



FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

ESCUELA PROFESIONAL DE ENFERMERÍA

TESIS

**FACTORES DE RIESGO DE PREMATURIDAD EN
MADRES CON COMORBILIDAD EN EL HOSPITAL
PROVINCIAL DOCENTE BELEN DE LAMBAYEQUE
2020**

**PARA OPTAR EL TITULO PROFESIONAL DE
LICENCIADA ENFERMERÍA**

Autores:

**Bach. Quiroz Timaná Alejandra Isabel.
(orcid.org/0000-0001-9934-5014)**

**Bach. Rinza Céspedes María Magdalena.
(orcid.org/0000-0002-2234-7318)**

Asesora:

**Dra. Cecilia Teresa Arias Flores.
(orcid.org/0000-0002-9382-0408)**

**Línea de Investigación:
Ciencias de la Vida y Cuidado de la Salud Humana**

Pimentel – Perú

2022

**FACTORES DE RIESGO DE PREMATURIDAD EN MADRES CON COMORBILIDAD
EN EL HOSPITAL PROVINCIAL DOCENTE BELEN DE LAMBAYEQUE 2020**

Aprobación del jurado

MG. VARGAS CABRERA CINDY ELIZABETH

Presidente del Jurado de Tesis

DRA. CECILIA ARIAS FLORES

Secretario del Jurado de Tesis

MG. CORONEL DEL CASTILLO LILA OBDULIA

Vocal del Jurado de Tesis

Dedicatoria

Dedicamos este trabajo a nuestros padres, quienes estuvieron siempre a nuestro lado, motivándonos y nunca perdieron la confianza en nosotras.

A nosotras mismas, por tener la fuerza y perseverancia de seguir adelante y no rendirnos ante las adversidades que se nos presentaban durante todo el desarrollo de este proceso.

Agradecimiento

Nuestro agradecimiento en primer lugar, es para Dios, por guiarnos y darnos la fortaleza, voluntad, paciencia y perseverancia necesaria durante todo este proceso para salir adelante, ya que sin su bendición y amor todo hubiera sido un total fracaso.

A nuestras familias, quienes nos han dado impulso para nuestra superación académica y siempre han estado junto a nosotras brindándonos su apoyo y confianza incondicional.

A nuestros docentes, quienes, en base a su experiencia, sabiduría y enseñanzas han sabido direccionar nuestros conocimientos, dirigiéndonos a concluir con éxito esta investigación.

A nuestras amigas, por su constante apoyo y motivación durante el desarrollo de esta investigación.

INDICE

Dedicatoria.....	iv
Agradecimiento.....	v
RESUMEN	viii
ABSTRACT	ix
1.1. Realidad problemática.....	11
1.2. Formulación del problema.....	39
1.3. Justificación e importancia del estudio.....	39
1.4. Hipótesis.....	40
1.5. Objetivos.....	41
1.5.1. Objetivo general	41
1.5.2. Objetivos específicos.....	41
I. MÉTODO	42
2.1. Tipo y Diseño de Investigación.....	42
2.2. Población y muestra	43
2.3. Técnicas e instrumentos de recolección de datos, validez y confiabilidad 44	
2.4. Procedimiento de análisis de datos.....	45
2.5. Criterios éticos	45
2.6. Criterios de Rigor Científico	47
II. RESULTADOS.....	48
3.1. Resultados en Tablas y Figuras	48
3.2. Discusión de resultados.....	55
III. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES	57
4.1. Conclusiones.....	57
4.2. Recomendaciones.....	58
REFERENCIAS.....	60
ANEXOS	68
Anexo 1: Formato de instrumento de recolección de datos.....	68
Anexo 2:.....	70
Anexo 3: Operalización de variables.....	96
Anexo 4: Permiso para la recolección de datos	99
Anexo 5: Solicitud de recolección de datos.....	101
.....	102
Anexo 6: Autorización para acceder a HC	103

INDICE DE TABLAS

Tabla 1. Factores de riesgo sociodemográficos en madre asociados a un parto prematuro con comorbilidad en el Hospital Provincial Docente Belén de Lambayeque 2020.....	48
Tabla 2. Factores de riesgo materno según antecedentes obstétricos en madre asociados a un parto prematuro con comorbilidad en El Hospital Provincial Docente Belén de Lambayeque 2020.....	50
Tabla 3. Factores de riesgo materno según antecedentes patológicos en madre asociados a un parto prematuro con comorbilidad en el Hospital Provincial Docente Belén de Lambayeque 2020.....	52
Tabla 4. Factores de riesgo fetal en madres asociados a un parto prematuro con comorbilidad en el Hospital Provincial Docente Belén de Lambayeque 2020. .	54

RESUMEN

Esta investigación se realizó en el servicio de Gineco-obstetricia del Hospital Provincial Docente Belén de Lambayeque durante el año 2020. Tuvo como objetivo determinar la relación entre los factores de riesgo de prematuridad y la comorbilidad de las madres en el Hospital ya mencionado, durante el año 2020. Constituye un tipo de investigación descriptiva, cuantitativa y transversal. Se analizaron 288 historias clínicas, 180 historias de madres con bebés prematuros y 108 historias de madres con recién nacidos a término. Los resultados evidencian que, con respecto a los factores sociodemográficos, donde resalta la edad, el 78% tienen 18 a 35 años. En los factores maternos obstétricos, el 48% tienen solo 1 paridad; el 32% tuvieron 2 gestaciones; 32% tuvieron de 3-4 veces sus controles; y el 90% tuvieron de 1 – 2 embarazos múltiples. En cuanto a factores maternos patológicos, el mayor porcentaje de las madres no presentó ninguna de las patologías mencionadas; por último, en cuanto a los factores fetales se obtuvo que el 100,0% no tuvo malformaciones fetales y 17% tuvieron retardo de crecimiento intrauterino. Siendo el 70% partos de 32 a 36 semanas. Como conclusión: entre los factores sociodemográficos, encontramos que las madres de 18-35 años, fueron el grupo donde se observó mayores pacientes con parto prematuro. Se identificó los factores maternos obstétricos, y se evidenciaron madres con 1 paridad, que tuvieron 1-2 veces un embarazo múltiple, son factores predisponentes para un parto prematuro. En los factores fetales, se evidenció que las 3 patologías presentaron un porcentaje muy bajo.

Palabras Clave: Factor de riesgo, prematuridad, madres con comorbilidad.

ABSTRACT

This research was carried out in the Obstetrics and Gynecology service of the Belén Provincial Teaching Hospital in Lambayeque during the year 2020. Its objective was to determine the relationship between the risk factors for prematurity and the comorbidity of the mothers in the aforementioned Hospital, during the year 2020. It constitutes a type of descriptive, quantitative and cross-sectional research. 288 medical records were analyzed, 180 records of mothers with premature babies and 108 records of mothers with term newborns. The results show that, with respect to sociodemographic factors, where age stands out, 78% are between 18 and 35 years old. In obstetric maternal factors, 48% have only 1 parity; 32% had 2 pregnancies; 32% had 3-4 times their controls; and 90% had 1-2 multiple pregnancies. Regarding pathological maternal factors, the highest percentage of mothers did not present any of the mentioned pathologies; Finally, regarding fetal factors, it was obtained that 100.0% did not have fetal malformations and 17% had intrauterine growth retardation. Being 70% births from 32 to 36 weeks. As a conclusion: among the sociodemographic factors, we found that mothers aged 18-35 years were the group where the largest number of patients with preterm birth were observed. Obstetric maternal factors were identified, and mothers with 1 parity, who had 1-2 times a multiple pregnancy, are predisposing factors for premature delivery. In the fetal factors, it was evidenced that the 3 pathologies presented a very low percentage.

Key Words: Risk factor, prematurity, mothers with comorbidity.

I. INTRODUCCIÓN

1.1. Realidad problemática

En el mundo, nacen cerca de 15 millones de bebés prematuros cada año, donde 1 millón de ellos mueren por complicaciones en relación a un parto prematuro. En Estados Unidos, se ha reportado una incidencia del 12% (1). Mundialmente se estudia un sucesivo incremento del nacimiento de prematuros. De 65 países de los cuales la OMS tiene información confiable, 63 han consignado una subida de las tasas de nacimientos de neonatos con prematuridad en los recientes años. Los nacimientos de neonatos prematuros tardíos llegan hasta al 8,5 % del total de alumbramientos y 71% de los recién nacidos pretérmino en los EE.UU. (2)

Entre las causas con más relevancia de morbimortalidad en el neonato en países desarrollados es la prematuridad, quien es responsable también del 60 al 80% de mortalidad y discapacidades neurológicas congénitas con cerca del 50%. En Estados Unidos, se reportó que el 13% de los neonatos nacían antes de culminar los 9 meses de gestación. Sin embargo, en los últimos años la tasa aumentó al 20%, incluso en países industrializados. Esto es debido al incremento del uso de la fertilización in vitro, la edad de la madre, y más. Cada año, nacen 12 millones de niños, de ellos mueren 135 mil por parto pre termino en América Latina. (3).

México, 2018. Cada año, nacen más 120 000 niños prematuros, siendo una de las primordiales causas de muerte neonatal con un 28.8%, además de reportarse otras causas como defectos al nacimiento en un 22.1%, infecciones con 19.5%, hipoxia y asfixia en un 11%. En instituciones de salubridad, centros de referencia de establecimientos médicos en este país, reciben muchos de los acontecimientos que requieren atención en UCI Neonatales. Parte de la población que requiere atención en UCI, está compuesta por

neonatos prematuros, por lo que se considera, como en el resto de las agrupaciones de sanidad en México, un conflicto de salud. (4)

En el Instituto Nacional Materno Perinatal donde son atendidos aproximadamente 19 000 partos al año, se ha registrado una incidencia del 9.7% de partos pre términos en los últimos 5 años, y aunque la causa de estos nacimientos prematuros no se sabe con exactitud, lo que sí se sabe es que según cifras, los nacimientos prematuros representan aproximadamente el 70% de mortalidad neonatal y el 36% de la mortalidad infantil , así como también el 25 a 50% de los casos de daño en el sistema nervioso a largo plazo en infantes. A causa de estas cifras de bebés nacidos prematuramente, la neonatología ha experimentado un gran cambio (1).

Según el Instituto Nacional de Perinatología, los datos estadísticos describen que el tabaquismo materno, las patologías infecciosas y la salud mental de la madre, representan unos de los tantos factores de riesgo que están asociados, además de que cuenta con un aumento de posibilidades de parto pretérmino y la incapacidad de la participación. En este instituto de perinatología se reportaron cerca de 114 neonatos que habían nacido antes de las 28 semanas, 225 nacieron entre las 28 y 31.6 semanas de gestación y cerca de 700 niños fueron prematuros tardíos (4).

