Amazónico durante el año 2016.

II. FACTORES DE RIESGO GENERALES

1. Edad de la madre: _____
2. Procedencia: Urbano () Rural () Peri Urbano () ¿Lugar? _____
3. Estado Civil: Soltera () Casada () Viuda () Divorciada () Otro () _____
4. Escolaridad: Ninguna () Primaria () Secundaria () Universidad () Otro () _____
5. Ocupación: Ama de casa () Estudiante () Otro () ¿en qué? _____
6. Estatura:
7. Ganancia de peso durante el embarazo:
8. Control Pre Natal: SI () NO ()
9. Antecedente de parto prematuro: SI () NO ()
10. Antecedente de aborto: SI () NO ()
11. Paridad: Nulípara () Primípara () Multípara () Gran Multípara ()

III. FACTORES RELACIONADOS CON LA PROPIA GESTACION

12. Embarazo Múltiple: SI () NO ()
13. Placenta Previa: SI () NO ()
14. Desprendimiento Prematuro de Placenta: SI () NO ()
15. Infecciones Vaginales: SI () NO ()
16. Insuficiencia Cervical: SI () NO ()
17. Enfermedades Autoinmunes: SI () NO ()
18. Polihidramnios: SI () NO ()
19. Pre Eclampsia: SI () NO ()

IV. FACTORES DE RIESGO RELACIONADOS CON EL NIÑO

20. Presencia de Malformación Congénita: SI () NO ()

21. Clasificación de prematuridad:

Edad gestacional al nacimiento.....

Prematuros moderados o tardíos (32 a < 37 semanas) ()

Muy prematuros (28 a < 32 semanas) ()

Prematuras extremos (< 28 semanas) ()

Muchas gracias.

Anexo 2: MATRIZ DE CONSISTENCIA

PROBLEMA PRINCIPAL	OBJETIVO GENERAL	VARIABLES	DIMENSIONES	INDICADORES	METODOLOGIA
¿Cuáles son los factores de riesgo materno de los recién nacidos prematuros en el Hospital Amazónico, durante el año 2016.	Identificar cuáles son los factores de riesgo materno de los recién nacidos prematuros en el Hospital Amazónico, durante el año 2016.	Recien nacidos prematuros	Clasificación	Prematuros moderados o tardíos (32 a < 37 semanas)	Tipo de investigación
				Muy prematuros (28 a < 32 semanas)	Observacional
				Prematuras extremos (< 28 semanas)	Nivel de investigación
SECUNDARIOS	ESPECIFICOS				
¿Cuáles son los factores de riesgo materno generales de los recién nacidos prematuros en el Hospital Amazónico, durante el año 2016.	Establecer cuáles son los factores de riesgo materno generales de los recién nacidos prematuros en el Hospital Amazónico, durante el año 2016.		Factores maternos generales	Edad materna	Descriptivo
				Procedencia	Diseño de investigación
				Estado civil	Transeccionl, retrospectivo
				Nivel de escolaridad	M → O
				Ocupación	
				Estatura de la madre	Población
				Ganancia de peso	134 nacidos vivos prematuros
				Control Pre Natal	
				Antecedente de parto prematuro	Muestra
				Antecedente de abortos previos	58 recién nacidos vivos prematuros
Paridad	Tecnica de recolección de				

<p>¿Cuáles son los factores de riesgo maternos relacionados con la propia gestación de los recién nacidos prematuros en el Hospital Amazónico, durante el año 2016.</p>	<p>Determinar cuáles son los factores de riesgo materno relacionados con la propia gestación de los recién nacidos prematuros en el Hospital Amazónico, durante el año 2016.</p>	<p>Factores maternos</p>	<p>Factores maternos relacionados con la propia gestación</p>	Embarazo múltiple	<p>Observación, análisis documental</p>
				Placenta previa	
Desprendimiento prematuro de membrana	<p>Instrumento de recolección de datos</p> <p>Ficha de recolección de datos</p>				
Infecciones vaginales	<p>Validez y confiabilidad</p> <p>Por tratarse de un estudio con direccionalidad retrospectiva no requiere evaluación de validez y confiabilidad del instrumento de recolección de datos.</p>				
Insuficiencia cervical					
Enfermedades autoinmunes					
Anomalías del útero					
Polihidramnios	<p>Procesamiento de datos</p>				
Pre Eclampsia	<p>SPSS versión 22.0</p>				
<p>¿Cuáles son los factores de riesgo maternos relacionados con el niño de los recién nacidos prematuros en el Hospital Amazónico durante el año 2016?</p>	<p>Identificar cuáles son los factores de riesgo materno relacionados con el niño de los recién nacidos prematuros en el Hospital Amazónico durante el año 2016.</p>				<p>Factores maternos relacionados con el niño</p>

