

**UNIVERSIDAD CATÓLICA DE SANTA MARÍA**  
**FACULTAD DE ENFERMERÍA**  
**ESCUELA PROFESIONAL DE ENFERMERÍA**



**FACTORES ASOCIADOS A PREMATUREZ NEONATAL,  
HOSPITAL REGIONAL HONORIO DELGADO ESPINOZA  
DE ENERO A DICIEMBRE DEL 2016.  
AREQUIPA 2017.**

Tesis presentada por las Bachilleres:

**URSULA CHAYÑA CONCHA**

**MAYUMI OCÓN PACHECO**

Para optar el Título Profesional de:

**LICENCIADA EN ENFERMERÍA.**

Asesora:

**Mgter. María del Pilar Borja Vizcarra**

**AREQUIPA- PERÚ  
2017**

## PRESENTACIÓN

**SEÑORA DECANA DE LA FACULTAD DE ENFERMERÍA DE LA  
UNIVERSIDAD CATÓLICA DE SANTA MARIA.**

**S.D.**

De conformidad con lo establecido con la Facultad de Enfermería que Ud. tan acertadamente dirige, presentamos a su consideración y a la de los señores Miembros del Jurado el presente trabajo de investigación titulado: “FACTORES ASOCIADOS A PREMATUREZ NEONATAL, HOSPITAL REGIONAL HONORIO DELGADO ESPINOZA DE ENERO A DICIEMBRE DEL 2016. AREQUIPA 2017”, requisito necesario para optar el título profesional de Licenciadas en Enfermería.

Espero que el presente trabajo de investigación sea de su conformidad y cumpla con los requisitos académicos y técnicos correspondientes.

Arequipa, Setiembre del 2017.

---

Ursula Rosario Chayña Concha

---

Mayumi Concepción Ocón Pacheco



UNIVERSIDAD CATÓLICA DE SANTA MARÍA  
FACULTAD DE ENFERMERÍA

**DICTAMEN FINAL DEL BORRADOR DE TESIS**

A : Dra. Sonia Núñez Chávez  
Decana de la Facultad de Enfermería de la U.C.S.M.

DE : Jurado Dictaminador

ASUNTO : Dictamen del Borrador de Tesis  
"FACTORES ASOCIADOS A PREMATUREZ NEONATAL, HOSPITAL  
REGIONAL HONORIO DELGADO ESPINOZA DE ENERO A DICIEMBRE DEL  
2016. AREQUIPA 2017."

AUTORAS : Bach. URSULA CHAYÑA CONCHA  
MAYUMI OCÓN PACHECO

FECHA : Arequipa, 23 de agosto del 2017

---

Subsanadas las observaciones del Jurado Dictaminador el Borrador de Tesis queda APTO para la SUSTENTACIÓN según el reglamento de Grados y Títulos de la Facultad de Enfermería.

Atentamente,

  
Dra. Sonia Núñez Chávez

  
Dra. Susana Díaz de Bellido

  
Dra. Mirta Cardeña Valverde

**DICTAMEN DE BORRADOR DE TESIS**

**A** : Dra. Sonia Núñez Chávez  
Decana de la Facultad de Enfermería de la U.C.S.M.

**DE** : Jurado Dictaminador

**ASUNTO** : Dictamen de Borrador de Tesis  
**"FACTORES ASOCIADOS A PREMATUREZ NEONATAL, HOSPITAL REGIONAL HONORIO DELGADO ESPINOZA DE ENERO A DICIEMBRE DEL 2016 AREQUIPA 2017."**

**AUTORA** : Bach. URSULA CHAYÑA CONCHA  
MAYUMI OCON PACHECO

**FECHA** : Arequipa, 12 de agosto del 2017

Reunido el Jurado Dictaminador, revisado el Borrador de Tesis se realizan las siguientes observaciones:

***Planteamiento Teórico***

1. Variables: Los datos sociodemográficos incluirlos en los indicadores, revisar y reordenar los subindicadores
2. Resumen Interrogantes y objetivos :redactarlos cambiando la palabra preponderante
3. Justificación: Revisar y especificar la relevancia " práctica"
4. Marco teórico: Rol de la Enfermera , reordenar la recepción del RN pre-término , incluir Norma Técnica, sobre todo lo relacionado al RN pre- término
5. Antecedentes Investigativos: Tener en cuenta Autor. título y conclusiones, a nivel internacional, nacional y local (3)
6. Hipótesis: Reformular la probabilidad mencionando el tipo de relación que existe

***Planteamiento Operacional***

7. Ubicación Espacial: Especificar
8. Ubicación Temporal: Especificar el tiempo de la investigación
9. Resultados: Modificar en todas las tablas lo referente al tiempo mencionando Enero a Diciembre 2016, tener en cuenta los rangos de las edades, tabla número 6 el indicador ninguno. Mejorar la descripción e interpretación de las tablas
10. Conclusiones: Reformular las conclusiones de acuerdo a las variables, objetivos y resultados obtenidos
11. Recomendaciones: Reformularlas de acuerdo a los resultados obtenidos.
12. Bibliografía: Tener en cuenta las normas de Vancouver.

Subsanadas las observaciones volver a presentar el Borrador de Tesis.

Atentamente,

  
Dra. Sonia Núñez Chávez

  
Dra. Susana Díaz de Bellido

  
Dra. Mirta Cardeña Valverde



UNIVERSIDAD CATÓLICA DE SANTA MARÍA  
FACULTAD DE ENFERMERÍA

### DICTAMEN DE PROYECTO DE TESIS

A : Dra. Sonia Núñez Chávez  
Decana de la Facultad de Enfermería de la U.C.S.M.

De : Jurado Dictaminador

Asunto : Dictamen de proyecto de tesis:  
**FACTORES ASOCIADOS A PREMATUREZ NEONATAL EN  
EL HOSPITAL HONORIO DELGADO ESPINOZA DE ENERO  
A DICIEMBRE DEL 2016. AREQUIPA 2017.**

Autoras : Chayña Concha, Ursula  
Ocón Pacheco, Mayumi

Fecha : Arequipa, 21 de abril del 2017

---

Reunido el jurado dictaminador y revisado el proyecto de tesis se hace llegar las siguientes observaciones:

1. Enunciado:

- Cambiar factores predisponentes por factores asociados

2. Variable


- Revisar el análisis de variable

3. Campo de verificación

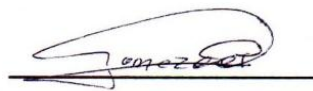
- Revisar ubicación espacial

Realizadas las correcciones, pueden pasar a fase de ejecución

Atentamente,



Dra. Delia Núñez de Álvarez  
Jurado Dictaminador



Dra. Gloria Núñez de Pinto  
Jurado Dictaminador

UNIVERSIDAD CATOLICA DE SANTA MARÍA  
FACULTAD DE ENFERMERÍA

### INFORME DE ASESORÍA DE TESIS

**A** : Dra. Sonia Núñez Chávez  
Decana de la Facultad de Enfermería de la U.C.S.M.

**DE** : Mgter. María del Pilar Borja Vizcarra  
Docente Asesora de Tesis

**FECHA** : 21 de Julio del 2017

**INVESTIGADORES** : Señoritas Bachilleres:  
**URSULA CHAYÑA CONCHA**  
**MAYUMI OCÓN PACHECO**

**ANTECEDENTES** : La investigación:

“FACTORES ASOCIADOS A PREMATUREZ NEONATAL EN EL HOSPITAL REGIONAL HONORIO DELGADO ESPINOSA DE ENERO A DICIEMBRE DEL 2016. AREQUIPA 2017 ”

La asesoría se realizó desde el mes de junio hasta el presente, se sostuvieron sesiones permanentes en las que se hicieron algunas modificaciones en objetivos, marco teórico, hipótesis llegando al planteamiento operacional hasta elaboración del informe final.

#### APRECIACIÓN PERSONAL:

La investigación realizada constituye un aporte en el aspecto preventivo promocional de la salud de salud materno infantil, cuyos resultados mejorarán el planeamiento de cuidados para evitar la prematuridad neonatal.

Las señoritas investigadoras demostraron compromiso, entusiasmo, responsabilidad y ética en la realización del presente trabajo de investigación.

Atentamente,



Mgter . María del Pilar Borja Vizcarra  
Docente Asesora

## AGRADECIMIENTO

A nuestra Alma Mater la Universidad Católica de Santa María por brindarnos todas las enseñanzas a lo largo de estos cinco años.

A la Facultad de Enfermería, a las docentes que influyeron con sus lecciones, experiencias en formarnos para ser personas de bien, a todos y cada uno de ellos gracias.

Y finalmente a nuestros amigos por darnos su sincera amistad sin pedir nada a cambio y a todos los que creyeron en nosotras, muchas gracias.

***URSULA Y MAYUMI***

## DEDICATORIA

*Dedico este trabajo principalmente a Dios por haberme dado la vida y permitirme el haber llegado hasta este momento de mi formación profesional.*

*A mis padres ÁNGEL y ROSA, por demostrarme siempre su cariño, apoyo incondicional y por formarme con buenos sentimientos hábitos y valores.*

*A mi hermano JESÚS por creer en mí y porque hoy en adelante seré tu guía para que seas una persona de bien.*

*A mi familia en general por compartir buenos y malos momentos conmigo.*

*A mis amigos porque nunca dudaron de mí y estuvieron en las buenas y malas a MAYUMI porque me brindaste tu amistad desde hace muchos años y hoy nos unimos en un mismo objetivo ser Licenciadas en Enfermería.*

### **URSULA**

*A Dios por permitirme tener vida, salud y poder realizar uno más de mis proyectos.*

*A mi familia que es lo más valioso, en especial a mis padres LUIS y MIRIAN por demostrarme día a día esfuerzo, sacrificio, confianza, comprensión y enseñarme que las metas son alcanzables; sin ellos no hubiera sido posible la culminación de mi carrera profesional.*

*A mi hermano LUIS por estar pendiente de mí y apoyarme en las buena y malas.*

*A mis amigos que me dieron buenos consejos, a URSULA por su amistad de años y ahora realizar este gran paso.*

*Finalmente, a las personas que me acogieron como parte de su familia, y a la persona que ocupa un espacio en mi corazón demostrándome cariño, amor y comprensión.*

### **MAYUMI**

## ÍNDICE

	<b>Pág.</b>
PRESENTACIÓN .....	2
AGRADECIMIENTO.....	7
DEDICATORIA.....	8
ÍNDICE DE TABLAS .....	12
RESUMEN .....	16
ABSTRACT .....	16
INTRODUCCIÓN .....	17
<b>CAPITULO I</b>	
<b>PLANTEAMIENTO TEÓRICO</b>	
1. PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN .....	1
1.1. Enunciado del Problema .....	1
1.2. Descripción del Problema .....	1
1.2.1. Ubicación del Problema.....	1
1.2.2. Análisis de Variables .....	2
1.2.3. Interrogantes Básicas .....	4
1.2.4. Tipo y Nivel de investigación .....	4
1.3. Justificación.....	4
2. OBJETIVOS .....	6
3. MARCO TEÓRICO .....	7
3.1. PREMATUREZ NEONATAL .....	7
3.2. PATOLOGÍAS ASOCIADAS .....	9
3.3. NEONATO .....	14
3.4. FACTORES ASOCIADOS .....	15
3.4.1. Factores socio-demográficos.....	15
3.4.2. Factores maternos.....	16
3.4.3. Factores fetales .....	24

3.4.4. Factores Útero-Placentarios .....	25
3.4.5. Rol de la Enfermera.....	28
4. ANTECEDENTES INVESTIGATIVOS .....	33
4.1. A NIVEL NACIONAL .....	33
4.2. A NIVEL INTERNACIONAL .....	35
5. HIPOTESIS.....	36

## CAPITULO II

### PLANTEAMIENTO OPERACIONAL

1. TÉCNICAS E INSTRUMENTOS.....	37
1.1. Técnica.....	37
1.2. Instrumento .....	37
2. CAMPO DE VERIFICACIÓN.....	38
2.1. Ubicación Espacial.....	38
2.2. Ubicación Temporal .....	38
2.3. Unidades de Estudio .....	38
2.3.1. Universo .....	38
2.3.2. Muestra.....	38
2.3.3. Criterios de inclusión .....	39
2.3.4. Criterio de exclusión .....	39
3. ESTRATEGIA DE RECOLECCIÓN DE DATOS.....	39
4. RECURSOS.....	41
4.1. Humanos:.....	41
4.2. Institucionales: .....	41
4.3. Materiales:.....	41
4.4. Financieros:.....	41

### CAPITULO III

#### PRESENTACIÓN DE RESULTADOS

CONCLUSIONES.....	69
RECOMENDACIONES .....	70
BIBLIOGRAFÍA .....	71
INFOGRAFÍA .....	73
ANEXOS .....	75
PRIMER ANEXO: FICHA ESTRUCTURADA.....	76
SEGUNDO ANEXO: HISTORIA CLINICA PERINATAL BASE .....	78



## ÍNDICE DE TABLAS

- TABLA N°1:** RECIÉN NACIDOS PREMATUROS SEGÚN SEXO – HOSPITAL REGIONAL HONORIO DELGADO ESPINOZA. ENERO A DICIEMBRE DEL 2016.
- TABLA N°2:** RECIÉN NACIDOS PREMATUROS SEGÚN PESO Y EDAD GESTACIONAL – HOSPITAL REGIONAL HONORIO DELGADO ESPINOZA. ENERO A DICIEMBRE DEL 2016.
- TABLA N°3:** RECIÉN NACIDOS PREMATUROS SEGÚN LA EDAD Y TIPO DE PARTO DE LA MADRE – HOSPITAL REGIONAL HONORIO DELGADO ESPINOZA. ENERO A DICIEMBRE DEL 2016.
- TABLA N°4:** RECIÉN NACIDOS PREMATURO SEGÚN LA PARIDAD Y CONTROLES PRENATALES DE LA MADRE – HOSPITAL REGIONAL HONORIO DELGADO ESPINOZA. ENERO A DICIEMBRE DEL 2016.
- TABLA N°5:** RECIÉN NACIDOS PREMATUROS SEGÚN ESTADO CONYUGAL Y NIVEL DE INSTRUCCIÓN DE LA MADRE – HOSPITAL REGIONAL HONORIO DELGADO ESPINOZA. ENERO A DICIEMBRE DEL 2016.
- TABLA N°6:** RECIÉN NACIDOS PREMATUROS SEGÚN ANTECEDENTES OBSTÉTRICOS DE LA MADRE – HOSPITAL REGIONAL HONORIO DELGADO ESPINOZA. ENERO A DICIEMBRE DEL 2016.

- TABLA N°7:** RECIÉN NACIDOS PREMATUROS SEGÚN PATOLOGÍAS ASOCIADAS A LA MADRE – HOSPITAL REGIONAL HONORIO DELGADO ESPINOZA. ENERO A DICIEMBRE DEL 2016.
- TABLA N°8:** RECIÉN NACIDOS PREMATUROS SEGÚN EMBARAZO MULTIPLE E INFECCIONES GENITALES DE LA MADRE – HOSPITAL REGIONAL HONORIO DELGADO ESPINOZA. ENERO A DICIEMBRE DEL 2016.
- TABLA N°9:** FACTORES FETALES PRESENTES EN LOS RECIÉN NACIDOS PREMATUROS – HOSPITAL REGIONAL HONORIO DELGADO ESPINOZA. ENERO A DICIEMBRE DEL 2016.
- TABLA N°10:** FACTORES ÚTERO - PLACENTARIOS PRESENTES EN LAS MADRES DE LOS RECIÉN NACIDOS PREMATUROS – HOSPITAL REGIONAL HONORIO DELGADO ESPINOZA. ENERO A DICIEMBRE DEL 2016.
- TABLA N°11:** RECIÉN NACIDOS PREMATUROS SEGÚN PATOLOGIAS – HOSPITAL REGIONAL HONORIO DELGADO. ENERO A DICIEMBRE DEL 2016.
- TABLA N°12:** RECIÉN NACIDOS PREMATUROS SEGÚN PESO AL NACER Y TIPO DE PARTO DE LA MADRE – HOSPITAL REGIONAL HONORIO DELGADO ESPINOZA. ENERO A DICIEMBRE DEL 2016.
- TABLA N°13:** RECIÉN NACIDOS PREMATUROS SEGÚN EDAD GESTACIONAL Y TIPO DE PARTO DE LA MADRE – HOSPITAL REGIONAL HONORIO DELGADO ESPINOZA. ENERO A DICIEMBRE DEL 2016.

**TABLA Nº14:** RECIÉN NACIDOS PREMATUROS SEGÚN PARIDAD DE LA MADRE Y EDAD GESTACIONAL– HOSPITAL REGIONAL HONORIO DELGADO ESPINOZA DE ENERO A DICIEMBRE DEL 2016. ENERO A DICIEMBRE DEL 2016.

**TABLA Nº15:** RECIÉN NACIDOS PREMATUROS SEGÚN PESO AL NACER Y CONTROLES PRENATALES – HOSPITAL REGIONAL HONORIO DELGADO ESPINOZA. ENERO A DICIEMBRE DEL 2016.

**TABLA Nº16:** RECIÉN NACIDOS PREMATUROS SEGÚN EDAD GESTACIONAL Y CONTROLES PRE NATALES DE LA MADRE – HOSPITAL REGIONAL HONORIO DELGADO ESPINOZA. ENERO A DICIEMBRE DEL 2016.

**TABLA Nº17:** RECIÉN NACIDOS PREMATUROS SEGÚN PESO AL NACER Y EMBARAZO MÚLTIPLE – HOSPITAL REGIONAL HONORIO DELGADO ESPINOZA. ENERO A DICIEMBRE DEL 2016.

**TABLA Nº18:** RECIÉN NACIDOS PREMATUROS SEGÚN EDAD GESTACIONAL Y EMBARAZO MÚLTIPLE – HOSPITAL REGIONAL HONORIO DELGADO ESPINOZA. ENERO A DICIEMBRE DEL 2016.

**TABLA Nº19:** RECIÉN NACIDOS PREMATUROS SEGÚN PESO AL NACER Y SUFRIMIENTO FETAL – HOSPITAL REGIONAL HONORIO DELGADO ESPINOZA. ENERO A DICIEMBRE DEL 2016.

**TABLA Nº20:** RECIÉN NACIDOS PREMATUROS SEGÚN PESO AL NACER Y TOXEMIA DEL EMBARAZO PRESENTADA POR LAS MADRES – HOSPITAL REGIONAL HONORIO DELGADO ESPINOZA. ENERO A DICIEMBRE DEL 2016.

**TABLA Nº21:** RECIÉN NACIDOS PREMATUROS SEGÚN EDAD GESTACIONAL Y TOXEMIA DEL EMBARAZO PRESENTADA POR LAS MADRES – HOSPITAL REGIONAL HONORIO DELGADO ESPINOZA. ENERO A DICIEMBRE DEL 2016.

**TABLA Nº22:** RECIÉN NACIDOS PREMATUROS SEGÚN PESO AL NACER Y RUPTURA PREMATURA DE MEMBRANAS PRESENTADA POR LAS MADRES – HOSPITAL REGIONAL HONORIO DELGADO ESPINOZA. ENERO A DICIEMBRE DEL 2016.

**TABLA Nº23:** RECIÉN NACIDOS PREMATUROS SEGÚN EDAD GESTACIONAL Y RUPTURA PREMATURA DE MEMBRANAS PRESENTADA POR LAS MADRES – HOSPITAL REGIONAL HONORIO DELGADO ESPINOZA. ENERO A DICIEMBRE DEL 2016.

**TABLA Nº24:** RECIÉN NACIDOS PREMATUROS SEGÚN PESO AL NACER Y PATOLOGIAS ASOCIADAS DE LA MADRE – HOSPITAL REGIONAL HONORIO DELGADO ESPINOZA ENERO A DICIEMBRE DEL 2016.