El Centro Nacional de Epidemiología, Prevención y Control de Enfermedades (CDC) del MINSA data que los episodios ocurridos desde el comienzo del año 2019, hasta el 25 de agosto del mismo año, en el Perú han muerto 1.817 neonatos, de los cuales 1.291 fueron prematuros. Es decir, 91 recién nacidos pretérminos muertos más que los 1.200. Según estos datos del MINSA, la máxima parte de defunciones, 496, se registraron en el nivel prematuro tardío (38.42%), seguidas por 417 muertes de bebés prematuros extremos (32.3%) y 378 de bebés muy prematuros (29.28%). En conclusión, se tiene que 3 de cada 10 de los niños que fallecían eran neonatos pretérminos extremos. (5)

En nuestro país, la prematuridad es la promotora de gran parte de las defunciones de neonatos. Siendo también el efecto de concluyentes de salubridad que afectan el embarazo, como lo son: la pobreza, el embarazo adolescente, el acceso a alimentos adecuados y saludables, así como también el acceso a una atención sanitaria y con alta tecnología en salud, todos ellos traen consigo consecuencias a largo plazo, pero también pueden provocar complicaciones que lleven al fallecimiento de estos niños por no haber recibido los cuidados necesarios (6).

En Lambayeque, el 27 de agosto del 2019, se informó que, en el área de neonatología, el índice de mortalidad infantil aumentó en los recientes meses en el Hospital Regional Lambayeque, ocasionado por la carencia de incubadoras, ventiladores artificiales, y una deficiente alimentación parenteral. Se trata de un nosocomio de alta complejidad, y que atiende a pacientes de diferentes regiones como Piura, Cajamarca, etc., y a pesar de ello no cuenta con el número de incubadoras que se necesitan. En lo que iba hasta el mes de agosto del año 2019, nacieron 125 bebés prematuros; y que, por las condiciones deficientes del área de neonatología, 30 de ellos fallecieron. (7)

De acuerdo a lo sucedido, el especialista de UCI Neonatología, Wilfredo Gamonal, informó que alrededor de cinco bebés mueren al mes a causa de la escasez de estos equipos especializados. El 29 de agosto el coordinador de UCI neonatología, Manuel Azabache, precisó que en la región Lambayeque nacen 23,000 niños al año y que la norma técnica señala que por cada mil nacimientos debería existir una incubadora y ventilador mecánico, alertando que en el mes de julio y agosto se incrementó el nacimiento de niños prematuros. Además, sostuvo que se necesita un presupuesto de 2 millones de soles aprox. para resolver los problemas en UCI neonatal y UCI Intermedios. (8)

Actualmente en la ciudad de Chiclayo, se ha visto en aumento de nacimientos de bebés pre término, preocupando a los profesionales

de salud encargados de esta área, ya que los RN prematuros necesitan de cuidados especializados para poder ayudarlos en su recuperación (ayudarlos a comer, a respirar y a combatir infecciones) en los que se requiere el uso de incubadoras y de otros equipos, que como es de conocimiento estos equipos se encuentran escasos mayormente a causa de la deficiente gestión, siendo ésta la razón de las cifras tan altas de bebés prematuros fallecidos en esta ciudad.

Las madres gestantes no acuden a sus controles de manera estricta como debe ser, para poder descartar cualquier infección o malformación congénita. Entre otras causas encontramos a la edad de la madre (especialmente en adolescentes), gestaciones múltiples, infecciones del tracto urinario y/o vaginales, antecedentes de partos prematuros o abortos, o incluso también problemas de placenta previa e incompetencia cervical. Estos son muchos de los problemas que colocan en peligro la salud tanto de la madre como la del niño.

En los niños prematuros, a largo plazo suelen correr con un elevado peligro de sufrir algún tipo discapacidad con las que tengan que lidiar toda su vida, como, por ejemplo: trastornos neurológicos relacionados con el aprendizaje, problemas visuales como la retinopatía, problemas auditivos, y enfermedades cardiovasculares y/o respiratorias. Por otro lado, todas estas complicaciones vienen de la mano con alguna enfermedad de nacimiento, que hace que se incremente el riesgo de desarrollar algunas de estas complicaciones ya mencionadas.

En el Servicio de Neonatología del Hospital Provincial Docente Belén de Lambayeque, se evidencia que entre las enfermedades o causas más comunes que colocan a las madres en riesgo que den a luz a sus bebés de manera prematura, están la edad (en su mayoría mujeres >35 años), escasos controles prenatales, infecciones urinarias y/o vaginales, RPM, pre eclampsia, eclampsia y madres multíparas. Aunque se han dado diversos avances en la tecnología en las atenciones especializadas, aun así, su prevalencia no ha

disminuido, causado por enfermedades del propio embarazo o por la condición propia de la madre.

1.2. Trabajos previos

Internacional

Montero et al. (9) en la investigación “Riesgos maternos asociados a la prematuridad”, realizada en el año 2019 en Cuba, como objetivo se planteó delimitar aquellos factores de riesgo por los que el recién nacido pasó para nacer antes de las 37 semanas. Se realizó una revisión en la que hicieron uso de bibliografía específica de Medicina y se llevó a cabo también la recolección de información de artículos de Internet. Como conclusión se llegó a que todos los niños que sus madres fueran adolescentes, tengan diferentes hábitos tóxicos, o posean alguna enfermedad que se asocie a su embarazo, o haya tenido antecedentes de abortos o de infecciones; tienen mayores probabilidades de nacer prematuramente.

Casado et al. (10) en la investigación “Recién nacidos muy prematuros: dificultades en la escuela”, realizada en el año 2019 en España, su objetivo fue el de percatarse de las complicaciones que en el colegio pueden haberse presentado a aquellos niños y niñas que nacieron prematuramente. Para el desarrollo de esta investigación se hizo uso de revisión de bibliografía, tomando como guía a las bases de datos como Pubmed, Scielo, Cochrane y Medline, de los cuales se tomó solo artículos científicos de los últimos 10 años. Se llegó a la conclusión que los profesionales de salud junto a la familia deben vincularse para comprender todos los riesgos a los que están expuestos los bebés prematuros (como las dificultades en la escuela); para que así se tomen intervenciones a tiempo y puedan prevenirse.

Chaskel et al. (11) en la investigación “Alteraciones en el neurodesarrollo en preescolares con antecedente de prematurez: un estudio de corte”, realizada en el año 2018 en Bogotá- Colombia, tuvo

como objetivo evidenciar la conexión que tiene la prematuridad, con las disfunciones en el neurodesarrollo y todo resultado negativo en lo que concierne a la salud mental. El estudio fue transversal, y se trabajó con 96 HC de preescolares del Hospital Militar Central de ese país. Como conclusión se tuvo que todos aquellos problemas mencionados, se presentan niños con antecedentes de prematuridad, sobre todo a aquellos bebés que cuando nacieron presentaron un bajo peso (menos de 1500 gr), o nacieron menor a las 32 semanas.

Mendoza et al. (12) en la Investigación Epidemiológica de la prematuridad y sus determinantes, en una población de mujeres adolescentes y adultas de Colombia, realizada en el año 2017, tuvo como objetivo describir la prevalencia del parto prematuro y sus determinantes, en una población de gestantes adolescentes y adultas, que tuvieron su único o último parto en una Fundación del país ya mencionado. Se realizó con una muestra de 11.881 recién nacidos y mujeres adolescentes y adultas. Se concluyó que entre los determinantes para que se dé la prematuridad están los individuales sociales y culturales, además que es necesario que se desarrollen pautas y políticas para prevenir este problema.

Avilés et al. (13) en la investigación “Estudio descriptivo de escolares de la provincia de Concepción con antecedente de prematuridad extrema”, realizada en el año 2017 en Chile, tuvo como objetivo la descripción de funciones neurológicas y psicológicas, integración visomotora, desarrollo psicomotor y rendimiento escolar de niños que han tenido como antecedente la prematuridad extrema. Se trabajó con 43 niños nacidos con menos de 1500 grs. de peso y/o menos 32 semanas de gestación, y que no hayan tenido algún diagnóstico neurológico, sensorial y cognitivo. En este estudio, se obtuvo que los niños con antecedente de prematuridad extrema y muy extrema evidencian un menor desempeño en sus funciones neurológicas y psicológicas.

Nacional

Galarza (14), en la investigación “Factores de riesgo de parto pretérmino en Gestantes del Hospital de Quillabamba – la Convención 2018”, realizada en el año 2020, las técnicas que se usaron en este estudio, fueron la revisión de las historias clínicas, y su instrumento fue la ficha de recolección de datos. Se planteó como objetivo determinar aquellos factores de riesgo de un parto pretérmino. La población estuvo integrada por 556 mujeres gestantes. Se concluyó que en lo que respecta a las características sociodemográficas, la mayoría de madres tienen entre 18 a 24 años, y en lo que concierne a los factores relacionados a la madre, la mayor prevalencia se encontró en las gestantes con infecciones urinarias, y con vulvovaginitis.

Guillen et al. (15), en la investigación “Riesgo de daño cerebral en prematuros menores de 34 semanas expuestos a corioamnionitis histológica, Lima, Perú”, realizada en el año 2020, tuvo como objetivo valorar el riesgo que puede provocar algún daño cerebral en prematuros menores a las 34 semanas, y que estén expuestos a corioamnionitis histológicas (CHA). En esta investigación se obtuvo como conclusión la reafirmación sobre que la corioamnionitis sí representa un factor de riesgo para fomentar lesiones cerebrales en prematuros menores a las 34 semanas, además se evidenció que a las 40 semanas (de edad ya corregida), los prematuros extremos que presentaron esta patología, presentaron lesiones cerebrales más graves y prolongadas.

Acuña et al. (16), en la investigación “Beneficios del método Mamá Canguro en recién nacidos prematuros: una revisión sistemática”, realizado en el año 2019, dicho estudio estableció como objetivo establecer la validez del método de la madre canguro, para una pronta rehabilitación del bebé nacido prematuramente. Se llegó a la conclusión, de que este método de madre canguro es efectivo en el restablecimiento de la salud del recién nacido prematuro, ya que por diversas razones ha evidenciado ser segura, eficaz, efectiva y fiable,

además se tuvo en cuenta que en este estudio no se encontró ninguna certeza de que este método provoque daños, por el contrario, demostró ser una muy buena alternativa frente a un cuidado tradicional, a causa de que reduce costos.

Ahumada et al. (17), en la investigación “Factores de Riesgo de parto pretérmino en un hospital”, realizada en el año 2018, su objetivo fue el de señalar cuales son los factores de riesgo de un parto prematuro. Se contó con una población de 600 gestantes atendidas en un hospital, de las cuales 298 gestantes tuvieron un recién nacido con parto pretérmino menor de 37 semanas y el resto que son 302 gestantes tuvieron un recién nacido sin parto pretérmino. Por lo que, concluyeron que entre los factores de riesgo para un nacimiento pretérmino están el antecedente del mismo, la preeclampsia, y el no haber tenido un control prenatal o haberlos tenido de manera insuficiente.