Anexo 3: BASE DE DATOS

*BASE DE DATOS FRANZ.sav20 - copia.sav [Conjunto_de_datos1] - IBM SPSS Statistics Editor de datos

Archivo Edición Ver Datos Transformar Analizar Marketing directo Gráficos Utilidades Ventana Ayuda

74 : ANOUTERO Visible: 27 de 27 variables

	EDAD MADRE	ZPROCEDENCIA	ECIVIL	ESCOLARIDAD	OCUPACION	ESTATU RA1	GPES O1	CPN	ANTECPARTO	ANTEABORTO	PARIDAD1	EMULTIPLE	PPREVIA	DPP	INFELIQUIDO	INFEURINARIAS	INFEVAGINALES	INSUF CERVICAL	ENFERMATOINMUNES	ANOUTERO	POLIHI DRAMIOS	PREECLAM	MALC ONGENITA	CLASIFICACION
1	33	PERI UR...	CONV...	P.C...	SU CASA	> 1.55...	1 - 7	NO	SI	SI	4 - 5	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	32 A < 37 SEMANAS
2	21	URBANA	SOLT...	SIN I...	SU CASA	< 1.55...	8 - 14	SI	NO	NO	2 - 3	NO	NO	SI	NO	NO	SI	NO	NO	NO	NO	SI	NO	32 A < 37 SEMANAS
3	36	URBANA	CONV...	P.C...	SU CASA	< 1.55...	1 - 7	SI	NO	NO	2 - 3	NO	NO	SI	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	SI	NO	< 28 SEMANAS
4	20	PERI UR...	CONV...	P.C...	SU CASA	< 1.55...	1 - 7	SI	NO	NO	0 - 1	NO	NO	SI	NO	SI	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	32 A < 37 SEMANAS
5	24	PERI UR...	CONV...	S.IN...	SU CASA	< 1.55...	8 - 14	SI	NO	NO	2 - 3	NO	NO	SI	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	32 A < 37 SEMANAS
6	16	PERI UR...	SOLT...	S.IN...	SU CASA	> 1.55...	15 - 21	SI	NO	NO	0 - 1	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	SI	NO	32 A < 37 SEMANAS
7	20	PERI UR...	CONV...	S.C...	SU CASA	< 1.55...	8 - 14	NO	NO	NO	0 - 1	NO	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	NO	SI	NO	SI	32 A < 37 SEMANAS
8	30	PERI UR...	CONV...	P.IN...	SU CASA	< 1.55...	1 - 7	SI	NO	NO	0 - 1	NO	SI	NO	NO	NO	NO	NO	SI	SI	NO	NO	NO	32 A < 37 SEMANAS
9	28	URBANA	SOLT...	SUP...	ASISTE...	> 1.55...	8 - 14	SI	NO	NO	0 - 1	NO	NO	NO	NO	SI	NO	SI	NO	NO	NO	NO	NO	32 A < 37 SEMANAS
10	15	URBANA	CONV...	S.C...	SU CASA	< 1.55...	8 - 14	SI	NO	SI	0 - 1	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	SI	NO	< 28 SEMANAS
11	36	URBANA	CONV...	S.C...	SU CASA	> 1.55...	15 - 21	SI	NO	SI	4 - 5	NO	NO	NO	NO	NO	NO	SI	NO	SI	SI	SI	NO	32 A < 37 SEMANAS
12	15	URBANA	CONV...	S.C...	ESTUDI...	> 1.55...	1 - 7	SI	NO	NO	0 - 1	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	32 A < 37 SEMANAS
13	22	RURAL	SOLT...	P.C...	SU CASA	> 1.55...	1 - 7	SI	NO	NO	0 - 1	NO	SI	SI	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	32 A < 37 SEMANAS
14	27	PERI UR...	CASA...	S.C...	SU CASA	< 1.55...	1 - 7	SI	NO	SI	2 - 3	NO	NO	SI	NO	NO	NO	NO	NO	NO	SI	NO	NO	32 A < 37 SEMANAS
15	26	PERI UR...	CONV...	S.C...	SU CASA	< 1.55...	1 - 7	SI	NO	NO	2 - 3	SI	NO	NO	NO	SI	NO	NO	SI	NO	NO	SI	NO	32 A < 37 SEMANAS
16	33	PERI UR...	CONV...	P.C...	SU CASA	> 1.55...	8 - 14	SI	NO	NO	0 - 1	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	SI	NO	32 A < 37 SEMANAS
17	15	RURAL	CONV...	S.C...	SU CASA	< 1.55...	8 - 14	SI	NO	NO	0 - 1	NO	NO	SI	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	32 A < 37 SEMANAS
18	21	URBANA	CONV...	SUP...	SU CASA	< 1.55...	1 - 7	SI	NO	NO	0 - 1	NO	NO	SI	SI	NO	NO	SI	NO	NO	NO	NO	SI	32 A < 37 SEMANAS
19	23	URBANA	CONV...	SUP...	SU CASA	< 1.55...	15 - 21	SI	SI	NO	0 - 1	NO	NO	SI	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	SI	NO	28 A < 32 SEMANAS
20	22	URBANA	CONV...	SUP...	SECRE...	> 1.55...	1 - 7	NO	NO	NO	0 - 1	NO	SI	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	SI	NO	32 A < 37 SEMANAS
21	16	PERI UR...	CONV...	S.C...	SU CASA	< 1.55...	1 - 7	SI	NO	NO	0 - 1	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	SI	NO	32 A < 37 SEMANAS
22	14	RURAL	SOLT...	P.C...	ESTUDI...	< 1.55...	1 - 7	NO	NO	NO	0 - 1	SI	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	32 A < 37 SEMANAS