**TABLA Nº25:** RECIÉN NACIDOS PREMATUROS SEGÚN EDAD GESTACIONAL Y PATOLOGIAS ASOCIADAS A LA MADRE – HOSPITAL REGIONAL HONORIO DELGADO ESPINOZA. ENERO A DICIEMBRE DEL 2016.

## RESUMEN

**FACTORES ASOCIADOS A PREMATUREZ NEONATAL, HOSPITAL REGIONAL HONORIO DELGADO ESPINOZA DE ENERO A DICIEMBRE DEL 2016. AREQUIPA 2017.**

**FACTORS ASSOCIATED WITH PREMATURITY NEONATAL, HOSPITAL REGIONAL HONORIO DELGADO ESPINOZA FROM JANUARY TO DECEMBER 2016. AREQUIPA 2017.**

**Chayña Concha Úrsula Rosario<sup>1</sup>      Ocón Pacheco Mayumi Concepción<sup>2</sup>**

El presente estudio tiene como objetivos identificar las características principales en los recién nacidos prematuros; determinar los factores socio-demográficos, maternos, fetales y útero - placentarios; y establecer los factores, maternos, fetales y útero- placentarios asociados a la prematurez neonatal en el Hospital Regional Honorio Delgado Espinoza. Siendo este un estudio de tipo descriptivo y relacional de nivel retrospectivo; de corte transversal. En la obtención de datos la técnica fue de observación documental, y como instrumento la ficha de observación de la historia clínica. Estos datos fueron obtenidos estadísticamente, presentados en tablas y gráficos, utilizando el Chi cuadrado (xi)<sup>2</sup>. Obteniendo como conclusión la asociación entre la edad gestacional con la paridad de la madre y finalmente el peso del prematuro con el control pre-natal.

**PALABRAS CLAVES: FACTORES ASOCIADOS – PREMATUREZ NEONATAL**

## ABSTRACT

The present study would like to identify the main characteristics in the preterm infants, determine socio-demographic, maternal, fetal and utero-placental factors; and establish factors maternal, fetal and utero - placental Associates to neonatal prematurity in Hospital Regional Honorio Delgado Espinoza. This being a descriptive and relational type level retrospective study; cross-cut. In the data collection technique was documentary observation, and as an instrument of observation of the history tab. These data were statistically obtained and presented in tables and graphs, using the Chi-square (xi)<sup>2</sup>. Obtaining conclusion, the association between gestational age with parity of mother and finally the weight of prematurity with control pre-natal.**KEY WORDS: ASSOCIATED FACTORS – NEONATAL REINFORCEMEN**

<sup>1</sup>Bachiller de enfermería. Tesis para optar Título de Licenciadas en Enfermería. Psje. Los Jacintos 8 La Campiña Socabaya. Teléfono. 941772252

<sup>2</sup>Bachiller de enfermería. Tesis para optar Título de Licenciadas en Enfermería. Av. Industrial 104 Apima Paucarpata. Teléfono. 460828

## INTRODUCCIÓN

El rol de la enfermera en los servicios de neonatología, se ha desarrollado a medida que se ha incrementado la necesidad de los cuidados especializados en los neonatos de riesgo. El reconocimiento de la necesidad de ampliar las funciones de enfermería para responder a las demandas de los cuidados de salud de este grupo poblacional es un tema de actualidad que ha sido razón de opiniones de expertos en diversos niveles quienes han reconocido que la enfermera es el profesional idóneo para llevar a cabo sus actividades en este ámbito especializado.

La Organización Mundial de la Salud, OMS define como prematuridad neonatal a los neonatos vivos que nacen antes de las 37 semanas a partir del primer día del último periodo menstrual.<sup>3</sup>

El riesgo global de muerte de un prematuro es 180 veces mayor al de un recién nacido a término, con cifras que varían en función de las semanas de gestación.<sup>4</sup> La situación es aún más grave en infantes con prematuridad extrema menos de 32 semanas de embarazo, entre quienes una quinta parte no sobrevive el primer año y hasta 60% de los supervivientes tiene discapacidades neurológicas; como problemas de lenguaje y aprendizaje, trastorno por déficit de atención, dificultades socioemocionales, deterioro sensorial, visual y auditivo, retraso mental y parálisis cerebral. Por lo anterior, además de la pérdida de vidas, el nacimiento prematuro representa costos económicos y emocionales considerables para las familias y las comunidades.<sup>5</sup>

No existe ninguna prueba que permita predecir con exactitud la posibilidad de parto prematuro, tampoco se conocen exactamente sus causas, puesto que

---

<sup>3</sup>Organización Mundial de la Salud. ¿Qué es un niño prematuro? Nov 2015

<sup>4</sup>VIVAS, M.I. (2012). Evolución clínica del recién nacido pre término, en la sala de neonatología, del hospital alemán nicaragüense en el III trimestre del 2011. Nicaragua. Managua. p. 1.

<sup>5</sup>VILLANUEVA, L.A, - CONTRERAS, A.K, - PICHARCO, M,- ROSALES, J. (2008). Perfil epidemiológico del parto prematuro. México. p. 543.

pueden deberse a factores biológicos como los maternos o fetales y /o también del medio, como los ambientales y otros; es por ello que se cree importante llevar a cabo este estudio que permita identificar algunos factores presentes en la prematuridad neonatal; a fin de que como integrantes del equipo de salud la enfermera esté preparada para brindar su cuidado en este campo.

El presente estudio se realizó través de una ficha de observación, aplicada retrospectivamente a los meses de enero a diciembre del 2016, en el Servicio de Neonatología y Oficina de Estadística del Hospital Regional Honorio Delgado Espinoza de Arequipa.

El trabajo está dividido en tres capítulos: El primer es el planteamiento teórico donde se describió el problema, objetivos, marco teórico, antecedentes investigativos y la hipótesis; el segundo es el planteamiento operacional en el cual se explicó la técnica empleada, campo de verificación que se realizó para dicho estudio, la estrategia de recolección de datos y los recursos humanos; y finalmente en el tercer capítulo la presentación de los resultados que incluye conclusiones, recomendación, bibliografía e infografía y anexos.

## **CAPITULO I**

### **PLANTEAMIENTO TEORICO**

#### **1. PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN**

##### **1.1. Enunciado del Problema**

FACTORES ASOCIADOS A PREMATUREZ NEONATAL, HOSPITAL REGIONAL HONORIO DELGADO ESPINOZA DE ENERO A DICIEMBRE DEL 2016. AREQUIPA 2017.

##### **1.2. Descripción del Problema**

###### **1.2.1. Ubicación del Problema**

Campo : Ciencias de la Salud  
Área : Enfermería  
Línea : Salud del Recién Nacido

### 1.2.2. Análisis de Variables

Variables Asociadas: Factores Asociados a prematuridad neonatal

VARIABLE	INDICADORES	SUBINDICADORES
PREMATUREZ NEONATAL	Peso	< 1000 gr. 1001 - 1500 gr. 1501 - 2000 gr. 2001 - < 2500 gr. > 2500 gr.
	Edad gestacional	<27 semanas 28-32 semanas 33-36 semanas
	Sexo	Masculino Femenino
	Patologías del recién nacido pre término	- Respiratorias - Infecciosas - Cardiovasculares - Metabólicas - Hematológicas - Oftálmicas - Gastrointestinales - Renales - Endocrinos - Neurológicas - Inmunológicas

FACTORES	Socio-demográficas	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Edad</li> <li>- Grado de instrucción</li> <li>- Estado conyugal</li> </ul>
	Maternos	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Tipo de parto</li> <li>- Paridad</li> <li>- Control pre natal</li> <li>- Antecedentes obstétricos</li> <li>- Patologías asociadas</li> <li>- Embarazo múltiple</li> <li>- Infecciones genitales</li> </ul>
	Fetales	Sufrimiento fetal agudo
	Útero – Placentarios	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Miomas</li> <li>- Cesáreas anteriores</li> <li>- Inminencia de ruptura uterina</li> <li>- Placenta previa</li> <li>- Desprendimiento prematuro de placenta normo inserta</li> <li>- Distocia funicular</li> <li>- Ruptura prematura de membranas</li> <li>- Toxemia del embarazo</li> </ul>

### 1.2.3. Interrogantes Básicas

- ¿Cuáles son las características principales que se encuentran presentes en los recién nacidos prematuros en el Hospital Regional Honorio Delgado Espinoza de Enero a Diciembre del 2016?
- ¿Cuáles son los factores socio-demográficas, maternos, fetales y útero-placentarios de los recién nacidos prematuros en el Hospital Regional Honorio Delgado Espinoza de Enero a Diciembre del 2016?
- ¿Cuáles son los factores maternos, fetales y útero-placentarios asociados a la prematuridad neonatal en el Hospital Regional Honorio Delgado Espinoza de Enero a Diciembre del 2016?

### 1.2.4. Tipo y Nivel de investigación

Tipo: Descriptivo y Relacional.

Nivel: Transversal, Retrospectivo.

## 1.3. Justificación

Hoy en día los recién nacidos prematuros, representan una población de alto riesgo en actual crecimiento, donde el personal de salud se enfrenta a una atención de mayor cantidad de recién nacidos a pre término con un bajo peso al nacer y una edad gestacional no terminada.

Los nacimientos pre términos se han incrementado silenciosa y peligrosamente en la región. La data de la Gerencia Regional de Salud (GERESA) revela que en el 2015 se registraron 1175 nacimientos de niños prematuros, a diferencia del año pasado, en el 2016 la cifra aumento a 1257 de los cuales el Hospital Regional Honorio Delgado Espinoza atendiendo al 10% de estos casos. La mortalidad de prematuros en dicha institución llega al 15,11%, esto se debe a que el nosocomio recibe casos complejos de todo la Macro Región Sur.<sup>6</sup>

Es por esta razón que se decide, realizar la presente investigación que esta direccionada a mostrar la realidad. Ya que se observa que el Hospital, atiende la mayor cantidad de prematuros de toda la región Sur.

Presenta relevancia científica, puesto que es posible desarrollar cuidados y manejos adecuados, para evitar que se incurra en este problema y a su vez prevenir las secuelas originadas por el mismo.

Presenta relevancia académica ya que sirve de orientación para aplicar medidas y tratamientos más adecuados y oportunos, que minimicen las posibles complicaciones.

Tiene relevancia social, porque contribuiría a los estudios en cuanto a la atención en salud y al bienestar general de la sociedad.

El aporte para nuestra profesión es dar a conocer si los factores a investigar afectan comúnmente a los recién nacidos prematuros; para de este modo mejorar la calidad de atención y así poder realizar acciones específicas preventivas en la comunidad.

---

<sup>6</sup> HUANCA, E. (2017). Diario El Pueblo: Más de mil niños prematuros nacen cada año en la región. Perú. Arequipa.

Existiendo una motivación personal puesto que durante las prácticas del internado se ha tenido la oportunidad de evidenciar la frecuencia de nacimientos a pre término, considerándose un tema muy importante para brindar aporte resultante, el cual a su vez permitirá que las investigadoras obtengan el título profesional de Licenciadas en Enfermería.

## 2. OBJETIVOS

- Identificar las características principales que se encuentran presentes en los recién nacidos prematuros en el Hospital Regional Honorio Delgado Espinoza Arequipa, Enero –Diciembre del 2016.
- Determinar los factores socio-demográficas, maternas, fetales y útero-placentarios de los recién nacidos prematuros en el Hospital Regional Honorio Delgado Espinoza. Arequipa, Enero –Diciembre del 2016.
- Establecer los factores maternos, fetales y útero –placentarios asociados a la prematurez en el Hospital Regional Honorio Delgado Espinoza de Enero a Diciembre del 2016.

### 3. MARCO TEÓRICO

#### CONCEPTOS BÁSICOS:

##### 3.1. PREMATUREZ NEONATAL

Con éste término se denomina al recién nacido cuya edad gestacional es menor a 37 semanas o 259 días, éstos niños presentan inmaduros los órganos y sistemas por lo tanto el riesgo a morir es mayor.

La OMS fundamenta esta definición donde considera a un prematuro como <sup>7</sup> “Recién nacido vivo antes de haber cumplido 37 semanas de gestación” y siendo su clasificación la siguiente:

- Prematuros tardíos (34 a 36 semanas 6 días)
- Prematuros moderados (32 a 33 semanas 6 días)
- Muy prematuros (28 a 31 semanas 6 días)
- Prematuros extremos (menor o igual a 27 semanas 6 días)

En los Estados Unidos y Latinoamérica se usa una clasificación según el peso:

- Bajo peso al nacer: Menor de 2 500 gr. Independientemente de la edad gestacional.
- Muy bajo peso al nacer: Menor de 1 500 gr.
- Peso extremadamente bajo al nacer: Menor de 1 000 gr.

La valoración de la edad gestacional se realiza al momento del nacimiento con diversos Tests, entre ellos: Test de Dubowitz, test de Capurro, test de Usher y test de Huy y Clowes; mayormente usados en nuestro medio el test de Capurro y a las 24 horas el test de Ballard los cuales consideran diversas

---

<sup>7</sup> OMS. (Nov.2015). Nacimientos Prematuros. Nota descriptiva N 363.

características físicas, fisiológicas y/o neurológicas que presenta el recién nacido.

El método más exacto es la fecha de la última regla (FUR), sin embargo muchas veces no se cuenta con esa información o ésta no es exacta, por lo que se utiliza los test antes mencionados, y en estos casos resulta muy útil tener presente las características propias del recién nacido prematuro como las que se describen:

Las características físicas se observan cefalocaudal donde destaca la cabeza de mayor tamaño que el resto del cuerpo, con un perímetro cefálico menor de 33 cm., presencia de lanugo en espalda y cara, con ojos cerrados; en extremidad inferior la longitud del pie es menor de 7 cm; las plantas de los pies tienen más turgencia, con arrugas numerosas y finas, miembros extendidos; en extremidades superiores las manos presentan escasos pliegues y dan la apariencia de ser lisas.

En cuanto a la piel esta es de color rosado intenso, lisa y brillante por probable edema, vasos sanguíneos de fino calibre muy visibles a través de la epidermis, presenta una fascie de anciano, con uñas muy pequeñas, la superficie corporal es muy susceptible a la pérdida del calor. Respecto a los genitales en el varón, los testículos no están descendidos, pueden encontrarse en los conductos inguinales o la cavidad abdominal. En las niñas, el clítoris es prominente y los labios mayores están separados y escasamente desarrollados.

En el sistema respiratorio los movimientos de inspiración y expiración son rápidos, superficiales e irregulares, caracterizada por breves períodos de apnea, siendo muy frecuente el déficit de surfactante con debilidad de los músculos respiratorios y la caja torácica lo que provoca un retraso en la vida

extrauterina, típicamente valorado por el Test de Silverman. La capacidad del estómago es muy reducida, existiendo una descoordinación entre la succión y deglución los que son torpes y débiles.

Como consecuencia de la inmadurez el recién nacido es poco activo y somnoliento. Sus movimientos son lentos, el tono muscular y los reflejos primarios disminuidos desde el punto de vista neurológico. El llanto es débil y la respuesta motora es escasa. La barrera hematoencefálica es insuficiente.

### **3.2. PATOLOGÍAS ASOCIADAS**

Las patologías asociadas al recién nacido prematuro son derivadas del binomio inmadurez-hipoxia, por el acortamiento gestacional y la poca adaptación respiratoria que presenta el prematuro al momento de nacer ; con recurrencia presenta el test de APGAR con baja puntuación y necesita reanimación neonatal.

- Patología Respiratoria: Donde la función pulmonar se encuentra afectada ya que por la inmadurez neurológica y debilidad de la musculatura hay la incapacidad para poder expandir los pulmones lo cual provoca que no pueda respirar, las enfermedades más frecuentes que se puede encontrar en este sistema son:

El distrés respiratorio o llamado enfermedad de la membrana hialina consiste en déficit transitorio de surfactante, provocando que el pulmón sea incapaz de mantener una aireación y un intercambio gaseoso adecuados. Los síntomas pueden aparecer después del nacimiento o durante el transcurso de las horas de vida de este, se puede observar cianosis, apnea,

aleteo nasal, respiración rápida y poco profunda, retracción subcostal e intercostal.

Y la taquipnea transitoria o también llamado pulmón húmedo es la retención de líquido en el pulmón ya que al momento el parto al no concluir con su desarrollo no puede expulsar ni absorber el líquido amniótico, lo que provoca la taquipnea que son las respiraciones rápidas, esta se da en las primeras horas de vida con frecuencia respiratoria mayor a 60, aleteo nasal, retracción intercostal o subcostal, pueda o no aparecer cianosis.

- Patología infecciosa: El sistema inmune no está suficientemente maduro, por ello es ineficaz y susceptible para poder defenderse de las bacterias, virus y parásitos que provocan las infecciones.

La más frecuentes es la sepsis neonatal que es causada por la invasión y proliferación de bacterias, hongos o virus que ingresan al torrente sanguíneo, esta se inicia principalmente por la contaminación de la piel y mucosas del neonato. Se manifiesta durante los 28 primeros días de vida, los síntomas pueden ser variados e inexplicables, pero como se sabe toda infección con lleva a una mala regulación de la temperatura, lo que provoca que haya dificultad para alimentarse, llanto persistente, taquicardia inexplicable, etc. Se puede diferenciar dos maneras de transmisión; la primera verticalmente que es causada por gérmenes localizados en el canal genital materno o por contacto directo del feto con secreciones contaminadas al pasar por el canal del parto y la segunda por la manipulación de este donde se realiza diferentes procedimientos invasivos como cateterismos vasculares, intubación endotraqueal, alimentación parenteral, etc.

- Patología hematológica: Por lo general son problemas en la producción, desarrollo y funcionamiento de los componentes de la sangre. Podemos encontrar varias patologías:

Una de ellas es la trombocitopenia que se caracteriza por la escasez de plaquetas en la sangre, es decir que el recuento plaquetario es menos de 150.000 plaquetas por  $\text{cm}^3$ . Los síntomas que puede presentarse son el purpura, petequias, equimosis, ictericia, prolongación del tiempo de coagulación.

La policitemia o poliglobulia, es el hematocrito superior a los 65%, es decir que hay demasiados glóbulos rojos en la sangre provocando hiperviscosidad el cual produce el enlentecimiento del flujo de sangre a través de los vasos sanguíneos. Algunos no presentan síntomas, pero probablemente presentan tono moreno, somnolencia, problemas en la alimentación y rara vez las convulsiones; si presentan los síntomas se realiza la exanguineo transfusión que ayudara a la reducción de los glóbulos rojos.

Y por último la incompatibilidad RH, se produce porque el factor RH en la madre como en el recién nacido no son iguales, es decir que el RH negativo de la madre y RH positivo del neonato o viceversa al mezclarse durante el embarazo por medio de la placenta; el sistema inmune de la madre al ver los glóbulos rojos del bebe como extraños fabrica anticuerpos que ataca provocando que se descompongan rápidamente lo cual con lleva a una anemia peligrosa.

- Patología metabólica: Se producen por la ausencia o defecto de una enzima, se manifiesta por un bloqueo de la vía metabólica, lo que ocasiona la acumulación de un compuesto, que puede ser un aminoácido, un hidrato

de carbono o un lípido. Las patologías que se presentan frecuentemente son:

La hipoglucemia que son los niveles bajos de glucosa en la sangre, esta actúa produciendo energía y por lo tanto estimula al crecimiento y al desarrollo neurológico, durante la gestación este recibe la glucosa a través de la placenta y después la obtiene de la madre por la leche materna. Los síntomas que puede presentar son cianosis, apnea, hipotermia, poco tono muscular, letargo, convulsiones; pero si la hipoglucemia persiste el neonato gastara las reservas de glucógeno en el hígado lo cual con lleva a un hiperinsulinismo que a largo plazo provocara daño cerebral grave.