Talledo (18) en su investigación “Factores de riesgo maternos asociados al parto pretérmino en el servicio de Obstetricia del Hospital de Apoyo II - 2 Sullana - Piura Julio – Diciembre”, en el año 2017, fue un estudio en el que analizaron casos y controles, además de ser retrospectivo; el cual tuvo como objetivo de determinar los factores de riesgo de la madre que se asociaron a la prematuridad. Se tomaron como población a 90 HC de gestantes (que corresponden a los casos) y otras 90 HC de gestantes (correspondientes a los controles), de ambas sus partos se dieron entre los meses de julio y diciembre. Los resultados mostraron que ningún factor preconcepcional demostró estar relacionado con la prematuridad. Y, se concluyó que entre los que sí constituyen factores de riesgo preconceptionales asociados a la prematuridad están: el control prenatal inadecuado, y la corioamnionitis.

Lozada (19) en su investigación “Factores de riesgo para parto pretérmino en gestantes del Hospital I Nuestra Señora de las Mercedes de Paita” en el año 2017, es una investigación

metodológica, cuantitativa, con diseño observacional de caso-control, no pareado, y retrospectiva, esta investigación tuvo como objetivo: determinar aquellos factores de riesgo para que las gestantes tengan un parto prematuro en el hospital ya mencionado. Se tomó como población a 381 gestantes atendidas en el Servicio de Ginecología y Obstetricia, de las cuales 86 gestantes tienen edad gestacional < 37 semanas (grupo de los casos) 295 gestantes con edad gestacional \geq 37 semanas y < 42 semanas (grupo de los controles). Estos dos grupos han sido seleccionados a través de un muestreo aleatorio simple. Se concluyó que, en el hospital ya mencionado, los factores asociados a parto pretérmino fueron: la edad materna adolescente, procedencia, antecedente de sangrado, antecedente del parto pretérmino, ITU, RPM y anemia.

Aguilar (20), en la investigación “Parto pretérmino en gestantes con edad materna avanzada, hospital nacional Hipólito Unanue. Lima-Perú”, realizada en el año 2017, es un estudio descriptivo comparativo transversal, en el que se tuvo como objetivo detallar el porcentaje de los partos prematuros en gestantes con edad avanzada. Se utilizó una población de 240 embarazadas, con edades mayores de 35 años, estas fueron escogidas mediante un muestreo no probabilístico. Se llegó a la conclusión que las gestantes con una edad avanzada, en su gran mayoría dieron a luz muchas veces, además de haber tenido también partos prematuros, de las cuales más de la mitad culminaron en cesáreas.

Local

Abanto et al. (21) en la investigación sobre el “Nivel de conocimiento de las madres sobre los cuidados domiciliarios del recién nacido pre término atendidos en el Hospital Regional Lambayeque”, realizada en el año 2017, es un estudio cuantitativo y de diseño descriptivo con corte transversal, teniendo como objetivo: establecer el nivel de conocimientos que poseen las madres acerca de todos los cuidados que deben tener y darles a sus bebés prematuros en casa.

Su muestra fue de 93 madres de recién nacidos a pretérmino, se hizo uso de un cuestionario elaborado con 10 preguntas, en la que se concluyó que el 12.9% de las madres tienen un nivel de conocimiento bajo, y un 65.6% tienen un nivel medio de conocimiento, es decir la mayoría de las madres poseen un conocimiento medio sobre los cuidados.

Altamirano (22) en la investigación sobre “Vivencias de madres canguro en niños pretérmino del servicio de neonatología del Hospital Regional Docente Las Mercedes”, realizada en el año 2017. Este estudio es de carácter cualitativo, en el que se empleó un cuestionario conformado por 5 preguntas ya validadas y aptas para su uso. Su muestra estuvo formada por 12 madres de recién nacidos pre términos que fueron atendidos en dicho hospital. Y, se llegó a la conclusión que las experiencias vividas por las madres en estudio, están llenas de esfuerzos y emociones para tener como resultado la recuperación y bienestar de sus hijos.

Muro (23) en su investigación titulada: “Determinantes estresores y estilos de afrontamiento - adaptación en madres de Neonatos prematuros. Hospital Regional Lambayeque”, realizada en el año 2017, tuvo como objetivo delimitar la asociación que existe entre los determinantes estresores y los estilos para hacer frente y adaptarse a la situación por la que están pasando, en madres de prematuros. Su muestra está conformada por 26 madres a quienes se les aplicó dos cuestionarios. Como conclusión se tuvo que el mayor determinante estresante fue la alteración del rol parental en las madres.

1.3. Teorías relacionadas al tema

Riesgo está definido como la probabilidad que pueda ocurrir un daño a la salud, y pueda desencadenar ya sea en una enfermedad, o incluso en la muerte, se dan ejemplos como el embarazo precoz o tardío, antecedentes de aborto, ser madre primeriza, embarazos múltiples y desnutrición. Entonces como factor de riesgo tenemos que es algún evento o exposición de un individuo o un grupo de personas

que puedan aumentar la probabilidad o estén propensas a adquirir o sufrir algún tipo de daño o lesión que sea perjudicial para su salud. (24)

La existencia humana es tan antigua como el término “riesgo”, por lo tanto, con el pasar del tiempo va modificándose y adaptándose, podemos decir que a través de esta palabra se puede describir la probabilidad de que se pueda perder algo o a alguien, o incluso de tener un resultado no anhelado o perjudicial. Entonces, entre otras definiciones de riesgo, se dice que se asocia a las diferentes medidas de posibles resultados que muchas veces son no favorables, también se asocia a la suspensión de actividades económicas, a las personas y propiedades agraviadas. (25)

El Factor de Riesgo está definido como una cualidad o una situación, que puede ser detectado tanto en un individuo como en un grupo de personas, y que están asociados a la posibilidad de estar predispuestos a sufrir algún proceso patológico. También se puede definir como un grupo de factores que intervienen en el proceso salud-enfermedad, que pueden originar o no, un suceso teniendo en cuenta la capacidad de generar enfermedades en los factores y de los efectos que pueden darse entre ellos. (25)

Un riesgo puede tener efectos positivos o negativos, aumentando la posibilidad de daños que puede sufrir el individuo. En salud, el consumo de tabaco, la hipertensión arterial, falta de higiene, entre otros, son claros ejemplos de riesgos que pueden llevar la salud de la persona a deteriorarse, es por ello que se puede considerar que cuanto más eficiente sea la medición de este riesgo, mayor será la facilidad de conocer que ayuda es la que se necesita, ya que, de esta manera se podrá hacer frente al problema de manera adecuada y eficiente.

Hay que diferenciar los factores de riesgo, unos pueden estar localizados en individuos, otros en familias o comunidades y también en el medio ambiente, pero cuando todos ellos se relacionan entre sí

pueden originar el aumento de sus efectos aislados, es decir existe un aumento de la pobreza, el analfabetismo, la desnutrición y de las enfermedades intercurrentes que se definen como las enfermedades o padecimientos que se adquieren al mismo tiempo que otra enfermedad, y que puede ser un riesgo potencial al punto de llegar a perjudicar el transcurso de esta. (24)

Factor de riesgo, es una palabra que hoy en día es muy escuchada, para muchos es un término hablado profesionalmente que puede ser utilizado para impedir y prevenir algún proceso patológico. Es de vital importancia conocer el significado de este término, ya que nos puede ayudar a poder profundizar en las ciencias de la salud y así poder entender lo que experimenta el organismo humano durante toda su vida. Para poder comprenderlo es necesario explicar de manera adecuada como es que puede llegar a influir.

La prematuridad se considera un preocupante conflicto de salud pública, debido a las grandes cifras de muertes y enfermedades que provocan, además de las consecuencias socioeconómicas que traen consigo su atención. La Organización Mundial de la Salud da como concepto de prematuridad, al nacimiento que sucede cuando no se completan las 37 semanas de gestación, o también se puede decir antes de los 259 días del término del embarazo, contando desde el 1er día que culminó su periodo. La OMS subdivide la prematuridad en: extremadamente prematuros (<28 ss), muy prematuros (28 -31 ss) y moderadamente prematuros (32-36 ss). (26) (27)

El nacimiento prematuro se considera de las principales causas más frecuentes de muerte en recién nacidos, considerándose que un prematuro al salir del útero de la madre antes del término del embarazo no se ha desarrollado correctamente, lo que significa que el bebé no se encuentra listo para vivir fuera del útero, lo que puede causar que algunos tengan mucho más riesgo de padecer diferentes patologías a corto o largo plazo, mientras que otros pueden desarrollarse sin

dificultades requiriendo de supervisión médica constante y cuidados especiales hasta su recuperación.

Existen muchos factores de riesgo que están asociados a que los bebés nazcan de manera prematura. Este nacimiento prematuro ocurre por la suspensión de manera brusca o forzosa del embarazo, esto sucede ya que en la gran parte de los casos ocurre por una enfermedad o una inadecuada situación sociodemográfica de la madre, situación de salud materna o fetal que llegue a complicar el término de la gestación; todo esto ubica a la madre y al recién nacido en un alto riesgo para la salud de ambos. Por lo tanto, podemos decir que a los nacimientos antes del término de la gestación, pueden traer como consecuencia problemas perjudiciales para la salud o la muerte tanto a la madre como al bebé. (28)

Tener conocimiento sobre los factores de riesgos que se asocian a un nacimiento prematuro es muy importante, y dicha importancia radica en que al conocer estos factores los mayores beneficiados serán la madre y el bebé, ya que dicho conocimiento permitirá que los profesionales encargados de su cuidado tomen las medidas necesarias y realicen los procedimientos e intervenciones correctas para la pronta recuperación tanto de la madre como la del niño, y de esa manera disminuir los altos números de muertes o enfermedades que adquieren los niños nacidos prematuramente.