Vista de datos Vista de variables

IBM SPSS Statistics Processor está listo

ES 08:13 p.m. 13/08/2017

*BASE DE DATOS FRANZ.sav20 - copia.sav [Conjunto_de_datos1] - IBM SPSS Statistics Editor de datos

Archivo Edición Ver Datos Transformar Analizar Marketing directo Gráficos Utilidades Ventana Ayuda

74: ANOUTERO Visible: 27 de 27 variables

	EDAD MADRE	ZPROCEDENCIA	ECIVIL	ESCOLARIDAD	OCCUPACION	ESTATU-RA1	GPES-01	CPN	ANTECPARTO	ANTEC-ABORTO	PARID-AD1	EMUL-PLIE	PPRE-VIA	DPP	INFELI-QUIDO	INFEU-RINARIAS	INFEVA-GINALES	INSUF-CERVICAL	ENFERMA-UTOINMUNES	ANO-UTERO	POLIH-DRAMIOS	PRE-ECLA-M	MALC-ONGENITA	CLASIFICACION
22	14	RURAL	SOLT...	P.C...	ESTUDI...	< 1.55...	1 - 7	NO	NO	NO	0 - 1	SI	NO	NO	SI	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	32 A < 37 SEMANAS
23	25	RURAL	CONV...	S.C...	SU CASA	< 1.55...	8 - 14	SI	NO	NO	0 - 1	NO	NO	SI	NO	NO	NO	SI	NO	NO	NO	SI	NO	32 A < 37 SEMANAS
24	25	URBANA	CONV...	S.C...	SU CASA	< 1.55...	1 - 7	NO	NO	NO	0 - 1	NO	NO	NO	SI	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	28 A < 32 SEMANAS
25	36	RURAL	CONV...	P.C...	SU CASA	> 1.55...	8 - 14	SI	SI	NO	4 - 5	SI	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	SI	NO	SI	NO	32 A < 37 SEMANAS
26	15	RURAL	CONV...	S.C...	ESTUDI...	< 1.55...	1 - 7	NO	NO	NO	0 - 1	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	SI	NO	NO	28 A < 32 SEMANAS
27	24	PERI UR...	CONV...	P.C...	SU CASA	< 1.55...	8 - 14	SI	SI	NO	4 - 5	NO	NO	SI	NO	SI	NO	NO	NO	NO	NO	SI	NO	32 A < 37 SEMANAS
28	14	PERI UR...	CONV...	S.C...	ESTUDI...	< 1.55...	1 - 7	SI	NO	NO	2 - 3	NO	NO	NO	NO	SI	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	32 A < 37 SEMANAS
29	39	RURAL	CONV...	SUP...	SU CASA	> 1.55...	15 - 21	SI	NO	SI	2 - 3	NO	SI	SI	NO	NO	NO	SI	SI	NO	NO	SI	NO	32 A < 37 SEMANAS
30	37	PERI UR...	CONV...	P.C...	SU CASA	< 1.55...	8 - 14	SI	NO	SI	4 - 5	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	< 28 SEMANAS
