

UNIVERSIDAD PRIVADA SAN CARLOS
FACULTAD DE CIENCIAS
ESCUELA PROFESIONAL DE ENFERMERÍA



TESIS

**FACTORES BIOLÓGICOS Y SOCIOCULTURALES DE LA MADRE
RELACIONADAS CON LA PREMATURIDAD DEL RECIÉN NACIDO EN EL
SERVICIO DE NEONATOLOGÍA DEL HOSPITAL REGIONAL MANUEL NUÑEZ
BUTRÓN – PUNO 2020**

PRESENTADO POR:

ESTEFANY ESMERALDA LLANOS RAMOS

PARA OPTAR EL TÍTULO DE:

LICENCIADO EN ENFERMERÍA

PUNO – PERÚ

2021

UNIVERSIDAD PRIVADA SAN CARLOS

FACULTAD DE CIENCIAS

ESCUELA PROFESIONAL DE ENFERMERÍA

TESIS

FACTORES BIOLÓGICOS Y SOCIOCULTURALES DE LA MADRE
RELACIONADAS CON LA PREMATURIDAD DEL RECIÉN NACIDO EN EL
SERVICIO DE NEONATOLOGÍA DEL HOSPITAL REGIONAL MANUEL
NUÑEZ BUTRÓN – PUNO 2020

PRESENTADO POR:

ESTEFANY ESMERALDA LLANOS RAMOS

PARA OPTAR EL TÍTULO PROFESIONAL DE:

LICENCIADO EN ENFERMERÍA

APROBADA POR EL SIGUIENTE JURADO:

PRESIDENTE

: 
Mtra. MABEL MARIALICE CALSIN APAZA

PRIMER MIEMBRO

: 
M.Sc. GIOVANA FLORES ORTEGA

SEGUNDO MIEMBRO

: 
Lic. MARÍA MAGDALENA VARGAS YNOFUENTE

ASESOR DE TESIS

: 
Dra. MARÍA ANTONIETA BERNABE ORTIZ

Área: Ciencias Médicas y de Salud

Disciplina: Salud Pública y Epidemiología

Especialidad: Enfermería en Epidemiología

Puno, 19 de marzo del 2021.

DEDICATORIA

A DIOS:

Se la dedico al forjador de mi camino a Dios todo poderoso, a mi padre celestial, el que me acompaña y siempre me levanta de mi continuo tropiezo; al creador de mis padres y de las personas que más amo, con mi más sincero amor.

A MIS QUERIDOS PADRES:

A mis padres Gregorio y Juana por haberme forjado como la persona que soy en la actualidad; muchos de mis logros se los debo a ustedes; quienes día a día me incentivaron a continuar con mi carrera profesional, hasta la culminación con este trabajo de titulación. Me formaron con reglas y con algunas libertades, pero al final de cuentas, me motivaron constantemente para alcanzar mis anhelos.

A MIS HERMANOS:

Yasmani y Juanpaulo; a mi cuñada Trinidad por su gran apoyo y motivación para la culminación de mis estudios profesionales y sin dejar atrás a toda mi familia por confiar en mí, gracias por ser parte de mi vida y por permitirme ser parte de su orgullo.

Esmeralda

AGRADECIMIENTO

- Primeramente agradezco a la Universidad Privada San Carlos-Puno, por haberme aceptado ser parte de ella y abierto las puertas de su seno científico para poder estudiar mi carrera y darme la posibilidad de estudiar en sus aulas en el transcurso de mi formación.
- A la escuela profesional de enfermería y sus docentes que brindaron sus conocimientos teóricos y prácticos necesarios para desempeñarme como profesional de enfermería y su apoyo para seguir adelante día a día.
- A los miembros del jurado calificador: Mtra. Mabel Marialice Calsin Apaza, M.Sc. Giovana Flores Ortega, Lic. María Magdalena Vargas Ynofuente; por la orientación que me brindaron, sugerencias, aportes, disponibilidad y paciencia que me ofrecieron, que permitió la culminación de la presente investigación.
- Con inmensa gratitud a mi asesora Dra. María Antonieta Bernabe Ortiz por haberme brindado la oportunidad de recurrir a su capacidad y conocimiento científico, así como también haberme tenido toda la paciencia del mundo para guiarme durante todo el desarrollo de la tesis.
- Al Servicio de Neonatología del Hospital Regional Manuel Núñez Butrón – Puno. En especial a las Lic. En enfermería que laboran en este servicio; por haber aceptado que realice mi tesis en su prestigioso servicio y por haberme brindado la confianza y facilidades en el transcurso de la ejecución del presente estudio quienes me concedieron su valioso tiempo para poder llevar a cabo la investigación.

Esmeralda

ÍNDICE GENERAL

	Pág.
DEDICATORIA.....	i
AGRADECIMIENTOS.....	ii
ÍNDICE GENERAL.....	iii
ÍNDICE DE TABLAS.....	v
ÍNDICE DE FIGURAS.....	vi
INDICE DE ANEXOS.....	vii
RESUMEN.....	viii
ABSTRACT.....	ix
 INTRODUCCIÓN	 1
CAPÍTULO I	
1.1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	4
1.2. ANTECEDENTES	9
1.2.1. A NIVEL INTERNACIONAL	9
1.2.2. A NIVEL NACIONAL	10
1.2.3. A NIVEL REGIONAL	11
1.3. OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN	13
CAPÍTULO II	
2.1. MARCO TEÓRICO	14
2.1.1. FACTORES BIOLÓGICOS DE LA MADRE	14
2.1.2. FACTORES SOCIALES DE LA MADRE	24
2.1.3. FACTORES CULTURALES DE LA MADRE	32
2.1.4. RECIÉN NACIDO PREMATURO	36
2.2. MARCO CONCEPTUAL	39
2.3. HIPÓTESIS DE LA INVESTIGACIÓN	41

CAPÍTULO III	
3.1. ZONA DE ESTUDIO	42
3.2. TAMAÑO DE MUESTRA	42
3.3. MÉTODOS Y TÉCNICAS	44
3.3.1. MÉTODO	44
3.3.2. TÉCNICA E INSTRUMENTO	45
3.4. IDENTIFICACIÓN DE VARIABLES	46
3.5. MÉTODO O DISEÑO ESTADÍSTICO	50
CAPÍTULO IV	
EXPOSICION Y ANALISIS DE LOS RESULTADOS	52
CONCLUSIONES	66
RECOMENDACIONES	68
BIBLIOGRAFÍA	69
ANEXOS	78

ÍNDICE DE TABLAS

	Pág.
Tabla 01: Edad al primer nacimiento.....	25
Tabla 02: Embarazo de alto riesgo y Prematuridad	48
Tabla 03: Nivel de hemoglobina (anemia) y Prematuridad	49
Tabla 04: Ruptura Prematura de Membranas y Prematuridad	50
Tabla 05: Síndrome Hipertensivo del Embarazo y la Prematuridad	51
Tabla 06: Infección del Tracto Urinario y la Prematuridad	52
Tabla 07: Edad de la Madre y Prematuridad	54
Tabla 08: Ocupación laboral y Prematuridad	55
Tabla 09: Conformación laboral y Prematuridad	56
Tabla 10: Ingreso económico y Prematuridad	57
Tabla 11: Estado civil materna y Prematuridad	58
Tabla 12: Controles Prenatales y Prematuridad	59
Tabla 13: Grado de instrucción y Prematuridad	60

ÍNDICE DE FIGURAS

	Pág.
Figura 01: Tiempo de Cigocidad	15
Figura 02: Tipos de Embarazo	16
Figura 03: Embarazo Bicorial Biamniótico	16
Figura 04: Embarazo Monocorial Biamniótico	17
Figura 05: Embarazo Monocorial Monoamniótico.	17
Figura 06: Embarazo Triple	18

INDICE DE ANEXOS

	Pág.
Anexo 01: Consentimiento Informado.....	72
Anexo 02: Cuestionario.....	73
Anexo 03: Consentimiento de Ejecución de Estudio.....	77
Anexo 04: Matriz de Consistencia.....	78

RESUMEN

El presente estudio tiene como objetivo Determinar la relación de los Factores biológicos y Socioculturales de la Madre y la prematuridad del recién nacido en el Servicio de Neonatología del Hospital Regional Manuel Núñez Butrón – Puno 2020. El tipo de estudio es descriptivo correlacional, cuantitativo, de corte transversal porque recolectó la información a medida en un solo momento. La muestra de estudio está formada por 45 madres de recién nacidos prematuros hospitalizados en el servicio de neonatología; la técnica para la recolección de información es mediante un cuestionario que consta de 4 capítulos. El análisis estadístico es descriptivo mediante tablas de frecuencia absoluta y porcentual, la prueba de Chi cuadrado de asociación se utilizó para probar la influencia con un nivel del 95% de confianza. Las conclusiones: existe una relación significativa entre los factores biológicos y socioculturales de la madre que se relacionan con la prematuridad del recién nacido en el servicio de neonatología del Hospital Regional Manuel Nuñez Butrón – Puno 2020; entre factores biológicos de la madre como la anemia; la ruptura prematura de membranas; la Hipertensión Arterial; Infección del Tracto Urinario tienen relación con la prematuridad; mientras que en el Embarazo de Alto Riesgo no presenta relación con la prematuridad , ya que las madres presenta un embarazo normal (93.3%). Los factores sociales de la madre tiene relación con la conformación familiar; mientras que la edad de la madre, ocupación laboral e ingreso económico no presentan relación con la prematuridad del recién nacido. Los factores culturales de la madre se relacionan con la prematuridad del recién nacido fueron estado civil, controles prenatales, grado de instrucción.

Palabras claves: factores biológicos, factores socioculturales, madre, prematuridad, recién nacido, relación.

ABSTRACT

The present study aims to determine the relationship of the biological and sociocultural factors of the mother and the prematurity of the newborn in the Neonatology Service of the Manuel Núñez Butrón Regional Hospital - Puno 2020. The type of study is descriptive, correlational, quantitative, of cross section because it will collect customized information in a single moment, it also describes the biological and sociocultural factors of the mother related to the prematurity of the newborn in the neonatology service of the Manuel Núñez Butrón Regional Hospital in Puno. The study sample is made up of 45 mothers of premature newborns hospitalized in the neonatology service; the technique for collecting information is through a questionnaire consisting of 4 chapters. The statistical analysis is descriptive using absolute and percentage frequency tables, the Chi-square test of association was used to test the influence with a 95% confidence level. The conclusions: there is a significant relationship between the mother's biological and sociocultural factors that are related to the prematurity of the newborn in the neonatology service of the Manuel Núñez Butrón Regional Hospital - Puno 2020; between biological factors of the mother such as anemia; premature rupture of membranes; Arterial Hypertension; Urinary Tract Infection are related to prematurity; while in High-Risk Pregnancy there is no relationship with prematurity, since mothers have a normal pregnancy (93.3%). The mother's social factors are related to family conformation; while the mother's age, job occupation and income are not related to the prematurity of the newborn. The cultural factors of the mother are related to the prematurity of the newborn were marital status, prenatal controls, degree of education.

Keywords: biological factors, sociocultural factors, mother, prematurity, newborn, relationship.

INTRODUCCIÓN

Según la OMS, un recién nacido (RN) prematuro es un bebé nacido vivo antes de que se hayan cumplido las 37 semanas de gestación. Se estima que cada año nacen unos 15 millones de niños prematuros (antes de que se cumplan las 37 semanas de gestación) cuya cifra va en aumento. A nivel mundial, la prematuridad es la primera causa de mortalidad en los niños menores de cinco años; las tasas de supervivencia presentan notables disparidades entre los distintos países del mundo. En contextos de ingresos bajos, la mitad de los bebés nacidos a las 32 semanas (dos meses antes de llegar a término) mueren por no haber recibido cuidados sencillos y costo eficaces, como aportar al recién nacido calor suficiente, o no haber proporcionado apoyo a la lactancia materna, así como por no haberles administrado atención básica para combatir infecciones y problemas respiratorios. En los países de ingresos altos, prácticamente la totalidad de estos bebés sobrevive. El uso deficiente de la tecnología en entornos de ingresos medios está provocando una mayor carga de discapacidad entre los bebés prematuros que sobreviven al periodo prenatal.(1)

El parto prematuro (PP) es uno de los mayores desafíos clínicos actuales de la Medicina Perinatal. La mayor parte de las muertes neonatales ocurren en recién nacidos prematuros, y la prematuridad es un factor de alto riesgo de deficiencia y discapacidad; la incidencia y las consecuencias del parto prematuro (PP) son particularmente altas y duras en África y Asia, donde más de 11 millones (85%) de todos los nacimientos son prematuros. La prevalencia más alta de recién nacidos prematuros se observa en los partos múltiples, en las primíparas, en las solteras, en adolescentes, en las madres mayores de 35 años; madres que presentan anemia, ruptura prematura de membranas, síndrome hipertensivo del embarazo, infección urinaria, madres que tienen una economía baja. (2)

En el país, la incidencia de prematuros y de bajo peso al nacer tuvo, en general, una tendencia decreciente. Del grupo de neonatos que presentaron prematuridad y bajo peso al nacer, el mayor porcentaje para el período en análisis procedía de madres con edades entre 20 a 29 años de edad, con porcentajes alrededor el 45%, en madres cuyo rango de edad se encontraba entre 30 a 39 años, más del 30% tuvieron hijos prematuros o con bajo peso. Cabe resaltar que las madres cuyas edades fluctúan entre 13 a 19 años y 40 a 49 años, tuvieron un ligero incremento en el número de nacidos prematuros o con bajo peso (16,4% y 5,3% en el 2009 y 18,1% y 5,6% en el 2011, para estos grupos de edad respectivamente). En relación al nivel educativo alcanzado por las mujeres que gestaron y dieron a luz neonatos con bajo peso. Durante el 2009 al 2011 el mayor porcentaje de mujeres (más del 43%) indicaron secundaria como nivel educativo último alcanzado, seguido de las mujeres con primaria (27%) y de aquellas que señalaron tener al menos un año de educación superior (22%) en el período en mención. (3)

En el Hospital Regional Manuel Núñez Butrón Puno, hay una alta tasa incidencia de partos prematuros (según libro de ingresos y egresos) de los cuales no se ha dilucidado cuál o cuáles son los factores desencadenantes del mismo en nuestra población para así poder incidir en aquellos embarazos de alto riesgo de terminar en parto prematuro y lograr un mejor pronóstico.

La problemática descrita genera el siguiente problema de investigación: ¿Cuáles son los Factores Biológicos y Socioculturales de la Madre Relacionados con la Prematuridad del Recién Nacido en el Servicio de Neonatología del Hospital Regional Manuel Núñez Butrón de Puno - 2020?; Para dar respuesta al problema de investigación se plantea el objetivo general que es Determinar la relación de los Factores Biológicos y Socioculturales de la Madre Relacionados con la Prematuridad del Recién Nacido en el

Servicio de Neonatología del Hospital Regional Manuel Núñez Butrón de Puno – 2020; En coherencia, la hipótesis general planteada es Si existe una relación significativa entre los Factores Biológicos y Socioculturales de la Madre que se Relacionan con la Prematuridad del Recién Nacido en el Servicio de Neonatología del Hospital Regional Manuel Núñez Butrón de Puno – 2020.

Para llevar a cabo el estudio de investigación se ha estructurado en 4 capítulos: **CAPÍTULO I** en el cual se expone el problema de la investigación con sus respectivos subtítulos, las cuales son: planteamiento del problema, antecedentes y objetivos de la investigación. En el siguiente **CAPÍTULO II** se presenta al marco teórico, conceptual e hipótesis de la investigación, seguidamente se presenta al **CAPÍTULO III** que se denomina diseño metodológico de la investigación, la cual está compuesto por: Zona de estudio, Tamaño de la muestra, Métodos y técnicas, Identificación de la variable y finalmente Método o diseño estadístico. Para concluir en el **CAPÍTULO IV** se plantea la exposición y se análisis de los resultados y se muestran las conclusiones, recomendaciones.