Y la ictericia que es el exceso de bilirrubina en sangre con llevando al color amarillo en la piel y la esclerótica, la bilirrubina es el producto de la descomposición de los glóbulos rojos normalmente esta pasa por el hígado donde empieza a liberarse en los intestinos en forma de bilis, pero al ver un acumulo de este en la sangre provoca que hígado sea incapaz de descomponerla y eliminarla de su cuerpo.

- Patología cardíaca: Se caracteriza por la presencia de alteraciones estructurales del corazón producidas por defectos durante el periodo embrionario; es decir que durante las 8 semanas que culmina su desarrollo pasa por diferentes etapas las cuales una de ellas se puede ver alterada. Podemos encontrar:

La cardiopatía congénita, que es muy común estas son un grupo de enfermedades que mayormente se dan por problemas con la estructura y el funcionamiento del corazón presentes al nacer; donde encontraremos distintos problemas como: que pase demasiada sangre a los pulmones donde provoca un aumento de presión y esfuerzo en los pulmones, o que

pase menos sangre a los pulmones provocando que la oxigenación no llegue a todo el cuerpo por ellos el signo que se presenta es la cianosis.

Una de las enfermedades que se da en el prematuro es el ductus arterioso persistente, debido a que el conducto que comunica la arteria aorta con la arteria pulmonar durante la vida fetal no llega a cerrarse; normalmente cuando el feto sale a la vida extrauterina en los primeros días de vida se cierra por sí solo, pero por la inmadurez de la función respiratoria la falta de oxigenación hace que este conducto no cierre y permanezca abierto provocando que el corazón del bebé se fatigue mucho y la sangre circula desde la arteria aorta hasta la pulmonar produciendo en los pulmones la retención de líquidos.

- **Patología oftálmica:** Es más común encontrar en los recién nacidos prematuros la retinopatía pre término, se desarrolla por la presentación anómala de los vasos sanguíneos de la retina, donde puede traer como una consecuencia la ceguera. Cuando la retinopatía es severa, puede causar desprendimiento de la pared del ojo y posible ceguera. Los bebés que nacen con peso extremadamente bajo gramos de peso, se encuentran en mayor riesgo.
- **Patología gastrointestinal:** La prematuridad neonatal es el factor de riesgo más importante para que los recién nacidos presenten la Enterocolitis Necrotizante, donde su origen o las causas que originan está aún son desconocidas pero la intervención de la isquemia, el crecimiento bacteriano y la respuesta inflamatoria sistémica interviene en el proceso y evolución de la enfermedad, el resultado es la necrosis del intestino con perforación o sin perforación del intestino, esta es una de las enfermedades que causan estancias prolongadas de hospitalización.

- Patología neurológica: La inmadurez del Sistema Nervioso Central, hace que el prematuro presenta susceptibilidad a cambios de osmolaridad e hipoxia lo cual surge un sangrado produciendo la hemorragia interventricular y su forma más grave un infarto hemorrágico. La hemorragia intraventricular en la mayoría de los casos empieza en la matriz germinal es un estructura muy vascularizada; es transitoria que a las 32 -34 semanas involuciona hasta desaparecer, el prematuro presenta diferentes síntomas como acidosis metabólica, descenso de la presión arterial, convulsiones, signos de shock ,anemia .

### 3.3.NEONATO

Según el Ministerio de Salud se considera a un neonato al nacido vivo de una gestación cuya edad abarca desde el momento del nacimiento hasta los 28 días, bien sea por parto eutócico o por cesárea. Es una etapa muy delicada, en la que se supone que se completan gran cantidad de los ajustes necesarios para la vida extrauterina.

Según Rogelio Rodríguez <sup>8</sup> “el periodo neonatal se divide en dos etapas:

- Neonatal precoz:: desde el nacimiento hasta los 7 primeros días de edad
- Neonatal tardío: entre los 8 y 28 días de edad”.

Después del nacimiento el neonato se enfrenta a diferentes circunstancias como cambios de temperatura, la intolerancia a la lactancia, posibles infecciones y además pérdidas de peso entre el décimo y el treintavo día de vida pues a menor peso mayor va a ser la perdida de esta.

---

<sup>8</sup>RODRÍGUEZ, R. (2012). Manual de Neonatología. México. Editorial: Mac Graw Hill. 2da. Edición. p. 14.

### 3.4. FACTORES ASOCIADOS

#### 3.4.1. Factores socio-demográficos

- **Edad:** Se considera un precedente biológico que permitirá identificar algunos factores a lo largo del ciclo vital; en esta ocasión la mujer porque pasa por el período llamado edad fértil.

El embarazo antes de los 20 años, es una etapa donde no se ha logrado totalmente la madurez física ni psicológica, además influye enfermedades propias de la edad y las que se desencadenan por la misma gestación; por ello hay mayor riesgo que sea un aborto, parto pre término o que se produzca un trastorno hipertensivo, rotura prematura de membranas, infección urinaria, alteraciones placentarias, entre otras; por ello se necesita de apoyo, atención y protección, ya que se va a ver envuelta en un entorno social y familiar poco accesible frente a la situación.

Mientras que después de los 35 años, la mujer es madura y se enfoca más en su experiencia laboral por ende algunas tardan en conseguir una pareja estable, o al no poder tener hijos recurren a métodos de reproducción que tardan, entonces tienen más probabilidades de sufrir riesgos y padecer una gama de patologías de la gestación inclusive las patologías crónicas por la edad que como consecuencia produce muerte materna y perinatal.

- **Grado de Instrucción:** Se refiere a los estudios realizados que un individuo a alcanzado, sin tener en cuenta si ha concluido o los ha dejado incompletos. Se clasifica en: sin nivel, preescolar, primaria, secundaria y superior.

Según algunas investigaciones un nivel educativo alto en una gestante permite que prevenga riesgos y complicaciones, es por ello que optara por llevar un estilo de vida saludable, tomando vitaminas, haciendo ejercicio y además acudiendo a controles del embarazo y del parto.

- Estado Conyugal: Según el Instituto Nacional de Estadística e informática <sup>9</sup>“se refiere a la relación conyugal a la situación de las personas determinadas por sus relaciones de parentesco y convivencia de acuerdo a las diversas formas de unión conyugal. A partir del cual se establecen ciertos derechos y deberes validados por el entorno social clasificándolo en: conviviente, casado, viudo, divorciado, separado, soltero”.

#### 3.4.2. Factores maternos

Las características maternas, son aquellos elementos que influyen en las madres gestantes, y que probablemente estos determinen una gestación temprana, a continuación nombraremos algunas de ellas:

- Tipo de parto: Es considerado como la expulsión del feto hacia la vida extrauterina, donde pasa por diferentes etapas para llegar a la culminación; se puede dar de dos formas; parto eutócico o normal y parto distócico donde requiere intervención quirúrgica porque presenta alguna alteración anatómica o fisiológica.

---

<sup>9</sup>INSTITUTO NACIONAL DE ESTADÍSTICA E INFORMÁTICA. (marzo 2010). Perú: Tipos y ciclos de vida de los hogares, 2007. Lima.

Según Ricardo Schwartz<sup>10</sup> clasifica el tipo de parto dependiendo a la edad gestacional de la madre:

- Parto inmaduro: entre las 20 a las 28 semanas de gestación
- Parto pre término o prematuro: entre las 28 y 36 semanas
- Parto a término: entre las 37 y 40 semanas
- Parto pos término o post maduro: después de la semana 42 en adelante.”

- Paridad: Se denomina al número de gestaciones de una mujer que ha dado a luz a un neonato mayor de 20 semanas de edad gestacional, con peso de 500 gramos o más, con talla mayor a 25 cm, muerto o vivo y nacido por vía vaginal o cesárea. Este se subdivide en: nulípara, primípara, multípara y gran Multípara, según al número de partos que presento la madre.
- Control Prenatal: Se describe como el conjunto de actividades que se realiza a la gestante, consiste en verificar, observar que factores de riesgo tiene la madre a parte de las enfermedades y embarazos anteriores; estas están orientadas para prevenir riesgos que la afecten durante el embarazo.

El Ministerio de Salud<sup>11</sup> “considera una gestante controlada si tiene al menos seis controles prenatales (CPN), distribuidos de la siguiente manera:

---

<sup>10</sup> SCHWARTZ, R. – FECINA, R. - DUVERGES, C. (2015). Obstetricia. Buenos Aires. Editorial: El ateneo. 6ta Edición. p. 431.

<sup>11</sup> MINISTERIO DE SALUD. (2004). Guías Nacionales de Atención Integral de la Salud Sexual y Reproductiva. Lima: Perú.

- Dos antes de las 22 semanas
- El tercero entre la 22 y 24
- El cuarto entre la 27 a 29
- El quinto entre la 33 y 35
- El sexto entre la 37 y la última semana de gestación”.

- Antecedentes Obstétricos

1. Recién nacido a pre término: El antecedente de un parto pre término es uno de los factores de riesgo importante y fácilmente identificable para los futuros nacimientos. Si en la primera gestación la grávida da a luz a un recién nacido pre término la incidencia es dos veces más alta, pero si en sus dos primeras gestaciones terminan en un parto prematuro el riesgo es el triple. Por el contrario, un embarazo de término previo reduce la incidencia de parto prematuro en los embarazos posteriores. Además, se encontró que el riesgo aumenta si la mujer opta por el aborto inducido.
2. Abortos: Es la expulsión del feto a la vida extrauterina con un peso menor o igual a 500 gr. Con una edad gestacional de 20 semanas o una longitud de 25 cm, puede ser espontaneo o provocado.
3. Cesáreas: Es un procedimiento quirúrgico en el cual se realiza una incisión en la parte abdominal de la mujer donde se extrae el producto.

Haber tenido cesáreas previas es un riesgo alto, ya que puede provocar la rotura uterina o dehiscencia de la cicatriz esto es provocado porque la herida no cicatrizó bien o no tuvo los cuidados necesarios, por ello como mínimo debe pasar un año para que el

músculo uterino se halla regenerado y lo recomendable es que la mujer no tenga más de 2 cesáreas.

Pero hoy en día este proceso se vuelve más frecuente, ya que algunas personas de clase media o alta optan por realizar cesáreas innecesarias que con el paso del tiempo causarían complicaciones en la madre y el neonato.

- Patologías Asociadas

1. Diabetes: Según la Organización Mundial de la Salud define como diabetes mellitus a "Estado crónico de hiperglucemia, que puede derivar de múltiples factores ambientales y genéticos, los que a menudo actúan conjuntamente. La hiperglucemia puede ser la consecuencia de la falta de secreción de insulina o de la presencia de factores que se oponen a su acción".

Según Ricardo Schwartz su clasificación es: <sup>12</sup>"Diabetes pre gestacional es la persona ya diagnosticada con esta enfermedad."

Encontramos dos tipos:

- a. Tipo 1 (insulinodependiente o juvenil).
- b. Tipo 2 (no insulinodependiente, estable del adulto).

- Diabetes gestacional: Es aquella que aparece por primera vez durante la gestación, se caracteriza por la disminución de los hidratos de carbono y se manifiesta con niveles elevados de glucosa en sangre.

---

<sup>12</sup>SCHWARTZ, R. - FECINA, R. – DUVERGES, C. (2005). Obstetricia. Buenos Aires. Editorial: El ateneo. 6ta Edición. p. 358-367.

<sup>13</sup>Para diagnosticarla se aplica el test de O Sullivan o test de sobrecarga oral de glucosa entre las 24-28 semanas de gestación.

Los factores de riesgo para poder desencadenar esta enfermedad es tener antecedente de familiares con diabetes mellitus, edad materna avanzada, obesidad, hipertensión arterial, síndrome de ovario poliquístico, infección del tracto urinario, mortalidad perinatal inexplicable, haber dado a luz a hijos con peso mayor a 4 kilogramos o con malformaciones congénitas y polihidramnios. Se dice que hasta el momento no han encontrado un mecanismo que explique las alteraciones en el feto y en el recién nacido, pero la incidencia de complicaciones es mayor en los hijos de madre con diabetes pre gestacional, y se agravan más si tiene un mal control metabólico.

2. Cardiopatía: Las enfermedades cardiacas son considerado un riesgo para el embarazo ,donde la mujer antes de quedar embarazada conoce que padece de alguna enfermedad cardiaca pero al no tomarle mucha importancia y no teniendo los debidos controles al momento de la gestación puede desencadenar algunas complicación debido a que en esta etapa hay cambios físicos, fisiológicos y hemodinámicos; donde el volumen sanguíneo comienza a aumentar a las 12 semanas, va creciendo durante el segundo trimestre, luego se empieza a estabilizar hasta llegar al final del tercer trimestre donde la embarazada tiene una sobrecarga de volumen.

En la actualidad las gestaciones en madres cardiópatas se asocian a mayor incidencia de parto prematuro, retraso del crecimiento

---

<sup>13</sup>Ibíd., pp. 359.

intrauterino, pérdida del bienestar fetal y la mortalidad perinatal es 10 veces superior a la general. En las cardiopatías congénitas hay que valorar además el riesgo de transmisión.

3. Anemia: Es la alteración hematológica que se diagnostica durante el embarazo, se caracteriza por la disminución de concentración de hemoglobina en sangre, ya que el volumen corporal total materno presenta un cambio al expandirse para lograr la adecuada perfusión del feto y placenta, también se prepara para las pérdidas durante el parto.

Según la Organización Mundial de la Salud se considera anemia en el embarazo cuando se presentan valores de hemoglobina inferior a 11 g/dl y el hematocrito inferior a 33%.

La anemia prevalente en el embarazo es la ferropénica, se caracteriza por el déficit de glóbulos rojos los cuales no permiten la debida oxigenación de los tejidos a todo el cuerpo.

4. Tuberculosis: Es una enfermedad infectocontagiosa su transmisión es por vía aérea causada por el Mycobacterium Tuberculosis, se adquiere por la inhalación de bacilos que van directamente a los alveolos afectándolos, normalmente su localización es pulmonar, y los síntomas más frecuentes son la tos, la astenia, y la pérdida de peso.

En el embarazo normalmente su ubicación habitual es la extrapulmonar, este proceso no afecta mucho en la salud materna fetal, pero es muy importante diagnosticar y tratar de manera rápida

ya que puede presentar tuberculosis congénita si desarrollan infección y bacteriemia tuberculosas.

En el primer trimestre puede verse desmejorada por la gestosis (vómitos, baja de peso, etc.), en la segunda mitad se normaliza por la inmovilidad del diafragma, pero en el parto y el puerperio pueden agravarse por la movilidad diafragmática y la brusca descompresión abdominal.

5. Hipertensión Arterial: Consiste en el aumento continuo de la presión que sobrepasa los niveles normales. La hipertensión gestacional es una de las principales causas de prematuridad, mortalidad perinatal y materna; se da después de las 20 semanas sin sintomatología ni alteraciones y después del parto retorna a la normalidad.

Los factores de riesgo son la nuliparidad, embarazo gemelar, mujeres antes de los 20 y después de los 40 años, obesidad, etc. En estas pacientes no hay una indicación médica para la interrupción del embarazo; sin embargo si el cuadro clínico empeora o tiene alguna complicación obstétrica si requiere de una intervención la cual ayuda a la madre y el feto a no sufrir consecuencias.

- Embarazo Múltiple: Se define como la presencia de dos o más fetos dentro del vientre materno. Se considera uno de los riesgos más elevados de la prematuridad y la muerte fetal.

La edad promedio al nacimiento es entre las 32 y las 35 semanas de gestación, además va acompañada de diferentes complicaciones maternas y fetales que anteceden el nacimiento de los bebés. Las complicaciones maternas pueden estar conformadas por la

hipertensión arterial, desprendimiento prematuro de la placenta, anemia, hidramnios, infecciones del tracto urinario y complicaciones post parto en relación a la madre, en relación al feto como las complicaciones de prematuridad, anomalías congénitas en uno de los bebés, retraso en crecimiento del segundo niño, entre otros.

- Infecciones genitales: Las infecciones genitales constituyen una alta tasa de morbimortalidad, por la cual la gestante acude mayormente a consultas prenatales, ya que las embarazadas son las personas con más cambios tanto a nivel hormonal y funcional.

Existen muchas infecciones, dentro de las cuales la más común es la vaginosis bacteriana, vaginitis, que son las causantes de varios trastornos a nivel de la flora vaginal, causa por la cual se asocia a varios problemas que puede provocar parto pre término, ruptura prematura de membranas entre otras. Una patología distintiva causada por infección durante el embarazo es la corioamnionitis.

Corioamnionitis:

Según Sharon J.Reeder puntualiza que <sup>14</sup>“La corioamnionitis es una infección intrauterina, en la cual hay infiltración leucocítica mononuclear y polimorfonuclear de las membranas fetales y el líquido amniótico.”

La fatalidad aumenta a causa de exámenes vaginales continuos y a la manipulación intrauterina.

---

<sup>14</sup>REEDER, S. J. (1995). Enfermería Materno-Infantil. México. Editorial: Interamericana de ediciones. 17va edición. p. 868.

Polihidramnios:

Según Meza Rojas Diana Mercedes detalla que polihidramnios es<sup>15</sup>“Un acumulo excesivo de líquido amniótico, cuyo diagnóstico es ecográfico y que en general conlleva un aumento de riesgos que pueden complicar un embarazo”.

A nivel infeccioso, estos sucesos son inciertos, pero se conoce que pueden ser causados por alguna enfermedad infecciosa que posea la madre como sífilis, toxoplasmosis entre otros, los cuales pueden ocasionar al feto un hidrops no inmunológico.

### 3.4.3. Factores fetales

- Sufrimiento fetal agudo: Es una alteración metabólica complicada resultado de la disminución de los intercambios feto materno, lo cual conduce a una alteración de la homeostasis fetal y que puede orientar a alteraciones tisulares irremediabiles o a la muerte fetal.

Dentro de las causas más frecuentes y que inducen al Sufrimiento Fetal Agudo y determinan la disminución del aporte de sangre al útero, son madres que tienen preeclampsia, hipertensión arterial, diabetes tipo II, madres que presentan anemia; entre otras de las causan que influyen al Sufrimiento Fetal Agudo es la posición de la madre en referencia a los últimos meses de gestación (posición decúbito dorsa

---

<sup>15</sup> MEZA, D. (2014). Tratamiento Clínico de Mujeres Embarazadas Mayores de 35 años que padecen Polihidramnios en la provincia de pisco en el año 2014. Pisco. p. 7-19

#### 3.4.4. Factores Útero-Placentarios

- **Miomas:** Es conocida también como la tumoración benigna presentada en el útero de la mujer, también denominada leiomiomatosis; formada por gran cantidad de colágeno de manera desordenada semejante a la formación de queloides. Aun no se sabe exactamente cuál es la causa de esta patología, pero se ha visto asociación a la manifestación de la progesterona y estrógenos. Es manifestado en las edades de 40 a 50 años de la mujer, pero prevalecen durante años en edad fértil de la mujer.
- **Cesáreas anteriores:** En cuanto a la Cesárea <sup>16</sup>es una de las intervenciones quirúrgicas más frecuentes de todo el mundo, que permite extraer un feto mediante laparotomía e incisión de la pared uterina. Constituye un procedimiento obstétrico fundamental para reducir daños al recién nacido y a la madre, siempre y cuando se realice bajo justificación médica.

Existen razones médicas por las cuales se procede a una cesárea entre ellas causas maternas (diabetes, toxemia grave, cirugía uterina anterior, obstrucción tumoral del canal de parto, placenta previa, etc.) y fetales (sufrimiento fetal, desproporción cefalopélvica, feto pre término, gestación múltiple, etc.).

Se sugiere en nuestro medio que al tener una cesárea anterior es candidata a una nueva intervención quirúrgica (cesárea) en la mayoría de los casos.

---

<sup>16</sup>REEDER, S. J. (1995). Enfermería Materno-Infantil. México. Editorial: Interamericana de ediciones. 17<sup>va</sup> edición. p. 1012.