Los factores de nacimientos prematuros son los siguientes: Factores fetales, entre los que encontramos el embarazo múltiple, las malformaciones congénitas, y la restricción del crecimiento intrauterino (RCIU), defectos placentarios de implantación (placenta previa y abruptio placentae), funcionales (hipertensión arterial e infartos) y morfológicos (hemangiomas, placenta circunvalada, tumores e inserción marginal del cordón umbilical) y se hayan defectos en líquido amniótico como el oligopolihidramnios.(29)

También encontramos los factores maternos, como los hábitos perjudiciales tales como el consumo de tabaco, alcohol, drogas, peso

de la madre (< 40 kgs), anomalías útero cervicales (aquí encontramos a la incompetencia istmo – cervical, malformaciones uterinas y miomatosis), patologías que producen hipoxia (como las cardiopatías, asma, anemia, hipertensión arterial crónica, y diabetes), antecedentes de abortos y partos prematuros, exceso de actividad sexual, y las infecciones cérvico vaginales, intraamnióticas y urinarias. Y, por último, los factores sociodemográficos, donde está la edad, grado de instrucción y estado civil de la madre. (29) (38)

Todos estos factores, afectan y ponen en alta probabilidad que el bebé nazca prematuramente. Si nos enfocamos en todos aquellos factores que ponen en riesgo a la madre, podemos encontrar a las madres que tienen alguna enfermedad subyacente, y que traen como consecuencia un parto prematuro, nos referimos a las madres con comorbilidad. Comorbilidad, hace referencia a la situación por la que una persona padece o tiene más de una enfermedad, y que entre ellas dificultan su salud y hace que todo su proceso de la enfermedad empeore.

Entre los factores de riesgo fetales, están el embarazo múltiple, el cual se toma en cuenta como uno de los tantos factores más elevados del nacimiento pre término. Se dice que la mayoría de embarazos dobles y múltiples, culminan el periodo de gestación al llegar las 37 semanas, por lo que el promedio de duración es corto cuando el número de fetos que se desarrollan en el útero simultáneamente es mayor. Pero hay un punto importante que se debe tener en cuenta, y es que el embarazo múltiple se produce por una sobre distensión intrauterina que puede superar su capacidad de compensación, conllevando al parto pretérmino. (38)

Las malformaciones congénitas que se asocian a la prematuridad, encontramos anomalías cromosómicas, y no cromosómicas. Las anomalías cromosómicas se refieren a malformaciones múltiples como las trisomías y el síndrome de Turner. Y las anomalías no cromosómicas son de causa multifactorial, son producto de factores

ambientales, agentes físicos, químicos infecciosos, o mecánicos, enfermedades maternas, y también el uso de fármacos. Frecuentemente son malformaciones de un órgano o incluso de un sistema. (39)

Una malformación congénita es un defecto en cualquier parte del cuerpo humano, o en la forma de funcionar de los órganos y sistemas del organismo. Esta anomalía se origina porque un agente en específico ejerce su mal hacia el bebé cuando se viene desarrollando en el vientre de su madre, esto es lo que causa que el bebé posiblemente nazca de manera prematura. Estas malformaciones se pueden diagnosticar incluso en el vientre materno, mediante pruebas de sangre a la madre, análisis tanto a tejidos de la placenta como al líquido amniótico y/o ecografías.

La Restricción del Crecimiento Intrauterino (RCIU) es una enfermedad que está caracterizada por una delimitación del potencial del crecimiento del feto, de origen heterogénea y con manifestación variable, es decir el feto está por debajo de su peso esperado de acuerdo a su edad gestacional. Esta restricción es a causa de algún factor que cause pérdida del crecimiento del feto, como la mala nutrición de la madre y por ende de su bebé, envenenamiento por agentes perjudiciales, entre otros. Se encuentra asociada al parto de forma prematura, y en un gran porcentaje al riesgo de muerte perinatal. (40)

A pesar de ello, actualmente es posible que se pueda diagnosticar de manera anticipada con el objetivo de tomar las medidas terapéuticas necesarias, que posibiliten revertir o atenuar el proceso y realizar un manejo oportuno de esta restricción del crecimiento intrauterino. La evaluación define al recién nacido como pequeño para la edad gestacional a los neonatos cuando su peso se evidencia por debajo de lo estadísticamente considerado normal para su edad gestacional. (40)

Cuando el feto no se desarrolla de manera adecuada, o no alcanza el crecimiento que debería, significa que serán niños más pequeños que el promedio, a esto se le conoce como un bebé con retardo de crecimiento intrauterino. Los recién nacidos que padecen de este retardo, en su gran mayoría cursan con múltiples problemas médicos, ya que esta condición no solo trae consecuencias con respecto al tamaño o peso, sino que también trae consigo un alto grado de morbilidad tanto a corto como a largo plazo, esto se ha visto evidenciado en estudios en los que se ha detectado que las mismas personas adultas que han experimentado este retardo de crecimiento, sufren de diferentes patologías.

En cuanto al nivel socioeconómico, un factor de riesgo sería la baja economía, este simboliza el conjunto de varios factores, como la baja clase social, insuficiente ingreso económico y un bajo nivel de educación, cada uno de ellos pueden causar un incremento del riesgo a complicaciones maternas o neonatales como lo es un embarazo prematuro. La pobreza se asocia a la prematuridad, porque perjudica el bienestar de la madre desde la concepción y todo el embarazo, ya sea por una alimentación saludable insuficiente, o por no contar con todas las medidas o controles prenatales. (28)

El nivel socioeconómico es un indicador que es muy utilizado en diferentes investigaciones, y hace referencia al estado económico y social, que se relaciona también con la educación y el ámbito laboral, de una persona, familia o comunidad. Todos estos puntos pueden beneficiar o también perjudicar, en este caso el bajo nivel socioeconómico es considerado un factor que predispone a una madre a tener un parto de manera prematura ya que, se considera a una persona con nivel bajo socioeconómico, a aquella que vive en condiciones desfavorables, con bajo nivel de ingresos y un bajo nivel de educación, que son indicadores de riesgo, y no solo para la prematurez.

Algunos estudios manifiestan que el hecho que aparezcan algunas complicaciones fetales y/o obstétricas, se debe a que la mujer tuviera 35 años o más, y esto puede ser resultado de enfermedades crónicas y a hábitos psicológicos y biológicos no adecuados. También se dice que la edad materna de 18 años o menos, aumenta la probabilidad de presentar riesgos de la salud tanto en la madre como en el niño; ya que no se ha completado la maduración que se necesita para tener un embarazo saludable y sin complicaciones ni peligros. (30)

Como ya se ha mencionado anteriormente, muchas investigaciones han confirmado que la edad de la madre influye mucho y es un factor de riesgo muy importante en el embarazo, porque muchas veces de ello depende que el embarazo llegue a su término a tiempo o no. Muy aparte de que la edad de la madre sea un factor para la prematuridad también se debe tener en cuenta el peligro al que se enfrentan las mujeres mayores de 35 o 40 años, o las adolescentes que tan a temprana edad al salir embarazadas incluso ponen en peligro también la vida del bebé. Ahí es donde se ve la importancia que tiene el brindar educación sexual e informar sobre la planificación familiar, que es parte también de la labor de enfermería.

Las mujeres que tienen el hábito de fumar, tienen mucha más posibilidad de tener un parto pre término, ya que no solo contribuye a que la madre tenga un parto prematuro, sino que también interviene en el crecimiento intrauterino retardado del bebé. Además, está demostrado que también afecta el peso del recién nacido, ya que el tabaco contiene productos tóxicos que deterioran el lecho vascular y alteran el sistema circulatorio, afectando gravemente la oxigenación y nutrición del feto. Es por ello que se recomienda a la madre abandonar este hábito y llevar un estilo de vida adecuado para favorecer el correcto desarrollo del bebé durante el embarazo, y la lactancia materna. (30)

Por consiguiente, como se mencionó, el tabaco contiene una sustancia llamada nicotina, la cual disminuye el flujo sanguíneo y

provoca falta de oxígeno al feto, lo cual produce una demora en el desarrollo del feto en la cavidad uterina. Asimismo, cuando la madre es una fumadora activa, no sólo están expuestos al humo del cigarrillo durante el embarazo, sino también luego de su nacimiento, además de que el tabaquismo aumenta el riesgo de causar defectos en el bebé a corto o largo plazo, como labio hendido, llegando a tener que acudir a una operación quirúrgica. El uso del tabaco durante el embarazo también puede causar daño en los pulmones y cerebro del feto, y provocar serios problemas, y en casos extremos, existe el peligro de que pueda nacer muerto.

Según la OMS, el alcoholismo se define como la ingestión de alcohol por encima de los 50 gramos en una mujer, ya que se ha probado que el tóxico presente en la bebida cruza la placenta, provocando serios daños al embrión o feto durante el embarazo. Según su clasificación, puede ser aguda y crónica, siendo ambas partes perjudiciales para el feto durante el transcurso de la gestación, afectando más si es crónica. Se considera que una sola copa de licor o combinado puede contener 40 gramos de alcohol, lo que es suficiente para provocar alteraciones dañinas y traer consecuencias inevitables para la madre y el feto. (31)

Asimismo, el consumo de alcohol durante el embarazo puede ocasionar a largo plazo y cuanto más sea el consumo, mayores serán los daños, como defectos o malformaciones congénitas, retraso del desarrollo psicomotor, de los que el niño no podrá recuperarse. Es por ello que se debe aconsejar a las madres que abandonen este hábito, y adecuarse a un estilo de vida saludable, debido a los efectos perjudiciales que este puede causar al feto, muy independientemente de la cantidad y continuidad que estas lo consuman, con el fin de proporcionarles un adecuado y óptimo desarrollo a sus bebés.

En conclusión, podemos decir que ambas sustancias, tanto el alcohol como el tabaco, son altamente perjudiciales para salud del feto y de la madre, ya que son mucho más vulnerables, incluso más que

un adulto, ya que, en el feto, el alcohol una vez ingerido por la madre gestante, llega directamente a la sangre, atravesando la placenta, a diferencia del adulto, que aún tiene que pasar por hígado para metabolizar, mientras que el hígado del bebe aún no está preparado para hacerlo. Y como se explicó anteriormente, ambos aspectos son nocivos para la salud y pueden conllevar a distintos problemas que pueden durar toda la vida.

Los controles prenatales son actividades que toda gestante debe realizarse, ya que se realizan con el único objetivo de prevenir y tratar a tiempo los problemas que puedan hallarse. Por ende, la falta o la carencia de estos, condicionan a que no se descubra de manera oportuna los síntomas o signos alarmantes que pueda presentar la gestante durante su proceso de embarazo, y que pueda significar que la persona pueda tener alguna patología como lo son la hipertensión, pre eclampsia, problemas con el feto, o problemas asociados a la placenta, que puedan conllevar a un parto de manera prematura. (28)

Toda mujer gestante debe acudir a sus controles prenatales programados por su médico, teniendo al menos un mínimo de 5 controles durante toda la gestación dada su importancia mencionada ya anteriormente, la falta de estos controles prenatales, significarán riesgos muy altos que puedan perjudicar la salud y el bienestar del feto y de su madre, ya que no han sido prevenidas, ni identificadas, y mucho menos tratadas a tiempo. Aquí es donde también es importante el actuar de enfermería, en la educación y orientación a las madres sobre su proceso de gestación.