CAPÍTULO I

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA, ANTECEDENTES Y OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN

1.1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

La Organización Mundial de la Salud (OMS) plantea que uno de cada seis niños es de bajo peso, reportándose un índice de 17,5% a nivel mundial. Esta prematuridad se asocia a niveles socioculturales, a condiciones biológicas de la madre y a diversas enfermedades que afectan a la madre y al feto. (4)

La prematuridad es un grave problema de salud pública por la gran morbilidad y mortalidad que generan a nivel mundial, aproximadamente uno de cada diez neonatos nacen prematuros, dentro de ello están involucrados los determinantes biológicos, sociales; los que son responsabilidad del sector salud y los que son responsabilidad del estado, como son los determinantes políticos, ambientales, sociales y económicos. Es por ello que la prevención y el tratamiento de la prematuridad debe ser una política pública obligada para todas las naciones, e involucra a muchos actores. Las estrategias empleadas para prevenir y tratar al parto prematuro son amplias y van desde los cuidados preconceptionales, hasta la atención del parto y del neonato en el periodo postnatal. (5)

Se halló en un estudio de investigación; que en el recién nacido prematuro existen reportes internacionales que concuerda en que los problemas comienzan en el útero a causa de la desnutrición, con una reducción del crecimiento intrauterino y bajo peso al nacer, que junto a la prematuridad, serán las condiciones precisas en la mayor morbilidad y mortalidad de estos en relación a la población en general. (6)

Estudios realizados en México llegan a la conclusión que el parto prematuro es ocasionado por: parto prematuro previo, sangrado vaginal persistente en inicio del embarazo, embarazo múltiple, ruptura prematura de membranas, polihidramnios, incompetencia cervical, enfermedad cardíaca y anemia materna. La ruptura prematura de membranas es quizá la enfermedad que más se asocia con el parto prematuro y con complicaciones neonatales, sobre todo cuando hay complicaciones infecciosas que desencadenan en corioamnionitis y septicemia neonatal. La infección. Casi siempre corioamnionitis, es un componente importante en muchos casos de parto prematuro. (7)

Teniendo en cuenta que la prematuridad tiene una causalidad múltiple, accidental e impredecible, pero estrechamente relacionada con condiciones desfavorables, tabaquismo, trabajo extenuante, condición madre trabajadora, y algunas afecciones uterinas entre otras. Como también hay condiciones políticas, sociales, y culturales relacionadas con la gestante, las de mayor peso son: ingreso familiar insuficiente, escolaridad baja, inoportunidad en la atención médica y escasa o nula educación para la salud. (8)

Según estudios realizados en Tacna, se encontró factores de riesgos biológicos; se encontró a una madre adolescente, desnutrida, analfabeta, soltera y estudiante. Desde el punto de vista obstétrico, es una madre primípara. Se encontró que durante la evolución

del embarazo las madres tienen ausencia o control prenatal inadecuado, enfermedad hipertensiva del embarazo, rotura prematura de membranas, hemorragia de la primera y segunda mitad del embarazo y tuberculosis materna. (9)

Así mismo, se deben conocer las principales causas de un parto prematuro, tales como los obstáculos, mitos, creencias y la falta de información entre las madres que no comprenden plenamente la importancia de tener un control pre natal. La salud de la población peruana es un reflejo de su realidad social, la mayor o menor probabilidad de muerte y enfermedad está en función de factores socioculturales como el conocimiento sobre temas de salud, estrato social, y el nivel educativo, edad en que se encuentren las personas. La causa más poderosa reside en las condiciones sociales en las que viven, trabajan, el estado civil de las personas, conocida como factores sociales determinantes de la salud. (10)

De igual modo en la región de Puno se encontró factores de riesgo Biológicos como la ganancia de peso inadecuado durante la gestación se halla en un 5.03%, la enfermedad hipertensiva del embarazo durante la gestación se halla en un 4.01%, la anemia durante la gestación se halla en un 3.25%, La infección de tracto urinario durante la gestación se halla en un 1.42% en relación al bajo peso al nacer y la prematuridad; en factores sociales se encontró la madre adolescente durante la gestación se halla en un 3.94% en relación al bajo peso al nacer y la prematuridad; y en factores culturales se encontró que el bajo índice de masa corporal durante la gestación se halla en un 1.43%, el bajo grado de instrucción se halla en un 2.96%, el bajo ingreso familiar se halla en un 1.87%, de igual modo el deficiente control prenatal durante la gestación se halla en un 6.7% en relación al bajo peso al nacer y la prematuridad. (11)

En el servicio de Neonatología según el estudio de investigación la estadística sobre morbilidad y mortalidad, en el Hospital Manuel Núñez Butrón en el año 2011, se registraron 200 recién nacidos prematuros, con un peso de 500 gr. a 2499 gr.; en el año 2012 esta cifra se incrementa a 212 prematuros, y en el año 2014 esta cifra aumenta en función al año anterior, porque se registró 215 recién nacidos de los cuales 69.3% (147) corresponden a prematuros con 2000 gr a 2499 gr.; actualmente estas cifras se incrementan provocando un índice alto en la morbi - mortalidad de los recién nacidos prematuros.(12)

PREGUNTA GENERAL

- ¿Cuáles son los Factores Biológicos y Socioculturales de la Madre relacionados con la Prematuridad del Recién Nacido en el Servicio de Neonatología del Hospital Regional Manuel Núñez Butrón – Puno 2020?

PREGUNTAS ESPECÍFICAS

- ¿Qué relación existe entre los Factores Biológicos de la Madre con la Prematuridad del Recién Nacido en el Servicio de Neonatología del Hospital Regional Manuel Núñez Butrón – Puno 2020?
- ¿Cuál es la relación entre los Factores Sociales de la Madre y la Prematuridad del Recién Nacido en el Servicio de Neonatología del Hospital Regional Manuel Núñez Butrón – Puno 2020?
- ¿Cuál es la relación entre los Factores Culturales de la Madre y la Prematuridad del Recién Nacido en el Servicio de Neonatología del Hospital Regional Manuel Núñez Butrón – Puno 2020?

1.2. ANTECEDENTES

1.2.1. A NIVEL INTERNACIONAL

Un estudio realizado en España por Rizo llega a la conclusión de que existe mayor riesgo en los recién nacidos varones de ser pre-término que viene expresado por la odds ratio de 1,20 (1,00-1,44) de ser RNMP y de 1,11 (0,97-1,27) de ser RNPT frente a las mujeres. Esta predisposición se invierte al emplear criterios de bajo peso para determinar la prematuridad, siendo en mayor frecuencia el peso de los niños varones. Las madres adolescentes tienen un riesgo mayor (OR 2,7) de tener un recién nacido de muy bajo peso (<1.500 g). Las madres de edad superior a 40 años aumentan el riesgo de prematuridad para muy prematuros (OR 1,9) y prematuro (OR 1,7) en relación a las edades de 35 a 40 años. (13)

Asimismo Aguilar informa que las principales características socioculturales y biológicas que constituyen un factor de riesgo del parto prematuro son la edad menor a 20 años y mayor a 35 años, el estado civil soltera, no tener ninguna escolaridad o solo tener estudios de educación primaria; las características biológicas médicas que se relacionaron como factor de riesgo para parto prematuro son la anemia y la infección de vías urinarias.(14)

Según Martínez en Nicaragua las características sociales de las madres adolescentes relacionadas a la prematuridad neonatal fueron entre las edades de dieciséis y diecisiete años, con una educación primaria y su estado civil de unión libre; las madres de estos neonatos prematuros presentaron ITU (infección del tracto urinario) durante el segundo y tercer trimestre de embarazo seguido de RPM (ruptura prematura de membranas) y

sangrado en el tercer trimestre, una cuarta parte de las mujeres en estudio presentó hipertensión gestacional, la mayoría se realizó de tres a cuatro CPN y la mayoría no planeó el embarazo actual. En relación a los neonatos, se encontró que la mayor frecuencia se dio con un peso al nacer de 1001 a 2000 gramos, con edad gestacional de 35 a 36 semanas. (15)

1.2.2. A NIVEL NACIONAL

Según una investigación por Oliveros en el Perú llega a la conclusión que la edad materna, el intervalo corto entre partos, estrés, infección urinaria, infección intrauterina, enfermedad hipertensiva del embarazo, rotura de membranas, embarazo gemelar y embarazo en la adolescente; son factores que terminan en un parto prematuro. (16)

Según estudios realizados en Lima se llega a la conclusión que los factores de riesgo para presentar prematuridad son el no tener ningún control prenatal, tener un control prenatal insuficiente, la pre eclampsia y el antecedente de parto prematuro; abortos previos ($p= 0,04$), control prenatal insuficiente (<6 controles) o nulo (ningún control) ($p <0,001$), antecedente de parto pretérmino ($p <0,001$), preeclampsia ($p <0,001$) y hemorragia ($p= 0,004$). Para el resto de factores estudiados (edad, paridad, embarazo gemelar actual, anemia, ITU, RPM, oligohidramnios y tabaquismo), no se encontraron diferencias significativas entre ambos grupos. (17)

Por lo tanto Ticona en Tacna averigua que los recién nacidos prematuros tardíos presentan mayor morbilidad y riesgo de mortalidad que los nacidos a término. Específicamente, ha habido un marcado aumento en el número de inducciones de trabajo de parto y por cesárea en la gestación de 34 a 36 semanas, que ha influido en el alza de la tasa de nacimiento prematuro tardío. (18)

El presente trabajo de investigación tiene como finalidad de estudiar los factores de riesgo asociados a parto prematuro que de 114 gestantes con parto pretérmino, la incidencia fue 8%; se presentó el 72.8% con edad gestacional entre 32-<37 semanas, el 58,8% con edad de 20 a 34 años, 65,8% con educación secundaria, 62,3% conviviente, 51,8% sin controles adecuados, 41,2% multigesta, 4,4% embarazo múltiple, 5,3% enfermedad hipertensiva, 36,0% con infección del tracto urinario, 77,2% con amenaza de parto pretérmino, 2,6% con desprendimiento prematuro de placenta, 32,5% con anemia, y 19,3% con ruptura prematura de membrana. Los factores de riesgo asociados, estadísticamente significativos para parto pretérmino fueron número de controles prenatales ($p<0.05$) y amenaza de parto pretérmino ($p<0.05$). (19)

1.2.3. A NIVEL REGIONAL

Luego Quispe en Juliaca llevó a cabo una investigación donde llega a la conclusión de descubrir los factores de riesgo asociados a la prematuridad; como resultado se detectó no tener control prenatal (OR de 10.13, I.C. del 95% entre 2.15 y 65.61 y valor de p 0.0002); tener control prenatal en número menor de 6 (OR de 11.03, I.C. del 95% entre 5.24 y 23.04 y valor de p de 0.0000001); grado de instrucción de la madre primaria (OR de 2.58, I.C. del 95% entre 1.11 y 6.07 y valor de p de 0.01); ocupación de la madre comerciante (OR de 6.68, I.C. del 95% entre 1.75 y 26.0 y valor de p de 0.006); infección del tracto urinario, (OR de 4.18, I.C. del 95% entre 2.19 y 8.0 y valor de p de 0.000002); ruptura prematura de membranas (OR de 2.9, I.C. del 95% entre 1.13 y 7.66 y valor de p de 0.01). Se observó como factores protectores asociados, control prenatal (OR de 0.1, I.C. del 95% entre 0.02 y 0.47 y valor de p de 0.0002). (20)

Según estudios realizados por Cruz llega a la conclusión de que los factores de riesgo maternos asociados en el bajo peso y prematuridad del recién nacido fueron: Madre adolescente (OR:3.94), bajo peso materno(OR:0.99), deficiente ganancia de peso durante el embarazo (OR: 5.03), el bajo ingreso familiar (OR: 1.87),bajo IMC (OR: 1.43), deficiente número de controles prenatales (OR: 6.7), anemia materna durante el embarazo (OR: 3.25) y la HPA durante el embarazo (OR: 4.01) se consideran como factores de Riesgo. (11)

Por lo tanto en este estudio llegaron a la conclusión que la edad, estado civil, ocupación influye con el parto prematuro; en mujeres gestantes se presentó una frecuencia alta en edades de 25 a 34 años el cual representa un 39.2% de casos, en estado civil conviviente con el 72.0% de casos y en ocupación con más frecuencia es de ama de casa en la cual representa 68.0% de casos, en alimentación baja en la cual representa un 53.6% de casos, en paridad gran multíparas en la cual representa 40.8% de casos, en infecciones de tracto urinario en la cual representa 70.4% de casos, la ruptura prematura de membranas en la cual representa 34.4% de casos; Parto prematuro leve (32 a 36 semanas) con un 72%, parto prematuro moderada (28 a 31 semanas) con un 19.2% y parto prematuro extremo (20 a 27 semanas) con el 8.8%. (21)

1.3. OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN

OBJETIVO GENERAL

- Determinar la relación de los Factores biológicos y Socioculturales de la Madre y la prematuridad del recién nacido en el Servicio de Neonatología del Hospital Regional Manuel Núñez Butrón – Puno 2020.

OBJETIVO ESPECÍFICOS

- Relacionar los Factores Biológicos de la Madre como: (Embarazo de Alto Riesgo, Anemia, Ruptura Prematura de Membranas, Síndrome Hipertensivo del Embarazo, Infección del Tracto Urinario) con la prematuridad del Recién Nacido en el Servicio de Neonatología del Hospital Regional Manuel Núñez Butrón – Puno 2020.
- Relacionar los Factores Sociales de la Madre como: (Edad, Madre Adolescente, Ocupación, Conformación Familiar, Ingreso Económico) con la prematuridad del Recién Nacido en el Servicio de Neonatología del Hospital Regional Manuel Núñez Butrón – Puno 2020.
- Relacionar los Factores Culturales de la Madre como: (Estado Civil, Controles Pre Natales, Grado de instrucción) con la prematuridad del Recién Nacido en el Servicio de Neonatología del Hospital Regional Manuel Núñez Butrón – Puno 2020.

CAPÍTULO II

MARCO TEÓRICO, CONCEPTUAL E HIPÓTESIS DE LA INVESTIGACIÓN

2.1. MARCO TEÓRICO

2.1.1. FACTORES BIOLÓGICOS DE LA MADRE

EMBARAZO DE ALTO RIESGO

El embarazo gemelar es la gestación simultánea de dos fetos en la cavidad uterina, puede ser dicigótico cuando dos óvulos independientes son fecundados por dos espermios distintos, estos constituyen el 66 % de los embarazos gemelares, lo cual puede ser modificado por factores maternos y externos. Se denomina gestación monocigótica cuando el óvulo es fecundado por un espermatozoide y se divide posteriormente, este tipo constituye el 33 % de los embarazos gemelares. En el ser humano, tanto el embarazo gemelar como el embarazo múltiple, son considerados embarazos de alto riesgo obstétrico debido a su alta tasa de morbilidad perinatal.

(22)

Las gestaciones múltiples se hallan en mayor riesgo de adquirir complicaciones, hospitalizaciones prenatales y resultados desfavorables. En comparación con un embarazo único, los embarazos gemelares tienen un nivel alto de riesgo de ser pretérmino y mucho mayor riesgo de ser extremadamente pretérmino. Los productos gemelares tienen mayor riesgo de presentar bajo peso al nacer y presentar muy bajo peso al nacer. (23)

El mayor riesgo de los embarazos múltiples es el parto prematuro; El crecimiento de los gemelos entre el primer y segundo trimestre es similar al de los embarazos únicos; sin embargo, se ha descrito una disminución del crecimiento a partir de la semana 30 de gestación, con una proporción de bajo peso (< 2,500 g) y de muy bajo peso (< 1,500 g) entre los productos de este tipo de gestaciones del 50% y 10%, respectivamente. Entre gemelos es común la restricción en el crecimiento intrauterino (RCIU); ésta se asocia con un mal pronóstico perinatal. Los gemelos monocoriónicos se han asociado con múltiples complicaciones y secuelas neurológicas. (24)

Cigocidad:

Monocigotos: 30%

1 óvulo + 1 espermio (genotipo idéntico)

Dicigotos: 70%

2 óvulos + 2 espermios. (25)

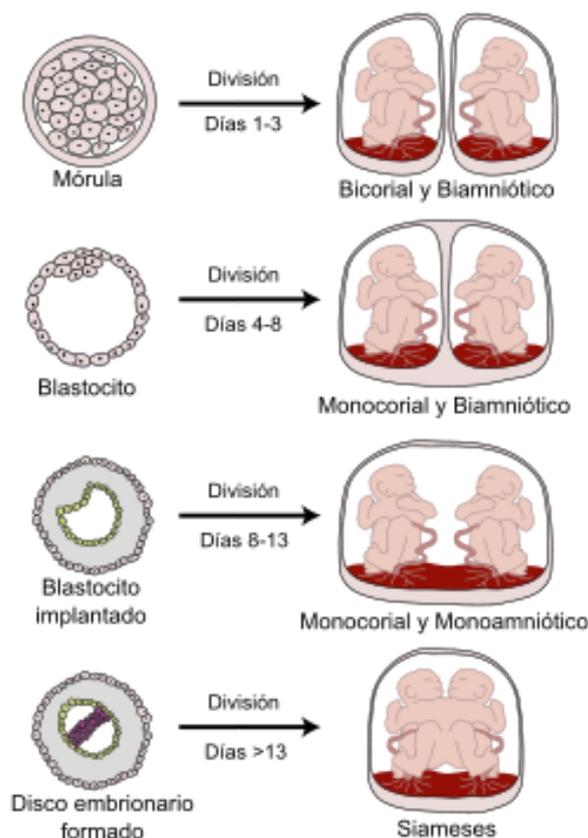


FIGURA N° 1: TIEMPO DE CIGOCIDAD

Tipos de embarazo gemelar

El embarazo procede de la fecundación y la división de un solo óvulo. Los gemelos son idénticos genética y físicamente. Dependiendo del momento de la división del cigoto, tendremos cuatro diferentes tipos de gestación:

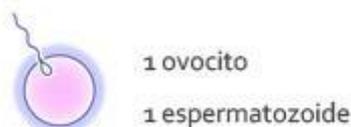


FIGURA N° 2: TIPOS DE EMBARAZO

- **Embarazo Bicorial Biamniótico**: Cada uno de los fetos tienen su placenta y su bolsa. La división tiene lugar antes del tercer día tras la fecundación, en la fase preimplantatoria de la mórula, por lo que cada embrión tienen sus propios amnios (líquido), su saco coriónico y su placenta individual. Por lo tanto, con esta definición queda aclarado un error muy habitual: se cree que los fetos están en distintas bolsas y con diferentes placentas son mellizos, y no siempre es el caso, según estamos viendo. Los casos de gestación gemelar bicorial biamniótica proveniente de un mismo cigoto van a ser hermanos idénticos genética y físicamente y lo que popularmente se conocen como gemelos.