- **Inminencia de ruptura uterina:** Es entendida por el desgarro del fragmento supra vaginal del cérvix uterino, del segmento inferior o del cuerpo del útero. Es una de las complicaciones más graves que pueden existir tanto para la madre y el feto, es más comúnmente en los casos de distocias y trabajos de partos laboriosos que en un embarazo normal. Muchos de los casos ocurridos son porque excede la resistencia elástica de las fibras uterinas, donde en algunas veces logra romperlas y produce un accidente dentro del embarazo.

Existen dos causas que producen esta afección:

De origen uterino: Cicatrices anteriores de cesáreas o intervenciones quirúrgicas.

De origen fetal: Producida por un mal método para la determinación de un parto como las dilataciones manuales o la utilización de instrumentos como el fórceps.

- **Placenta Previa Normoinserta:** Es la introducción total o parcial de la placenta en la porción inferior del útero sobre el orificio interno o muy adyacente del mismo. Es determinado por la presencia de una hemorragia indolora que por lo general surge hacia el final del segundo trimestre del embarazo. Esta hemorragia puede ser abundante o escasa, de manera silenciosa, lo cual entre más sean las semanas de gestación mayor va a ser el riesgo de adquirir complicaciones. Además, esta puede inflamar el útero lo cual da origen a las contracciones uterinas que podría aumentar la zona desprendida y aumentar el sangrado.

La causa de la placenta previa se debe a dos factores que desencadenan en esta: Factores ovulares, como en la demora en la maduración del blastocito lo que condiciona a una implantación en zona

baja del útero y factores maternos como la edad, multiparidad, legrados previos entre otros.

- Desprendimiento Prematuro de Placenta Normoinserta (DPPNI): También llamado abruptio placentae o accidente de Baudelocque es la separación total o parcial que sufre la placenta normalmente implantada después de las 22 semanas de gestación y antes del tercer periodo del embarazo.
- Distocia funicular: Es estimada como la situación anatómica y/o posicional que implica trastornos del flujo sanguíneo de los vasos umbilicales, lo cual incluye alteraciones del tamaño, circulares, simples, doble o triple en el cualquier parte fetal especialmente en el cuello, prolapso o nudos falsos estos aparecen mayormente cuando el cordón es largo .Esta distocia se puede impedir parcial o totalmente con uso de exámenes imagenológicos (ecografía), la circulación umbilical es evidenciada mediante los trazos ecocardiográficos fetales .
- Ruptura Prematura de Membranas: Se define Ruptura Prematura de Membranas (RPM) como la rotura de las membranas amnióticas que acontece antes del inicio espontaneo del trabajo de parto. Se encuentran dos tipos de RPM conocidas, como RPM pre término y RPM antes de la viabilidad fetal. La primera si sucede antes de las 37 semanas de gestación y la segunda antes de las 24 semanas de gestación .El efecto de esta complicación puede traer consecuencias tanto maternas como fetales ;desde el punto de vista materno (coriamnionitis ,infección posparto y desprendimiento prematuro de placenta) y a nivel fetal (riesgos respiratorios ,compromiso neurológico entre otros).La causa de esta puede ser multifactorial ,como resultado

de cambios fisiológicos ,la fuerza contráctil ,hemorragias persistente,sobre distención uterina ,causas inmunes entre otros.

- **Toxemia del embarazo:** También llamada preeclampsia es una enfermedad propia del embarazo, parto y puerperio, que posee un origen multisistémico, el cual se relaciona básicamente con un desarrollo anormal de la placenta y con la interacción de múltiples factores que llevan a daño endotelial. Es entendida como hipertensión (140/90 mmHg) y proteinuria (>300mg/24 horas) después de las 20va semana del embarazo, suele asociarse con edemas, pero no es necesaria su presencia, sino es tratada adecuadamente; puede ser la causa de muerte materna o fetal. Si la evolución es progresiva puede complicarse produciendo una eclampsia, o el cuadro más grave que es el Síndrome de Hellp.

#### **3.4.5. Rol de la Enfermera**

- Ley N° 27669 “Ley del Trabajo de la Enfermera”

Según esta ley en el capítulo III, artículo 8 sobre las Responsabilidades de la Enfermera(o) nos explica “la defensa de la vida, desde su concepción hasta la muerte natural, la promoción y cuidado integral de la salud, la participación conjunta en el equipo multidisciplinario de salud, en la solución de la problemática sanitaria de la persona, la familia y la comunidad, así como en el desarrollo socioeconómico del país.”<sup>17</sup>

---

<sup>17</sup>COLEGIO DE ENFERMEROS DEL PERÚ. (2002). Ley de la enfermera N 27669, Cap. III. Perú. p. 146.

- Resolución Ministerial N° 828-2013 MINSA: Norma Técnica de Salud para la atención Integral de Salud Neonatal.

Fue creada el 22 de agosto del 2013, donde se publicó en el portal institucional del ministerio de salud el proyecto de norma técnica de salud para la atención Integral de Salud Neonatal, a efecto de recibir las sugerencias y aportes de las entidades públicas y privadas y de la ciudadanía en general.

#### ATENCIÓN INMEDIATA DEL RECIÉN NACIDO PRE TERMINO

El equipo responsable de la atención inmediata de prematuro está conformado por el médico neonatólogo, profesional de enfermería especialista en atención neonatal, Interno de Medicina e Interno de Enfermería. En casos de emergencia y en ausencia de los profesionales antes mencionados, el recién nacido puede ser atendido por la obstetriz.

El profesional responsable debe encontrarse presente en cada nacimiento para realizar la valoración de los factores de riesgo, para así reducir las elevadas tasas de morbilidad y mortalidad neonatal inmediata; así como reducir el riesgo de complicaciones severas e invalidantes.

Procedimientos generales antes del nacimiento:

- Identificar factores de riesgo perinatal: Obtener y registrar los datos de la historia clínica materna.
- Preparar recursos y equipos para la recepción del recién nacido: Verificar la disponibilidad de medicamentos, insumos y material

médico; así como el adecuado funcionamiento de los equipos para realizar la atención inmediata neonatal.

- Prevenir la pérdida de calor: Asegurar un ambiente térmico de 26°C, mantener ventanas y puertas cerradas, disponer de campos o toallas pre calentadas para la recepción y el secado del recién nacido.

Procedimientos generales luego del nacimiento:

- Realizar la valoración de la condición de recién nacido inmediatamente después del nacimiento: se deberá verificar la presencia de respiración o llanto, el tono muscular y edad gestacional para decidir las intervenciones a aplicar; al no evidenciar respiración, se encuentra hipotónico, o alguna malformación congénita mayor deberá realizarse el pinzamiento inmediato y corte del cordón umbilical y se procederá a la reanimación neonatal.
- Prevenir la pérdida de calor.
- Aspiración de secreciones de las vías aéreas.
- Identificar al neonato: registrar los datos nombre y apellidos de la madre, fecha y hora de nacimiento y sexo del recién nacido.
- Prevenir la infección ocular: aplicar terramicina en los ojos. Este procedimiento no está indicado en nacimientos por cesárea.
- Prevenir la enfermedad hemorrágica: aplicar Vitamina K 0.5 mg, por vía intramuscular en el tercio medio de la cara anterior de muslo.
- Aplicar medidas del cuidado del cordón: verificar la presencia del número de vasos normales en el cordón umbilical, colocar una gota de alcohol etílico al 70% y cubrir con gasa estéril.

- Realizar la somatometría: medición del peso, la talla, el perímetro cefálico y el perímetro torácico del recién nacido, registrar estos datos en la historia clínica neonatal.
- Realizar el examen físico: examinar en forma sistemática al recién nacido, incluye la determinación de la edad gestacional aplicando el test de Capurro y Ballard. Se recomienda no omitir el examen visual de la región anal.
- Registrar los datos en la historia clínica neonatal la puntuación de Apgar al minuto y a los 5 minutos.

#### ATENCIÓN PRIMARIA NEONATAL EN SEGUIMIENTO

El seguimiento neonatal consta necesariamente de 4 controles: a las 48 horas del alta y posteriormente 1 control cada semana. Los controles pueden ser realizados en el establecimiento de salud o en el domicilio (mediante la visita domiciliaria); siempre con presencia y participación activa de la familia.

La enfermera es el profesional calificado para la realización del seguimiento con apoyo del personal técnico, quienes desarrollan acciones de captación, acompañamiento y seguimiento del neonato y su familia; evaluando el cuidado esencial que recibe el neonato, verificando y fortaleciendo las prácticas en el cuidado del niño o niña: lactancia materna, lavado de manos, higiene, cuidados del cordón, inmunizaciones, abrigo, afecto, identificación de signos de alarma, estimulación del desarrollo; este se debe realizarse con el fin de evaluar periódicamente el crecimiento.

### Procedimientos generales del seguimiento neonatal

- Registrar información en la historia clínica: control neonatal correspondiente.
- Tomar y registrar las medidas antropométricas del neonato. Realizar la medición del peso, talla y perímetro cefálico.
- Realizar el examen físico.
- Verificar que se realizó la toma de muestra para el tamizaje neonatal.
- Verificar la administración de vacunas de acuerdo al esquema vigente.
- Reforzar la educación de la familia sobre cuidados integrales del neonato: lactancia materna exclusiva, técnica de lactancia, calor, higiene, detección de signos de alarma, pautas de estimulación del desarrollo, etc.
- Completar la ficha de violencia familiar y maltrato infantil.
- Programar las visitas domiciliarias para seguimiento neonatal.

## 4. ANTECEDENTES INVESTIGATIVOS

### 4.1. A NIVEL NACIONAL

#### TÍTULO

FACTORES ASOCIADOS A PREMATURIDAD EN EL HOSPITAL II – 1 DE YURIMAGUAS, JULIO A DICIEMBRE DEL 2014.<sup>18</sup>

#### AUTOR

Saavedra Casternoque, Hitler – Bachiller de Medicina Humana

TESIS: Iquitos – Perú, 2015

#### CONCLUSIONES

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 preeclampsia 9.1%.

---

<sup>18</sup>SAAVEDRA, H. (2015). Factores asociados a prematuridad en el Hospital II – 1 de Yurimaguas, julio a diciembre del 2014. Perú. Iquitos.

## TÍTULO

INCIDENCIA Y FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS AL PARTO PRETERMINO, HOSPITAL III DANIEL ALCIDES CARRIÓN TACNA, ENERO 2004 - DICIEMBRE 2008. <sup>19</sup>

## AUTOR

Zelada Prado, Cristian Alexis – Bachiller de Medicina Humana

**TESIS:** Tacna– Perú, 2009.

## CONCLUSIONES

La incidencia de parto pre término fue de 4.44%. Los factores de riesgo maternos fueron: antecedente de parto pre término, gran multiparidad, tiene de 1 a 3 controles prenatales, presentan cardiopatía, anemia, y madre añosa. El factor de riesgo fetal fue el embarazo doble. Los factores de riesgo uterinos fueron: infecciones y miomas y los factores de riesgo placentarios fueron: Placenta previa con 6,67%, desprendimiento prematuro de placenta con 2,42%, preeclampsia y Ruptura prematura de membrana con 20,61%.

---

<sup>19</sup>ZELADA, C. A. (2009). Incidencia y factores de riesgo asociados al parto pre-termino, Hospital III Daniel Alcides Carrión Tacna, enero 2004 - diciembre 2008. Tacna.

## 4.2. A NIVEL INTERNACIONAL

### TÍTULO

FACTORES ASOCIADOS A PREMATUREZ NEONATAL EN HIJOS DE MADRES ADOLESCENTES DEL HOSPITAL ALEMÁN NICARAGÜENSE EN EL PERIODO DE ENERO 2011 A ENERO 2013.<sup>20</sup>

### AUTOR

Martínez Valverde, Lucrecia – Bachiller de Medicina Humana

**TESIS:** Nicaragua, 2014.

### CONCLUSIONES

Características socio-demográficas de las madres adolescentes fueron: edades entre dieciséis y diecisiete años, procedentes de zona urbana, educación primaria y su estado civil unión libre.

Factores maternos asociados a prematurez neonatal: talla mayor a ciento cincuenta centímetros, no tenían hábitos tóxicos, primigestas, presentaron período Intergenésico corto, aborto y embarazo pre término previo, IVU durante el segundo y tercer trimestre de embarazo seguido de RPM y sangrado en el tercer trimestre, también presentó hipertensión gestacional, enfermedad periodontal, se realizaron de 3 a 4 CPN y la mayoría no planeo el embarazo actual, condiciones que pueden provocar complicaciones para el nuevo ser.

Factores fetales asociados a prematurez neonatal, en relación a los neonatos, se encontró con peso al nacer de 1001 a 2000 gramos, edad

---

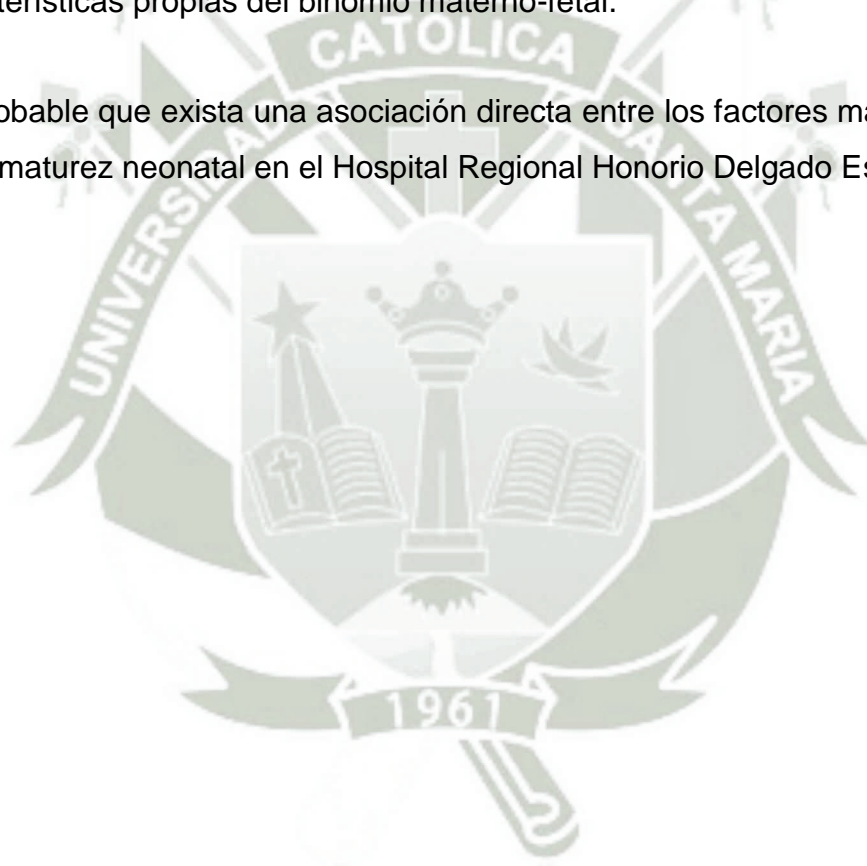
<sup>20</sup>MARTÍNEZ, L. (2014). Factores asociados a prematurez neonatal en hijos de madres adolescentes del Hospital Alemán Nicaragüense en el periodo de enero 2011 a enero 2013, Nicaragua.

gestacional de 35 a 36 semanas, retardo del crecimiento intrauterino y malformación congénita; la mayoría se consideraron de causa idiopática ya que no presentaron algún factor fetal.

## 5. HIPOTESIS

Dado que la prematurez está caracterizado por una edad gestacional antes de las 37 semanas, un bajo peso al nacer y que en ella se identifican ciertas características propias del binomio materno-fetal.

Es probable que exista una asociación directa entre los factores maternos y la prematurez neonatal en el Hospital Regional Honorio Delgado Espinoza.



## CAPITULO II

### PLANTEAMIENTO OPERACIONAL

#### 1. TÉCNICAS E INSTRUMENTOS

##### 1.1. Técnica

La técnica empleada fue la observación documental de las historias clínicas.

##### 1.2. Instrumento

Se utilizó la ficha de observación documental el cual se obtuvo y extrajo los datos significativos de las Historias Clínicas del prematuro (Ver Anexo 1) basados en la Historia clínica perinatal base. (Ver Anexo 2). El cual consta de características de la prematuridad neonatal, características maternas, fetales y útero placentarias.

## **2. CAMPO DE VERIFICACIÓN**

### **2.1. Ubicación Espacial**

La investigación se realizó en el Hospital Regional Honorio Delgado Espinoza, en la oficina de estadística y el servicio de neonatología este último cuenta con cunas, cunas radiantes e incubadoras; se encuentra dividido en 5 sectores: Área de recepción del Recién Nacido, Sector A neonatos enfermos que nacieron en el hospital, Sector B neonatos infectados que nacieron en el hospital, Unidad de Cuidados Intensivos y Alojamiento conjunto o lado materno donde el neonato se queda con la madre hasta el momento del alta. Se ubica en Av. Daniel Alcides Carrión 505, La Pampilla. Cercado – Arequipa.

### **2.2. Ubicación Temporal**

Enero a Diciembre del año 2016.

### **2.3. Unidades de Estudio**

#### **2.3.1. Universo**

El universo estuvo conformado por 168 recién nacidos prematuros atendidos en el Hospital Regional Honorio Delgado Espinoza, durante el 2016.

#### **2.3.2. Muestra**

Se aplicó la formula según Mario Rodríguez con un margen de error de 5% dicha muestra estuvo conformada por 119 recién nacidos prematuros.

$$x = \frac{N \times 400}{N + 399}$$

$$x = \frac{168 \times 400}{168 + 399}$$

$$x = \frac{67200}{567}$$

$$x = 118.5$$

$$x = 119$$

### 2.3.3. Criterios de inclusión

- Niños recién nacidos vivos prematuros de enero a diciembre del 2016.

### 2.3.4. Criterio de exclusión

- Niños nacidos antes de la 20 semana.
- Niños nacidos después de la 37 semana de gestación.
- Niños nacidos a término.
- Niños muertos.
- Niños con datos de historias clínicas incompletas.

## 3. ESTRATEGIA DE RECOLECCIÓN DE DATOS

- Se coordinó con el Decanato de la Escuela Profesional de Enfermería de la Universidad Católica de Santa María para la obtención de la Carta de Presentación dirigida al Director General del Hospital Honorio Delgado Espinoza.

- Se realizó la solicitud a la Dirección General del Hospital Regional Honorio Delgado Espinoza, con referencia a la oficina de Estadística e Informática para la obtención de historias clínicas.
- Se coordinó con el Jefe del Servicio de Neonatología del Hospital Honorio Delgado Espinoza, para el permiso de obtención de datos del libro de nacimientos de los recién nacidos prematuros de las fechas determinadas.
- Se solicitó las historias clínicas de todos los recién nacidos prematuros nacidos en los meses de enero a diciembre del 2016, para la obtención de los datos en la guía de observación.
- La recolección de datos se realizó con la aplicación del instrumento.
- Los datos fueron registrados en la ficha de observación (Ver Anexo 1), luego codificados y tabulados para su procesamiento.
- Se sistematizó los datos utilizando el programa SPSS versión 24 y presentó en tablas estadísticas.
- Se evaluó la asociación entre la prematurez neonatal y los factores asociados maternos, fetales y útero-placentario, donde se buscó encontrar la asociación entre ellos empleando el Chi Cuadrado, para ver si existe o no presencia de asociación y significación entre ellos, con un intervalo de confianza del 95%.

## 4. RECURSOS

### 4.1. Humanos:

Las bachilleres:

Srta. Ursula Rosario Chayña Concha

Srta. Mayumi Concepción Ocón Pacheco

Asesora

Apoyo Estadístico

### 4.2. Institucionales:

Universidad Católica de Santa María: Escuela Profesional de Enfermería y el Hospital Regional Honorio Delgado Espinoza.

### 4.3. Materiales:

Ficha de observación de datos, material de escritorio, material, multimedia, cámara fotográfica.

### 4.4. Financieros:

La investigación fue solventada con recursos propios de las investigadoras.