Las cardiopatías son enfermedades que como su nombre lo dice afecta al corazón, son aquellas anormalidades que afectan las estructuras e incluso afectan la funcionalidad del aparato circulatorio en el neonato, instaurada en el transcurso del embarazo y también en el instante del parto, esto se debe a trastornos causados a lo largo del proceso de formación del corazón. Según estudios dicen que 8 de cada 1000 neonatos nacidos vivos y a término, sufren de cardiopatías

y el riesgo se incrementa aún más cuando el bebé es prematuro, hasta llegar al punto en el que un tercio de los abortos espontáneos que se dan el primer trimestre de la gestación presenta cardiopatías. (32)

Esta enfermedad se manifiesta que se presenta al nacer. Muchas veces cuando él bebe nace con una cardiopatía, no se tiene una causa o razón específica. En muchos casos no existe una razón identificable para esta enfermedad, pero generalmente suele ser causada por herencia multifactorial. Actualmente se conocen medios para poder reconocer una cardiopatía prenatal, y de esta manera saber si es un riesgo para él bebe, sin embargo, aún existen cardiopatías que no se diagnostican antes del nacimiento del bebe, es por ello que también es importante la valoración de los signos para detectar la enfermedad en los primeros días de vida.

La anemia aparte de representar un dilema del sistema sanitario público, se puede presentar en todas las etapas de vida, hay estudios que indican que más se diagnostica durante el embarazo, y esto se debe al aumento del volumen de la sangre como requerimiento nutricional y las demandas incrementadas por la misma gestación. Entonces, podemos decir que la anemia es considerada uno de los grandes y más comunes problemas que se dan durante el embarazo, tanto así que puede ocasionar graves problemas como el parto de manera prematura, bajo peso al nacer, depresión postparto, restricción del crecimiento del feto, todo esto aporta a la mortalidad y morbilidad tanto materna como fetal. (34)

Luego, se dice que la anemia neonatal la mayoría de las veces está presente en complicaciones inmediatas y genera daños, que muchas veces son irreversibles para los niños, todo esto aumenta el riesgo que tiene el bebé al ser más vulnerable a padecer de mayores daños. De ahí radica la importancia que tiene el conocer cuáles son las causas por las que se presenta la anemia, y de esta manera plantear actividades o recomendaciones y así sean abordadas de manera oportuna. (33)

La anemia es definida por la reducción de glóbulos rojos, que a su vez va a causar la disminución de la capacidad de estos para poder transportar el oxígeno que las células necesitan para que funcionen correctamente. Y si la gestante tiene anemia, será muy posible que el recién nacido, quien depende de la sangre de la madre, no pueda desarrollarse adecuadamente o tener un peso saludable. Como se mencionó anteriormente, la anemia puede causar efectos perjudiciales para la salud del bebe, e incluso causar la muerte del recién nacido, es por ello que se deben realizar controles prenatales que incluyan un examen de hemograma completo para descartar esta afección e informar a la madre sobre los síntomas que puede causar la anemia y prevenir complicaciones.

La hipertensión gestacional es uno de los factores de riesgo más frecuentes causante de que el parto se dé de manera prematura y con bajo peso, ya que afecta al recién nacido, tanto por la propia enfermedad como por la administración de medicamentos imprescindible para su control. Cuando la hipertensión se manifiesta en el transcurso del embarazo puede obligar a suspenderlo antes del término de la gestación. Además de ser considerado un factor con alta incidencia de morbimortalidad, afectando al bebé en el período inmediatamente antes o después de su nacimiento. (30)

Existen muchos casos, donde la hipertensión gestacional no puede afectar al bebe, pero puede causar efectos en el futuro. Aun así, se debe aconsejar ir al médico para un adecuado chequeo, porque algunas mujeres pudieron haber tenido hipertensión arterial y no se dieron cuenta de ello, y ocasionar, una hipertensión crónica e incluso si esta no es tratada a tiempo, puede desencadenar en preeclampsia. Es por eso importante, brindar información a la mujer sobre aquellos signos y síntomas de esta enfermedad y pueda estar atenta a los síntomas que este puede causar, también se recomienda la toma de la presión arterial constantemente, para evitar dar a lugar a daños en el cerebro y otros órganos.

La diabetes gestacional, es una variante de la diabetes la cual, como su nombre lo dice, solo se da en el transcurso del embarazo, aquí las hormonas van a reducir la capacidad que tiene la insulina para realizar su trabajo. Se ignora la razón por la que se desarrolla de esta manera; aunque se estima que sucede cuando la placenta comienza a trabajar, es decir desde el segundo trimestre de gestación se va a generar una acción que bloquea la función de la insulina en los órganos. La diabetes está asociada a complicaciones obstétricas como la amenaza de parto prematuro, hipertensión, rotura prematura de membranas, infecciones, etc. (34)

Como se sabe, la diabetes es una afección crónica, es decir son de larga duración y con el tiempo van progresando y presentando complicaciones, por ello, si una mujer gestante tiene diabetes está en un riesgo muy alto de que durante su embarazo presente complicaciones que la perjudiquen a ella como a su bebé, por eso se le recomienda a la madre, mantener una alimentación adecuada y asistir a todos sus controles para que el médico diagnostique y prevenga la diabetes, y brinde su tratamiento, con el único objetivo de evitar que se desarrollen peligros durante su gestación, tales como el tema a estudiar que es la prematuridad.

Los antecedentes de abortos y partos prematuros, se consideran un factor de riesgo de mayor trascendencia, y es que va aumentando paulatinamente Las embarazadas que han tenido partos prematuros anteriormente, tienen mucho más riesgo de tener nuevamente otro nacimiento prematuro, es decir, cuando más temprana sea la edad gestacional, el peligro de que exista un nacimiento pre termino aumenta. Y es que cuando una mujer, cuyos primeros dos partos fueron prematuros, está favoreciendo al aumento del riesgo de que su próximo embarazo sea pre término. (31)

Por todo lo expresado anteriormente, hemos considerado importante abordar dentro de los factores maternos los abortos y partos prematuros que las madres hayan tenido anteriormente, ya que,

a mayores números de estos antecedentes, mayor es la probabilidad que el parto se presente prematuramente, y por ende se presenten diferentes consecuencias tanto para ambos, el bebé y la madre, e incluso para la familia. La importancia de considerar este punto radica en la importancia que la gestante, familia, etc., tomen las medidas preventivas correctas y a tiempo para disminuir esta incidencia de prematuridad a causa de estos dos factores.

Muchos estudios coinciden con la literatura, y han evidenciado que la falta de madurez uterina y del cuello en mujeres gestantes, las pre dispondría a infecciones como vaginosis bacterianas o infecciones urinarias, y estas respuestas inflamatorias implicaría el desencadenamiento y el incremento de la incidencia de un nacimiento prematuro, e incluso también el bajo peso al nacer sería consecuencia de padecer cualquier tipo de infección como las infecciones cérvico vaginales, intro amnióticas, y las ya mencionadas las urinarias. (30)

Durante el transcurso del periodo de gestación, la flora vaginal comensal es la encargada de evitar que se proliferen en ella microorganismos patógenos que pueden causar infecciones y problemas vaginales a través de una serie de mecanismos. Cuando la mujer no está embarazada, la existencia de Vaginosis Bacteriana está asociada a aumentar el riesgo de tener infección del tracto genital superior y también puede desencadenar infecciones de transmisión sexual. (37)

Las infecciones se definen como la presencia de microorganismos en cualquier parte del cuerpo, estas pueden provocar enfermedades. Durante el embarazo, la madre puede presentar diferentes infecciones, algunas comunes, y otras que resultan muy perjudiciales causando problemas graves en la madre y el bebé. Como ya se mencionó las infecciones son factores que predisponen a un parto prematuro y a un bajo peso al nacer del infante, pero, también pueden causar discapacidades, defectos congénitos, incluso hasta problemas cognitivos.

Según la OMS, la infección del tracto urinario en la gestante es un proceso de infección, que tendrá como resultado la invasión y desarrollo de bacterias en cualquier parte del tracto urinario (uretra, vejiga, uréteres y riñones), que provocan alteraciones morfológicas y/o funcionales y traen consecuencias tanto maternas como fetales. Esta infección urinaria es común en la gestación, por lo que las gestantes están propensas a dar a luz prematuramente, o también a que el neonato presente bajo peso. (41)

En el transcurso del embarazo, la infección del tracto urinario constituye un peligro debido a que lleva al nacimiento de un nuevo ser, se ha demostrado en diversos estudios complicaciones perinatales, como: amenaza de parto prematuro y el parto pretérmino, siendo esta última la causa del 70% de la mortalidad en los fetos (39), se ha encontrado también, que los casos donde la manera más común y frecuente en la que la ITU se presenta es la bacteriuria asintomática en un 17-20% de las gestaciones; por otro lado se encuentra la cistitis aguda con un 1.5% y finalmente la pielonefritis aguda de 1-2%; los cuales han generado una serie de complicaciones en la madre y el feto. (41)

Como se mencionó anteriormente la infección del tracto urinario durante el embarazo, es una de las enfermedades que se da con más frecuencia, ya que la gestante presenta diversos cambios fisiológicos, que son propios de esta etapa de vida; pero aparte de estos cambios fisiológicos se agregan otros factores de riesgo que agravan la situación de la madre y del feto. Es por esta razón, que se recomienda a las madres que se realicen los controles prenatales, estos controles ayudan a un diagnóstico precoz para que se tomen las medidas terapéuticas necesarias que evitaren complicaciones.

La Placenta Previa es una complicación obstétrica se da durante los últimos dos trimestres de embarazo. Se conceptualiza la implantación irregular del tejido placentario cerca del orificio interno del cuello uterino, de manera que, se puede obstruir el orificio totalmente

o de manera parcial. La aparición de sangre vaginal abundante y de un color rojo brillante, es una de las manifestaciones que más se presenta en la placenta previa, y se diagnostica al realizarse una ecografía transvaginal. Está asociada a una mayor morbi-mortalidad perinatal, en donde encontramos la RPM y el parto prematuro. (41)

Aunque su incidencia es de 0.5-1.0% del número total de embarazos, aun así, la placenta previa está considerada como una de las iniciales causas de hemorragia durante las últimas semanas de embarazo, por lo que se considera como un indicador en la morbimortalidad materno perinatal. Entre los factores que incrementan el peligro de presentar placenta previa se encuentran cirugías previas en el útero, como: partos distócicos, legrados uterinos, miomectomías, extracción manual de placentas y también la edad de la madre, tabaquismo, raza negra y asiática, paridad y gestaciones múltiples y tratamiento de reproducción asistida. (41)

La placenta es otra patología que conlleva a un parto prematuro debido a que esta complicación consiste en que la placenta se encuentra ubicada de manera anómala por lo que dificulta un encajamiento adecuado del bebe e impide su descenso, además de también poner en riesgo de ruptura a la membrana a causa de su fragilidad, y todo ello conduciría a un parto pre término. Esta complicación al igual que algunas de las ya mencionadas son potencialmente prevenibles, esto quiere decir que se requiere de medidas de vigilancia durante los controles prenatales, para que así se pueda controlar y evitar un parto prematuro.