31	35	RURAL	CONV...	P.C...	SU CASA	< 1.55...	1 - 7	SI	NO	NO	4 - 5	NO	NO	NO	SI	NO	NO	NO	NO	NO	NO	SI	NO	32 A < 37 SEMANAS
32	27	RURAL	CONV...	S.C...	SU CASA	> 1.55...	1 - 7	NO	NO	NO	2 - 3	NO	NO	SI	SI	SI	NO	NO	NO	NO	NO	SI	NO	32 A < 37 SEMANAS
33	24	PERI UR...	CONV...	S.C...	SU CASA	< 1.55...	8 - 14	NO	NO	NO	2 - 3	NO	NO	NO	NO	SI	NO	NO	NO	NO	NO	SI	NO	32 A < 37 SEMANAS
34	12	PERI UR...	SOLT...	S.C...	ESTUDI...	< 1.55...	1 - 7	NO	NO	NO	0 - 1	NO	NO	SI	NO	SI	SI	NO	NO	NO	NO	NO	NO	< 28 SEMANAS
35	23	PERI UR...	CONV...	S.C...	SU CASA	< 1.55...	15 - 21	NO	NO	NO	2 - 3	NO	NO	NO	NO	SI	NO	SI	NO	NO	NO	NO	SI	32 A < 37 SEMANAS
36	16	PERI UR...	SOLT...	S.C...	ESTUDI...	< 1.55...	1 - 7	NO	NO	NO	0 - 1	NO	NO	SI	NO	SI	SI	NO	NO	NO	NO	NO	NO	32 A < 37 SEMANAS
37	37	PERI UR...	SOLT...	P.C...	SU CASA	> 1.55...	15 - 21	SI	NO	NO	4 - 5	NO	NO	SI	NO	SI	NO	NO	NO	NO	NO	SI	SI	32 A < 37 SEMANAS
38	28	PERI UR...	CONV...	S.C...	SU CASA	< 1.55...	8 - 14	NO	NO	SI	2 - 3	SI	SI	SI	NO	SI	NO	SI	NO	NO	SI	NO	NO	< 28 SEMANAS
39	20	URBANA	CONV...	P.C...	SU CASA	< 1.55...	8 - 14	SI	SI	SI	2 - 3	NO	NO	SI	NO	SI	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	32 A < 37 SEMANAS
40	26	PERI UR...	CONV...	S.C...	SU CASA	> 1.55...	8 - 14	SI	NO	NO	0 - 1	NO	SI	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	SI	32 A < 37 SEMANAS
41	31	PERI UR...	CONV...	SUP...	SU CASA	< 1.55...	1 - 7	NO	SI	NO	2 - 3	NO	NO	SI	NO	NO	NO	NO	NO	SI	NO	SI	NO	32 A < 37 SEMANAS
42	24	PERI UR...	CONV...	S.C...	SU CASA	> 1.55...	1 - 7	NO	NO	NO	2 - 3	NO	NO	SI	NO	SI	NO	NO	NO	NO	NO	SI	NO	32 A < 37 SEMANAS
43	19	PERI UR...	CONV...	SUP...	ESTUDI...	< 1.55...	1 - 7	SI	NO	SI	0 - 1	NO	NO	NO	NO	SI	NO	NO	NO	NO	NO	SI	SI	28 A < 32 SEMANAS

Vista de datos Vista de variables

IBM SPSS Statistics Processor está listo

ES 08:14 p.m. 13/08/2017

*BASE DE DATOS FRANZ.sav20 - copia.sav [Conjunto_de_datos1] - IBM SPSS Statistics Editor de datos

Archivo Edición Ver Datos Transformar Analizar Marketing directo Gráficos Utilidades Ventana Ayuda