TABLA N°1

**RECIÉN NACIDOS PREMATUROS SEGÚN SEXO – HOSPITAL  
REGIONAL HONORIO DELGADO ESPINOZA. ENERO A DICIEMBRE  
DEL 2016.**

SEXO	N°	%
Masculino	62	52
Femenino	57	48
<b>Total</b>	119	100

Fuente: Elaboración propia, Arequipa 2017.

En esta primera Tabla, se presenta a la población en estudio constituida por 119 recién nacidos prematuros, de los cuales el 52% son de género masculino y el 48% femenino.

Donde se deduce que más de la mitad de los recién nacidos prematuros son de género masculino, lo que coincide con la literatura consultada desde la característica de prematuridad neonatal.

TABLA N°2

**RECIÉN NACIDOS PREMATUROS SEGÚN PESO Y EDAD  
GESTACIONAL – HOSPITAL REGIONAL HONORIO DELGADO  
ESPINOZA.ENERO A DICIEMBRE DEL 2016.**

PESO AL NACER (GR)	EDAD GESTACIONAL		< 27		28 – 32		33 - 36		TOTAL	
	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%
<1000	3	2.5	3	2.5	0	0	6	5		
1001 a 1500	1	0.8	6	5	5	4	12	10		
1501 a 2000	0	0	8	7	19	16	27	23		
2001 a 2500	1	0.8	3	2.5	62	<b>52</b>	66	<b>55</b>		
Más de 2500	0	0	0	0	8	7	8	7		
<b>TOTAL</b>	<b>5</b>	<b>4</b>	<b>20</b>	<b>17</b>	<b>94</b>	<b>79</b>	<b>119</b>	<b>100</b>		

Fuente: Elaboración propia, Arequipa 2017.

En la tabla se presenta, el peso en gramos que alcanzaron al nacer los recién nacidos prematuros estudiados, observándose que el 55% obtuvo un peso de 2001 a 2500 gramos y un acumulado de 38 % por debajo de los 2000 gramos, el 79% nacieron entre las 33 a 36 semanas, el 17% entre la 28 y 32 semanas y menor a las 27 semanas 4%.

Deduciendo así que más de la mitad de los recién nacidos prematuros tuvieron un peso entre 2001 a 2500 gramos con bajo peso al nacer y nacieron entre la 33 y 36 semanas siendo prematuros tardíos.

TABLA N°3

**RECIÉN NACIDOS PREMATUROS SEGÚN LA EDAD Y TIPO DE PARTO  
DE LA MADRE – HOSPITAL REGIONAL HONORIO DELGADO ESPINOZA.  
ENERO A DICIEMBRE DEL 2016.**

EDAD \ TIPO DE PARTO	Distócico		Eutócico		TOTAL	
	N°	%	N°	%	N°	%
10 a 19 años	4	3,4	7	5,9	11	9,2
20 a 29 años	44	<b>37</b>	22	18,5	66	<b>55,5</b>
30 a 39 años	28	23.5	6	5	34	28.6
40 a más	5	4.2	3	2.5	8	6.7
<b>TOTAL</b>	81	<b>68</b>	38	32	119	100

Fuente: Elaboración propia, Arequipa 2017.

Se observó que la edad materna predominante estuvo comprendida entre 20 a 29 años comprendiendo un 55.5%, un 28.6% de 30 a 39 años, un 6.7% de 40 a más y un 9.2% de 10 a 19 años de edad; además el 68% de los recién nacidos prematuros nacieron por parto distócico y un 32 % por parto eutócico.

Donde se identificó que menos de las dos cuartas partes del total de las madres de los recién nacidos prematuros tenían entre 20 y 29 años además cursaron con parto distócico.

TABLA N°4

**RECIÉN NACIDOS PREMATUROS SEGÚN LA PARIDAD Y CONTROLES  
PRENATALES DE LA MADRE – HOSPITAL REGIONAL HONORIO  
DELGADO ESPINOZA.ENERO A DICIEMBRE DEL 2016.**

CONTROLES PRE NATALES PARIDAD	0 controles		1-3 controles		4 a más controles		TOTAL	
	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%
Nulípara	1	1	4	3.4	22	18	27	22.4
Primípara	2	1.7	7	6	31	26	40	34
Múltipara	4	3	10	8.4	32	<b>27</b>	46	<b>38.4</b>
Gran múltipara	1	1	1	1	4	3.4	6	5.4
<b>TOTAL</b>	<b>8</b>	<b>7</b>	<b>22</b>	<b>18.8</b>	<b>89</b>	<b>74.4</b>	<b>119</b>	<b>100</b>

Fuente: Elaboración propia, Arequipa 2017.

En la presente tabla se puede apreciar que el 38.4% son recién nacidos prematuros de madres múltiples, el 34% de madres primíparas, el 22.4% madres nulíparas y un 5.4% de madres gran múltipara; además el 74.4% tuvieron de 4 a más controles.

Se deduce que más de un cuarto de madres de los recién nacidos prematuros fueron múltiples y tuvieron de 4 a más controles pre natales.

TABLA N°5

**RECIÉN NACIDOS PREMATUROS SEGÚN ESTADO CONYUGAL Y NIVEL DE INSTRUCCIÓN DE LA MADRE – HOSPITAL REGIONAL HONORIO DELGADO ESPINOZA.ENERO A DICIEMBRE DEL 2016.**

ESTADO CONYUGAL \ NIVEL DE INSTRUCCION	Soltero		Conviviente		Casado		TOTAL	
	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%
Primaria	2	1.7	6	5	0	0	8	6.7
Secundaria	14	11.8	49	<b>41.2</b>	17	14.3	80	<b>67.2</b>
Superior	5	4.2	20	17	6	5	31	26.1
<b>TOTAL</b>	21	17.7	75	<b>63.2</b>	23	19.3	119	100

Fuente: Elaboración propia, Arequipa 2017.

Se evidencia que el nivel de instrucción que presentan las madres de los recién nacidos con prematurez neonatal, demuestra que el 67.2% es de nivel secundario, y el estado conyugal con mayor porcentaje fue el de conviviente con el 63.2%.

Con lo que se deduce que menos de la mitad de madres de los recién nacidos prematuros cursaron un nivel de instrucción de secundaria completa y su estado conyugal fue el de conviviente.

TABLA N°6

**RECIÉN NACIDOS PREMATUROS SEGÚN ANTECEDENTES  
OBSTÉTRICOS DE LA MADRE – HOSPITAL REGIONAL HONORIO  
DELGADO ESPINOZA. ENERO A DICIEMBRE DEL 2016.**

<b>ANTECEDENTES OBSTÉTRICOS</b>	<b>N°</b>	<b>%</b>
Recién nacido pre término	6	5
Recién nacido pre término y aborto	2	1.7
Recién nacido pre término y cesáreas anteriores	1	1
Aborto	16	13.4
Aborto y cesáreas anteriores	3	2.5
Cesáreas anteriores	17	14.3
Sin datos registrados	74	<b>62.2</b>
<b>Total</b>	<b>119</b>	<b>100</b>

Fuente: Elaboración propia, Arequipa 2017.

Se aprecian los antecedentes obstétricos presentados por las madres de los recién nacidos prematuros según los registros de las historias clínicas, donde el 62.2 % sin datos registrados, el 14.3 % presenta como antecedente haber tenido cesáreas anteriores, el 13.4 % haber tenido algún aborto anteriormente, el 5% de haber tenido un prematuro, el 2.5% de haber tenido un aborto y cesárea anterior y por último un 1.7% tener un recién nacido a pre termino y un aborto.

Donde se deduce que menos de las tres cuartas partes de los recién nacidos según antecedentes obstétricos de la madre no cuentan con datos registrados.

TABLA N° 7

**RECIÉN NACIDOS PREMATUROS SEGÚN PATOLOGÍAS ASOCIADAS A  
LA MADRE – HOSPITAL REGIONAL HONORIO DELGADO ESPINOZA.  
ENERO A DICIEMBRE DEL 2016.**

<b>PATOLOGÍAS ASOCIADAS</b>	<b>N°</b>	<b>%</b>
Diabetes	4	3.4
Diabetes, Obesidad	1	1
Tuberculosis	1	1
Hipertensión arterial	5	4.2
Obesidad	2	1.7
Sin datos registrados	106	<b>89.1</b>
<b>Total</b>	<b>119</b>	<b>100</b>

Fuente: Elaboración propia, Arequipa 2017.

Se puede observar las patologías asociadas, donde el 89.1% según las historias clínicas no registran datos, el 4.2% con hipertensión arterial, el 3.4% diabetes y el 1.7% obesidad.

Donde se identificó que más de las tres cuartas partes de los recién nacidos prematuros según patologías asociadas de la madre no contaron con datos registrados en las historias clínicas.

TABLA N° 8

**RECIÉN NACIDOS PREMATUROS SEGÚN EMBARAZO MÚLTIPLE E  
INFECCIONES GENITALES DE LA MADRE – HOSPITAL REGIONAL  
HONORIO DELGADO ESPINOZA. ENERO A DICIEMBRE DEL 2016.**

	SI		NO		Total	
	N°	%	N°	%	N°	%
Embarazo múltiple	26	22	93	78	119	100
Infecciones genitales	27	22.7	92	77.3	119	100

Fuente: Elaboración propia, Arequipa 2017.

Se muestra que el embarazo múltiple e infecciones genitales que presentaron las madres de los recién nacidos prematuros en mayor porcentaje el 78% y 77.3% no lo sufrió; el 22% y 22.7% sí lo sufrió.

Se deduce que menos de un cuarto del total de los recién nacidos prematuros nacieron de un embarazo múltiple y las madres tuvieron infecciones genitales.

**TABLA N° 9**  
**FACTORES FETALES PRESENTES EN LOS RECIÉN NACIDOS**  
**PREMATUROS – HOSPITAL REGIONAL HONORIO DELGADO**  
**ESPINOZA.ENERO A DICIEMBRE DEL 2016.**

FACTORES FETALES	SI		NO		Total	
	N°	%	N°	%	N°	%
Sufrimiento fetal agudo	8	7	111	93.2	119	100

Fuente: Elaboración propia, Arequipa 2017.

Se muestra los factores fetales presentados por los recién nacidos prematuros con relación al sufrimiento fetal agudo, en mayor porcentaje el 93.2% no lo sufrió y el 7% sí lo sufrió.

Se deduce que el 7% de los recién nacidos prematuros nacieron con sufrimiento fetal agudo.

TABLA N° 10

**FACTORES ÚTERO - PLACENTARIOS PRESENTES EN LAS MADRES DE  
LOS RECIÉN NACIDOS PREMATUROS – HOSPITAL REGIONAL HONORIO  
DELGADO ESPINOZA. ENERO A DICIEMBRE DEL 2016.**

FACTORES ÚTERO- PLACENTARIOS	SI		NO		Total	
	N°	%	N°	%	N°	%
Miomas	2	2	117	98	119	100
Cesáreas anteriores	12	10	107	90	119	100
Inminencia de ruptura uterina	1	1	118	99	119	100
Placenta previa	6	5	113	95	119	100
Desprendimiento prematuro de placenta normoinserta	0	0	119	100	119	100
Distocia funicular	0	0	119	100	119	100
Ruptura prematura de membranas	32	27	87	73	119	100
Toxemia del embarazo	36	30	83	70	119	100

Fuente: Elaboración propia, Arequipa 2017.

Se observa los factores útero placentario registrado en las historias donde, el 98% no ha tenido miomas y el 2% si, el 10% ha tenido una cesárea anterior y un 90% que no, el 99% no ha tenido una inminencia de ruptura uterina y el 1% sí, el 95% no ha tenido placenta previa y el 5% sí. En relación al Desprendimiento prematuro de placenta normoinserta y distocia funicular el 100% no ha tenido, el 73% no tuvo Ruptura prematura de membranas y el 27% si; el 70% no tuvo toxemia del embarazo y el 30% sí.

Donde se puede deducir que un cuarto del total de las madres de los recién nacidos prematuros presentaron una ruptura prematura de membranas y toxemia del embarazo respectivamente.

TABLA N ° 11

RECIÉN NACIDOS PREMATUROS SEGÚN PATOLOGÍAS – HOSPITAL  
REGIONAL HONORIO DELGADO.ENERO A DICIEMBRE DEL 2016.

PATOLOGÍAS	TOTAL	
	N°	%
Respiratorias	13	11
Respiratorias e infecciosas	10	8
Respiratorias, infecciones, cardiovasculares, metabólicas	1	1
Respiratorias ,infecciones, metabólicas	2	1.7
Respiratorias, infecciones, metabólicas, hematológicas	8	6.7
Respiratorias, infecciones ,hematológicas	4	3
Respiratorias, infecciones ,hematológicas, neurológicas	1	1
Respiratorias, infecciones ,hematológicas, oftálmicas	1	1
Respiratorias y metabólicas	1	1
Respiratorias, metabólicas, hematológicas	6	5
Respiratorias, metabólicas, hematológicas, gastrointestinales	1	1
Respiratorias y hematológicas	2	1.7
Respiratorias y neurológicas	3	2.5
Respiratorias, infecciosas, metabólicas, hematológicas	1	1
Neurológicas	2	1.7
Infecciosas	15	12.6
Infecciosas y cardiovasculares	1	1
Infecciosas, cardiovasculares, metabólicas, hematológicas	1	1
Infecciosas y metabólicas	4	3
Infecciosas y metabólicas, hematológicas	6	5
Infecciosas y hematológicas	2	1.7
Infecciosas y neurológicas	1	1
Cardiovasculares	1	1
Cardiovasculares, metabólicas, hematológicas	1	1
Metabólicas	2	1.7
Metabólicas y hematológicas	12	10
Hematológicas	5	4
Ninguno patología	12	10
<b>Total</b>	<b>119</b>	<b>100</b>

Fuente: Elaboración propia, Arequipa 2017.

Con respecto a las patologías asociadas el 12.6% presentó patologías infecciosas, el 11% presento patología respiratoria, 8% presento patologías respiratorias y a la vez patologías infecciosas, 10% presento patologías Metabólicas además un 10% no presentó ninguna patología respectivamente.

Se dedujo que el 12.6% de los recién nacidos prematuros presentaron patologías infecciosas, el 11% patologías respiratorias y un 8% presento patólogas respiratorias y a la vez patologías infecciosas.



TABLA N°12

**RECIÉN NACIDOS PREMATUROS SEGÚN PESO AL NACER Y TIPO DE PARTO DE LA MADRE – HOSPITAL REGIONAL HONORIO DELGADO ESPINOZA. ENERO A DICIEMBRE DEL 2016.**

TIPO DE PARTO PESO	Distócico		Eutócico		TOTAL	
	N°	%	N°	%	N°	%
Hasta 1000 gr.	3	3	3	2.5	6	5
1001 a 1500 gr.	7	6	5	4	12	10
1501 a 2000 gr.	24	20	3	3	27	23
2001 a 2500 gr.	42	<b>35</b>	24	20	66	<b>55</b>
Más de 2500 gr.	5	4	3	2.5	8	7
<b>TOTAL</b>	81	<b>68</b>	38	32	119	100

Fuente: Elaboración propia, Arequipa 2017.

$$(x_i)^2 = 7.52 \quad p = 0.111 \quad p > 0.050$$

Se muestra los pesos de los recién nacidos prematuros donde se evidencio que el 55% tuvieron de 2001 a 2500 gramos; además se observó que el 68 % nacieron por parto distócico.

Deduciendo así que más de un cuarto del total de los recién nacidos prematuros nacieron con un peso comprendido entre 2001 a 2500 gramos, es decir, bajo peso al nacer y también nacieron por parto distócico.

Se aplicó la prueba de Chi cuadrado  $(x_i)^2$  con un nivel de confianza del 95%, se obtuvo un p-valor=0.111 que es mayor a 0.05, por ende no se rechaza la hipótesis nula y no existe asociación entre el peso y el tipo de parto del recién nacido prematuro.

TABLA N° 13

**RECIÉN NACIDOS PREMATUROS SEGÚN EDAD GESTACIONAL Y TIPO DE PARTO DE LA MADRE – HOSPITAL REGIONAL HONORIO DELGADO ESPINOZA. ENERO A DICIEMBRE DEL 2016.**

TIPO DE PARTO EDAD GESTACIONAL	Distócico		Eutócico		TOTAL	
	N°	%	N°	%	N°	%
Hasta 27 semanas	4	3.	1	1	5	4
De 28 a 32 semanas	13	11	7	6	20	17
De 33 a 36 semanas	64	<b>54</b>	30	25	94	<b>79</b>
<b>TOTAL</b>	81	<b>68</b>	38	32	119	100

Fuente: Elaboración propia, Arequipa 2017.

$$(x_i)^2 = 0.414 \quad p = 0.813 \quad p > 0.050$$

Se muestra la edad gestacional de los recién nacidos prematuros donde se evidencio que el 79% nacieron entre la 33 a 36 semanas; además se observó que el 68% de los recién nacidos prematuros nacieron por parto distócico.

Deduciendo así que más de la mitad de los recién nacidos prematuros nacieron entre las semanas 33 a 36, siendo prematuros tardíos y también por parto distócico.

Se aplicó la prueba de Chi cuadrado  $(x_i)^2$  con un nivel de confianza del 95%, se obtuvo un p-valor=0.813 que es mayor a 0.05, por ende no se rechaza la hipótesis nula y no existe asociación entre la edad gestacional y el tipo de parto del recién nacido prematuro.

TABLA N ° 14

RECIÉN NACIDOS PREMATUROS SEGÚN PARIDAD DE LA MADRE Y  
EDAD GESTACIONAL– HOSPITAL REGIONAL HONORIO DELGADO  
ESPINOZA DE ENERO A DICIEMBRE DEL 2016.

PARIDAD \ EDAD GESTACIONAL	Hasta 27 semanas		De 28 a 32 semanas		De 33 a 36 semanas		TOTAL	
	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%
Nulípara	4	3	7	6	16	13	27	22.7
Primípara	1	1	5	4	34	29	40	33.6
Múltipara	0	0	6	5	40	34	46	39
Gran múltipara	0	0	2	2	4	3	6	5
<b>TOTAL</b>	5	4	20	17	94	79	119	100

Fuente: Elaboración propia, Arequipa 2017.

$$(x_i)^2 = 14.837 \quad p = 0.022 \quad p < 0.050$$

En la tabla se aprecia la paridad de la madre y la edad gestacional, donde se evidencia que el 39% nacieron por madres múltiples, el 29% por madres primíparas y un 79% nacieron entre la 33 a 36 semanas.

Deduciendo así que más de un cuarto del total de los recién nacidos prematuros nacieron por madres múltiples respectivamente y tuvieron una edad gestacional entre las 33 a 36 semanas siendo prematuros tardíos.

Se aplicó la prueba de Chi cuadrado  $(x_i)^2$  con un nivel de confianza del 95%, se obtuvo un p-valor=0.022 que es menor a 0.05, por ende, no se rechaza la hipótesis nula y **si existe asociación** entre la edad gestacional y la paridad de la madre del neonato prematuro.

TABLA N° 15

**RECIÉN NACIDOS PREMATUROS SEGÚN PESO AL NACER Y  
CONTROLES PRENATALES DE LA MADRE – HOSPITAL REGIONAL  
HONORIO DELGADO ESPINOZA. ENERO A DICIEMBRE DEL 2016.**

CONROLES PRE NATALES  PESO	0 controles		1 a 3 controles		4 a más controles		TOTAL	
	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%
Hasta 1000 gr.	0	0	3	2.5	3	2.5	6	5
1001 a 1500 gr.	3	2.5	5	4.2	4	3.4	12	10.1
1501 a 2000 gr.	1	0.8	3	2.5	23	19.3	27	22.7
2001 a 2500 gr.	4	3.4	9	7.6	53	<b>44.5</b>	66	<b>55.5</b>
más de 2500 gr.	0	0	2	1.7	6	5	8	6.7
<b>TOTAL</b>	<b>8</b>	<b>6.7</b>	<b>22</b>	<b>18.5</b>	<b>89</b>	<b>74.8</b>	<b>119</b>	<b>100</b>

Fuente: Elaboración propia, Arequipa 2017.

$$(\chi)^2 = 19.751 \quad p = 0.011 \quad p < 0.050$$

Según la presente tabla se observa que el 55.5% nacieron entre 2001 a 2500 gramos, y un 74.8% los recién nacidos prematuros tuvieron de 4 a más controles pre natales.