El desprendimiento prematuro de placenta previa, es una afección obstétrica que pertenece al grupo de las hemorragias que se dan durante el tercer trimestre de la gestación. Su definición abarca la división parcial o total de la placenta no previa de la mucosa uterina o endometrio, esto sucede antes que el feto fuera expulsado. Se provoca como consecuencia de una hemorragia en la interfase

decidua-placenta y su definición queda limitada para gestaciones mayores de 20 semanas. (37)

En algunos embarazos, la placenta suele desprenderse demasiado pronto, es decir, cae de la pared del útero. Muchas veces, solo una parte de la placenta se separa del útero, mientras que otras veces se desprende por completo, sucediendo con más frecuencia en el 3 trimestre del embarazo. La placenta es considerada el órgano con más importancia para el bebé, ya que es la encargada de mantenerlo vivo hasta su nacimiento, es por ello que, si se presentan problemas, podrían poner en riesgo su vida. El bebé recibiría menos oxígeno, por lo que afectaría su desarrollo y su crecimiento sería restringido, en algunas ocasiones puede llegar a ser mortal.

El oligohidramnios está definido como la disminución anormal del volumen de líquido amniótico. Es importante que haya un volumen adecuado del líquido amniótico, debido a que permite que el feto se mueva y crezca con normalidad, además también es fundamental para atenuar el feto y el cordón umbilical, por lo que el oligohidramnios puede afectar el movimiento y crecimiento fetal y por ende al no darse todos estos procesos, pueden traer como consecuencia la prematuridad, deformación fetal, compresión del cordón umbilical, y/o la muerte. (42)

Debido a que el oligohidramnios impide todos los procesos beneficiosos para el feto que se dan normalmente cuando se tiene el volumen adecuado de líquido amniótico, se ha visto en ocasiones relacionado a factores de riesgo ya mencionados con anterioridad, como el alto número de cesáreas, o de trabajos de parto inducidos, especialmente cuando se relacionan con enfermedades como la hipertensión arterial (HTA), la restricción de crecimiento intrauterino y/o los embarazos prolongados. (42)

Como se mencionó anteriormente, la importancia del líquido amniótico radica en que, proporciona un entorno ideal para el crecimiento, desarrollo de movimientos normales y fundamentales

para el desarrollo de la anatomía del feto, aparte de contribuir también al desarrollo de los pulmones fetales y a protegerlo de golpes y/o traumas. El volumen del líquido amniótico también es importante, debido a que es un indicador para evaluar el estado del feto en su vida intrauterina, permitiendo catalogar a los fetos de alto riesgo o de bajo riesgo. Entonces, el polihidramnios hace referencia al exceso de volumen del líquido amniótico en relación a la edad gestacional. El inicio puede ser de forma repentina o gradual. (43)

Una gestación que se ve complicada por polihidramnios puede presentar dificultad diagnóstica y terapéutica. Aunque la etiología exacta del polihidramnios aún no está clara, muchos estudios han puesto en evidencia al polihidramnios como un factor de riesgo mayor para presentar diversos eventos perjudiciales maternos - perinatales, como el parto prematuro, mortalidad materna y neonatal, apgar bajo en el 1er minuto y a los 5 minutos, el bajo peso al nacer y macrosomía fetal. (43)

Por eso es muy importante el diagnóstico temprano de esta enfermedad y de esta manera controlar el embarazo y prevenir futuras complicaciones. Si el polihidramnios es leve desaparecerá solo y suele aparecer, pero si es grave podría llegar a causar problemas como dificultad para respirar, nacimiento prematuro del bebe, entre otros signos y síntomas. Esta enfermedad puede ser un hallazgo preocupante en el embarazo por lo que se debe colaborar con el profesional médico para la atención médica para asegurarse de que tanto la madre como él bebe reciban la mejor atención posible.

La rotura prematura de membranas se manifiesta antes de que el feto llegue a concluir las 37 semanas de gestación, y el trabajo de parto, por tanto, si este no se inició pronto podría llegar a causar una severa infección ascendente de la cavidad ovular, conllevando a tener que culminar la gestación, muy independientemente de la viabilidad del feto. Esta enfermedad se inicia por diferentes mecanismos, dentro de lo que se pueden mencionar la infección, inflamación, isquemia,

hemorragia, útero-placentaria, sobre distensión, estrés, entre otros procesos. (31)

Esta afección se caracteriza por la pérdida de líquido amniótico antes de las 37 semanas de embarazo, y puede conllevar a exponer la vida del feto como de la madre y aumenta el riesgo de contraer infecciones. Además, es posible que los pulmones del recién nacido no estén completamente maduros y la madre necesite de hospitalización y monitorización para contribuir al proceso de maduración de los pulmones del feto, asimismo tratar o prevenir cualquier infección que se produzca por el parto o pueda dañar al feto. Es por ello importante que se vigile la pérdida de este líquido y acudir al médico lo más pronto posible para que se examine.

Ernestine Wiedenbach, finalizando los años 50, e iniciando los 60, propuso su teoría denominada "El arte de ayuda en la enfermería clínica". Esta teoría menciona y recalca lo importante que es, que el profesional de enfermería esté capacitado en lo que respecta a sus conocimientos y habilidades para cuando tengan que atender a un paciente puedan identificar correctamente problemas significativos en el paciente, por lo que considera a la enfermería como aquel arte que para llevarse a cabo debe tener como base el conocimiento científico, además de ir de la mano con la relación de enfermero-paciente, que son de gran significado para el paciente. (35)

Para Ernestine W. el cuidado del profesional de enfermería significa un conjunto de diferentes sentimientos, percepciones y acciones que les permite entender la situación por la que el paciente está pasando, además de comprender también sus necesidades; es por ello que el enfermero(a) debe ser un profesional totalmente competente y capacitado para mantener con el paciente tal comunicación que a través de ella le permita tomar las decisiones adecuadas sobre el estado de su paciente; todo esto con el único objetivo de progresar en los cuidados que brinde. (35)

Es por eso que esta teórica se ha tomado como base para esta investigación, ya que como es de conocimiento, la atención que se le brinda a cada uno de los pacientes por etapa de vida tienen una finalidad, en este caso, la finalidad de la atención que se le brinda a las madres o a las gestantes, es de disminuir a lo menor posible cualquier riesgo que presente la madre, y que signifique algún daño o peligro tanto para la madre como para el niño, ya que una identificación a tiempo de diferentes factores de riesgo van a permitir una adecuada y temprana atención especializada, de manera que no se desarrollen diferentes complicaciones. (36)

1.2. Formulación del problema

¿Cuál es la relación entre los factores de riesgo de prematuridad y la comorbilidad de las madres en el Hospital Provincial Docente Belén de Lambayeque 2020?

1.3. Justificación e importancia del estudio

Este estudio fue realizado para conocer y determinar los factores que están asociados a los partos prematuros en madres con comorbilidades de un hospital público. Con el fin de que se logre disminuir el número de bebés nacidos prematuramente, y por ende también el número de muertes y enfermedades y sobre todo de su prevalencia, mejorando así a largo plazo la vida de la persona, en especial teniendo como base la precaución en mujeres con edad fértil y con comorbilidades. La investigación surgió debido a que la prematuridad es uno de los principales problemas dentro del área de la salud neonatal como materno, asociándose a un alto índice de mortalidad y morbilidad en recién nacidos, es por eso que se requiere de un amplio conocimiento sobre los factores que están relacionados con la prematuridad, además de que va a contribuir a mejorar el conocimiento sobre los factores que están asociados a la prematuridad en madres con comorbilidad, lo que servirá que se

pueda implementar medidas de intervención para reducir la morbilidad materna y neonatal.

Se realizó la investigación como un gran aporte para los conocimientos ya existentes sobre los factores de riesgo que conllevan para que un bebé nazca de manera prematura en una madre con enfermedades ya existentes que puedan empeorar su situación, esto permitirá también que los profesionales de la salud obteniendo de la investigación, una información importante y correcta para así comprender, para posteriormente corregir los errores y aplicar todos los conocimientos, de manera que se tomen medidas preventivas y las acciones o intervenciones correctas, que permiten dar soluciones a los problemas.

La investigación tuvo como beneficiarios primeramente a las autoras, ya que con este estudio, se permitió obtener aún más conocimientos y experiencias que podrán ser aplicadas en la estancia hospitalaria, también a los estudiantes en busca de información, ya que al realizar otra investigación sobre este tema, podrán tomar como base esta investigación, y por último, también se beneficiarían los profesionales de la salud, porque aportará información actualizada, profundizada y detallada, que sumarán a sus conocimientos.

1.4. Hipótesis

H1: Existe relación entre los factores de riesgo de prematuridad y la comorbilidad de las madres en el Hospital Provincial Docente Belén de Lambayeque 2020

H0: No existe relación entre los factores de riesgo de prematuridad y la comorbilidad de las madres en el Hospital Provincial Docente Belén de Lambayeque 2020

1.5. Objetivos

1.5.1. Objetivo general

Determinar la relación entre los factores de riesgo de prematuridad y la comorbilidad de las madres en el Hospital Provincial Docente Belén de Lambayeque durante al año 2020.

1.5.2. Objetivos específicos

Identificar los factores de riesgo sociodemográficos de la madre asociados a un parto prematuro.

Evaluar los factores de riesgo maternos asociados a un parto prematuro.

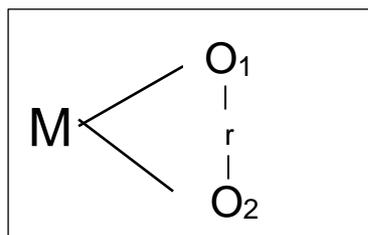
Reconocer los factores de riesgo fetales asociados a un parto prematuro.

I. MÉTODO

2.1. Tipo y Diseño de Investigación

Nuestro tipo de investigación fue descriptiva, cuantitativa y transversal. Descriptiva, porque buscó detallar características, propiedades y datos importantes de algún fenómeno que se posteriormente se analizarán (45), en este caso buscó describir los factores de riesgo que estuvieron asociados a partos prematuro en madres con comorbilidad en el Hospital Provincial Docente Belén de Lambayeque. Cuantitativa, porque se hizo uso de herramientas como la ficha de recolección de datos para obtener información acerca del tema a investigar, y, por último, transversal porque nuestra investigación abarcó un periodo específico (44), en este caso el año 2020.