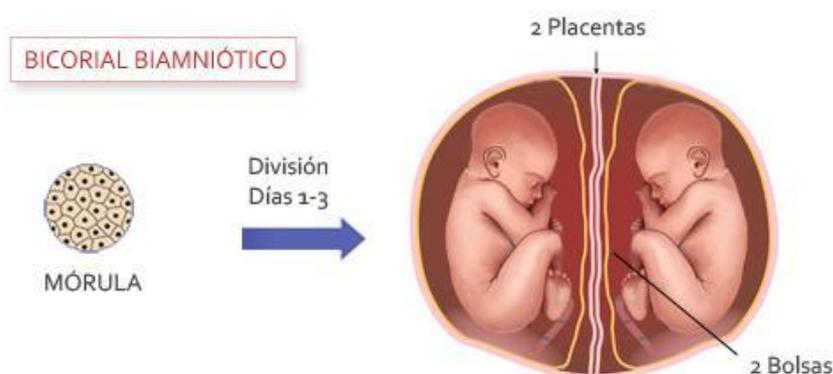


FIGURA N° 3: EMBARAZO BICORIAL BIAMNIÓTICO

Embarazo Monocorial Biamniótico: Cada embrión tiene su correspondiente bolsa pero comparten la misma placenta. La división tiene lugar entre los días cuarto y octavo tras la fecundación, en la fase de blastocisto temprano. Ambos embriones tienen saco coriónico y placenta iguales pero distintos amnios (dos bolsas amnióticas diferentes).



FIGURA N° 4: EMBARAZO MONOCORIAL BIAMNIÓTICO

Embarazo Monocorial y Monoamniótico: Embarazo Monocorial y Monoamniótico: Uno y otro feto comparten placenta y bolsa. La división del cigoto se hace entre los días 8 y 13 tras la fecundación. Los dos embriones comparten saco coriónico, placenta y bolsa.



FIGURA N° 5: EMBARAZO MONOCORIAL Y MONOAMNIÓTICO

Complicaciones de los gemelos monocoriales

- Los gemelos monocoriales (comparten placenta) tienen una alta exposición a alteraciones neurológicas, crecimiento intrauterino retardado, gemelos discordantes y muerte de un gemelo intraútero. La gran parte de las muertes intraútero de alguno de los gemelos se produce antes de las 24 semanas; este porcentaje se localiza entre 6-13%. Estas complicaciones son causadas en parte por la expansión vascular (también llamadas anastomosis) que existen en la placenta compartida. (26)
- **Embarazo Triple:** Existe tres placentas y tres amnios, se define como tricorial triamniótico. Si hay dos placentas y tres amnios, se define como un bicorial triamniótico, lo que implica que un par es monocorial. Si hay dos placentas y dos saco amnióticos, se precisa como un embarazo triple bicorial biamniótico lo que se supone que un par es monocorial monoamniótico. (27)

tricorial triamniótico: tres óvulos han sido fecundados por tres espermatozoides, llamados trillizos trizigóticos; cada feto tendrá su propio corión, su propio amnios y su propia placenta. DIBUJO A

triple monocorial triamniótico: De un óvulo fecundado surgen 3 fetos, un corion y 3 amnios. (28) DIBUJO B

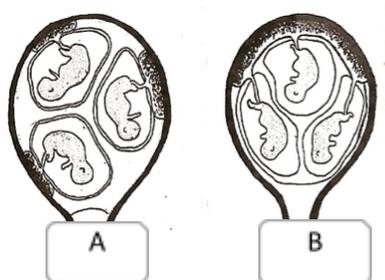


FIGURA N° 6: EMBARAZO TRIPLE

- **Embarazo Normal:** existe solo un feto, es cuando un espermatozoide fecunda un solo óvulo.

ANEMIA EN LA GESTANTE

La anemia comporta la reducción de la masa de glóbulos rojos (GR), de la concentración de hemoglobina (Hb) o del hematocrito (Ht). Los valores hematológicos normales varían en función de la edad gestacional y de la edad cronológica. La anemia tiene su origen en pérdidas sanguíneas, procesos destructivos de los GR o falta de producción. (29)

La anemia durante la gestación tiene muchas consecuencias negativas, tal como se demostró en un Hospital Universitario de México, en donde se encontró anemia en 35% de las pacientes, mayormente ferropénicas (94,2%); con una incidencia significativamente mayor de amenaza de aborto, infección urinaria, parto prematuro, ruptura prematura de membranas, estado hipertensivo del embarazo, oligohidramnios, hemorragia obstétrica, hemotransfusión, infección de herida, recién nacidos de bajo peso y menores de 37 semanas, así como mayor número de ingresos a las unidades de cuidados intensivos e intermedios. Por otro lado, en el grupo de mujeres que no recibió hierro, se presentó 38,2% de anemia, hecho que estaría indicando un deficiente seguimiento en el cuidado prenatal. (30)

La anemia suele ser más frecuente entre las mujeres que comienzan la gestación con peso bajo para la talla, cuyas reservas suelen estar exhaustas, entre las que tienen poca ganancia de peso durante el embarazo, y entre las adolescentes. La calidad nutricional de la dieta afecta el curso y el resultado del embarazo. Es un hecho bien conocido el aumento de las necesidades energéticas, proteicas, de vitaminas y minerales durante la gestación para satisfacer las demandas tanto de la madre como el feto (31)

En el Perú, el 19% de las mujeres entre 12 y 49 años padece de anemia durante el embarazo, las necesidades de hierro se incrementan hasta tres veces a consecuencia de las pérdidas basales, del aumento de masa de glóbulos rojos y del crecimiento del feto, la placenta y tejidos maternos asociados; la concentración de hemoglobina (Hb) varía con la altitud, por ello, la Organización Mundial de la Salud (OMS) recomienda establecer como anemia durante la gestación valores menores a 11g/dL. (32)

Según Norma Técnica en el Perú tenemos los valores normales de concentración de hemoglobina y niveles de anemia en Niños, Adolescentes, **Mujeres Gestantes** y Puérperas (hasta 1,000 msnm). (33)

CUADRO N° 1: VALORES NORMALES DE CONCENTRACIÓN SE HEMOGLOBINA

Población	Con Anemia Según niveles de hemoglobina (g/dL)			Sin anemia según niveles de Hemoglobina
	Severa	Moderada	Leve	
Niños				
Niños Prematuros				
1ª semana de vida	≤ 13.0			>13.0
2ª a 4ta semana de vida	≤ 10.0			>10.0
5ª a 8va semana de vida	≤ 8.0			>8.0
Niños Nacidos a Término				
Menor de 2 meses	< 13.5			13.5-18.5
Niños de 2 a 6 meses cumplidos	< 9.5			9.5-13.5
	Severa	Moderada	Leve	
Niños de 6 meses a 5 años cumplidos	< 7.0	7.0 - 9.9	10.0 - 10.9	≥ 11.0
Niños de 5 a 11 años de edad	< 8.0	8.0 - 10.9	11.0 - 11.4	≥ 11.5
Adolescentes				
Adolescentes Varones y Mujeres de 12 - 14 años de edad	< 8.0	8.0 - 10.9	11.0 - 11.9	≥ 12.0
Varones de 15 años a más	< 8.0	8.0 - 10.9	11.0 - 12.9	≥ 13.0
Mujeres NO Gestantes de 15 años a más	< 8.0	8.0 - 10.9	11.0 - 11.9	≥ 12.0
Mujeres Gestantes y Puérperas				
Mujer Gestante de 15 años a más (*)	< 7.0	7.0 - 9.9	10.0 - 10.9	≥ 11.0
Mujer Puérpera	< 8.0	8.0 - 10.9	11.0 - 11.9	≥ 12.0

FUENTE: NORMA TÉCNICA – MANEJO TERAPÉUTICO Y PREVENTIVO DE LA ANEMIA.

RUPTURA PREMATURA DE MEMBRANAS (RPM)

La ruptura prematura de las membranas coriónicas (RPM) es una complicación obstétrica frecuente, que ocurre de hecho en un poco más del 10 por ciento de todos los embarazos y que es el antecedente previo de partos pretérmino, por lo menos en una de cada tres gestantes; asimismo, una de cada cinco RPM ocurre antes de las 37 semanas de gestación. La RPM es definida como el fenómeno que se produce antes del establecimiento de las contracciones uterinas regulares en frecuencia e intensidad. Este evento es tan común en ginecología, que llama la atención la gran divergencia de opiniones que existe para su abordaje en relación con los riesgos maternos, riesgos para el feto y recién nacido, así como en el diagnóstico, profilaxis o tratamiento de las complicaciones perinatales. (34)

La ruptura de las membranas fetales durante el trabajo de parto, se ha atribuido a una debilidad generalizada de estas debido a las contracciones uterinas y al estiramiento repetido. Se ha encontrado disminución de la fuerza tensil de las membranas luego del trabajo de parto, comparado con aquellas en las que se termina el embarazo por cesárea. En la RPM ha sido más difícil establecer debilidad en las membranas fetales cuando esto ocurre, al compararlas con membranas que fueron rotas artificialmente durante el trabajo de parto. Se ha identificado un área cercana al lugar de ruptura y se ha descrito como “zona de morfología alterada”. (35)

RPM Término: 37 semanas

RPM Pretérmino tardío: 34 – 36 semanas.

RPM Pretérmino: 24 – 33 semanas.

RPM Prematuro antes o en el límite de la Viabilidad: < 24 semanas. (36)

SÍNDROME HIPERTENSIVO DEL EMBARAZO (HTA)

Los trastornos o alteraciones hipertensivas del embarazo son un grupo de complicaciones asociadas con la gestación y se dividen en cuatro subgrupos, según sus características particulares. La preeclampsia y eclampsia se observan con una frecuencia de entre 2 a 10% de todos los embarazos. Además, es una de las tres principales causas de muerte materna en todo el mundo, y la segunda en Latinoamérica. La preeclampsia y eclampsia afectan a la madre y a su hijo, de hecho la preeclampsia es una de las principales causas de prematuridad y mortalidad neonatal. El síndrome HELLP es una complicación de los trastornos hipertensivos del embarazo, principalmente observado en pacientes con preeclampsia severa y eclampsia; sin embargo, puede diagnosticarse en pacientes con preeclampsia agregada y en mujeres con hipertensión gestacional (preeclampsia sin proteinuria). (37)

CUADRO N° 2: VALORES NORMALES DE LA PRESIÓN ARTERIAL

Presión Arterial	Presión Sistólica	Presión diastólica	
P/A bajo	110	70	mmhg
P/A Normal	120-130	80-85	mmhg
P/A leve	140-159	90-99	mmhg
P/A Moderado	160-179	110 – 119	mmhg
P/A Severo	> 180	> 120	mmhg

(38) **FUENTE: MINISTERIO DE SALUD DEL PERÚ**

INFECCIÓN DEL TRACTO URINARIO (ITU)

La infección del tracto urinario consiste en la colonización y multiplicación microbiana, habitualmente bacteriana, a lo largo del trayecto del tracto urinario. Se denomina pielonefritis si afecta al riñón y a la pelvis renal; cistitis si implica a la vejiga; uretritis si afecta a la uretra, y prostatitis si se localiza en la próstata. Son más frecuentes en el sexo femenino: hasta un 50% de las mujeres pueden presentar una infección del tracto urinario a lo largo de su vida, relacionado con la actividad sexual, los embarazos y la edad. (39)

La infección del tracto urinario (ITU) es considerada como la existencia de microorganismos patógenos en el tracto urinario con o sin presencia de síntomas. El comienzo bacteriano de la ITU es el más recurrente entre el (80%-90%); en este caso, la definición exacta exige no solo la presencia de gérmenes en las vías urinarias, sino también su cuantificación en al menos 10⁵ unidades formadoras de colonias (UFC)/ mL de orina. (40)

- ❖ Hemograma normal: 6.000 y 10.000 ul.
- ❖ Leucocitosis alto: ≥ 10.000 ul.
- ❖ Leucopenia: ≤ 6.000 ul.

2.1.2. FACTORES SOCIALES DE LA MADRE

EDAD DE LA MADRE

La adolescente no está preparada ni física ni mentalmente para tener un recién nacido y asumir la responsabilidad de la maternidad. Las adolescentes que quedan embarazadas se expone a casos como: Cuadros de mala nutrición, con carencia de nutrientes esenciales para el buen desarrollo del recién nacido, un mayor número de abortos espontáneos, Partos prematuros, sus recién nacidos presentan bajo peso ya que la inmadurez de su cuerpo hace que su útero no se desarrolle completamente, en los casos de embarazos de niñas de menos de 15 años, el recién nacido tiene más posibilidades de nacer con malformaciones. (41)

Los expertos consideran que no es la edad más idónea desde un punto de vista fisiológico. La mejor edad para ser madre (en términos biológicos) son los 25 años. Las condiciones físicas no son las mismas a los 20 que a los 40 años, está claro. A los 25 años, o extendiendo el margen, entre los 20 y los 30 años se dan en la mujer las condiciones más favorables para concebir, engendrar y parir un hijo. Los óvulos, al igual que el resto de células del cuerpo, también envejecen, haciendo que las probabilidades de quedarse embarazada vayan disminuyendo con la edad. Una mujer de unos 20 años que esté tratando de quedarse embarazada en sus días fértiles tiene un 25% de probabilidades de conseguirlo, a partir de los 30 años tiene un 15%, a partir de los 35 descienden las posibilidades a un 8%, mientras que a partir de los 38 años, sólo hay un 3% de chance. Aparte de la dificultad para concebir, los años también pesan en el embarazo. Después de los 35 años, hay mayores riesgos en el embarazo y el parto. Aumentan las probabilidades de complicaciones durante la gestación, de riesgo de aborto y de anomalías cromosómicas en el bebé. (42)

Según la INEI en el Perú hay madres (de 12 y más años de edad) totalizan 8 millones 612 mil.

TABLA N° 1: EDAD AL PRIMER NACIMIENTO

Porcentaje de mujeres de 15-49 años que ha tenido hijos, por edad exacta y mediana de edad al primer nacimiento, según edad actual, Perú 2007-2008.