74: ANOUTERO Visible: 27 de 27 variables

	EDAD MADRE	ZPROCEDENCIA	ECIVIL	ESCOLARIDAD	OCUPACION	ESTATURA1	GPES01	CPN	ANTEPARTO	ANTEABORTO	PARIDAD1	EMULTIPLE	PPREVIA	DPP	INFELIQUIDO	INFEURINARIAS	INFEVAGINALES	INSUFERCICAL	ENFERMATOINMUNES	ANOUTERO	POLIHIDRAMIOS	PREECLAM	MALCONGNITA	CLASIFICACION
44	39	PERI UR...	CASA...	SUP...	DOCEN...	> 1.55...	8 - 14	SI	NO	NO	4 - 5	NO	NO	NO	NO	SI	NO	NO	NO	NO	NO	SI	NO	32 A < 37 SEMANAS
45	39	PERI UR...	CONV...	P.C...	SU CASA	< 1.55...	1 - 7	SI	NO	NO	4 - 5	NO	SI	NO	NO	SI	NO	NO	NO	NO	NO	SI	NO	28 A < 32 SEMANAS
46	20	PERI UR...	CONV...	P.C...	SU CASA	< 1.55...	8 - 14	SI	NO	NO	0 - 1	NO	NO	NO	NO	SI	SI	NO	NO	NO	NO	NO	SI	32 A < 37 SEMANAS
47	36	PERI UR...	CONV...	P.C...	SU CASA	< 1.55...	8 - 14	SI	SI	SI	4 - 5	NO	NO	NO	NO	SI	NO	SI	NO	NO	NO	NO	NO	32 A < 37 SEMANAS
48	24	URBANA	CONV...	S.C...	SU CASA	< 1.55...	8 - 14	NO	NO	NO	0 - 1	NO	NO	SI	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	SI	NO	32 A < 37 SEMANAS
49	27	PERI UR...	CONV...	S.C...	SU CASA	< 1.55...	1 - 7	SI	SI	SI	2 - 3	NO	NO	SI	SI	SI	SI	NO	NO	NO	NO	NO	NO	32 A < 37 SEMANAS
50	22	URBANA	CONV...	SUP...	DOCEN...	> 1.55...	1 - 7	SI	NO	NO	0 - 1	NO	NO	SI	NO	SI	NO	NO	NO	NO	NO	SI	NO	32 A < 37 SEMANAS
51	24	PERI UR...	CONV...	S.IN...	SU CASA	< 1.55...	8 - 14	SI	NO	NO	2 - 3	NO	NO	SI	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	32 A < 37 SEMANAS
52	15	URBANA	CONV...	S.C...	SU CASA	> 1.55...	8 - 14	SI	NO	SI	0 - 1	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	SI	NO	< 28 SEMANAS
53	26	PERI UR...	CONV...	S.C...	SU CASA	< 1.55...	1 - 7	SI	NO	NO	2 - 3	SI	NO	NO	NO	SI	NO	NO	SI	NO	NO	SI	NO	32 A < 37 SEMANAS
54	22	URBANA	CONV...	SUP...	SECRE...	> 1.55...	1 - 7	NO	NO	NO	0 - 1	NO	SI	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	SI	NO	32 A < 37 SEMANAS
55	36	RURAL	CONV...	P.C...	SU CASA	> 1.55...	15 - 21	SI	SI	NO	4 - 5	SI	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	SI	NO	SI	NO	32 A < 37 SEMANAS
56	37	PERI UR...	CONV...	P.C...	SU CASA	< 1.55...	8 - 14	SI	NO	SI	4 - 5	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	< 28 SEMANAS
57	26	PERI UR...	CONV...	S.C...	SU CASA	> 1.55...	8 - 14	SI	NO	NO	0 - 1	NO	SI	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	SI	32 A < 37 SEMANAS
58	22	URBANA	CONV...	SUP...	DOCEN...	> 1.55...	1 - 7	SI	NO	NO	0 - 1	NO	NO	SI	NO	SI	NO	NO	NO	NO	NO	SI	NO	32 A < 37 SEMANAS
59																								
60																								
61																								
62																								
63																								
64																								
65																								

Vista de datos Vista de variables

IBM SPSS Statistics Processor está listo

08:19 p.m.
13/08/2017