El diseño de esta investigación fue descriptivo correlacional porque estuvo constituido por dos variables y una población (44), en este caso las variables serán las madres con comorbilidad y los factores de riesgo relacionados a la prematuridad. Y, en cuanto a la población, en esta investigación para describir los factores de riesgo relacionados a la prematuridad en madres con comorbilidad, estuvo constituida las madres con comorbilidad que hayan dado a luz prematuramente.



Donde:

M: Madres con comorbilidad que hayan dado a luz prematuramente.

O₁: Madres con comorbilidad

O₂: Factores de Riesgo de prematuridad.

r: Relación de las variables de estudio.

2.2. Población y muestra

Como población de estudio se refiere a un grupo de casos, definido, con límite y alcanzable, que se formó como referencia para la selección de la exhibe que cumple con una sucesión de criterios por defecto. Este término no solo hace referencia a personas, sino también a animales, muestras, hospitales, expedientes, familias, etc (46). La población que se estudió en esta investigación estará compuesta por 992 gestantes que dieron a luz durante el año 2020. La población muestral es el subgrupo de la población que concuerda con una serie de especificaciones, sobre la cual se obtendrán datos, que deben ser definidas y delimitadas con exactitud (46). La muestra que se estudió fue de 288 historias clínicas, de las cuales fueron 180 historias de madres con comorbilidades que hayan dado a luz a bebés nacidos prematuramente y 108 historias de madres que dieron a luz a recién nacidos a término en un hospital público, con las cuales se recolectó la información.

Para la población y muestra, se tomó en cuenta criterios de inclusión y de exclusión, en donde tenemos que el criterio de inclusión estuvo conformado por todas las mujeres con probabilidad a presentar un parto prematuro durante el año 2020; con respecto a los criterios de exclusión no se tendrá en cuenta las madres que están en buen estado de gestación y que no presentan alguna probabilidad de presentar parto prematuro durante el año 2020 en el Hospital Provincial Docente Belén de Lambayeque.

Para la obtención de la muestra se aplicó la fórmula para poblaciones conocidas el cual tiene la siguiente fórmula:

$$n: \frac{NZ^2 pq}{d^2 (N - 1) + Z^2 pq}$$

Donde:

N= población de gestantes con probabilidad a parto prematuro= 992

Z 95%= confiabilidad al 95%= 1.96

p = proporción aproximada del fenómeno en estudio en la población de referencia

q = proporción de la población de referencia que no presenta el fenómeno en estudio (1 -p).

2.3. Técnicas e instrumentos de recolección de datos, validez y confiabilidad

La investigación tiene como instrumento una ficha de recolección de datos hecha por Pamela Liz Ramos Gonzales en su investigación para obtener su título universitario en el año 2018. Esta ficha contiene 4 ítems, el primer ítem consiste en marcar los datos sobre los factores sociodemográficos (edad, grado de instrucción y estado civil), el segundo ítem consiste en marcar datos sobre los factores maternos, a que a la vez se divide en: antecedentes obstétricos (paridad, gestaciones, atención prenatal y embarazo múltiple) y antecedentes patológicos maternos generales (infección cérvico vaginales, ITU, RPM, preeclampsia, diabetes, DPP, anemia, amenaza de pretérmino, en el tercer ítem se encuentran los datos sobre los factores fetales donde menciona malformaciones fetales, oligohidramnios, retardo de crecimiento intrauterino, y los datos del pretérmino que incluye 32ss-36ss, 28ss- 32ss, <28ss. (37)

El instrumento de la investigación ha sido validado por 3 expertos: 2 Obstetra y 1 Médicos Gineco-obstetra, en Lima, en el año 2019, siendo el título de la investigación: “factores de riesgo asociados al parto pretérmino, Hospital Nacional Hipólito Unanue, enero – julio 2018”.

Para determinar la confiabilidad del instrumento se aplicó la consistencia interna aplicando el alfa de Cronbach, esta evaluó la consistencia de 19 preguntas, para que, posteriormente sean procesadas en el software estadístico SPSS 25.0. De acuerdo a los resultados que se obtuvieron, se tiene que el que el coeficiente de “Alfa de Cronbach” es de 0.837, en otras palabras, los ítems usados se relacionan a un nivel regularmente aceptable. Entonces podemos indicar que el instrumento es altamente confiable pues el valor encontrado se aproxima a 1.

2.4. Procedimiento de análisis de datos

Finalizada la recolección de datos para el análisis de las mismas, se procedió a verificar su calidad, para luego elaborar una base de datos donde se ingresó los datos obtenidos a una matriz en el programa MS Excel para el ordenamiento final de datos. Así mismo se empleó el programa SPSS versión 25, para el análisis estadístico descriptivo y generar las tablas de resultados que contribuyan a las conclusiones respectivas del trabajo de investigación. (38)

2.5. Criterios éticos

Como base para esta investigación se aplicaron los principios planteados en el informe Belmont:

La beneficencia consiste en que las personas deben ser tratadas con respeto, de manera que se respeten no solo sus decisiones, sino también que se asegure su bienestar, eliminando y protegiendo ante cualquier daño que se les enfrente. Desde otra perspectiva, este principio se relaciona directamente a toda acción que se hace con buenas intenciones, de manera amable, caritativa, con altruismo, amor y humanidad, todas estas acciones tienen un fin, que es la de beneficiar a otras personas haciéndoles un bien (48). Este principio se considerará en esta investigación, ya que, al obtener información con la recolección de datos de las historias clínicas, se obtuvieron

resultados que beneficiarían al conocerse a tiempo los factores que conllevan a un parto prematuro, de manera que se puedan tomar e implementar medidas y/o acciones que ayuden a evitar o disminuir la incidencia de partos prematuros en madres con comorbilidades.

Autonomía es el derecho que todas las personas poseen para tomar decisiones sobre sí mismos en cualquiera de las materias que la afecten de una u otra forma, sin coaccionarlos ni persuadirlos de alguna manera, respetando sus decisiones y considerándolos como personas que aún son capaces de decidir sobre ellos mismos (49) (50). En esta investigación, se considerará este principio ya que se desarrollará cuando al obtener la información que se necesita de las historias clínicas, se acatará la intimidad y confidencialidad de esta información sobre los factores que se conllevan a un parto prematuro en madres con comorbilidades en este hospital público, en la que participarán los bebés nacidos prematuramente junto a sus madres.

No Maleficencia, se refiere a como su nombre lo dice “no dañar”, es decir el investigador tiene la obligación de no infringir daño de manera intencional, ya sea daño físico, mental, psicológico e incluso social. Queda claro que no dañar, significa también no perjudicar o lesionar los intereses de una persona de manera que no los ofenda, ni les cause dolor o sufrimiento y ni mucho menos privarlos de algo que aprecien (48) (50). Por todo esto, este principio es considerado en la investigación porque con ella solo buscamos hacer bien al difundir información de la realidad y de esa manera se pueda prevenir o hacer algo frente a ello, lo que es todo lo contrario a dañar o perjudicar intencionalmente.

Justicia de la máxima clásica de Ulpiano manifiesta que esta se basa en «dar a cada uno lo suyo». Así mismo, Beauchamp y Childress definieron a la justicia como dar lo que es debido a cada persona. Este principio de justicia se considerará en la investigación, ya que, se participó equitativamente, planificando de modo que se obtuvo

conocimientos que beneficiaron al equipo, además la distribución fue de tal manera que el estudio de la investigación permitió que las cargas y beneficios estén compartidos de forma equitativa entre el equipo de investigación. (47)

2.6. Criterios de Rigor Científico

Los criterios de rigor científico que han sido aplicados en el desarrollo de la investigación:

El valor interno, este criterio consiste en que los datos que se obtuvieron y plasmaron en las fichas de recolección de datos de la investigación sobre los factores de riesgo de prematuridad en madres con comorbilidad en un hospital público, fueron fidedignos, pues se tuvo mucho cuidado en que se recopilaran sin ninguna alteración, ni que los resultados sufran un sesgo.

El valor externo, es un criterio en el que los datos que se obtendrán en la muestra pueden ser transferidos a otros contextos, lo cual significa que los resultados hallados en las fichas de recolección pueden utilizarse como información referente y como ayuda a otras investigaciones.

La fiabilidad interna, consiste en que los elementos que no pueden variar en la investigación como lo son el problema, los objetivos, y las variables nos orientan a un estudio consistente, es decir el instrumento que hemos utilizado para nuestra investigación puede ser utilizado también para otra investigación, lo que significa que los resultados de ambas investigaciones puedan ser similares. (50) (51)

Y por último se aplicó el criterio de objetividad, ya que la investigación está libre de la influencia de la perspectiva de las investigadoras, por lo que fueron totalmente disciplinadas en la redacción y transcripción de la realidad problemática observada, por lo que el análisis de toda esa información es real y verdadera. (51)

II. RESULTADOS

3.1. Resultados en Tablas y Figuras

Tabla 1. Factores de riesgo sociodemográficos en madre asociados a un parto prematuro con comorbilidad en el Hospital Provincial Docente Belén de Lambayeque 2020.

Factor de riesgo Socio demográfico	Número de pacientes	Parto prematuro		Valor P	OR	IC _{95%} de OR	
		n	%				
Edad	<18años	120	61	50.83	0.002*	0.426	0.261-0.694
	18 - 35 años	109	80	73.39		2.179	1.299-3.656
	>35 años	59	39	66.10		1.217	0.667-2.220
	Total	288	180	62.50		--	--
Grado de instrucción	Analfabeta	95	52	54.74	0.147	0.614	0.372-1.015
	Primaria	65	39	60.00		0.872	0.495-1.536
	Secundaria	100	70	70.00		1.655	0.987-2.774
	Superior	28	19	67.86		1.298	0.565-2.982
	Total	288	180	62.50		--	--
Estado Civil	Soltera	105	56	53.33	0.056	0.544	0.332-0.890
	Casada	81	55	67.90		1.388	0.806-2.389
	Conviviente	102	69	67.65		1.413	0.850-2.348
	Total	288	180	62.50		--	--

Fuente: Autoría propia

* La asociación si es significativa en el nivel 0.01 (bilateral), prueba de Chi-cuadrado

OR= Valor de Odds Ratio, IC_{95%}= Intervalo de confianza al 95%

Interpretación: En la tabla 01, se muestra los factores de riesgo sociodemográficos en madre asociados a un parto prematuro con comorbilidad en el Hospital Provincial Docente Belén de Lambayeque del año 2020, observándose que existe estadísticamente una asociación significativa en la edad, siendo el grupo de 18 a 35 años donde se observó mayores pacientes con parto prematuro en un 73.39%, y con un mayor valor de Odds ratio con 2.179 (IC_{95%}= 1.299-3.656), es decir que hay la probabilidad de que exista un 2.179

veces de riesgo que mujeres entre 18 a 35 años de edad presenten un parto prematuro; muy distinto a los otros grupo etarios que solo presentaron bajos valor de Odds ratio en el grupo de menores de 18 y mayores de 35 años con 50.83% y 66.10% respectivamente. Con respecto al Grado de instrucción y al Estado Civil de las pacientes no mostraron una asociación significativa estadísticamente y además presentaron bajos valor de Odds ratio por lo tanto estos factores sociodemográficos no son considerados de riesgo para influya a presentar mayor probabilidad de un parto prematuro.