Edad actual	Porcentaje de mujeres que dio a luz antes de cumplir					Porcentaje que nunca ha tenido hijos	Número de mujeres	Edad mediana al primer nacimiento
	15 años	18 años	20 años	22 años	25 años			
Edad								
15-19	0,7	na	na	na	na	89,4	4 209	na
20-24	1,4	14,5	29,4	na	na	54,0	3 539	na
25-29	1,5	16,9	32,8	48,0	62,8	29,2	3 505	22,3
30-34	1,0	15,2	33,5	49,5	65,3	14,8	3 279	22,1
35-39	1,4	15,5	35,4	53,6	70,5	10,3	2 977	21,6
40-44	1,4	15,2	33,5	50,5	68,3	7,2	2 932	21,9
45-49	1,9	16,3	33,2	51,3	68,8	5,4	2 598	21,8
20-49	1,4	15,6	32,8	a	a	21,7	18 831	a
25-49	1,4	15,8	33,7	50,4	66,9	14,2	15 291	21,9

na = No aplicable.

a = Se omite porque menos del 50 por ciento de las mujeres han tenido un nacimiento antes del comienzo del grupo de edad.

(43) FUENTE: INSTITUTO NACIONAL DE ESTADÍSTICA E INFORMÁTICA

Madre Adolescente

En los últimos años ha ocurrido un incremento y una mayor precocidad del inicio de la actividad sexual juvenil, provocando un aumento de la incidencia del embarazo adolescente, considerado actualmente un serio problema médico social. Su prevalencia varía a nivel mundial y nacional. Dentro de los factores de riesgo descritos los más importantes son los individuales, asociándose a resultados gineco obstétricos y psicosociales adversos. Dentro de los primeros se encuentran retraso del crecimiento intrauterino, anemia, infección del tracto urinario, parto prematuro y complicaciones del parto. (44)

La atención obstétrica a la embarazada adolescente más que un problema particular de la adolescente lo es de toda la familia. Por lo general acarrea serios problemas de índole biológica, psicológica y social en la adolescente embarazada. De tal modo los cuidados prenatales están determinados por factores como: el estado biológico de la adolescente en el momento que comienza el embarazo haciendo énfasis en el estado nutricional, mayor riesgo de anemia, toxemia, diabetes parto distócico, hemorragias, recién nacido bajo peso, y enfermedades genéticas sin dejar de mencionar las alteraciones psicosociales y crisis familiares no transitorias por desorganización. (45)

Los adolescentes residentes en el Perú cuyas edades están comprendidas entre los 12 y 17 años, 11 meses y 29 días, en el marco del Modelo de Atención Integral de Salud basado en la Familia y Comunidad. (46)

OCUPACIÓN LABORAL

El embarazo es un aspecto de la vida cotidiana y es necesario que sea una etapa de salud y vitalidad. La mayoría de las mujeres pueden trabajar durante el embarazo y se incorporan de nuevo a sus puestos de trabajo luego del periodo de lactancia; lo necesario de estar actualizado y tomar en consideración en el momento no solo de la captación del embarazo, sino, de forma preventiva como riesgos preconcepcionales aquellos riesgos laborales del ambiente físico y psicológico del trabajo. La elevación de la temperatura corporal de las embarazadas en 1,5 °C sobre su temperatura regular, supone un riesgo importante para el desarrollo embrionario y fetal. Las embarazadas presentan una tolerancia menor al calor y son más propensas a los desmayos o al estrés debido al calor. Los problemas vasculares pueden reducir el aporte de oxígeno al feto pudiendo causar daños congénitos e incluso la muerte. (47)

- Ama de Casa
- Comerciante
- Profesional
- Estudiante. (48)

CONFORMACIÓN FAMILIAR

El funcionamiento familiar se refiere al conjunto de relaciones interpersonales que se dan en cada familia, lo que les proporciona identidad propia. Es el proceso para llegar a la salud familiar a través de las metas: espiritualidad, estabilidad, crecimiento, control familiar, y las dimensiones: coherencia, individuación, mantenimiento y cambio del sistema familiar. Estudios realizados en el ámbito nacional e internacional demuestran la importancia de la funcionalidad familiar en las familias con adolescentes gestantes y con adolescentes no gestantes y la manera como los problemas de estas familias pueden llevar a disfuncionalidad, caracterizada por el incumplimiento de las funciones básicas familiares, que pueden repercutir en la salud familiar; entre estos estudios se encuentran los aspectos psicosociales del embarazo en la adolescencia, que revela un incremento de las familias moderadamente disfuncionales, ausencia de la figura paterna, pobre comunicación entre padres e hijos, e inestabilidad emocional en la adolescente gestante.

(49)

CUADRO N° 3: TIPOS DE FAMILIA

Tipo de familia	Clasificación	Contenido	Sub -desagregación
Hogar nuclear	Nuclear	sin Jefe(a) y cónyuge, sin hijos (pareja u o biparental) y sin otras personas no familiares	
Según el sexo del jefe de hogar y la presencia de cónyuge, se pueden distinguir:	Nuclear con hijos (pareja u o biparental)	Jefe(a), cónyuge con hijos, sin otros familiares y sin otros no familiares	
	Nuclear monoparental	Jefe(a) sin cónyuge, con hijos, sin otros familiares y sin no familiares	
	Extendido sin hijos	Nuclear (pareja u o biparental) sin hijos, con otros familiares, sin familiares.	
Hogar extendido	Extendido con hijos	Nuclear (pareja u o biparental) con hijos, con otros familiares, sin familiares.	

		Nuclear monoparental (jefe/a sin pareja con hijo), con otros familiares, sin familiares.	
		Hogares nucleares, con otros no familiares.	Nuclear sin hijos (pareja o biparental): Jefe(a) y cónyuge, sin hijos, con otros no familiares y sin otros no familiares.
	Compuesto nuclear		Nuclear con hijos (pareja o biparental): Jefe(a), cónyuge con hijos, con otros no familiares, sin otros familiares.
			Nuclear monoparental: Jefe(a) sin cónyuge, con hijos, con otros no familiares, sin otros familiares.
Hogar compuesto	Compuesto extendido	Hogares extendidos, con otros no familiares.	Extendido sin hijos: Nuclear (pareja o biparental) sin hijos, con otros no familiares y otros familiares.
			Extendido con hijos: Nuclear (pareja o biparental) con hijos, con otros no familiares y otros familiares.
			Extendido monoparental: Nuclear monoparental (jefe/a sin pareja con hijo), con otros no familiares y otros familiares.

Unipersonal	Hogar	Únicamente jefe(a)
	unipersonal	
Hogar	sin	Jefe(a) solo con familiar
núcleo		Jefe(a) solo con no familiar
		Jefe(a) solo con familiar y no familiar

(50) **FUENTE: PERÚ, TIPOS Y CICLOS DE VIDA DE LOS HOGARES**

INGRESO ECONÓMICO

El nivel socioeconómico es una estructura jerárquica basada en la acumulación de capital económico y social. Es una escala predictiva que nos informa de manera indirecta el poder adquisitivo de una familia, representando con esto la capacidad de una familia a acceder a un conjunto de bienes y de estilos de vida. (51)

Las familias, deben tener varios trabajos para poder subsistir, trabajando sus miembros desde temprana edad. No se discrimina en la forma de obtener ingresos, lo importante es "vivir" o sobrevivir. Las mujeres con frecuencia, al trabajar, se ven obligadas a permanecer lejos de sus hijos y su domicilio, siendo empleadas domésticas, obreras, vendedoras ambulantes. Los esposos con múltiples empleos. Los que sufren son los hijos, no hay modelos adecuados de identificación, afecto, cariño y amor. Se observa que una fuente de ingreso es el comercio ambulatorio (actividad terciaria), que para las grandes mayorías es una forma de sobrevivencia, en cambio para otros es una forma de seguir incrementando sus arcas. (52)

CUADRO N° 4: NIVEL SOCIOECONÓMICO MENSUAL (53)

CLASE	ESTRATO	INGRESO FAMILIAR SOLES
A	Alto Superior	S/. 26 500 – 12 201
A1	Alto	S/. 12 200 – 6 301
A2	Medio Alto	S/. 6300 – 3 501
B	Medio Típico	S/. 3500 – 2 901
B1	Medio	S/. 2900 – 2 301
B2	Medio Bajo	S/. 2300 – 1 501
C	Bajo Superior	S/. 1500 – 1 393
C1	Bajo	S/. 1392 – 1 244
C2	Bajo Típico	S/. 1243 – 901
D	Pobre	S/. 900 – 661
E	Extrema Pobreza	S/. ≤ 660

FUENTE: POBREZA EN EL PERÚ

2.1.3. FACTORES CULTURALES DE LA MADRE

ESTADO CIVIL

Existen evidencias que tienden a mostrar que el matrimonio proporciona estabilidad social y emocional, mientras que el divorcio, la separación, la viudedad y el estar sin pareja la socavan. Estos estudios sugieren que la convivencia en pareja podría representar un antídoto contra la enfermedad. Estudios previos han probado que las rupturas matrimoniales pueden disminuir los niveles de felicidad y aumentar los de depresión y ansiedad, tal como sugieren evidencias recientes sobre el uso más intenso de servicios de salud mental por parte de personas divorciadas y separadas. (54)

El solo hecho de tener pareja acrecienta la felicidad personal, y al formalizar la relación mediante el matrimonio, la felicidad aumenta aún más (Argyle, 1987). Al respecto, Myers (2000) encontró que las personas casadas son más felices que quienes viven en unión libre, y que estas son más felices que las solteras en una relación de noviazgo. En las parejas establecidas, Argyle (1987) halló que la felicidad matrimonial tiene relación con la felicidad general; por tanto, quien manifiesta ser feliz en su matrimonio usualmente expresa que es feliz en su vida; pero se puede dar el caso que las personas sean felices en lo general e infelices en la relación, y viceversa. (55)

- Soltero
- Casado
- Conviviente
- Divorciado y/o separado
- Viudo (56)

CONTROLES PRE NATALES

La atención prenatal constituye uno de los pilares de la Estrategia Nacional de Salud Sexual y Reproductiva. El Ministerio de Salud (MINSA) observa la vigilancia y evaluación integral de la gestante y el feto que desempeña el profesional de salud con el objetivo de lograr el nacimiento de un recién nacido sano, sin dañar la salud de la madre. El control prenatal inadecuado implica altas tasas de partos pretérminos, retardo de crecimiento intrauterino (RCIU), recién nacidos pequeños para la edad gestacional y mayores tasas de infecciones y de mortalidad materno perinatal. (57)

Los controles prenatales están dentro de la atención de calidad durante el embarazo, la atención prenatal representa una plataforma para cumplir funciones importantes como la promoción de la salud, el cribado, diagnóstico y prevención de enfermedades. El embarazo en la adolescencia continúa siendo uno de los principales factores que contribuyen a la mortalidad materna e infantil. La OMS ha publicado una nueva serie de recomendaciones para mejorar la atención prenatal con el fin de reducir el riesgo de muertes prenatales y complicaciones del embarazo. Se conoce que a nivel mundial solo el 64% de mujeres adquieren atención prenatal cuatro o más veces a lo largo de su embarazo. Según la nueva norma de atención prenatal el número de controles prenatales se ha incrementado de cuatro a ocho. En esta nueva norma se recomienda a las gestantes tener su primer control a las 12 semanas de gestación, y los contactos posteriores a las 20, 26, 30, 34, 36, 38 y 40 semanas. (58)

La frecuencia del CPN:

- Una vez al mes de embarazo hasta el sexto mes.
- Del 7mo. Al 8vo. Mes cada 15 días.
- En el noveno mes todas las semanas. (59)

El MINSA considera una gestante controlada cuando tiene seis CPN, distribuidos de la siguiente manera: 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 y el sexto entre la 37 y la última semana de gestación.

Total de controles 13	
Inadecuado	Adecuado
< a 5	> a 6
controles	controles
(57)	

GRADO DE INSTRUCCIÓN

El apoyo familiar ha sido considerado uno de los elementos importantes en el proceso educativo y está relacionado con el grado de involucramiento de los padres en las actividades escolares de sus hijos, el cual tiene un efecto positivo sobre el desempeño académico de éstos, al igual que el tiempo dedicado por la familia a ayudar en la realización de las tareas escolares. (60)

El embarazo irrumpe en la vida de los adolescentes en momentos en que todavía no alcanzan la madurez física y mental, a veces en circunstancias adversas, como lo son, las carencias nutricionales u otras enfermedades, y un medio familiar poco receptivo para aceptarlo y protegerlo. Pero no solo hay mayor riesgo de complicaciones para la salud de la madre y de su producto sino desde el punto de vista sociocultural esta situación conlleva a problemas familiares que pueden ser tan dañinos como a las mismas complicaciones médicas, algunas de las alternativas que la joven puede tomar y que de por sí repercuten en la sociedad; se limitan las oportunidades de estudio y trabajo, puesto que la mayoría de las adolescentes embarazadas se ven obligadas a desertar del sistema escolar, quedando con un nivel de escolaridad muy bajo que no le permite acceder a un

trabajo digno. Se desencadenan matrimonios apresurados faltos de compromiso que conllevan, a corto plazo, ruptura del mismo y una larga lista de repercusiones personales, sociales, económicas y sobre la salud de los hijos. Otra alternativa posible es la interrupción del embarazo, mediante el aborto sin conocer sus riesgos clínicos. Dentro de las causas de morbilidad de la gestante adolescente, se destacan el aborto, la anemia, las infecciones urinarias (incluida la bacteriuria asintomática), los estados hipertensivos gestacionales, las hemorragias asociadas con afecciones placentarias, la escasa ganancia de peso con la malnutrición materna asociada, los síntomas de parto prematuro (contractilidad anormal) y la rotura de las membranas ovulares. El parto y el puerperio tampoco se hallan exentos de complicaciones. (61)

El Ministerio de Educación es el encargado de gestionar la educación y garantizar el acceso de todos los peruanos. Se divide en cuatro etapas, siendo las tres primeras de carácter obligatorio: **primaria, secundaria y superior**. La educación superior se imparte en escuelas, institutos superiores, centros superiores de postgrado y en universidades. (62)

2.1.4. RECIÉN NACIDO PREMATURO

Un recién nacido prematuro es aquel que nace antes de concluir sus 37 semanas de gestación. La mayor parte de la morbimortalidad afecta a los recién nacidos “muy pretérminos”, cuya EG es inferior a 32 s. y especialmente a los “pretérminos extremos” que son los nacidos antes de la semana 28 de EG. La dificultad de conocer inequívocamente la EG, justificó el uso del peso al nacimiento como parámetro de referencia, para clasificar al neonato como “bajo peso al nacimiento” el inferior a 2.500 gr. y los subgrupos de “muy bajo peso al nacimiento” a los de peso inferior a 1500 gr. y de “extremado bajo peso” al inferior a 1000 gr. (63)

El recién nacido pretérmino con menos de 1 500 g es llamado recién nacido de peso muy bajo, tiene órganos inmaduros, peculiar fisiología, alta morbilidad y mortalidad y los sobrevivientes tienen con frecuencia secuelas. Ellos necesitan nutrición y cuidado especial. Dentro de las complicaciones observadas, además de deficiencias en el desarrollo neurológico, presentan enfermedad pulmonar crónica, deficiencias en el lenguaje, retardo en el crecimiento, estrabismo, sordera, déficit de atención, hernias, y síndrome de muerte súbita, los que son pesquisados en el seguimiento.

El Ministerio de Salud del Perú, en el 2004, informó una incidencia acumulada de prematuridad en sus establecimientos de 3,4 por 1 000 RN y la clasificó de la siguiente manera: (16)

- Leve (34 a 36 semanas).
- Moderada (29 a 33 semanas).
- Extrema (menor de 28 semanas).