Deduciendo así que cerca de la mitad de los recién nacidos prematuros nacieron con un peso comprendido entre 2001 a 2500 gramos, es decir, un bajo peso al nacer y tuvieron de 4 a más controles prenatales.

Se aplicó la prueba de Chi cuadrado  $(\chi)^2$  con un nivel de confianza del 95%, se obtuvo un p-valor=0.011 que es menor a 0.05, por ende, se rechaza la hipótesis nula y **si existe asociación** entre el peso y el control pre natal del neonato prematuro.

TABLA N° 16

**RECIÉN NACIDOS PREMATUROS SEGÚN EDAD GESTACIONAL Y  
CONTROLES PRE NATALES DE LA MADRE – HOSPITAL REGIONAL  
HONORIO DELGADO ESPINOZA. ENERO A DICIEMBRE DEL 2016.**

CONROLES PRE NATALES EDAD GESTACIONAL	0 controles		1 a 3 controles		4 a más controles		TOTAL	
	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%
Hasta 27 semanas	0	0	1	1	4	3	5	4
De 28 a 32 semanas	2	2	7	6	11	9	20	17
De 33 a 36 semanas	6	5	14	12	74	<b>62</b>	94	<b>79</b>
TOTAL	8	7	22	18	89	<b>75</b>	119	100

Fuente: Elaboración propia, Arequipa 2017.

$$(\chi)^2 = 5.544 \quad p = 0.236 \quad p > 0.050$$

Se observó que el 79 % de los recién nacidos prematuros nacieron entre la 33 a 36 semanas de gestación, 17% tuvieron una edad gestacional de 28 a 32 semanas , 4% una edad gestacional menor a 27 semanas , además el 75% tuvieron más de 4 controles prenatales.

Deduciendo así que más de la mitad de los recién nacidos prematuros presentaron una edad gestacional entre 33 a 36 semanas, siendo prematuros tardíos y tuvieron de 4 a más controles pre natales.

Se aplicó la prueba de Chi cuadrado  $(\chi)^2$  con un nivel de confianza del 95%, se obtuvo un p-valor=0.236 que es mayor a 0.05, por ende, no se rechaza la hipótesis nula y no existe asociación entre la edad gestacional y el control pre natal del neonato prematuro.

TABLA N° 17

**RECIÉN NACIDOS PREMATUROS SEGÚN PESO AL NACER Y  
EMBARAZO MÚLTIPLE – HOSPITAL REGIONAL HONORIO DELGADO  
ESPINOZA.ENERO A DICIEMBRE DEL 2016.**

EMBARAZO MÚLTIPLE  PESO	Si		No		TOTAL	
	N°	%	N°	%	N°	%
Hasta 1000 gr.	2	1.7	4	3	6	5
1001 a 1500 gr.	3	2.5	9	8	12	10
1501 a 2000 gr.	3	2.5	24	20	27	23
2001 a 2500 gr.	18	<b>15</b>	48	40	66	<b>55</b>
Más de 2500 gr.	0	0	8	7	8	7
<b>TOTAL</b>	26	<b>22</b>	93	78	119	100

Fuente: Elaboración propia, Arequipa 2017.

$$(\chi)^2 = 5.73 \quad p = 0.22 \quad p > 0.050$$

Se observó que el 55 % de los recién nacidos prematuros nacieron con un peso comprendido entre 2001 a 2500 gramos, un 38% presento un peso menor a 2000 gramos y el 22 % de los prematuros nacieron de un embarazo múltiple.

Deduciendo así que el 15% de recién nacidos prematuros nacieron con un peso comprendido entre 2001 a 2500 gramos, es decir, bajo peso al nacer y nacieron de un embarazo múltiple.

Como se puede observar en los resultados, se aplicó la prueba de Chi cuadrado  $(\chi)^2$  con un nivel de confianza del 95%, se obtuvo un p-valor=0.22 que es mayor a 0.05, por ende, no se rechaza la hipótesis nula y no existe la asociación entre el embarazo múltiple y el peso del recién nacido prematuro.

TABLA N° 18

**RECIÉN NACIDOS PREMATUROS SEGÚN EDAD GESTACIONAL Y  
EMBARAZO MÚLTIPLE – HOSPITAL REGIONAL HONORIO DELGADO  
ESPINOZA. ENERO A DICIEMBRE DEL 2016.**

EDAD GESTACIONAL	EMBARAZO MÚLTIPLE		Si		No		TOTAL	
	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%
Hasta 27 semanas	3	2.5	2	2	5	4		
De 28 a 32 semanas	3	2.5	17	14	20	17		
De 33 a 36 semanas	20	<b>17</b>	74	62	94	<b>79</b>		
<b>TOTAL</b>	26	<b>22</b>	93	78	119	100		

Fuente: Elaboración propia, Arequipa 2017.

$$(\chi)^2 = 4.83 \quad p = 0.089 \quad p > 0.050$$

Se observó que los recién nacidos prematuros que nacieron entre la 33 a 36 semanas fueron 79 % y un 22% nacieron por un embarazo múltiple.

Deduciendo así que el 17% de los recién nacidos prematuros nacieron con un peso comprendido entre la 33 a 36 semanas siendo prematuros tardíos y a su vez nacieron de un embarazo múltiple.

Se aplicó la prueba del Chi cuadrado  $(\chi)^2$  con un nivel de confianza del 95%, se obtuvo un p-valor=0.089 que es mayor a 0.05, por ende, no se rechaza la hipótesis nula donde no existe asociación entre la edad gestacional y el embarazo múltiple.

TABLA N ° 19

**RECIÉN NACIDOS PREMATUROS SEGÚN PESO AL NACER Y  
SUFRIMIENTO FETAL – HOSPITAL REGIONAL HONORIO DELGADO  
ESPINOZA. ENERO A DICIEMBRE DEL 2016.**

SUFRIMIENTO FETAL PESO	Si		No		TOTAL	
	N°	%	N°	%	N°	%
Hasta 1000 gr.	0	0	6	5	6	5
1001 a 1500 gr.	2	1.7	10	8	12	10
1501 a 2000 gr.	3	2.5	24	20	27	23
2001 a 2500 gr.	2	<b>1.7</b>	64	54	66	<b>55</b>
más de 2500 gr.	1	1	7	6	8	7
<b>TOTAL</b>	8	<b>7</b>	111	93	119	100

Fuente: Elaboración propia, Arequipa 2017.

$$(\chi)^2 = 5.015 \quad p = 0.286 \quad p > 0.050$$

En la presente tabla se muestra que un 55 % nacieron con peso entre 2001 a 2500 gramos respectivamente y un 7 % que presentó sufrimiento fetal.

Se deduce que el 1.7% de los recién nacidos prematuros nacieron con peso entre 2001 A 2500 gramos, es decir, bajo peso al nacer y presentaron sufrimiento fetal según el registro de historias clínicas.

Se observa en los resultados, se aplicó la prueba de Chi cuadrado  $(\chi)^2$  con un nivel de confianza del 95%, se obtuvo un p-valor=0.286 que es mayor a 0.05, por ende, no se rechaza la hipótesis nula y no existe asociación entre el sufrimiento fetal y el peso al nacer del recién nacido prematuro.

TABLA N° 20

**RECIÉN NACIDOS PREMATUROS SEGÚN PESO AL NACER Y TOXEMIA DEL EMBARAZO PRESENTADA POR LAS MADRES – HOSPITAL REGIONAL HONORIO DELGADO ESPINOZA. ENERO A DICIEMBRE DEL 2016.**

PESO \ TOXEMIA	Si		No		TOTAL	
	N°	%	N°	%	N°	%
Hasta 1000 gr.	1	1	5	4.2	6	5
1001 a 1500 gr.	4	3.4	8	6.7	12	10.1
1501 a 2000 gr.	11	9.2	16	13.4	27	22.7
2001 a 2500 gr.	16	<b>13.4</b>	50	42	66	<b>55.5</b>
más de 2500 gr.	4	3.4	4	3.4	8	6.7
<b>TOTAL</b>	36	<b>30.4</b>	83	69.7	119	100

Fuente: Elaboración propia, Arequipa 2017.

$$(\chi)^2 = 4.595 \quad p = 0.331 \quad p > 0.050$$

En la Tabla se observa que el 55.5 % nacieron con peso entre 2001 a 2500 gramos y un 30.4% las madres de los recién nacidos pre término padeció toxemia del embarazo.

Deduciendo así que un 13.4% del total de recién nacidos prematuros nacieron con peso entre 2001 a 2500 gramos, es decir, bajo peso al nacer y a la vez sus madres padecieron toxemia del embarazo.

En los resultados, al aplicar la prueba de Chi cuadrado  $(\chi)^2$  con un nivel de confianza del 95%, se obtuvo un p-valor=0.331 que es mayor a 0.05, por ende, no se rechaza la hipótesis nula y no existe asociación entre la toxemia del embarazo y el peso del recién nacido prematuro.

TABLA N ° 21

**RECIÉN NACIDOS PREMATUROS SEGÚN EDAD GESTACIONAL Y TOXEMIA DEL EMBARAZO PRESENTADA POR LAS MADRES – HOSPITAL REGIONAL HONORIO DELGADO ESPINOZA. ENERO A DICIEMBRE DEL 2016.**

EDAD GESTACIONAL \ TOXEMIA	Si		No		TOTAL	
	N°	%	N°	%	N°	%
Hasta 27 semanas	0	0	5	4	5	4
De 28 a 32 semanas	6	5	14	12	20	17
De 33 a 36 semanas	30	<b>25</b>	64	54	94	<b>79</b>
<b>TOTAL</b>	36	<b>30</b>	83	70	119	100

Fuente: Elaboración propia Arequipa 2017.

$$(x_i)^2 = 2.292 \quad p = 0.318 \quad p > 0.050$$

Se observa que el 79 % de todos los recién nacidos prematuros nacieron entre 33 a 36 semanas, 21 % menor a 32 semanas gestacionales; además el 30 % la madre padeció de toxemia del embarazo.

Deduciendo así que un cuarto del total de los recién nacidos prematuros nacieron con un peso entre la 33 a 36 semanas, siendo prematuros tardíos y a la vez sus madres padecieron de toxemia del embarazo.

En los resultados, se aplicó la prueba de Chi cuadrado  $(x_i)^2$  con un nivel de confianza del 95%, se obtuvo un p-valor=0.318 que es mayor a 0.05, por ende, no se rechaza la hipótesis nula y no existe asociación entre la toxemia del embarazo y la edad gestacional.

TABLA N ° 22

**RECIÉN NACIDOS PREMATUROS SEGÚN PESO AL NACER Y RUPTURA  
PREMATURA DE MEMBRANAS PRESENTADA POR LAS MADRES –  
HOSPITAL REGIONAL HONORIO DELGADO ESPINOZA. ENERO A  
DICIEMBRE DEL 2016.**

PESO \ RPM	Si		No		TOTAL	
	N°	%	N°	%	N°	%
Hasta 1000 gr.	2	2	4	3	6	5
1001 a 1500 gr.	4	3	8	7	12	10
1501 a 2000 gr.	7	6	20	17	27	23
2001 a 2500 gr.	19	<b>16</b>	47	39	66	<b>55</b>
más de 2500 gr.	0	0	8	7	8	7
<b>TOTAL</b>	32	<b>27</b>	87	73	119	100

Fuente: Elaboración propia, Arequipa 2017.

$$(\chi)^2 = 3.456 \quad p = 0.485 \quad p > 0.050$$

En la tabla presentada se observa que del total el 55 % de los recién nacidos pre término tuvieron un peso entre 2001 a 2500 gramos y un 27 % de las madres de la población de estudio padeció de ruptura prematura de membranas.

Deduciendo así que el 16% de los recién nacidos prematuros nacieron con peso entre 2001 a 2500 gramos, es decir, bajo peso al nacer y a la vez sus madres padecieron ruptura prematura de membranas.

Se puede observar en los resultados, se aplicó la prueba de Chi cuadrado  $(\chi)^2$  con un nivel de confianza del 95%, se obtuvo un p-valor=0.485 que es mayor a 0.05, por ende, no se rechaza la hipótesis nula y no existe asociación entre el peso al nacer y la ruptura prematura de membranas.

TABLA N ° 23

**RECIÉN NACIDOS PREMATUROS SEGÚN EDAD GESTACIONAL Y  
RUPTURA PREMATURA DE MEMBRANAS PRESENTADA POR LAS  
MADRES – HOSPITAL REGIONAL HONORIO DELGADO ESPINOZA.  
ENERO A DICIEMBRE DEL 2016.**

EDAD GESTACIONAL	RPM	Si		No		TOTAL	
		N°	%	N°	%	N°	%
Hasta 27 semanas		3	3	2	2	5	4
De 28 a 32 semanas		8	7	12	10	20	17
De 33 a 36 semanas		21	<b>18</b>	73	61	94	<b>79</b>
<b>TOTAL</b>		32	<b>28</b>	87	73	119	100

Fuente: Elaboración propia, Arequipa 2017.

$$(x_i)^2 = 5.526 \quad p = 0.063 \quad p > 0.050$$

En la tabla se observa que del total el 79% nacieron entre la 33 a 36 semanas, el 17% dentro de la 28 y 32 semanas, el 4% hasta 27 semanas; además el 27% la madre padeció ruptura prematura de membranas.

Deduciendo así que el 18% de los recién nacidos prematuros nacieron entre la 33 a 36 semanas, siendo prematuros tardíos y a la vez la madre de la población referida sufrió ruptura prematura de membranas.

Como se puede observar en los resultados, se aplicó la prueba de Chi cuadrado  $(x_i)^2$  con un nivel de confianza del 95%, se obtuvo un p-valor=0.063 que es mayor a 0.05, por ende, no se rechaza la hipótesis nula y no existe asociación entre la ruptura prematura de membranas y la edad gestacional.

**TABLA N ° 24**

**RECIÉN NACIDOS PREMATUROS SEGÚN PESO AL NACER Y  
PATOLOGIAS ASOCIADAS DE LA MADRE – HOSPITAL REGIONAL  
HONORIO DELGADO ESPINOZA ENERO A DICIEMBRE DEL 2016.**

PESO	Hasta 1000 gr		1001 a 1500 gr		1501 a 2000 gr		2001 a 2500 gr		Más de 2500 gr		TOTAL	
	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%
<b>PATOLOGIAS ASOCIADAS</b>												
Diabetes	0	0	0	0	1	1	3	3	0	0	4	3
Diabetes, obesidad	0	0	1	1	0	0	0	0	0	0	1	1
Tuberculosis	0	0	1	1	0	0	0	0	0	0	1	1
HTA	0	0	1	1	1	1	1	1	2	2	5	4
Obesidad	0	0	0	0	1	1	1	1	0	0	2	2
Sin datos registrados	6	5	9	8	24	20	61	<b>51</b>	6	5	106	<b>89</b>
<b>TOTAL</b>	6	5	12	10	27	23	66	<b>55</b>	8	7	119	100

Fuente: Elaboración propia, Arequipa 2017.

$$(x_i)^2 = 30.831 \quad p = 0.057 \quad p > 0.050$$

La presente tabla muestra que el 89% no registra haber padecido ninguna patología asociada y el 55% nacieron con peso entre 2001 a 2500 gramos.

Deduciendo así que más de la mitad de la población según el registro de las historias clínicas, nacieron con pesos comprendidos entre 2001 a 2500 gramos, es decir, bajo peso al nacer y además no registraron datos según patología asociada a la madre.

Se aplicó del Chi cuadrado  $(x_i)^2$  con un nivel de confianza del 95%, se obtuvo un p-valor=0.057 que es mayor a 0.05 y por ende no se rechaza la hipótesis nula y no existe asociación entre el peso al nacer y las patologías asociadas de la madre.

TABLA N ° 25

**RECIÉN NACIDOS PREMATUROS SEGÚN EDAD GESTACIONAL Y  
PATOLOGÍAS ASOCIADAS A LA MADRE – HOSPITAL REGIONAL  
HONORIO DELGADO ESPINOZA. ENERO A DICIEMBRE DEL 2016.**

PATOLOGÍAS ASOCIADAS \ EDAD GESTACIONAL	Hasta 27 semanas		De 28 a 32 semanas		De 33 a 36 semanas		TOTAL	
	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%
Diabetes	0	0	2	2	2	2	4	3
Diabetes, obesidad	0	0	0	0	1	1	1	1
Hipotiroidismo	0	0	1	1	0	0	1	1
Hipertensión Arterial	0	0	1	1	4	3	5	4
Obesidad	0	0	0	0	2	2	2	2
Sin datos registrados	5	4	16	13	85	71	106	89
<b>TOTAL</b>	<b>5</b>	<b>4</b>	<b>20</b>	<b>17</b>	<b>94</b>	<b>79</b>	<b>119</b>	<b>100</b>

Fuente: Elaboración propia, Arequipa 2017.

$$(x_i)^2 = 9.476 \quad p = 0.488 \quad p > 0.050$$

La presente tabla muestra que el 89% no registra haber padecido ninguna patología asociada y el 79% nacieron entre la 33 a 36 semanas de gestación.

Deduciendo así que cerca de las tres cuartas partes de la población estudiada según el registro de las historias clínicas, nacieron con pesos comprendidos entre la 33 a 36 semanas de gestación, siendo prematuros tardíos y además no registraron datos según patología asociada a la madre.

Al aplicar la prueba de Chi cuadrado  $(x_i)^2$  con un nivel de confianza del 95%, se obtuvo un p-valor=0.488 que es mayor a 0.05, por ende, no se rechaza la hipótesis nula y no existe asociación entre la edad gestacional y las patologías asociadas de la madre del neonato prematuro.

## CONCLUSIONES

- Primera: Las características principales en los recién nacidos prematuros, son de sexo masculino, con peso entre 2001 a 2500 gramos, nacidos entre la 33 a 36 semanas, y con patologías asociadas como infecciosas y respiratorias.
- Segunda: Los factores socio-demográficos; la edad es 20 a 29 años, con nivel de instrucción secundaria completa y estado conyugal conviviente. Los factores maternos; parto distócico (cesárea), madres múltiparas, con controles pre natales de 4 a más durante la gestación, sin datos registrados en antecedente obstétrico al igual que patologías de la madre los cuales fueron por encima del 30%; con respecto al embarazo múltiple fue por debajo del 30% al igual que las infecciones genitales. En los factores fetales un 7% padeció de sufrimiento fetal agudo. Por último, los factores útero placentarios fueron prematuros nacidos de madres con toxemia del embarazo y ruptura prematura de membranas con menos del 30% respectivamente.
- Tercera: La asociación según el chi cuadrado de los factores es: la edad gestacional con la paridad de la madre; entre el peso del prematuro con el control pre natal.

## RECOMENDACIONES

Los hallazgos encontrados en la presente investigación es que nos permitimos recomendar lo siguiente a fin de contribuir a la disminución de los nacimientos prematuros del Hospital Honorio Delgado Espinoza.

- Primero: Al Departamento de Enfermería y a su vez a la Jefa del Servicio de Neonatología que a partir de la presente investigación se pueda desarrollar nuevos estudios orientados a mejorar la vigilancia, seguimiento y monitoreo a los neonatos en especial a los prematuros para brindar mayor calidad de vida.
- Segundo: A la Jefa del Servicio de Neonatología para que realice las coordinaciones pertinentes con el Jefe del Servicio de Neonatología para el mejor y completo llenado de las historias clínicas de los neonatos prematuros, lo cual permitirá facilitar mejor información para futuras investigaciones.
- Tercera: A las enfermeras en atención primaria, en que se fortalezca la promoción para la salud de la mujer, el cuidado del recién nacido prematuro en el hogar para que prevenir riesgos y reintegrar a la sociedad a un niño sano.