RECIÉN NACIDO PREMATURO TARDÍO (34 A 36 SEMANAS)

Estos niños tienen tasas de morbilidad más altas que los recién nacidos a término por su relativa inmadurez fisiológica y metabólica, lo que conlleva una estancia hospitalaria prolongada y un aumento del coste económico. Además, la tasa de reingreso y la mortalidad son también mayores que en los nacidos a término. El riesgo aumentado de morbilidad respiratoria en los prematuros tardíos se debe a la inmadurez de la estructura pulmonar, que continúa desarrollándose hasta la semana 36. Además, en algunos prematuros aparecen deficiencias funcionales del surfactante, lo que aumenta el riesgo de dificultad respiratoria, especialmente en aquellos hijos de madres que no han recibido corticoides prenatales. (64)

RECIÉN NACIDO PREMATURO MODERADO (29 A 33 SEMANAS)

Se define como prematurez extrema a los recién nacidos menores de 30 semanas de edad gestacional o con un peso < 1,000 g al nacer. De 1945 a 1994 hubo un incremento en la supervivencia de 70% en neonatos con peso de 750 g. En Cuba se reporta que los prematuros mayores de 30 semanas tienen 90% de posibilidad de vivir en Terapia Intensiva y los menores de 26 semanas prácticamente no tienen posibilidades de sobrevivir. Se han realizado estudios en diferentes países donde se observó que menores de 22 semanas de gestación que ingresan a Terapia Intensiva mueren antes de los seis meses. (65)

RECIÉN NACIDO PREMATURO EXTREMO (< DE 28 SEMANAS)

Los prematuros extremos que se refiere a los menores de 1.000g o menores de 28 semanas y el RN micronato o neonato fetal que son aquellos que tienen un peso entre 500 y 750 g y constituyen el grupo de mayor riesgo. El número de recién nacidos (RN) con un peso al nacimiento extremadamente bajo (≤ 1.000 g) admitidos en las modernas unidades de cuidados intensivos neonatales ha aumentado significativamente en los últimos diez años. Gracias a los avances en el cuidado intensivo neonatal y a la introducción de nuevas terapias como los corticoides prenatales y el surfactante, la supervivencia de estos niños ha mejorado. La edad gestacional varía de 1 a 2 semanas según su ciclo menstrual, el peso fetal estimado puede variar entre un 15 y un 20%, de forma que un niño de 23 semanas de gestación con un peso estimado de 650 g puede pesar al nacimiento entre 520 g y más de 750 g. (66)

2.2. MARCO CONCEPTUAL

- **FACTORES BIOLÓGICOS:** La biología humana engloba todos los acontecimientos relacionados con la salud física y mental que se manifiestan en los seres humanos

como consecuencia de su constitución orgánica. Existen diferencias en la forma y funcionamiento del cuerpo de hombres y mujeres que dan lugar a diferencias en el nivel de salud y en las formas de enfermar y morir. (67)

- **FACTORES SOCIOCULTURALES:** Se entiende por "Crítica Cultural" o Socio-cultural la aplicación de la crítica a fin de entender la realidad social de un medio o cultura determinada. Por ejemplo, un análisis sociocultural de la educación da una visión más compleja y completa de los hechos tales como las instituciones, generados por las personas en interacción concreta entre ellas, en relación con su entorno, teniendo en cuenta aspectos económicos, culturales, sociales, históricos, políticos, etc. (68)
- **FACTORES SOCIALES:** Las coordinaciones interindividuales se refieren a las interacciones sociales entre dos o más individuos, cuando se oponen, colaboran, discuten, entran en acuerdo, etc. Sus manifestaciones mismas restrictas y simples, se encuentran en todas las sociedades, independientemente de las particularidades culturales y educativas de una sociedad o de un medio social restricto.(69)
- **FACTORES CULTURALES:** Estos factores tienen que ver con las tradiciones culturales educativas que varían de una sociedad para otra.(69)
- **MADRE:** Son mujeres que tienen una gestación de sus hijos en el vientre. El descendiente es primero un embrión, luego un feto y finalmente, cuando se ha desarrollado, nace tras la labor de parto cuando la madre da a luz. Cabe mencionar que no todas las mujeres pueden parir de forma natural, por lo que se someten a una intervención quirúrgica conocida como cesárea, que consiste en realizar un corte en la zona abdominal y en el útero para facilitar el nacimiento de sus hijos.
- **PREMATURIDAD:** El prematuro o pretérmino es aquél que llega al mundo con una edad gestacional inferior a 37 semanas y un peso inferior a 2 500 gr. (16)

- **RECIÉN NACIDO:** Producto de la concepción desde el nacimiento hasta los 28 días de edad. (70)
- **NEONATOLOGÍA:** La neonatología es una rama de la pediatría dedicada a la atención del recién nacido sea éste sano o enfermo. Proviene etimológicamente de la raíz latina "natos" que significa nacer y "logos" que significa tratado o estudio, es decir el "estudio del recién nacido". (71)
- **HOSPITAL:** El hospital, como organismo de salud, dirige sus acciones a personas enfermas. Incluye, además, actividades de promoción y protección a la salud. El diccionario define hospital como: "centro de albergue y tratamiento de enfermos" Según la OMS, un hospital es una "parte integrante de una organización médica y social, cuya misión es proporcionar a la población asistencia médica y sanitaria tanto curativa como preventiva, y cuyos servicios externos se irradian hasta el ámbito familiar. (72)

2.3. HIPÓTESIS DE LA INVESTIGACIÓN

HIPÓTESIS GENERAL

- Si existe una relación significativa entre los Factores Biológicos y Socioculturales de la Madre con la Prematuridad del Recién Nacido en el Servicio de Neonatología del Hospital Regional Manuel Núñez Butrón – Puno 2020.

HIPÓTESIS ESPECÍFICAS

- Si existe una relación relevante entre los Factores Biológicos de la Madre con la Prematuridad del Recién Nacido en el Servicio de Neonatología del Hospital Regional Manuel Núñez Butrón – Puno 2020.
- Si existe una Relación considerable entre los Factores Sociales de la Madre y la Prematuridad del Recién Nacido en el Servicio de Neonatología del Hospital Regional Manuel Núñez Butrón – Puno 2020.
- Si hay una Relación importante entre los Factores Culturales de la Madre y la Prematuridad del Recién Nacido en el Servicio de Neonatología del Hospital Regional Manuel Núñez Butrón – Puno 2020.

CAPÍTULO III

METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN

3.1. ZONA DE ESTUDIO

El siguiente trabajo de investigación se realizó en el Servicio de Neonatología del Hospital Regional Manuel Núñez Butrón de Puno que se encuentra ubicado en la avenida el Sol del barrio Victoria entre los jirones Ricardo Palma, Tacna y José Antonio Encinas.

3.2. TAMAÑO DE MUESTRA

POBLACIÓN: Se consideraron a todas las Madres de los Prematuros Recién Nacidos que ingresaron al servicio de neonatología en un trimestre de Octubre, Noviembre y Diciembre del 2019 y tomar una muestra probable para ejecutar el proyecto de investigación en el año 2020. Total, de recién nacidos prematuros son 45 (Fuente: registro de ingresos de neonatología HRMNB-PUNO).

MUESTRA: La muestra se calculó mediante el uso de la fórmula estadística:

Cálculo De Tamaño De Muestra Proporcional:

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

Donde:

N = Tamaño de la población

n = Tamaño de muestra

p = Casos exitosos

q = Casos no exitosos

E = Error

Z = Nivel de confianza

Reemplazando la Fórmula:

$$n = \frac{50(1.96)^2(0.5)(0.5)}{(50-1)(0.05)^2 + (1.96)^2(0.5)(0.5)}$$

$$n = \frac{48.02}{0.1225 + 0.9604}$$

$$n = \frac{48.02}{1.0829}$$

$$n = 44.3438$$

$$n = 45$$

Donde:

$$N = 50$$

$$Z_{95\%} = 1.96$$

$$p = 0.5$$

$$q = 0.5$$

$$E = 5\% (0.05)$$

Según la fórmula, la muestra corresponde a 45 madres de recién nacidos prematuros en el servicio de neonatología del Hospital Regional Manuel Núñez Butrón de Puno.

CRITERIOS DE INCLUSIÓN Y EXCLUSIÓN:

INCLUSIÓN:

- Madres de los Prematuros que ingresan al servicio de neonatología.

EXCLUSIÓN:

- Madres de Recién Nacidos a Término.

3.3. MÉTODOS Y TÉCNICAS**3.3.1. MÉTODO**

- El presente trabajo de investigación es de tipo descriptivo correlacional, cuantitativo, de corte transversal porque recolectó la información en un solo momento, además describe los factores biológicos y socioculturales de la madre relacionados con la prematuridad del recién nacido en el servicio de neonatología del Hospital Regional Manuel Núñez Butrón de Puno.
- **Descriptivo:** Es descriptivo, en la medida que se medirán las variables de estudio.
- **Correlacional:** es un tipo de método no experimental en el cual se medirán dos variables.
- **Cuantitativo:** La Metodología Cuantitativa es aquella que permite examinar los datos de manera numérica, especialmente en el campo de la Estadística.
- **Corte transversal:** Es un estudio observacional de base individual que suele tener un doble propósito; descriptivo y analítico.

3.3.2. TÉCNICA E INSTRUMENTO

TÉCNICA: la técnica utilizada en la presente investigación fue la encuesta.

INSTRUMENTO:

Se realizó un cuestionario que consta de 4 capítulos.

Capítulo I se refiere a los Factores Biológicos de la Madre con 5 interrogantes sobre (embarazo complicado, anemia, ITU, HPA, RPM).

Capítulo II se refiere a los Factores Sociales de la Madre con 5 interrogantes sobre (edad materna, madre adolescente, ocupación laboral, conformación familiar, ingreso económico).

Capítulo III se refiere a los Factores Culturales de la Madre con 3 interrogantes sobre (estado civil, controles prenatales, grado de instrucción, costumbres y creencias).

Capítulo IV se refiere a la Prematuridad del recién nacido.

3.4. IDENTIFICACIÓN DE VARIABLES

VARIABLE INDEPENDIENTE: Factores Biológicos y Socioculturales de la Madre

VARIABLE DEPENDIENTE: Prematuridad del Recién Nacido

OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES

VARIABLES	DIMENSIÓN	INDICADORES	ÍNDICE O ESCALA
Variable Independiente: Factores Biológicos y Socioculturales de la Madre	Factores Biológicos de la Madre:	Embarazo	Bicorial Biamniótico.
		Complicado:	Monocorial Biamniótico.
			Monocorial monoamniótico.
			Tricorial Triamniótico
			Triple Monocorial Triamniótico
			Embarazo normal
		Anemia:	Hemoglobina Normal: ≥ 11.0
			Hemoglobina Leve: 10.0 – 10.9
			Hemoglobina Moderado: 7.0 – 9.9
			Hemoglobina Severa: < 7.0
Ruptura Prematura de Membranas (RPM):		R.N. a término: 37 semanas de E.G.	
		R.N. a pretérmino tardío: 34 – 36 semanas de E.G.	
		R.N. a pretérmino: 24 – 33 semanas de E.G.	
		R.N. a prematuro: < 24 semanas de E.G	

Síndrome	P/A Bajo: 110 / 70 mmhg.
Hipertensivo del	
Embarazo (HTA):	P/A Normal: 120 – 130 / 80 – 85 mmhg.
	P/A Leve: 140 – 159 / 90 – 99 mmhg.
	P/A Severo: 160 – 179 / 110 – 119 mmhg.
	P/A Grave: > 180 / > 120 mmhg

Infección de Tracto	Hemograma normal: 6.000 y 10.000 ul.
Urinario (ITU):	
	Leucocitosis: \geq 10.000 ul.
	Leucopenia: \leq 6.000 ul.

Factores	Edad:	15 – 19 años
Sociales de la		
Madre	(Madre Adolescente)	20 – 24 años
		25 – 29 años
		30 – 34 años
		35 – 39 años
		40 – 44 años
		45 – 49 años
		12 – 15 años.
		16 – 17 años, 11 meses y 29 días.

Ocupación Laboral: Ama de Casa

Comerciante

Profesional

Estudiante

Otros.

Conformación Hogar Nuclear.

Familiar: Hogar Extendido.

Hogar Compuesto.

Ingreso Económico A: Alto Superior S/. 26 500-12 201

Mensual:

A1: Alto S/. 12 200-6 301

A2: Medio Alto S/. 6300 – 3 501

B: Medio Típico S/. 3500 – 2 901

B1: Medio S/. 2900 – 2 301

B2: Medio Bajo S/. 2300 – 1 501

C: Bajo superior S/. 1500 – 1 393

C1: Bajo S/. 1392 – 1 244

C2: Bajo Típico S/. 1243 - 901

D: Pobre S/. 900 - 661

E: Extrema Pobreza S/. ≤ 660

Factores Culturales de la Madre Estado Civil: Soltero.
Casado.
Conviviente.
Divorciado y/o Separado.
Viuda.

Controles Pre Natales: - Una vez al mes de embarazo hasta el sexto mes. (6 CPN)
- Del 7mo. Al 8vo. Mes cada 15 días. (4 CPN)
- En el noveno mes todas las semanas. (3 CPN)

Total de controles 13	
Inadecuado < a 5 controles	Adecuado > a 6 controles

Grado de Instrucción: Primaria.
Secundaria.
Superior.

Variable Recién Nacido R.N. Prematuro Tardío
Dependiente: Prematuro 34 a 36 semanas

Prematuridad del	R.N.	Prematuro	
Recién Nacido	Moderado		29 a 33 semanas

	R.N.	Prematuro	
	Extremo		< 28 semanas

3.5. MÉTODO O DISEÑO ESTADÍSTICO

METODOLOGÍA:

El siguiente trabajo de investigación se desarrolló de la siguiente manera:

- Como primera acción se solicitó permiso al Director del Hospital Regional Manuel Núñez Butrón – Puno para poder realizar el trabajo de investigación.
- Se coordinó con la jefa de enfermeras de piso, para que de la autorización correspondiente.
- Se solicitó el permiso correspondiente para ejecutar el trabajo de investigación a la jefa de enfermeras del servicio de neonatología.
- Tener el consentimiento de las madres de los recién nacidos prematuros para ejecutar el trabajo de investigación.
- Para ejecutar el trabajo de investigación se aplicó un cuestionario a las madres de los recién nacidos prematuros.
- Se seleccionó a las madres de los recién nacidos prematuros que ingresan al servicio de neonatología.

DISEÑO ESTADÍSTICO

Para el análisis de datos, se utilizó el método estadístico descriptivo a través de porcentajes, tablas bidimensionales con frecuencias absolutas y porcentuales.

El método estadístico inferencial utilizado fue la prueba de Chi cuadrado de asociación, aplicada con un 5% de error, la fórmula de cálculo fue la siguiente:

$$x_c^2 = \sum_{i=1}^f \sum_{j=1}^c \frac{(O_{ij} - E_{ij})^2}{E_{ij}}$$

Donde:

x_c^2 : Ji-cuadrado calculada.

O_{ij} : Frecuencias observadas de la i-ésima fila y j-ésima columna.

E_{ij} : Frecuencias esperadas de la i-ésima fila y j-ésima columna, aquella frecuencia que

se observaría si ambas variables fuesen independientes.

F y C : filas y columnas respectivamente.

CAPÍTULO IV

EXPOSICION Y ANALISIS DE LOS RESULTADOS

I. FACTORES BIOLÓGICOS DE LA MADRE

TABLA N°02 EMBARAZO DE ALTO RIESGO Y PREMATURIDAD

Embarazo de alto riesgo	embarazo normal	%	Bicorial Biamniótico	%	Tricorial Triamniótico	%	TOTAL	%
Prematuridad								
R.N. de 34 a 36 semanas de E.G	28	62,2	1	2,2	1	2,2	30	66,6
R.N. de 29 a 33 semanas de E.G	12	26,6	1	2,2	0	0	13	28,8
R.N. de < 28 semanas de E.G	2	4,4	0	0	0	0	2	4,4
TOTAL	42	93,3	2	4,4	1	2,2	45	100

FUENTE: Elaborado por el investigador.

En la tabla N°02, se observa que el 93.3% de embarazos es normal, seguido del 4.4% de embarazos bicorial biamniótico y en menor porcentaje tenemos un 2.2% de embarazo tricorial triamniótico. Se concluye entonces que NO existe relación entre el Embarazo de alto riesgo y la Prematuridad; por que se observa que la mayoría de los embarazos son normales (monoamnióticos), con un único feto.

En cuanto a la investigación de González y Sucuzhañay llegan a una clasificación sobre los tipos de placenta con mayor porcentaje son los monoamnióticos con un 65.9% a los

gemelos idénticos que nacen en una sola placenta que el más beneficiado es el gemelo 1, en cuanto al gemelo 2 puede carecer de retraso de crecimiento in útero y con bajo peso. Los bioamniótico que corresponden los fetos en distinta placentas y bolsas de aguas pueden ser de distinto sexo o del mismo sexo. (73)

TABLA N°03 NIVEL DE HEMOGLOBINA (ANEMIA) Y PREMATURIDAD

Anemia	Hemoglobi na Normal ≥ 11.0 g/dl	%	Hemoglo bina Leve 10.0 – 10.9 g/dl	%	Hemoglo bina Moderad a 7.0 – 9.9 g/dl	%	TOTA L	%
Prematuridad								
R.N. de 34 a 36 semanas de E.G	18	40,0	11	24,4	1	2,2	30	66,6
R.N. de 29 a 33 semanas de E.G	3	6,6	7	15,5	3	6,6	13	28,8
R.N. de < 28 semanas de E.G	1	2,2	0	0,0	1	2,2	2	4,4
TOTAL	22	48,8	18	40,0	5	11,1	45	100,0

FUENTE: Elaborado por el investigador.

En la tabla N°03, se observa que el 48.8% de las madres tienen un nivel de hemoglobina Normal, seguidos del 40% y el 11.1% de las madres tienen un nivel de hemoglobina Leve a moderada. Por lo que se concluye entonces que existe relación entre el nivel de anemia y la prematuridad.

Según la investigación de Galvan se presenta en mayor porcentaje de gestantes con parto pretérmino y anemia por deficiencia de hierro; de las cuales el tipo de anemia que prevaleció fue la anemia moderada, seguido de la anemia severa. Al relacionar, la edad gestacional de gestantes con parto pretérmino, con y sin anemia por deficiencia de hierro, en el total, en mayor porcentaje se situaron entre 28 a menos de 32 semanas (muy prematuros); seguido de los que fueron partos prematuros entre las 32 a 36/6 semanas. Al relacionar, las subcategorías de prematuridad con el parto pretérmino, con y sin anemia por deficiencia de hierro, 61.9% de los recién nacidos fueron prematuros extremos y muy prematuros, seguido de los prematuros moderados a tardíos 38.1%. (74)

TABLA N°04 RUPTURA PREMATURA DE MEMBRANAS Y PREMATURIDAD

Ruptura Prematura de Membranas	R.N de pretérmino o tardío 34–36 semanas de E.G.	%	R.N a pretérmino o 24–33 semanas de E.G.	%	R.N en el límite ≤ 24 semanas de E.G.	%	TOTAL	%
R.N. de 34 a 36 semanas de E.G	30	66,6	0	0	0	0	30	66,6
R.N. de 29 a 33 semanas de E.G	0	0	13	28,8	0	0	13	28,8
R.N. de < 28 semanas de E.G	0	0	0	0	2	4,4	2	4,4
TOTAL	30	66,6	13	28,8	2	4,4	45	100

FUENTE: Elaborado por el investigador.

En la tabla N°04, se observa que el 66.6% de recién nacidos prematuros tuvo una ruptura prematura de membranas de 34 a 36 semanas, seguido del 28.8% con una ruptura prematura de membranas de 24 a 33 semanas y finalmente con un 4.4% de ruptura prematura de membranas menor o igual a 24 semanas.

Se concluye entonces que existe relación entre la ruptura prematura de membranas y la prematuridad.

Según Marquina en su investigación encontró como un factor de riesgo la RPM pretérmino quien asocia la infección cérvico vaginal y la RPM con productos pretérmino. Entonces los pacientes con infección cérvico vaginal tienen 28 veces más riesgo de RPM que los pacientes que no presentan ICV. Relacionando estos resultados concordantes con los porcentajes encontrados en el presente estudio, ya que el 84,7% de gestantes con RPM pretérmino presentaron infección cérvico vaginal. (75)

TABLA N°05 SINDROME HIPERTENSIVO DEL EMBARAZO Y PREMATURIDAD

Nivel de presión arterial	Presión Arterial Normal 120–130 / 80 – 85 mmhg.	%	Presión Arterial Leve 140–159 / 90–99 mmhg.	%	Presión Arterial Moderada o 160–179 / 110–119 mmhg.	%	TOTAL	%
Prematuridad								
R.N. de 34 a 36 semanas de E.G	19	42,2	11	24,4	0	0,0	30	66,6
R.N. de 29 a 33 semanas de E.G	0	0,0	11	24,4	2	4,4	13	28,8
R.N. de < 28 semanas de E.G	2	4,4	0	0,0	0	0,0	2	4,4
TOTAL	21	46,6	22	48,8	2	4,4	45	100

FUENTE: Elaborado por el investigador.

En la tabla N°05, se observa que el 46.6% de las madres presentan una presión arterial normal, mientras que el 48.8% y 4.4% de las madres tienen una presión arterial leve a moderada lo que ocasiona que hayan partos prematuros.

Se concluye entonces que existe relación entre la Presión arterial materna y la Prematuridad

Coveñas concluye entonces que existe relación entre la Presión arterial materna y la Prematuridad La preeclampsia leve tiene una mayor incidencia en relación con la preeclampsia severa, los prematuros moderados son los mayor presentación en los cuadros de preeclampsia, sin embargo existen aún grupos de prematuros extremos que requerirán de atención especializada; La cesárea es la principal vía de parto de culminación del embarazo de aquellas gestantes con preeclampsia y prematuridad; no existe significancia estadística para establecer la relación entre la Preeclampsia y el parto pretérmino. (76)

TABLA N°06 INFECCIÓN TRACTO URINARIO Y PREMATURIDAD

Infección del tracto urinario	Hemograma normal: 6.000 y 10.000 ul.	%	Leucocitosis : ≥10.000 ul.	%	TOTAL	%
Prematuridad						
R.N. de 34 a 36 semanas de E.G	15	33,3	15	33,3	30	66,6
R.N. de 29 a 33 semanas de E.G	1	2,2	12	26,6	13	28,8
R.N. de < 28 semanas de E.G	1	2,2	1	2,2	2	4,4
TOTAL	17	37,7	28	62,2	45	100

FUENTE: Elaborado por el investigador.

En la tabla N°06, se observa que el 37,7% de las madres presentan un hemograma normal, mientras que el 62,2% de las madres tienen leucocitosis. Se concluye entonces que existe relación entre la Infección tracto urinario materna y la Prematuridad

Orbegoso concluye entonces que existe relación entre la Infección tracto urinario materna y la Prematuridad Nuestro estudio confirma que la infección del tracto urinario se asocia significativamente con un mayor riesgo de amenaza de parto pretérmino. Se encontró que las gestantes que presentaron Infección del tracto urinario tuvieron 6,303 veces más la probabilidad de desarrollar Amenaza de parto pretérmino, que las gestantes que no tuvieron Infección del tracto urinario. Al comparar el resultado anterior con la literatura utilizada en el estudio, se observa que los resultados del presente estudio, están referidos en varios estudios alrededor del mundo. Donde se observa que la Infección del tracto urinario aumenta la probabilidad de desarrollar Amenaza de parto pretérmino. (77)

- ❖ En el presente estudio llegamos a los resultados de factores biológicos de la madre relacionados con la prematuridad del recién nacido; como la anemia en un (51.1%); la ruptura prematura de membranas en R.N a pretérmino tardío de 34 a 36 semanas E.G (66.6%), R.N. pretérmino de 24 a 33 semanas de E.G (28.8%); R.N en limite \leq 24 semanas de E.G (4.4%); la Hipertensión Arterial entre leve y moderada (53.2%); Infección del Tracto Urinario en (62.2%); mientras que en el Embarazo de Alto Riesgo no presenta relación con la prematuridad , ya que las madres presenta un embarazo normal (93.3%).

II. FACTORES SOCIALES DE LA MADRE

TABLA N°07 EDAD DE LA MADRE Y PREMATURIDAD

Edad de la madre	15-19 años	%	20-24 años	%	25-29 años	%	30-34 años	%	35-39 años	%	TOTAL	%
R.N. de 34 a 36 semanas de E.G	8	17,7	7	15,5	6	13,3	6	13,3	3	6,6	30	66,6
R.N. de 29 a 33 semanas de E.G	2	4,4	3	6,6	2	4,4	2	4,4	4	8,8	13	28,8
R.N. de < 28 semanas de E.G	2	4,4	0	0	0	0	0	0	0	0	2	4,4
TOTAL	12	26,6	10	22,2	8	17,7	8	17,7	7	15,5	45	100

FUENTE: Elaborado por el investigador.

En la tabla N°07, se observa que el 26.6% de los R.N. prematuros tienen madres con edades de 15-19 años, el 22,2% tienen madres con edades de 20-24 años, el 17,7% tienen madres con edades de 25-29 años, el otro 17,7% la madres tienen edades de 30-34 años y concluye con el 15,5% de madre con edades de 35-39 años. Por lo que la edad de las madres no condiciona a la prematuridad, según concepto la edad promedio para concebir un recién nacido es de 20 a 30 años con un porcentaje de 57.6% por lo que se concluye entonces que NO existe relación entre la edad de la madre y Prematuridad.

Respecto a la característica demográfica (edad), la edad promedio de las gestantes incluidas en el estudio fue de 26.36 años, con una mínima de 15 años y máxima de 37 años. Las características más frecuentes de las pacientes estudiadas fueron: 59% tenían entre 20 y 34 años de edad, 29% tenían entre 15 y 19 años, 12% entre 35 y 37 años. Se encontró diferencias poco significativas entre los grupos, puesto que el grupo etáreo que más presentó amenaza de parto pretérmino (casos) fueron las gestantes con edad adecuada (26%), adolescentes (16%) y añosas (8%), mientras que el grupo etáreo más frecuente en control fueron las gestantes con edad adecuada (33%). (77)

TABLA N°08 OCUPACIÓN LABORAL Y PREMATURIDAD

Ocupación Laboral	Ama de Casa	%	Comerciante	%	Profesional	%	Estudiante	%	Otros	%	TOTAL	%
Prematuridad												
R.N. de 34 a 36 semanas de E.G	3	6,6	1	2,2	9	20,0	14	31,1	3	6,6	30	66,6
R.N. de 29 a 33 semanas de E.G	2	4,4	3	6,6	1	2,2	5	11,1	2	4,4	13	28,8
R.N. de < 28 semanas de E.G	0	0,0	0	0,0	0	0,0	2	4,4	0	0,0	2	4,4
TOTAL	5	11,1	4	8,8	10	22,2	21	46,6	5	11,1	45	100

FUENTE: Elaborado por el investigador.

En la tabla N°08, se observa que el

46,6% de las madres de los prematuros tienen una ocupación laboral como estudiantes, el 45% de las madres tienen otras ocupaciones, el 22,2% de las madres de los prematuros son profesionales, el 11,1% de las madres son amas de casa y finalmente el 8,8% son comerciantes. Se evidencia entonces que las estudiantes tienen un porcentaje alto en tener sus recién nacidos prematuros.

Se concluye entonces que NO existe relación entre la Ocupación Laboral materna y la Prematuridad

Tanto la edad de la madre, la instrucción, la ocupación, el tipo de parto, así como el número de gestas, no fueron determinantes de prematurez en nuestra investigación. (78)

TABLA N°09 CONFORMACIÓN FAMILIAR Y PREMATURIDAD

Conformación familiar	Familia Nuclear	%	Familia Extendido	%	Familia Compuesta	%	TOTAL	%
Prematuridad								
R.N. de 34 a 36 semanas de E.G	6	13,3	22	48,8	2	4,4	30	66,6
R.N. de 29 a 33 semanas de E.G	3	6,6	6	13,3	4	8,8	13	28,8
R.N. de < 28 semanas de E.G	0	0	0	0	2	4,4	2	4,4
TOTAL	9	20	28	62,2	8	17,7	45	100

FUENTE: Elaborado por el investigador.

En la tabla N°09, se observa que el 62.2% de los R.N. Los prematuros tienen madres que provienen de familias extendidas, los prematuros cuyas madres pertenecen a familias nucleares en un 20% y Familias compuesta 17,7%. Por lo que se concluye que en familias extendidas y nucleares son mayormente los R.N. prematuros.

Se concluye entonces que existe relación entre la conformación familiar y la prematuridad

TABLA N°10 INGRESO ECONÓMICO Y PREMATURIDAD

Ingreso económico	: Medio		B1: Medio		B2: Medio		: Bajo		2: Bajo		D: Pobre		E: Extrema		TOTAL	%
	Típico	%	Medio	%	Bajo	%	Superior	%	Típico	%	Obre	%	Extrema	%		
Prematuridad	3500-2901		2900-2301		2300-1501		1500-1393		1243-901		900-661		≤ 660			
N. de 34 a 36 semanas de E.G	1	2,2	1	1,2	2	4,4	3	6,6	1	1,2	5	11,1	17	37,7	30	66,6
N. de 29 a 33 semanas de E.G	0	0	0	0	0	0	4	8,8	0	0	3	6,6	6	13,3	13	28,8
N. de < 28 semanas de E.G	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	2	4,4	2	4,4
TOTAL	1	2,2	1	1,2	2	4,4	7	15,5	1	1,2	8	17,7	25	55,5	45	100

FUENTE: Elaborado por el investigador.

En la tabla N°10, se observa que el 55,5% de los R.N. prematuros tienen madres con un ingreso económico E: Extrema Pobreza, los prematuros de esa edad gestacional su ingreso económico es D: Pobre, y demás grados de pobreza, así sucesivamente. Por lo que el ingreso económico mensual de las madres no condiciona a la prematuridad.

Se concluye entonces que NO existe relación entre el Ingreso económico mensual y Prematuridad

- ❖ En el presente estudio llegamos a los resultados de factores sociales de la madre tiene relación con la conformación familiar, familia nuclear (20%), familia extendida (62.2%), familia compuesta (17.7%); mientras que la edad de la madre, ocupación laboral e ingreso económico no presentan relación con la prematuridad del recién nacido.

III. FACTORES CULTURALES DE LA MADRE

TABLA N°11 ESTADO CIVIL MATERNA Y PREMATURIDAD

Estado Civil	Soltera		Casada		Conviviente		TOTAL	%
		%		%		%		
R.N. de 34 a 36 semanas de E.G	3	6,6	8	17,7	19	42,2	30	66,6
R.N. de 29 a 33 semanas de E.G	2	4,4	3	6,6	8	17,7	13	28,8
R.N. de < 28 semanas de E.G	2	4,4	0	0	0	0	2	4,4
TOTAL	7	15,5	11	24,4	27	60	45	100

FUENTE: Elaborado por el investigador.

En la tabla N°11, se observa que los R.N. prematuros sus madres poseen un estado civil: conviviente 42,22%, casadas 17,78% y solteras 6,67% y los R.N. prematuros de 29 a 33 semanas de gestación sus madres revelan un estado civil: convivientes 17,78%, casadas 6,67% y solteras 4,44%. Los R.N. prematuros de menor de 28 semanas de edad gestacional sus madres son solteras 4,44%. En conclusión general los recién nacidos prematuros tienen madres que poseen un estado civil: conviviente 60%, casadas 24,4% y solteras un 15,5%; por lo que se concluye que en las madres su condición civil es casada o conviviente los R.N. Los prematuros son mayores en semanas de edad gestacional.

Se concluye entonces que existe relación entre el estado civil de la madre y la prematuridad.

TABLA N°12 CONTROLES PRENATALES Y PREMATURIDAD

Controles Prenatales	Adecuad o	%	Inadecuad o	%	TOTAL	%
Prematuridad						
R.N. de 34 a 36 semanas de E.G	21	46,6	9	20	30	66,6
R.N. de 29 a 33 semanas de E.G	5	11,1	8	17,7	13	28,8
R.N. de < 28 semanas de E.G	0	0	2	4,4	2	4,4
TOTAL	26	57,7	19	42,2	45	100

FUENTE: Elaborado por el investigador.

En la tabla N°12, se observa que los R.N. prematuros de 34 a 36 semanas de edad gestacional sus madres tuvieron controles prenatales adecuados en un 46,67% e inadecuado solamente en un 20%. Mientras que los R.N. prematuros de 29 a 33 semanas de edad gestacional sus madres tuvieron controles prenatales Inadecuados en un 17,78% y Adecuado en un 11%. También los R.N. prematuros de menores de 28 semanas de edad gestacional sus madres tuvieron un inadecuado control prenatal en un 4,44%. en conclusión general tenemos controles inadecuados con 57,7% y controles adecuados 42,2%; por lo que se concluye que a mayor edad gestacional de los R.N. prematuros los controles prenatales son adecuados y viceversa.

Se concluye entonces que existe relación entre los controles prenatales de la madre y la prematuridad.

En el estudio de investigación de Miñano llega a la conclusión que el control prenatal inadecuado si es un factor asociado a parto pretérmino; la incidencia total de casos de parto pretérmino en fue de 10.7%; el control prenatal inadecuado representó el 48.1% de los casos; la mayoría de pacientes con parto pretérmino que presentaron control prenatal inadecuado se concentraron entre las semanas 34 y 36 semanas; los casos de parto pretérmino moderado tardío fueron más frecuentes. (79)

TABLA N°13 GRADO DE INSTRUCCIÓN Y PREMATURIDAD:

Grado instrucción	Primaria		secundaria		Superior		TOTAL	
		%		%		%		%
Prematuridad								
R.N. de 34 a 36 semanas de E.G	1	2,2	11	24,4	18	40,0	30	66,6
R.N. de 29 a 33 semanas de E.G	1	2,2	4	8,8	8	17,7	13	28,8
R.N. de < 28 semanas de E.G	2	4,4	0	0,0	0	0,0	2	4,4
TOTAL	4	8,8	15	33,3	26	57,7	45	100

FUENTE: Elaborado por el investigador.