## BIBLIOGRAFÍA

1. ANAYA, E. – INFANTE, A. – POTOSÍ, S. L. (2013). Ginecología Obstétrica. México. Editorial Alfil, S. A. de C. V.
2. ASOCIACIÓN ESPAÑOLA DE PEDIATRÍA – SOCIEDAD ESPAÑOLA DE NEONATOLOGÍA. (2008). Protocolos de Neonatología: Instituto Clínico de Ginecología, Obstetricia y Neonatología, Pre eclampsia. Eclampsia y síndrome HELLP. España. 2da edición.
3. CASTRO, F. URBINA, O. (2007). Manual de Enfermería. La Habana. Cuba. 2007.
4. LOPEZ, E. (12 de enero de 2011). Seminario de Hemorragias del Tercer Trimestre. Complejo Hospitalario Universitario de Albacete. España.
5. MARTÍNEZ, L. (2014). Factores asociados a prematuridad neonatal en hijos de madres adolescentes del Hospital Alemán Nicaragüense en el periodo de enero 2011 a enero 2013. Nicaragua.
6. MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA DEL ECUADOR. (2014). Diagnóstico y tratamiento de infección vaginal en obstetricia. Quito: Ministerio de Salud Pública, Dirección Nacional de Normatización – MSP. Ecuador.
7. RUIZ, M. (Oct. - Dic. 2009). Asociación Médica. México. Vol. 54, Núm. 4
8. RUIZ, J. – ESPINO, S. – SOSA, S. – VALLEJOS, A. – DURAN, L. (2014). Cesárea tendencias y resultados. México. Vol. 28 n°1.

9. SAAVEDRA, H. (2015). Factores asociados a prematuridad en el Hospital II – 1 de Yurimaguas, julio a diciembre del 2014. Perú. Iquitos.
10. SCHWARTZ, R. – FECINA, R. – DUVERGES, C. (2005). Obstetricia. Buenos Aires. Editorial: El ateneo. 6ta edición.
11. SCOOT, J. – DANFORTH, D. (2000). Tratado de Obstetricia y Ginecología. México. Editorial: Mc Graw-Hill Interamericana. 7ma edición.
12. REEDER, S. J. (1995). Enfermería Materno-Infantil. México. Editorial: Interamericana de ediciones. 17va edición.
13. SOCIEDAD ESPAÑOLA DE GINECOLOGÍA, (2012). Protocolos de Asistencia en Obstetricia, Rotura Prematura de Membranas. España.
14. VISPO, S. – MEANA, J. (Febrero 2002). Revista de Posgrado de la VI Cátedra de Medicina de la Universidad del Nordeste. Argentina. N° 112.
15. ZAPANA, M. Y. (2002). Valor predictivo del monitoreo electrónico fetal en el diagnóstico de distocia funicular en el I.M.P. Marzo-Mayo del 2002. Lima. Perú.
16. ZELADA, C. (2009). Incidencia y factores de riesgo asociados al parto pre-termino, Hospital III Daniel Alcides Carrión Tacna, enero 2004 - diciembre 2008. Tacna.

## INFOGRAFÍA

1. <https://www.medigraphic.com/pdfs/ginobsmex/gom-2010/gom104i.pdf>.  
Fecha: 22 de enero del 2017. Hora de extracción: 11:20 a.m.
2. [https://www.aeped.es/sites/default/files/documentos/16\\_1.pdf](https://www.aeped.es/sites/default/files/documentos/16_1.pdf). Fecha: 22 de febrero del 2017. Hora de extracción: 9:00 a.m. Fecha de última modificación de la página: 28 de julio del 2017.
3. [https://www.aeped.es/sites/default/files/documentos/10\\_1.pdf](https://www.aeped.es/sites/default/files/documentos/10_1.pdf). Fecha: 22 de febrero del 2017. Hora de extracción: 11:00 a.m. Fecha de última modificación de la página: 28 de julio del 2017.
4. <http://www.untumbes.edu.pe/bmedicina/libros/Libros11/libro135.pdf>. Fecha: 1 de marzo del 2017. Hora de extracción: 10:00 a.m. Fecha de modificación de la página: 7 de agosto del 2017.
5. [http://www.chospab.es/area\\_medica/obstetriciaginecologia/docencia/seminarios/2010-2011/sesion20110112\\_1.pdf](http://www.chospab.es/area_medica/obstetriciaginecologia/docencia/seminarios/2010-2011/sesion20110112_1.pdf). Fecha: 11 de marzo del 2017.  
Hora de extracción: 11:20 a.m.
6. <http://www.sego.es/Content/pdf/embarazomultiple.pdf>. Fecha: 11 de marzo del 2017. Hora de extracción: 1:20 p.m.
7. [http://instituciones.msp.gob.ec/documentos/Guias/guias%202014/GPC%20Infeccion\\_vaginal\\_obstetrica.pdf](http://instituciones.msp.gob.ec/documentos/Guias/guias%202014/GPC%20Infeccion_vaginal_obstetrica.pdf). Fecha: 15 de marzo del 2017. Hora de extracción: 3:00 p.m.
8. <http://www.medigraphic.com/pdfs/conapeme/pm-2013/pm131b.pdf>. Fecha: 20 de marzo del 2017. Hora de extracción: 6:00 p.m.

9. <http://www.medigraphic.com/pdfs/abc/bc-2009/bc094h.pdf>. Fecha: 22 de marzo del 2017. Hora de extracción: 8:00 a.m.
10. [http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0187-53372014000100006](http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0187-53372014000100006). Fecha: 11 de junio del 2017. Hora de extracción: 8:00 a.m.
11. <http://dspace.unapiquitos.edu.pe/bitstream/unapiquitos/526/1/Tesis%20completa.pdf>. Fecha: 11 de junio del 2017. Hora de extracción: 11:20 a.m.
12. <https://www.menarini.es/images/documents/lloret/lloret2009.pdf>. Fecha: 11 de junio del 2017. Hora de extracción: 1:00 p.m.
13. <http://www.bvs.hn/RMH/pdf/1975/pdf/Vol43-4-1975-5.pdf>. Fecha: 12 de junio del 2017. Hora de extracción: 7:00 a.m.
14. [http://med.unne.edu.ar/revista/revista112/suf\\_fet\\_agu.htm](http://med.unne.edu.ar/revista/revista112/suf_fet_agu.htm). Fecha: 12 de junio del 2017. Hora de extracción: 10:20 a.m.
15. [http://sisbib.unmsm.edu.pe/BibVirtualData/Tesis/Salud/Zapata\\_Z\\_M/CAPITULO2.pdf](http://sisbib.unmsm.edu.pe/BibVirtualData/Tesis/Salud/Zapata_Z_M/CAPITULO2.pdf). Fecha: 12 de junio del 2017. Hora de extracción: 11:20 a.m.
16. <http://repositorio.unjbg.edu.pe/bitstream/handle/UNJBG/521/TG0293.pdf?sequence=1&isAllowed=y>. Fecha: 11 de junio del 2017. Hora de extracción: 5:00 p.m.







**FICHA DE OBSERVACIÓN: FACTORES ASOCIADOS A  
PREMATUREZ NEONATAL, HOSPITAL REGIONAL HONORIO  
DELGADO ESPINOZA. AREQUIPA ENERO - DICIEMBRE DEL 2016.**



N° .....

Arequipa:.....

Historia Clínica:.....

**I. Características del neonato prematuro:**

- **Peso en gramos:**  
 <1000gr ( ) 1001-1500gr ( ) 1501-2000gr ( ) 2001-<2500gr ( ) >2500gr. ( )
- **Género:**  
 Femenino ( ) Masculino ( )
- **Edad Gestacional:**  
 <27 semanas ( ) 28-32 semanas ( ) 33-36 semanas ( )
- **Patologías del recién nacido a pre-término:**  
 Respiratorias ( ) Infecciosas ( ) Cardiovasculares ( ) Metabólicas ( )  
 Hematológicas ( ) Oftálmicas ( ) Gastrointestinales ( ) Renales ( )  
 Endocrinos ( ) Neurológicas ( ) Inmunológicas ( )

**II. Factores Socio-demográficas:**

- **Edad de la madre:**  
 10 a 19 años ( ) 20 a 29 años ( ) 30 a 39 años ( ) 40 a más ( )
- **Estado conyugal:**  
 Soltera ( ) Conviviente ( ) Casada ( )
- **Nivel de Instrucción:**  
 Primaria ( ) Secundaria ( ) Superior ( )

**III. Factores maternos:**

- **Tipo de parto:**  
 Eutócico ( ) Distócico ( )
- **Paridad:**  
 Nulípara ( ) Primípara (1 parto) ( ) Multipara (2 a 4 partos) ( )  
 Gran multipara (4 a más partos) ( )
- **Controles pre-natales:**  
 0 ( ) 1 a 3 ( ) 4 a más ( )
- **Antecedentes obstétricos:**  
 Recién nacido pre término ( ) Aborto ( ) Cesárea ( ) Sin datos registrados ( )
- **Patologías asociadas:**  
 Diabetes ( ) Cardiopatía ( ) Anemia ( ) TBC ( ) Hipertensión ( )  
 Sin datos registrados ( )

- **Embarazo múltiple:** Si ( ) No ( )
- **Infecciones genitales:** Si ( ) No ( )

**III. Factores fetales:**

- **Sufrimiento fetal agudo:** Si ( ) No ( )

**IV. Factores útero-placentarios:**

- **Miomas:** Si ( ) No ( )
- **Cesáreas anteriores:** Si ( ) No ( )
- **Inminencia de ruptura uterina:** Si ( ) No ( )
- **Placenta previa:** Si ( ) No ( )
- **Desprendimiento prematuro de placenta normoinsera:** Si ( ) No ( )
- **Distocia funicular:** Si ( ) No ( )
- **Ruptura prematura de membranas:** Si ( ) No ( )
- **Toxemia el embarazo:** Si ( ) No ( )



## SEGUNDO ANEXO

# HISTORIA CLINICA PERINATAL BASE

Fuente: Según la CLAP<sup>21</sup>/SMR<sup>22</sup> – OPS<sup>23</sup>/OMS<sup>24</sup>

Se estableció la historia clínica en el año 1983

---

<sup>21</sup> Centro Latinoamérica de Perinatología

<sup>22</sup> Salud de la Mujer y Reproductiva

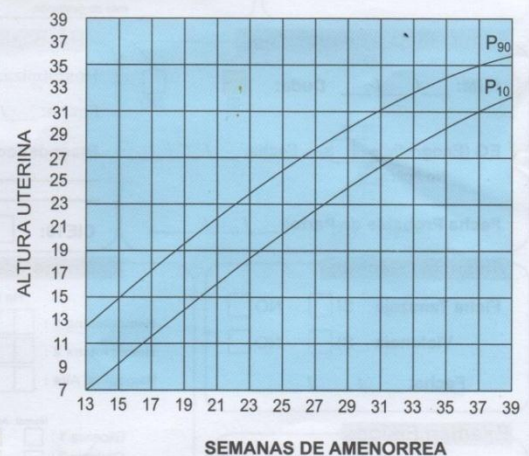
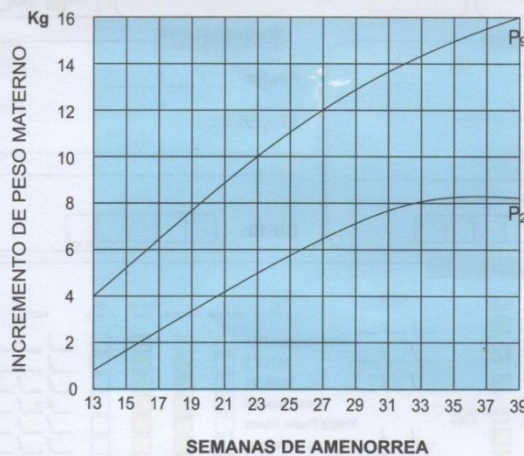
<sup>23</sup> Organización Panamericana de la Salud

<sup>24</sup> Organización Mundial de la salud



ATENCIÓN PRENATALES	ATENCIÓN 1	ATENCIÓN 2	ATENCIÓN 3	ATENCIÓN 4	ATENCIÓN 5	ATENCIÓN 6	ATENCIÓN 7	ATENCIÓN 8	ATENCIÓN 9
Fecha y hora de atención (a/m/d h:min)	/ / : / / :	/ / : / / :	/ / : / / :	/ / : / / :	/ / : / / :	/ / : / / :	/ / : / / :	/ / : / / :	/ / : / / :
Edad gest. (semanas)									
Peso madre (kg)	▲	▲	▲	▲	▲	▲	▲	▲	▲
Temperatura (°C)									
Presión arter. (mm. Hg)	▲	▲	▲	▲	▲	▲	▲	▲	▲
Pulso materno (por. min)									
Altura uterina. (cm)	▲	▲	▲	▲	▲	▲	▲	▲	▲
Situación (L/T/NA)									
Presentación (C/P/NA)									
Posición (D/I/NA)									
F.C.F. (por min. /NA)									
Mov. Fetal (+/+/+/+/SM/NA)	▲	▲	▲	▲	▲	▲	▲	▲	▲
Proteinuria Cualitativa (+/+/+/+/NSH)									
Edema (+/+/+/+/SE)									
Reflejo Osteotendinoso (0,+/+/+/+/)									
Examen de Pezón (Formado / No Form. / Sin examen)									
Indic. Hierro / Ac Fólico (mayor o igual a 16 sem)									
Indic. Calcio (mayor o igual a 20 sem)									
Indic. Ac Fólico (antes de 16 sem)									
Orient. Consej. (PF/ITS/Nut/ Inm/VIH/TBC/No se hizo/NA)									
EG de Eco Control (Sem/No se hizo/NA)									
Pérfil Biofísico (4,6,8,10 de 10/NSH/NA)									
Cita (a/m/d)									
Visita domicil. (Si/No/Na)									
Plan Parto (Control/Visita/No se hizo/NA)									
Estab. De la atención									
Responsable atención									
Nro. Formato SIS									

L = longitudinal T = Transversal C = Cefálica P = Pélvica = D = Derecha I = Izquierda SM = Sin Movimiento SE = Sin Edema NA = No Aplica NSH = No Se Hizo



**Patologías Maternas (CIE 10) Diagnosticadas**

1. Sin Patologías  Fecha: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

2. Sin Patologías  Fecha: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

3. Sin Patologías  Fecha: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

**Otras Patologías (CIE 10):**

1:

2:

**Referencia - Consulta Externa** SI  No  No Aplica  Fecha: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ Establ. Trasl: \_\_\_\_\_

**Referencia - Emergencia** SI  No  No Aplica  Fecha: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ Establ. Trasl: \_\_\_\_\_

**Referencia - Apoyo al Diagnóst.** SI  No  No Aplica  Fecha: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ Establ. Trasl: \_\_\_\_\_

**PSICOPROFILAXIS**  **ESTIMULACIÓN PRE NATAL**  **PLAN DE PARTO** SI  NO  No Aplica  **ALOJADA EN CASA DE ESPERA** SI  NO  No Aplica

<b>HCMP:</b> Atención Prenatal <input type="checkbox"/> Aborto <input type="checkbox"/> Parto <input type="checkbox"/> Producto de la concepción <input type="checkbox"/> Hijo Único <input type="checkbox"/> Embarazo Múltiple <input type="checkbox"/> Orden <input type="checkbox"/> Aborto <input type="checkbox"/>	
<b>Ingreso al establecimiento por parto</b> REFERENCIA AL INGRESO: Si <input type="checkbox"/> FREC. RESP. <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> TEMP. <input type="checkbox"/> No aplica <input type="checkbox"/> PULSO MATERNO: <input type="checkbox"/> PESO: <input type="checkbox"/> PRESENTACIÓN: Celáica <input type="checkbox"/> Pálvica <input type="checkbox"/> PRESIÓN ARTERIAL (Sistólica/Diastólica): / E.G. <input type="checkbox"/>	
<b>Signos y Síntomas de Alerta</b> Anasarca <input type="checkbox"/> Hematuria <input type="checkbox"/> Hemorragia Vaginal <input type="checkbox"/> Hipot.ortostática <input type="checkbox"/> Escolomas <input type="checkbox"/> Ictericia <input type="checkbox"/> Epigastralgia <input type="checkbox"/> Petequias <input type="checkbox"/> Dolor hipocónd.der <input type="checkbox"/> Proteinuria <input type="checkbox"/>	
<b>Terminación</b> Fecha: / / TERMINACIÓN: P. Espontáneo <input type="checkbox"/> Forceps <input type="checkbox"/> Vacuum <input type="checkbox"/> Casárea electiva <input type="checkbox"/> Casárea emerg. <input type="checkbox"/> POSIC. GESTANTE: Horizontal <input type="checkbox"/> Vertical <input type="checkbox"/> No Aplica <input type="checkbox"/> PARTO GRAMA: Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No Aplica <input type="checkbox"/> PARTO CON ACOMPAÑANTE: Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	
<b>RECIENTE NACIDO</b> Sexo: Femenino <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Indeterminado <input type="checkbox"/> Peso: <input type="checkbox"/> g <2500 g <input type="checkbox"/> g <1500 g <input type="checkbox"/> g >4000 g P. Cef.: <input type="checkbox"/> mm Temp.: <input type="checkbox"/> C Talla: <input type="checkbox"/> mm Edad por Ex. Físico: <input type="checkbox"/> sem <37 <input type="checkbox"/> >42 <input type="checkbox"/> 1' <input type="checkbox"/> APGAR: 4-6 <input type="checkbox"/> 0-3 <input type="checkbox"/> Peso x Edad Gestacional: Adecuado <input type="checkbox"/> Pequeño <input type="checkbox"/> Grande <input type="checkbox"/> 5' <input type="checkbox"/> Ex. Físico: Normal <input type="checkbox"/> Anormal <input type="checkbox"/> Hospitaliz. RN: Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> S. Luética RN: Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> VDRL/RPR: Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Evolución RN: Meconial <input type="checkbox"/> Transicional <input type="checkbox"/> Amarillo <input type="checkbox"/> Sin Meconio <input type="checkbox"/> Ictericia Precoz <input type="checkbox"/> Alojamiento Conjunto: Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Contado Piel a Piel (LMH): Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> LME: Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Vacunas RN al Alta: BCG <input type="checkbox"/> Hepatitis B <input type="checkbox"/> Exámenes de Laboratorio: Glucemia <input type="checkbox"/> Gota Gruesa <input type="checkbox"/> Gota Fresca <input type="checkbox"/> Tipo de Sangre Antes del alta: Grupo A <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> AB <input type="checkbox"/> O <input type="checkbox"/> Rh Rh+ <input type="checkbox"/> Rh- <input type="checkbox"/> No se hizo <input type="checkbox"/>	
<b>Parto Operatorio</b> Tipo Procedimiento: CESÁREA Corporal <input type="checkbox"/> Segmentaria <input type="checkbox"/> No Aplica <input type="checkbox"/> Medicación en Parto: Sin medicación <input type="checkbox"/> MEDICACIÓN: 1. <input type="checkbox"/> 2. <input type="checkbox"/> 3. <input type="checkbox"/> MEDICAMENTOS: 1. <input type="checkbox"/> 2. <input type="checkbox"/> 3. <input type="checkbox"/> Indicación Principal Parto Operatorio: <input type="checkbox"/> No hubo <input type="checkbox"/>	
<b>Atención</b> NIVEL: FONP <input type="checkbox"/> FONE <input type="checkbox"/> FONE <input type="checkbox"/> FONI <input type="checkbox"/> Doméstico <input type="checkbox"/> Otro <input type="checkbox"/> PARTO NEONATO: Médico <input type="checkbox"/> Residente Médico <input type="checkbox"/> Obstetra <input type="checkbox"/> Interna <input type="checkbox"/> Enfermera <input type="checkbox"/> Téc. de Enfermería <input type="checkbox"/> Estudiante <input type="checkbox"/> Emplaza e paterna <input type="checkbox"/> Familiar <input type="checkbox"/> Otro <input type="checkbox"/> Responsable de la atención del Parto: <input type="checkbox"/> Responsable de la atención del Neonato: <input type="checkbox"/>	
<b>HC RN:</b> _____ <b>NOMBRE RN:</b> _____ <b>Patología Recién Nacido</b> Sin patologías <input type="checkbox"/> Fecha: / / 1. <input type="checkbox"/> 2. <input type="checkbox"/> 3. <input type="checkbox"/> Otras (CIE 10) 1: <input type="checkbox"/> 2: <input type="checkbox"/>	
<b>Reanimación Respiratoria</b> No <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> Bolsa y Máscara <input type="checkbox"/> Reanima. Avanz. <input type="checkbox"/> Medicación En reanim. RN: Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Vitamina K <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Profilaxis Ocular <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Ctrl. Puerperlo Inmediato <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	
<b>Egreso RN</b> Fecha: / / Egreso: Sano <input type="checkbox"/> Con Patología <input type="checkbox"/> Fallece <input type="checkbox"/> Dx. Fallecim.: <input type="checkbox"/> Dx. Traslado.: <input type="checkbox"/> Establ. Trasl.: <input type="checkbox"/> Alimento Al Alta: LME <input type="checkbox"/> Anti-idi <input type="checkbox"/> Mismo <input type="checkbox"/> CUI <input type="checkbox"/> Seguro <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	
<b>Reingreso RN</b> Reingreso No <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> Fecha: / / Diagnósti.: <input type="checkbox"/> Fecha egreso: <input type="checkbox"/> Egreso: Sano <input type="checkbox"/> Con Patología <input type="checkbox"/> Fallece <input type="checkbox"/> Dx. Fallecim.: <input type="checkbox"/> Dx. Traslado.: <input type="checkbox"/> Establ. Trasl.: <input type="checkbox"/>	
<b>Tamizaje Neonatal</b> TSH <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Fibrosis Quística <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Fonoaudiología <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Hiperplasia Suprarrenal <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	
<b>Egreso Materno</b> Fecha: / / Egreso: Sano <input type="checkbox"/> Con Patología <input type="checkbox"/> Fallece <input type="checkbox"/> Dx. Fallecim.: <input type="checkbox"/> Dx. Traslado.: <input type="checkbox"/> Establ. Trasl.: <input type="checkbox"/> Anticonceptivos: Ligadura tubarín <input type="checkbox"/> Absten. Peridica <input type="checkbox"/> Condón <input type="checkbox"/> DIU <input type="checkbox"/> MFLA <input type="checkbox"/> Progester. Inyectables <input type="checkbox"/> Progester. Orales <input type="checkbox"/> Anticoncep. combinada <input type="checkbox"/> Solo OUI/Consej. <input type="checkbox"/> Ninguno <input type="checkbox"/> Otro <input type="checkbox"/>	
<b>Reingreso Materno</b> Reingreso No <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> Fecha: / / Diagnósti.: <input type="checkbox"/> Fecha egreso: <input type="checkbox"/> Egreso: Sano <input type="checkbox"/> Con Patología <input type="checkbox"/> Fallece <input type="checkbox"/> Dx. Fallecim.: <input type="checkbox"/> Dx. Traslado.: <input type="checkbox"/> Establ. Trasl.: <input type="checkbox"/> Fecha: / / Control RN <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	
Horas/días postparto o aborto: _____ Temperatura: _____ Pulso (latidos/minuto): _____ Pres. Arterial max/min.(mm.Hg): _____ Involución uterina: _____ Caract. Loquios (5 grados: Leve, Moderado, Severo): _____ Herida oper. (abdominal/perineal): _____ Observaciones: _____	