En la tabla N°13, se observa que el 57,7% de los R.N. prematuros tienen madres que cuentan con instrucción superior, y el 33,3% con instrucción secundaria; mientras que el 8,8% de los R.N. prematuros tienen madres con instrucción primaria. Por lo que cuando las madres tienen un grado de instrucción menor los R.N. prematuros tienen menores semanas de edad gestacional.

Se concluye entonces que existe relación entre El grado de instrucción de la madre y la Prematuridad.

Tanto la edad de la madre, la instrucción, la ocupación, el tipo de parto, así como el número de gestas, no fueron determinantes de prematurez en nuestra investigación. (78)

- ❖ En el presente estudio de investigación los resultados de factores culturales de la madre relacionados con la prematuridad del recién nacido fueron estado civil, soltera (15.5%), casada (24.4%), conviviente (60%); controles prenatales, inadecuado (42.2%), adecuado (57.7%); grado de instrucción, primaria (8.8%), secundaria (33.3%), superior (57.7%).

CONCLUSIONES

PRIMERO: se concluye que existe una relación significativa entre los factores biológicos y socioculturales de la madre que se relacionan con la prematuridad del recién nacido en el servicio de neonatología del Hospital Regional Manuel Nuñez Butrón – puno 2020.

SEGUNDO: se concluye que existe relación entre factores biológicos de la madre como la anemia en un (51.1%); la ruptura prematura de membranas en R.N de pretérmino tardío de 34 a 36 semanas E.G (66.6%), R.N. pretérmino de 24 a 33 semanas de E.G (28.8%); R.N en límite \leq 24 semanas de E.G (4.4%); la Hipertensión Arterial entre leve y moderada (53.2%); Infección del Tracto Urinario en (62.2%); mientras que en el Embarazo de Alto Riesgo no presenta relación con la prematuridad , ya que las madres presenta un embarazo normal (93.3%).

TERCERO: se concluye que existe relación con la conformación familiar, familia nuclear (20%), familia extendida (62.2%), familia compuesta (17.7%); mientras que la edad de la madre, ocupación laboral e ingreso económico no presentan relación con la prematuridad del recién nacido.

CUARTO: se concluye que existe relación entre factores culturales de la madre que se relacionan con la prematuridad del recién nacido fueron estado civil, soltera (15.5%),

casada (24.4%), conviviente (60%); controles prenatales, inadecuado (42.2%), adecuado (57.7%); grado de instrucción, primaria (8.8%), secundaria (33.3%), superior (57.7%).

RECOMENDACIONES

PRIMERO: A la Dirección del Hospital Regional Manuel Núñez tomar como base la presente investigación para realizar capacitaciones a las madres de los prematuros sobre los riesgos y complicaciones que puede presentar a futuro; al momento de la visita de la madre al servicio o al momento de entregar al recién nacido; la implementación de materiales, instrumentos y personal capacitado.

SEGUNDO: A las licenciadas en Enfermería del Servicio de Neonatología del Hospital Manuel Núñez Butrón se recomienda dar una pequeña charla a las madres que vienen a visitar a sus recién nacidos con un trato humanizado y proporcionar comunicación afectiva que garanticen una atención de calidad tanto a la madre como al recién nacido prematuro.

TERCERO: A la Universidad Privada San Carlos; Facultad de Ciencias y a la escuela profesional de Enfermería, que sigan realizando más trabajos de campo y prácticas clínicas y que los alumnos aprovechen el campo clínico y comunitario que la universidad les brinda con el propósito de mejorar la calidad de atención al paciente; a los docentes encargados de la formación profesional estimular a los estudiantes a comprender que la atención con calidad debe ser un primer objetivo dentro de su formación.

BIBLIOGRAFÍA

1. Nacimientos Prematuros. Organización Mundial De La Salud; 2020.
2. Rizo Baeza FJ. Edad Y Origen De La Madre Como Factores De Riesgo De Prematuridad. Universidad De Alicante; 2013.
3. Mendoza Lara L, Anchiraico Agudo W, Avila Guerra C. Análisis Del Nacido Vivo , Factores De Riesgo Y Determinantes En Salud. Vol. 1, Ministerio De Salud. Lima - Perú: Minsa; 2013. 82 P.
4. Montalvo Millán AE, Ávila Rondón R. Factores Maternos que Predisponen El Nacimiento Del Recién Nacido De Muy Bajo Peso. J Chem Inf Model. 2013;17(1):1–19.
5. Mendoza Tascón LA, Claros Benítez DI, Mendoza Tascón LI, Arias Guatibonza MD, Peñaranda Ospina CB. Epidemiología De La Prematuridad, Sus Determinantes Y Prevención Del Parto Prematuro. REV CHIL Obs GINECOL. 2016;
6. Mendoza T. LA, Arias G. M, Mendoza T. LI. Hijo De Madre Adolescente: Riesgos, Morbilidad Y Mortalidad Neonatal. Rev Chil Obstet Ginecol. 2012;77(5):375–82.
7. Villanueva Egan LA, Contreras Gutiérrez AK, Pichardo Cuevas M, Rosales Lucio J. Perfil Epidemiológico Del Parto Prematuro. Ginecol Obstet Mex. 2008;76(9):542–8.
8. Hernández Flores MF, Márquez Olaguez R, Alvarado Torres B, Cortés Arroyo E. Intervención Educativa En El Manejo Del Recién Nacido Prematuro. Rev Enferm Inst Mex Seguro Soc. 2000;8(1):21–5.
9. Ticona Rendón M, Huanco Apaza D. Factores De Riesgo Del Peso Insuficiente Al Nacer, En El Hospital Hipólito Unanue De Tacna, 2001 - 2010. Rev Peru Ginecol Y Obstet. 2012;58:169–75.
10. Carrillo Apaza Gy. Factores Socio-Culturales E Institucionales Que Inciden Al

- Incumplimiento Del Esquema Nacional De Vacunacion En Las Madres De Niños (As) De 4 Meses En El Centro De Salud Vallecito Puno 2014. Universidad Nacional Del Altiplano; 2014.
11. Cruz Molina HG. Factores De Riesgo Maternos Asociados A Recién Nacidos De Bajo Peso Al Nacer En El Servicio De Neonatología Del Hospital ESSALUD III Salcedo-Puno De Enero-Diciembre 2017. Universidad Nacional Del Altiplano; 2017.
 12. Rodriguez Choque AM. Factores De Riesgo Asociados A La Pérdida De Peso En Recién Nacidos Prematuros Del Hospital Regional Manuel Nuñez Butrón Puno 2016. Universidad Nacional Del Altiplano; 2016.
 13. Rizo Baeza F. Edad Y Origen De La Madre Como Factores De Riesgo De Prematuridad. 2012;180. Available From: [Http://Rua.Ua.Es/Dspace/Bitstream/10045/32757/1/Tesis_Franciscojaviereizo.Pdf](http://Rua.Ua.Es/Dspace/Bitstream/10045/32757/1/Tesis_Franciscojaviereizo.Pdf)
 14. Aguilar Marengo T De Los Á, Vílchez Guillén JC. Factores De Riesgo Del Parto Prematuro En El Hedra-León, Del 1°De Junio Al 31 De Diciembre 2011. Universidad Nacional Autónoma De Nicaragua; 2012.
 15. Martínez Valverde L. Factores Asociados A Prematurez Neonatal En Hijos De Madres Adolescentes Del Hospital Alemán Nicaragüense En El Periodo De Enero 2011 A Enero 2013. Repositorio.Unan.Edu.Ni. Universidad Nacional Autónoma De Nicaragua; 2013.
 16. Oliveros M, Chirinos J. Prematuridad: Epidemiología, Morbilidad Y Mortalidad Perinatal. Pronostico Y Desarrollo A Largo Plazo. Rev Peru Ginecol Y Obstet. 2008;54(1):7–10.
 17. Alarcón Celedonio JC. Factores De Riesgo Para Parto Pretérmino En Gestantes Adolescentes, Hospital Nacional Docente Madre -Niño “San Bartolomé”-2016.

- Universidad Nacional Mayor De San Marcos; 2017.
18. Ticona Rendón M, Huanco Apaza D. Incidencia Del Prematuro Tardío En Hospitales Del Ministerio De Salud Del Perú. *Rev Medica Basadrina*. 2013;7(2):13.
 19. Taipe Huaman A. Factores De Riesgo Asociados A Parto Pretérmino En Gestantes Del Servicio Gineco Obstetricia Del Hospital Regional De Ayacucho Enero-Junio 2018. Universidad Nacional Del Altiplano; 2018.
 20. Quispe Adco R. Prevalencia Y Factores Asociados A Prematuridad Del Recién Nacido En El Hospital Carlos Monge Medrano De Juliaca En El Periodo De Agosto Y Julio. Universidad Nacional Del Altiplano; 2018.
 21. Ayamamani Puma RI, Machaca Villasante MM. Factores Condicionantes De Parto Prematuro En Gestante 15 A 45 Años Que Acude Al Hospital Carlos Monge Medrano De Juliaca Octubre - Diciembre Del 2016. Universidad Andina Néstor Cáceres Velásquez; 2017.
 22. Zam M, Fernández AJ, Jiménez Gonzáles G, Díaz Brito A, Torres Gonzáles C. Caracterizacion Perinatal Del Embarazo Gemelar En Cienfuegos (2001-2002). *Rev Electrónica Las Ciencias Médicas En Cienfuegos*. 2004;2(2):25–9.
 23. Mares M, Casanueva E. Embarazo Gemelar. Determinantes Maternas Del Peso Al Nacer. *Perinatol Y Reprod Humana*. 2001;15(4):238–44.
 24. Delgado Becerra A, Morales Barquet DA. Epidemiología Del Embarazo Gemelar Doble En El Instituto Nacional De Perinatología Isidro Espinosa De Los Reyes. *Perinatol Y Reprod Humana*. 2013;27(3):153–60.
 25. Lagos V. A. Embarazo Gemelar Monocorial. Chile; 2013. P. 44.
 26. Fernández Miranda M De La C. Diagnostico Embarazo Gemelar. Madrid: NATALBEN;
 27. Rencoret P. G. Embarazo Gemelar :: Dexeus.Com. *Rev Médica Clínica Las*

- Condes. 2014;25(6):964–71.
28. El Embarazo Múltiple - Tipos (II). Ecuador: El Gran Libro De Los Gemelos; 2014.
 29. G. Arca XCE. Anemia Neonatal. *An Pediatr Contin.* 2008;(Barcelona):362–71.
 30. Gómez Sánchez I, Rosales S, Agreda L, Castillo A, Alarcón Matutti E, Gutiérrez C. Nivel De Hemoglobina Y Prevalencia De Anemia En Gestantes Según Características Socio-Demográficas Y Prenatales. *Rev Peru Epidemiol.* 2014;18(2):1–6.
 31. Prendes Labrada MDLC, Baños Rodríguez AF, Toledo Dieppa O, Lescay Megret O. Prevalencia De Anemia En Gestantes En Un Área De Salud. *Rev Cuba Med Gen Integr.* 2000;16(1):25–30.
 32. Munares García O, Gómez Guizado G, Barboza Del Carpio J, Sánchez Abanto J. Niveles De Hemoglobina En Gestantes Atendidas En Establecimientos Del Ministerio De Salud Del Perú, 2011. *Rev Peru Med Exp Salud Publica.* 2012;29(3):329–36.
 33. Garcia Funegra PJ, Pessah Eljay SE, Lavado Padilla P, Villarán Contavalli R, Calle Dávila M Del C. Norma Técnica-Manejo Terapéutico Y Preventivo De La Anemia. Abril. Lima - Perú: Ministerio De Salud Del Perú; 2017. 40 P.
 34. Pretérmino YDEP, Cortés-Piwz J. Causal De Ruptura Prematura De Membranas Y De Parto Pretérmino. 1990;II(1):297. Available From: [Http://Www.Saludpublica.Mx/Index.Php/Spm/Article/View/5297/5458](http://www.saludpublica.mx/index.php/spm/article/view/5297/5458)
 35. López-Osma FA, Ordóñez-Sánchez SA. Ruptura Prematura De Membranas Fetales: De La Fisiopatología Hacia Los Marcadores Tempranos De La Enfermedad Premature Rupture Of Fetal Membranes: From The Physiopathology To The Early Markers Of The Disease. *Rev Colomb Obstet Ginecol.* 2006;57(4):279–90.

36. Mazzobotta L, Votta R, Nores Fierro J, Santiago O. Ruptura Prematura De Membranas. CONSENSO FASGO XXXIII. Fasgo Cordoba 2018. 2018;1–16.
37. Gracia PV. [HELLP Syndrome]. 2015;(May).
38. Vallejos Sologuren C, Fernández Espinosa D, Chiotti Kaneshima EM, Cárdenas García F, Abad Barredo P, Carpio Ancaya L, Et Al. Guías De Práctica Clínica Para La Atención De Emergencias Obstétricas Según Nivel De Capacidad Resolutiva. Ministerio De Salud Del Perú. Lima - Perú: Mi; 2007. 127–128 P.
39. Gonzáles Monte E. Infecciones Del Tracto Urinario. Nefrología Al Día. 97–118 P.
40. Echevarría Zarate J, Sarmiento Aguilar E, Osos Plenge F. Infección Del Tracto Urinario Y Manejo Antibiótico. Simp Acta Médica Peru. 2006;23(1):26–31.
41. Carballo Folgado A. Embarazo Adolescente: Riesgos Y Consecuencias. 2018. P. 1.
42. Rovati L. La Mejor Edad Para Ser Madre En Términos Biológicos Son Los 25 Años. 2015. P. 1.
43. INEI. Encuesta Demográfica Y De Salud Familiar.
44. León P, Minassian M, Borgoño R, Bustamante F. Embarazo Adolescente. Rev Ped Elec. 2008;5(1):42–51.
45. Menéndez Guerrero GE, Navas Cabrera I, Hidalgo Rodríguez Y, Espert Castellanos J. El Embarazo Y Sus Complicaciones En La Madre Adolescente. Rev Cuba Obstet Y Ginecol. 2012;38(3):333–42.
46. Minsa. Norma Técnica Para La Atención Integral De Salud Materna. Norma Técnica Salud N° 105. 2012;59.
47. Marrero Santos M De L, Aguilera Velasco M De Los Á, Ávila Roque I, Pastor Arango ME, Díaz Padrón H, Jaime Novas A, Et Al. Factores De Riesgos Laborales Y Gestación. Rev Cuba Salud Y Trab. 2015;16(1):66–9.

48. Tabla De Ocupaciones. Banco De La Nación-Perú. P. 3.
49. García Rueda A, Martínez De Acosta CH. Efectividad De La Funcionalidad Familiar En Familias Con Adolescentes Gestantes Y Adolescentes No Gestantes. Av En Enfermería. 2011;29(1):75–86.
50. Ramírez Ramírez R, Hidalgo Calle N, Yanaylle García ME, Gutiérrez Espino C. Perú: Tipos Y Ciclos De Vida De Los Hogares. Lima - Perú: INEI; 2010. 554 P.
51. Saldivar Hernández C. Funcionalidad Familiar Y Nivel En 2 – Funcionalidad Familiar Y Nivel Socioeconómico En Familias Con Niños De 2 - 4 Años Que Presentan Obesidad, En La Consulta Externa De La Umf 220 Toluca México, 2013. Universidad Autónoma Del Estado De México; 2014.
52. Huanca Apaza E. Factores Socioeconómicos De La Familia Y Su Influencia En El Rendimiento Académico De Los Estudiantes De Enfermería Técnica En Los Institutos Superiores Tecnológicos Privados De Juliaca - 2014. Universidad Andina Néstor Cáceres Velásquez; 2016.
53. Pobreza En El Perú. Blogger. 2011. P. 3.
54. Simó Noguera C, Hernández Monleón A, Ma Muñoz Rodríguez D, González Sanjuán E. El Efecto Del Estado Civil Y De La Convivencia En Pareja En La Salud. Rev Esp Investig Sociol. 2015;151:141–66.
55. Pozos Gutiérrez JL, Rivera Aragón S, Reidl Martínez LM, Vargas Núñez BI, López Parra MS. Felicidad General Y Felicidad En La Pareja: Diferencias Por Sexo Y Estado Civil. Enseñanza E Investig En Psicol. 2013;18(1):69–84.
56. Tantaleán Odar RM. La Declaraion Judicial De Soltería. Derecho Y Cambio Social. P. 8.
57. Arispe C, Salgado M, Tang G, González C, Rojas JL. Frecuencia De Control Prenatal Inadecuado Y De Factores Asociados A Su Ocurrencia. Rev Medica Hered. 2011;22(4):169–75.