INDICACIONES AL ALTA:

.....

.....

.....

.....

.....

FIRMA DEL RESPONSABLE

EPICRISIS:

.....

.....

.....

.....

.....

Los códigos corresponden a la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE 10)

PATOLOGÍA	CÓDIGOS	PATOLOGÍA	CÓDIGOS
ANENCEFALIA Y MALF CONG SIMIL	Q00	KERNICTERUS	P57
ASFIXIA DEL NACIMIENTO	P21	LABIO LEPORINO	Q26
COAG INTRAVASC DISEM	P60	MALFORMACIONES ORGANOS GENITALES	Q50
CONJUNTIVITIS NEONATAL	P391	MALFORMACIONES SIST CIRCULATORIO	Q20
CONVULSIONES DEL RN	P90	MALFORMACIONES SIST DIGESTIVO	Q30
DEFORM CONGENIT CADERA	Q65	MALFORMACIONES SIST RESPIRATORIO	Q39
DIARREA	Q250	MEMBRANA HIALINA	Q60
DUCTUS ARTERIOSO PERSISTENTE	A09	MEMBRANA HIALINA	P22
EDEMA CEREB X TRAUMAT AL NAC	P110	MENINGITIS	G00
ENCEFALOCEFE	Q01	NEUMONIA CONGENITA	P23
ENFERMEDAD HEMORR FETO/RN	P53	ONFALITIS RN C/S HEMORRAG LEVE	P38
ENFERMEDADES VIRALES CONGENITAS	P25	OTRA PATOLOGIA DEL RN	P96
ENFIS INTERS Y OTRAS PERINAT	P77	OTRAS AFECOC DEL PERIODO PERINAT	P63
ENTEROCO NECROTIZ FETO/RN	Q05	OTRAS AFECOC DEL PERIODO PERINAT	P74
ESPIÑA BIFIDA	P040	OTRAS AFECOC DEL PERIODO PERINAT	P284
FETO/RN AFECT X ANEST-ANALG	P027	OTRAS AFECOC DEL PERIODO PERINAT	P37
FETO/RN AFECT X CORIOAMNIONISTIS	P025	OTRAS AFECOC DEL PERIODO PERINAT	P54
FETO/RN AFECT X COMP CORD UMB	P008	OTRAS AFECOC DEL PERIODO PERINAT	P96
FETO/RN AFECT X OLIGOHIDRAMNIOS	P012	OTRAS AFECOC DEL PERIODO PERINAT	P76
FETO/RN AFECT X PARTO CON FORCIPS	P032	OTRAS AFECOC DEL PERIODO PERINAT	P72
FETO/RN AFECT X PARTO CON VENTOSA	P013	OTRAS AFECOC DEL PERIODO PERINAT	P78
FETO/RN AFECT X POLIHIDRAMNIOS	P024	OTRAS AFECOC DEL PERIODO PERINAT	P61
FETO/RN AFECT X PROLAP CORD UMB	Q35	OTRAS AFECOC DEL PERIODO PERINAT	P15
FISURA PALADAR	P101	OTRAS AFECOC DEL PERIODO PERINAT	P50
HEMORRIA CEREBRAL X TRAUM AL NAC	P52	OTRAS AFECOC DEL PERIODO PERINAT	P92
HEMORRIA INTRACRAN NO TRAUMAT	P28	OTRAS AFECOC DEL PERIODO PERINAT	P05
HEMORRIA PULM PERINATAL	P51	OTRAS AFECOC DEL PERIODO PERINAT	H35
HEMORRIA UMBILICAL DEL RN	K40	OTRAS AFECOC DEL PERIODO PERINAT	P36
HERNIA INGUINAL	Q03	OTRAS AFECOC DEL PERIODO PERINAT	A50
HIDROCEFALIA	P56	OTRAS AFECOC DEL PERIODO PERINAT	Q90
HIDROPES FETAL X ENF HEMALITICA	P711	OTRAS AFECOC DEL PERIODO PERINAT	P24
HIPOCALCEMIA NEONATAL	P704	OTRAS AFECOC DEL PERIODO PERINAT	P221
HIPOGLICEMIA NEONATAL	P712	OTRAS AFECOC DEL PERIODO PERINAT	A33
HIPOMAGNESEMIA NEONATAL	R57	OTRAS AFECOC DEL PERIODO PERINAT	P07
HIPOTENSION SHOCK	P80	OTRAS AFECOC DEL PERIODO PERINAT	P08
HIPOTERMIA DEL RN	P20	OTRAS AFECOC DEL PERIODO PERINAT	Q29
HIPOTONIA INTRAUTERINA	P59	OTRAS AFECOC DEL PERIODO PERINAT	P12
ICTERICIA NEO X CUASAS NO ESPECIF	P58	OTRAS AFECOC DEL PERIODO PERINAT	P94
ICTERICIA NEO X HEMOLISIS EXCESIVAS	P75	OTRAS AFECOC DEL PERIODO PERINAT	P13
ILEO MECONIAL	P551	OTRAS AFECOC DEL PERIODO PERINAT	P14
INCOMPATIB ABO FETO/RN	P550	OTRAS AFECOC DEL PERIODO PERINAT	
INCOMPATIB RH FETO/RN		OTRAS AFECOC DEL PERIODO PERINAT	

Los códigos corresponden a la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE 10)

PATOLOGÍA	CÓDIGOS	PATOLOGÍA	CÓDIGOS
ABORTO COMPLETO	O0285	HIPEREMESIS GRAVIDICA LEVE	O219
ABORTO INCOMPLETO	O0290	HIPEREMESIS GRAVIDICA. TRANST. METABOL.	O211
ABORTO NO ESPECIFICADO(INCL.A.INDUC)	O06	HTA PREEXISTENTE EMB-PART-PUER	O10
ABORTO RETENIDO	O080	INCOMPETENCIA DEL CUELLO UTERINO	O343
ABORTO SEPTICO	O04	INFECC. BOLSA AMNIOT O MEMBRANAS	O235
ABORTO TERAPEUTICO	O200	INFECC DEL TRACTO GENTAL	O411
AMENAZA DE ABORTO	O990	INFECC DEL TRACTO URINARIO	O23
ANEMIA EN EMB-PART-PUER	O62	INFECC. MAMA ASOCIAD C/PARTO	O91
ANOMALIA CONGENITA DEL UTERO	O340	INFECCIONES PUERPERALES	O86
ANIRIM.DINAM.DEL TDP	R827	INFECCIONES PUERPERALES	O97
BACTERIURIA ASINTOMATICA DEL EMB	C53	INTENSO FALLO DE ABORTO	O712
CANCER CUELLO UTERINO	C50	INVERSION DEL UTERO	O360
CANCER DE MAMA	2867	ISOHNUMINIZACION RHESUS	B50
CARDIOPATIA	O282	MOLA HIDATIFORME	O01
CITOLOGÍA ANORMAL EN CPN	O89	MUERTE INTRAUTERINA	O364
COMP ANESTES. EN PUERPERIO	O74	MUERTE OBST X CAUSA NO ESPECIF	O95
COMP ANESTES. EN TDP-PARTO	O29	OLIGOHIDRAMNIOS	O410
COMPLIC. ANESTESIA EN EL EMB	O31	OTRA PATOLOGIA MATERNA	O75
COMPLIC. ESPECIFICAS DEL EMB.MULTIP	O22	OTRAS COMP X TDP-PARTO	O99
COMPLIC. VENOSAS EMBARAZO	O87	OTRAS COMP X TDP-PARTO	O79
COMPLIC. VENOSAS PUERPERIO	O91	OTRAS OBSTRUCC. DEL TDP	O66
DEFUNCION MATERNA TARDIA	O900	OTROS TRANS LIG. AMNIOTICO Y MEMB	O41
DESHICENCIA DE EPISIOTOMIA	F10	OTROS TRANS LIG. AMNIOTICO Y MEMB	O60
DESHICENCIA DE SUTURA DE CESAREA	O713	PARTO PREMATURO (INCL AMENAZA)	O64
DEPENDENCIA DE DROGAS	O70	PLACENTA PREVIA	O40
DESGARRO PBST. DEL CUELLO UTERINO	O25	POLIHIDRAMNIOS	O13
DESGARRO PERINATAL EN EL PARTO	O45	PREECLAMPSIA LEVE	O13
DESNUTRICION EN EL EMBARAZO	O24	PREECLAMPSIA MODERADA	O140
DESPREH. PREMAT. DE LA PLACENTA	O660	PREECLAMPSIA SEVERA	O149
DIABETES MELITUS EN EL EMBARAZO	O15	PREECLAMPSIA, NO ESPECIFICADA	O149
DISTOCIA DE HOMBROS	O12	RADIOLOGIA ANORM EN CPN	O284
ECLAMPSIA	O11	RETEN PLACENTA.MEMB. S/HEMORRAG	P05
EDEMA Y PROTEINURIA X GESTA S/HTA	O12	RUPURA UTERO EN TDP	O711
EMBARAZO DOBLE	O300	RUPURA UTERO EN TDP	O711
EMBARAZO ECTOPICO	O00	SEPSIS PUERPERAL	O85
EMBARAZO PROLONGADO	O48	SIDA	B20
EMBARAZO TRIPLE	O381	SIFILIS COMPLICANDO EMB-PART-PER	O981
EMBOLIA OBSTETRICA	O88	SINDROME DE HELLP	O142
ENF MATER INFECC-PARAS EMB-PART-PUER	O47	SUCIDO	X68
FALSO TRABAJO DE PARTO	O61	TBC EMB-PART-PUER	O980
FRACASO DE LA INDUCCION DEL TDP	O717	TDP OBSTRUC X MAL POSIC FETAL	O64
GONORREA EMB-PART-PUER	O982	TDP OBSTRUC X PELVIS ANORMAL	O65
HEMATOMA OBST. PELVIC	O46	TDP PROLONGADO	O69
HEMORR ANTEPARTO, NO CLASIF	O721	TDP/PARTO COMPLIC X CORD UMBIL	O68
HEMORR POR ATONIA UTERINA	O720	TDP/PARTO COMPLIC X SUFROM FET	P730
HEMORR POSTPARTO. RETENC. PLACENTA	O81	TOLERANC. GLUCOSA ANORMAL	P43
HEMORR X ABORTO, ECTOPICO O MOLAR	O84	TRANSURINOS PLACENTARIOS	O341
HEPATITIS VIRAL	O284	TUMOR DEL CUERPO DEL UTERO	O341
HERPES GESTACIONAL		ULTRASONIDO ANORMAL EN CPN	O283

INDICACION PRINCIPAL POR LO QUE SE REALIZÓ LA CESÁREA

Sin Dato	RETARDO CRECIMIENTO INTRAUTERINO	DESPREND. PLACENTA NORMO INSERTA
CESÁREA ANTERIOR	PRETÉRMINO	ROTURA UTERINA
SUFRIMIENTO FETAL AGUDO	POSTÉRMINO	TOXEMIA (EPH/GESTOSIS)
DESproporción FETO-PÉLVICA	PRESENTACIÓN PODÁLICA	HERPES GENITAL
ALTERACIÓN DE LA CONTRACTILIDAD	VARIACIONES POSTERIORES	CONDILOMATOSIS GENITAL
PARTO PROLONGADO	SITUACIÓN TRANSVERSA	OTRA ENFERMEDAD MATERNA
FRACASO DE INDUCCIÓN	ROTURA PREMATURA DE MEMBRANAS	MORTINATO
DESCENSO DETENIDO DE PRESENTAC.	SOSP. O CERTEZA INFECCIÓN OVUL	AGOTAMIENTO MATERNO
EMBARAZO GEMELAR	PLACENTA PREVIA	OTRA
VIH		

MEDICACIÓN	MEDICAMENTOS	MEDICACIÓN	MEDICAMENTOS	MEDICACIÓN	MEDICAMENTOS
ANESTESIA LOCAL	BUPIVACAINA	ANTIHIPERTENSIVO	ANTAGONISTAS DEL CALCIO	SANGRE	PAQUETE GLOBLAR
ANESTESIA REGIONAL	LIDOCAINA Y SIMILARES		ATENOLOL		PLAQUETAS
	BUPIVACAINA		CAPTOPRIL		PLASMA
	LIDOCAINA Y SIMILARES		HIDRALAZINA	ANTICONSULSIVANTE	DIFENILHIDANTOINA
	LIDOCAINA-BUPIVACAINA		METILDOPA		SULFATO DE MAGNESIO
ANESTESIA GENERAL	ÉTER	ANTIBIÓTICO	NITROPRUSIATO DE SODIO	OTRA MEDICACIÓN	AMINAS SIMPATICOMIMÉTICAS
	HALOTANO		AMIKACINA		AMINOFILINA
	KETAMINA CLOR. HIDRATO		AMOXICILINA		ANTIESTRÓGENOS
	ÓZIDO NITROSO		AMPICILINA		BETA BLOQUEANTES
	TIOPENTAL SÓDICO		AMPICILINA-GENTAMICINA		BETA MIMÉTICOS
ANALGES. TRANQUIL.	ÁCIDO ACETIL SALICILICO		CEFALOSPORINAS		BLOQUEANTES MUSCULARES
	CODEINA		CEFALOSPORINAS-AMINOGLUCOC.		CARDIOTÓNICOS
	DIAZEPAM		CLORANFENICOL		CORTICOIDES
	IBUPRUFENO		ERITROMICINA		CIURÉTICOS
	METAMIZOL		GENTAMICINA		HEPARINA
	MORFINA		METRONIDAZOL		INSULINA
	PARACETAMOL		PENICILINA		PROSTAGLANDINAS
	PERIDINA (MEPERIDINA)		PENICILINA-GENTAMICINA		
OXITOCINA	OXITOCINA		PENICILINA-GENTAMICINA-CLORANFE		



“AÑO DEL BUEN SERVICIO AL CIUDADANO “



### CONSTANCIA DE VERIFICACION DE HISTORIAS CLINICAS

Por medio del presente documento se hace constar que las señoritas URSULA ROSARIO CHAYÑA CONCHA y MAYUMI OCÓN PACHECO, bachilleres de la Facultad de Enfermería de la Universidad Católica de Santa María verificaron las historias clínicas en el Mes de Junio de los recién nacidos prematuros del año 2016 en la Oficina de Estadística e Informática para fines de realización de proyecto de tesis, realizando las gestiones pertinentes con el personal que labora en dicho departamento .

Constancia que se emite en la ciudad de Arequipa, veinte cuatro de Julio del 2017

Atentamente,

GOBIERNO REGIONAL AREQUIPA  
GOBIERNO REGIONAL DE SALUD  
Hospital Regional Honorio Delgado  
Oficina de Estadística e Informática

1961  
GIANCARLO SANZ GUERRER  
Director de Estadística

OFICINA DE ESTADISTICA E INFORMATICA



*Universidad Católica de Santa María*

(51 54) 382038 Fax:(51 54) 251213 ✉ ucsm@ucsm.edu.pe 🌐 http://www.ucsm.edu.pe Apartado: 1350

AREQUIPA - PERÚ

## INFORME N° 0557 -CB- 2017

**A** : Doctora JOSEFINA SONIA NUÑEZ CHAVEZ  
DECANA DE LA FACULTAD DE ENFERMERIA

**De** : CENTRO DE INFORMACIÓN Y BIBLIOTECAS. SECCIÓN PROCESOS TÉCNICOS

**Asunto** : Evaluación de la Producción Intelectual

**Expediente** : 2017-0557

**Fecha** : 24 de julio de 2017

De acuerdo a lo dispuesto, informo a usted que la tesis:

FACTORES ASOCIADOS A PREMATUREZ NEONATAL EN EL HOSPITAL REGIONAL HONORIO DELGADO ESPINOZA DE ENERO A DICIEMBRE DEL 2016. AREQUIPA 2017

Autor(es):

**CHAYÑA CONCHA URSULA ROSARIO/OCON PACHECO MAYUMI CONCEPCION**

Ha sido sometida a la plataforma de originalidad Turnitin obteniendo **20 %** en el sumario de coincidencias en el marco teórico pero las citas y referencias, se han hecho correctamente

Es cuanto informo para conocimiento y fines consiguientes