58. Ortega Limas MA De B. Factores Asociados A Controles Prenatales Inadecuados En Madres Adolescentes En El Servicio De Ginecología Del Hospital Maria Auxiliadora Entre Junio-Diciembre. Universidad Ricardo Palma; 2018.
59. Gonzalez M. Información Y Orientación EN EL CONTROL PRENATAL. Minist Salud Del Peru [Internet]. (1). Available From: Http://Bvs.Minsa.Gob.Pe/Local/MINSA/1315_P-2000251-2.Pdf
60. Bazán Ramírez A, Sánchez Hernández BA, Castañeda Figueiras S. Relación Estructural Entre Apoyo Familiar, Nivel Educativo De Los Padres, Características Del Maestro Y Desempeño En Lengua Escrita. Rev Mex Investig Educ. 2007;12(33):701–29.
61. Nolazco LM, Rodríguez LY. Morbilidad Materna En Gestantes Adolescentes. Rev Posgrado La VI Catedra Med. 2006;156:13–8.
62. Estructura Del Sistema Educativo. Universia;
63. Rellan Rodríguez S, García De Ribera C, Aragón Garcia MP. El Recién Nacido Prematuro. Prensa Med Argent. 2008;
64. Fernández López T, Ares Mateos G, Carabaño Aguado I, Sopeña Corvinos J. El Prematuro Tardío: El Gran Olvidado. Pediatr Aten Primaria. 2012;14(55):23–9.
65. Hernández Martínez JA, Martínez Nava S. Límites De Viabilidad En Los Prematuros Extremos (< 30 Semanas De Gestación O < 1 , 000 G De Peso). Reinvestmed Sur Mex. 2011;18(4):174–8.
66. Pérez García AA, García Muñoz Rodrigo F, García Hernández JA. Viabilidad Y Reanimación Neonatal En Recién Nacidos Preterminos De Peso Extremadamente Bajo Al Nacimiento. An Esp Pediatr. 1999;50(6):594–602.
67. Salud Y Género. Junta De Andalucía; P. 1.
68. Factores Socioculturales. Monografías Plus. P. 11.

69. Dongo M. A. Significado De Los Factores Sociales Y Culturales En El Desarrollo Cognitivo. *Rev Investig En Psicol.* 2009;12(2):227–37.
70. Gómez Gómez M, Danglot Banck C, Aceves Gómez M. Clasificación De Los Niños Recién Nacidos. *Rev Mex Pediatr.* 2012;79(1):32–9.
71. Servicio De Neonatología. *Ucin.P.* P. 15.
72. Hospital Según La OMS. *Monografías Plus.*
73. Gonzáles Tenempaguay MA, Sucuzhañay Loja AL. Complicaciones Postnatales Del Embarazo Gemelar Monocorial Y Biamniotico En Mujeres De 15 A 45 Años Del Hospital Homero Castanier Crespo 2011-2014 [Internet]. Universidad De Cuenca Facultad De Ciencias Médicas Escuela De Enfermería; 2016. Available From: [https://Dspace.Ucuenca.Edu.Ec/Bitstream/123456789/24327/1/Tesis Pregrado.Pdf](https://Dspace.Ucuenca.Edu.Ec/Bitstream/123456789/24327/1/Tesis%20Pregrado.Pdf)
74. Evelyn GA. Anemia Materna Por Deficiencia De Hierro , Como Factor Asociado Al Parto Pretérmino En Gestantes Atendidas En El Hospital San José Del Callao 2018. Universidad San Martín De Porres. Universidad San Martín De Porres; 2019.
75. Marquina Reynaga GM. Factores Asociados A Ruptura Prematura De Membrana Con Productos Pretérmino En Pacientes Del Hospital Santa Rosa De Enero A Noviembre Del 2017. Tesis Universidad Ricardo Palma. Universidad Ricardo Palma; 2018.
76. Coveñas Vílchez H. Preeclampsia Y Su Relación Con El Parto Pretérmino En Gestantes Del Hospital Regional II-2 Tumbes, 2015 - 2016. Universidad Nacional De Tumbes; 2018.
77. Orbegoso Portocarrero ZN. Infección Del Tracto Urinario Como Factor De Riesgo Asociado Al Desarrollo De Amenaza De Parto Pretermino En Gestantes Que Acuden Al Hospital Nacional Hipólito Unanue, Entre Julio Y Septiembre Del 2015. Universidad Ricardo Palma; 2016.

78. Morales Cisneros DA, Paredes Lazcano P. Factores Asociados A La Morbimortalidad En Prematuros Nacidos En El Hospital Provincial Docente Ambato Período Enero 2010 - Septiembre 2011 [Internet]. Vol. 2012. Universidad Técnica De Ambato; Available From: https://Repositorio.Uta.Edu.Ec/Bitstream/123456789/26175/1/TESIS_COMPLETA_PREMATUREZ_DIEGO_2012.Pdf
79. Miñano Reyes MK. Control Prenatal Inadecuado Como Factor Asociado A Parto Pretérmino En Pacientes Del Hospital Regional Docente De Trujillo. Universidad Privada Antenor Orrego; 2016.

ANEXOS

ANEXO N° 1



UNIVERSIDAD PRIVADA SAN CARLOS PUNO
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA PROFESIONAL DE ENFERMERÍA

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Yo Identificado con número de DNI; doy mi consentimiento para participar de manera voluntaria en el trabajo de investigación que servirá de insumo para la recolección de datos del estudio de investigación titulado **“Factores biológicos y socioculturales de la madre relacionadas con la prematuridad del recién nacido en el servicio de neonatología del Hospital Regional Manuel Núñez Butrón – Puno 2020”** ; entendiendo que fui elegida para este estudio como madre del recién nacido prematuro, dando mi consentimiento voluntario y que la información que aporte es confidencial, proporcionando mi respuesta sobre este aspecto y esperando que esta información sirva para fines académicos.

Fecha:

.....
Firma del Participante

.....
Firma del Investigador

.....

Estefany Esmeralda Llanos Ramos

DNI:

DNI: 71452992

ANEXO N° 2

CUESTIONARIO

**FACTORES BIOLÓGICOS Y SOCIOCULTURALES DE LA MADRE RELACIONADAS
CON LA PREMATURIDAD DEL RECIÉN NACIDO EN EL SERVICIO DE
NEONATOLOGÍA DEL HOSPITAL REGIONAL MANUEL NUÑEZ BUTRÓN – PUNO
2020**

Ficha N°:

I. FACTORES BIOLÓGICOS DE LA MADRE

Embarazo de Alto Riesgo:

- | | |
|--------------------------------|-----|
| Bicorial Biamniótico | () |
| Monocorial Biamniótico | () |
| Monocorial Monoamniótico | () |
| Tricorial Triamniótico | () |
| Triple Monocorial Triamniótico | () |
| Embarazo Normal | () |

Anemia

- | | |
|-------------------------------------|-----|
| Hemoglobina Normal ≥ 11.0 g/dl | () |
| Hemoglobina Leve 10.0 – 10.9 g/dl | () |
| Hemoglobina Moderada 7.0 – 9.9 g/dl | () |

Hemoglobina Severo ≤ 7.0 g/dl ()

Ruptura Prematura de Membranas

R.N a término 37 semanas de E.G. ()

R.N a pretérmino tardío 34 – 36 semanas de E.G. ()

R.N a pretérmino 24 – 33 semanas de E.G. ()

R.N en el límite ≤ 24 semanas de E.G. ()

Síndrome Hipertensivo del Embarazo

Presión Arterial Bajo 110 / 70 mmhg ()

Presión Arterial Normal 120 – 130 / 80 – 85 mmhg ()

Presión Arterial Leve 140 – 159 / 90 – 99 mmhg ()

Presión Arterial Moderado 160 – 179 / 110 – 119 mmhg ()

Presión Arterial Severo $\geq 180 / \geq 120$ mmhg ()

Infección del Tracto Urinario

Hemograma normal: 6.000 y 10.000 ul. ()

Leucocitosis: ≥ 10.000 ul ()

Leucopenia: ≤ 6.000 ul ()

II. FACTORES SOCIALES DE LA MADRE

Edad materna:

15 – 19 años () 20 - 24 años () 25 – 29 años ()

30 – 34 años () 35 – 39 años () 40 - 45 años ()

45 – 49 años ()

Madre Adolescente:

12 – 15 años ()

16 – 17 años, 11 meses y 29 días ()

Ocupación Laboral:

Ama de Casa ()
 Comerciante ()
 Profesional ()
 Estudiante ()
 Otros

Conformación Familiar:

Hogar Nuclear ()
 Hogar Extendido ()
 Hogar Compuesto ()

Ingreso Económico Mensual:

A: Alto Superior S/. 26 500 – 12 201 ()
 A1: Alto S/. 12 200 – 6 301 ()
 A2: Medio Alto S/. 6300 – 3 501 ()
 B: Medio Típico S/. 3500 – 2 901 ()
 B1: Medio S/. 2900 – 2 301 ()
 B2: Medio Bajo S/. 2300 – 1 501 ()
 C: Bajo Superior S/. 1500 – 1 393 ()
 C1: Bajo S/. 1392 – 1 244 ()
 C2: Bajo Típico S/. 1243 – 901 ()
 D: Pobre S/. 900 – 661 ()
 E: Extrema Pobreza S/. ≤ 660 ()

III. FACTORES CULTURALES DE LA MADRE

Estado Civil

Soltera ()

Casada ()

Conviviente ()

Divorciada ()

Viuda ()

Controles prenatales:

Una vez al mes por meses (6 CPN).....

Del 7mo al 8vo mes cada 15 días (4 CPN).....

Al 9no mes todas las semanas (3 CPN).....

Grado de instrucción:

Primaria ()

Secundaria ()

Superior ()

IV. PREMATURIDAD

Recién Nacido de 34 a 36 semanas de E.G. ()

Recién Nacido de 29 a 33 semanas de E.G. ()

Recién Nacido de < 28 semanas de E.G. ()

ANEXO N° 3

CONSTANCIA DE EJECUCIÓN DEL ESTUDIO

Puno, 08 de junio de 2020

OFICIO N° - 001 - 2020 - EELLR - UPSC - PUNO

Señor.

Dr. Luis Antonio MALDONADO NEYRA
DIRECTOR DEL HOSPITAL REGIONAL MANUEL NUÑEZ BUTRON PUNO



Presente.-

ASUNTO: SOLICITO FACILIDADES PARA RECOLECCION DE DATOS DEL TRABAJO DE INVESTIGACIÓN "FACTORES BIOLÓGICOS Y SOCIOCULTURALES DE LA MADRE RELACIONADOS CON LA PREMATURIDAD DEL RECIÉN NACIDO EN EL HOSPITAL REGIONAL MANUEL NUÑEZ BUTRÓN - PUNO 2020"

ATECIÓN: JEFATURA DE ENFERMERÍA DEL SERVICIO DE NEONATOLOGIA

Me es grato dirigirme a su despacho con la finalidad de saludarlo y al mismo tiempo, informar que mi persona está realizando un trabajo de investigación con la finalidad de obtener el título profesional de enfermería. Cuyo título es: "Factores Biológicos Y Socioculturales De La Madre Relacionados Con La Prematuridad Del Recién Nacido En El Hospital Regional Manuel Nuñez Butrón - Puno 2020", con el propósito de contribuir en la mejora de la atención de enfermería.

En tal contexto **SOLICITO**, se me brinde facilidades, para la recolección de datos y culminar el trabajo de investigación.

Esperando la atención a la presente, reitero mis reconocimientos de estima personal.

Atentamente,


.....
Estefany Esmeralda Llanos Ramos

DNI: 71452992

Cc.Arch. 2020

ANEXO N° 4

MATRIZ DE CONSISTENCIA

Título: "Factores biológicos y socioculturales de la madre relacionadas con la prematuridad del recién nacido en el servicio de neonatología del Hospital Regional Manuel Núñez Burtrón – puno 2020"

PREGUNTAS	OBJETIVOS	HIPÓTESIS	VARIABLE E INDICADORES	METODOLOGÍA
PREGUNTA GENERAL ¿Cuáles son los Factores Biológicos y Socioculturales de la Madre Relacionados con la Prematuridad del Recién Nacido en el Servicio de Neonatología del Hospital Regional Manuel Núñez Burtrón – Puno 2020?	OBJETIVO GENERAL Determinar la relación de los Factores biológicos y Socioculturales de la Madre y la prematuridad del recién nacido en el Servicio de Neonatología del Hospital Regional Manuel Núñez Burtrón – Puno 2020.	HIPÓTESIS GENERAL Si existe una relación significativa entre los Factores Biológicos y Socioculturales de la Madre que se relacionan con la Prematuridad del Recién Nacido en el Servicio de Neonatología del Hospital Regional Manuel Núñez Burtrón – Puno 2020.	VARIABLE INDEPENDIENTE: Factores Biológicos y Socioculturales de la Madre INDICADORES: Factores Biológicos de la Madre Factores Sociales de la Madre Factores Culturales de la Madre.	POBLACIÓN: Total de recién nacidos prematuros son 50. MUESTRA: La muestra será calculará mediante el uso de la fórmula estadística: Reemplazando la Fórmula: $n = \frac{50(1.96)^2(0.5)(0.5)}{(50-1)(0.05)^2 + (1.96)^2(0.5)(0.5)}$ $n = \frac{48.02}{0.1225+0.9604}$ $n = \frac{1.0829}{48.02}$ $n = 44.3438$ $n = 45$
PREGUNTAS ESPECIFICAS ¿Qué Relación existe entre los Factores Biológicos de la Madre con la Prematuridad del Recién Nacido en el Servicio de Neonatología del Hospital Regional Manuel Núñez Burtrón – Puno 2020? ¿Cuál es la Relación entre los Factores Sociales de la Madre y la Prematuridad del Recién Nacido en el Servicio de Neonatología del Hospital Regional Manuel Núñez Burtrón – Puno 2020? ¿Cuál es la Relación entre los Factores Culturales de la Madre y la Prematuridad del Recién Nacido en el Servicio de Neonatología del Hospital Regional Manuel Núñez Burtrón – Puno 2020?	OBJETIVO ESPECIFICAS Relacionar los Factores Biológicos de la Madre como: (Embarazo de Alto Riesgo, Anemia, Ruptura Prematura de Membranas, Síndrome Hiperactivo del Embarazo, Infección del Tracto Urinario) relacionados con la prematuridad del Recién Nacido en el Servicio de Neonatología del Hospital Regional Manuel Núñez Burtrón – Puno 2020. Relacionar los Factores Sociales de la Madre como: (Edad, Madre Adolescente, Ocupación, Conformación Familiar, Ingreso Económico) Relacionados con la prematuridad del Recién Nacido en el Servicio de Neonatología del Hospital Regional Manuel Núñez Burtrón – Puno 2020. Relacionar los Factores Culturales de la Madre como: (Estado Civil, Controles Pre Natales, Grado de instrucción, costumbres, Creencias) Relacionados con la prematuridad del Recién Nacido en el Servicio de Neonatología del Hospital Regional Manuel Núñez Burtrón – Puno 2020.	HIPÓTESIS ESPECIFICAS Si existe una relación relevante entre los Factores Biológicos de la Madre que se relaciona con la Prematuridad del Recién Nacido en el Servicio de Neonatología del Hospital Regional Manuel Núñez Burtrón – Puno 2020. Si existe una Relación considerable entre los Factores Sociales de la Madre y la Prematuridad del Recién Nacido en el Servicio de Neonatología del Hospital Regional Manuel Núñez Burtrón – Puno 2020. Si hay una Relación importante entre los Factores Culturales de la Madre y la Prematuridad del Recién Nacido en el Servicio de Neonatología del Hospital Regional Manuel Núñez Burtrón – Puno 2020.	VARIABLE DEPENDIENTE: Prematuridad del Recién Nacido INDICADORES R.N. Prematuro Tardío R.N. Prematuro Moderado R.N. Extremadamente Prematuro	