Tabla 2. Factores de riesgo materno según antecedentes obstétricos en madre asociados a un parto prematuro con comorbilidad en El Hospital Provincial Docente Belén de Lambayeque 2020.

Factores maternos	Número de pacientes	Parto prematuro			OR	IC _{95%} de OR		
		n	%	Valor P				
Antecedentes obstétricos	P:1	67	55	82.08	0.001	0.269	0.163-0.445	
	P:2	52	29	55.76		0.710	0.386-1.304	
	P:3	50	31	62.00		0.975	0.520-1.827	
	P:4	57	36	63.16		1.036	0.568-1.888	
	P:5	62	29	46.77		0.436	0.247-0.772	
	Total	288	180	62.50		--	--	
	Gestaciones	G:1	56	37	66.07	0.979	1.212	0.656-2.238
		G:2	50	30	60.00		0.880	0.471-1.642
		G:3	51	33	64.71		1.122	0.597-2.110
		G:4	25	15	60.00		0.891	0.385-2.060
		G:5	46	29	63.04		1.028	0.535-1.975
		>G:5	60	36	60.00		0.875	0.489-1.567
	Total	288	180	62.50				
	Atención pre natal	1 a 2	86	59	68.60	0.277	1.463	0.856-2.498
		3 a 4	89	56	62.92		1.026	0.612-1.721
		5 a 6	61	38	62.29		0.989	0.552-1.772
		> 6	52	27	51.92		0.586	0.320-1.074
		Total	288	180	62.50			
	Embarazos múltiples	1 a 2 veces	114	89	78.07	0,000050*	3.247	1.903-5.539
3 a 4 veces		155	80	51.61	0.352		0.213-0.583	
5 a mas		19	11	57.89	0.814		0.317-2.091	
Total		288	180	62.50				

Fuente: Autoría propia

* La asociación si es significativa en el nivel 0.01 (bilateral), prueba de Chi-cuadrado

OR= Valor de Odds Ratio, IC_{95%}= Intervalo de confianza al 95%

Interpretación: En la tabla 02 muestra los factores de riesgo materno según antecedentes obstétricos en madre asociados a un parto prematuro con comorbilidad en el Hospital Provincial Docente Belén de Lambayeque del año 2020, evidenciando que el factor de paridad mostró una asociación estadística

altamente significativa ($p < 0.01$) donde resalta que las que tuvieron una paridad tuvieron un 82.08% de partos prematuros sin embargo mostraron un mínimo valor de Odds ratio con lo cual podemos decir que no presentan mayor riesgo a parto prematuro las mujeres que tuvieron una paridad. Caso contrario el factor de embarazos múltiples donde se evidencio que las mujeres con 1 a 2 veces embarazos múltiples presentaron un 78.07% de partos prematuros mostrando además un alto valor de Odd Ratio donde señala que existe 3.247 más probabilidad de riesgo que las mujeres con tengan 1 a 2 veces embarazos múltiples puedan desarrollar un parto prematuro. Con respecto a los factores de numero de gestaciones y atenciones pre natal no mostraron asociación significativa ($p > 0.05$) y además mostraron menores valores de riesgos (Odds ratio) por lo cual existe la posibilidad de que estos factores no son de riesgo para que las mujeres puedan presentar un parto prematuro.

Tabla 3. Factores de riesgo materno según antecedentes patológicos en madre asociados a un parto prematuro con comorbilidad en el Hospital Provincial Docente Belén de Lambayeque 2020.

Factores de riesgo maternos		Número de pacientes	Parto prematuro		Valor p	OR	IC _{95%} de OR	
			n	%				
Antecedentes Patológicos	Infecciones cervico vaginales	Si	158	92	58.23	0.099	0.665	0.410-1.080
		No	130	88	67.69		1.00	0.603-1.659
		Total	288	180	62.50		--	--
	ITU	Si	96	60	62.50	1.00	0.958	0.576-1.593
		No	192	120	62.50		1.00	0.603-1.659
		Total	288	180	62.50		--	--
	RPM	Si	98	55	56.12	0.11	0.665	0.404-1.096
		No	190	125	65.79		1.503	0.913-2.476
		Total	288	180	62.50		--	--
	DPP	Si	107	60	56.70	0.08	0.649	0.397-1.060
		No	181	120	66.30		1.54	0.943-2.517
		Total	288	180	62.50		--	--
	Preclampsia	Si	180	122	67.78	0.017*	1.813	1.110-2.962
		No	108	58	53.70		0.551	0.338-0.901
		Total	288	180	62.50		--	--
	Diabetes	Si	91	58	63.74	0.768	1.080	0.646-1.809
		No	197	122	61.93		0.926	0.553-1.549
		Total	288	180	62.50		--	--
	Anemia	Si	176	113	64.20	0.454	1.205	0.740-1.962
		No	112	67	59.82		0.830	0.510-1.352
Total		288	180	62.50	--		--	
Amenaza de parto prétermino	Si	151	103	68.21	0.036*	1.672	1.034-2.705	
	No	137	77	56.20		0.598	0.370-0.967	
	Total	288	180	62.50		--	--	

Fuente: Autoría propia

* La asociación si es significativa en el nivel 0.05 (bilateral), prueba de Chi-cuadrado

OR= Valor de Odds Ratio, IC_{95%}= Intervalo de confianza al 95%

Interpretación: En la tabla 03, se muestra los factores de riesgo materno según antecedentes patológicos en madre asociados a un parto prematuro con comorbilidad en el Hospital Provincial Docente Belén de Lambayeque del año 2020, observándose que los factores patológicos referidos a preeclampsia y amenaza de parto prétermino mostraron asociación significativa ($p < 0.05$) con la

presencia de partos prematuros, además se observó que las mujeres que tenían preeclampsia tuvieron 1.813 más probabilidad de riesgo que los que tuvieron amenaza de parto prétermino con 1.672 más riesgo de que presenten parto prematuro. Distinta realidad es la que presentan los factores Infecciones cérvicovaginales, ITU, RPM, DPP, Diabetes y Anemia donde no hubo asociación significativa ni tampoco fueron factores de riesgo para que exista probabilidad de que tengan un parto prematuro.

Tabla 4. Factores de riesgo fetal en madres asociados a un parto prematuro con comorbilidad en el Hospital Provincial Docente Belén de Lambayeque 2020.

Factor Fetal		Número de pacientes	Parto prematuro		Valor P	OR	IC _{95%} de OR
			n	%			
Malformaciones	Si	110	65	59.09	0.348	0.791	0.485-1.290
	No	178	115	64.61		1.264	0.775-2.060
Oligohidramnios	Si	125	89	71.20	0.008*	1.956	1.192-3.210
	No	163	91	55.83		0.511	0.312-0.839
Retardo de Crecimiento Uterino	Si	82	69	84.15	0,000 002*	4.543	2.365-8.726
	No	206	111	53.88		0.220	0.115-0.423
Antecedentes a Parto Pre Término	<28 ss	55	42	76.36	0.039*	2.224	1.133-4.367
	28 – 32 ss	59	38	64.41		1.109	0.611-2.012
	32 a 36 ss	174	100	57.47		0.574	0.348-0.948

Fuente: Autoría propia

* La asociación si es significativa en el nivel 0.01 (bilateral), prueba de Chi-cuadrado

OR= Valor de Odds Ratio, IC_{95%}= Intervalo de confianza al 95%

Interpretación: En la tabla 04, se muestra los factores de riesgo fetal en madres asociados a un parto prematuro con comorbilidad en el hospital provincial docente Belén de Lambayeque del año 2020, observándose que los factores fetales referidos a Retardo de Crecimiento Uterino, Oligohidramnios y Antecedentes de Parto Pretérmino mostraron asociación altamente significativa ($p < 0.05$) con la presencia de partos prematuros, además se observó que las mujeres que tenían Retardo de Crecimiento Uterino tuvieron 4.543 veces con más probabilidad de riesgo que los que tuvieron Antecedentes de Parto Pretérmino y Oligohidramnios con 2.224 y 1.956 más riesgo respectivamente, de que presenten parto prematuro. Distinta realidad es la que presentan los factores Malformaciones fetales donde no hubo asociación significativa ni tampoco fueron factores de riesgo para que exista probabilidad de que tengan un parto prematuro, a pesar de haber mostrado porcentajes en el orden de 59.09% de mujeres con parto prematuro.

3.2. Discusión de resultados

Galarza E. (2019) en su investigación señala que los factores de riesgo sociodemográficos que predisponen a la madre para tener un parto prematuro con más relevancia son madres de 18-24 años con un 34%, con un nivel secundario en un 57% y madres con pareja conviviente con un 72%, coincidiendo en parto con nuestro estudio, ya que se observó que existe estadísticamente una asociación significativa solamente con la edad, siendo el grupo de 18 a 35 años donde se observó mayores pacientes con parto prematuro en un 73.39%

Según Mendoza L., Claros D., Osorio Ruiz M., Peñaranda C., Carrillo J. (2017) en su investigación se obtuvieron como resultados que entre los factores asociados al nacimiento prematuro se encuentra al número insuficiente de controles prenatales (entre 0-6 controles), al embarazo múltiple, y otros factores; por lo que coincide parcialmente con nuestra investigación, donde quedó evidenciado que el factor de paridad mostró una asociación estadística altamente significativa, donde resalta que las gestantes que tuvieron una paridad tuvieron un 82.08% de partos prematuros, también se evidenció que, las mujeres con 1 a 2 veces embarazos múltiples presentaron un 78.07% de partos prematuros; y con respecto a los factores de número de gestaciones y atenciones pre natal no mostraron asociación. Y, según Ahumada M, Alvarado G. (2018) en su investigación señala que los factores maternos patológicos más relevantes son la anemia con un 66%, y preeclampsia en un 24%, por lo que coincide parcialmente con nuestro estudio ya que se observó que los factores patológicos referidos a preeclampsia y amenaza de parto prétermino mostraron asociación significativa con la presencia de partos prematuros, además se observó que las mujeres que tenían preeclampsia tuvieron 1.813 más probabilidad de riesgo que los que tuvieron amenaza de parto prétermino con 1.672 más riesgo de que presenten parto prematuro. Distinta realidad es la que presentan los factores Infecciones cérvicovaginales, ITU, RPM, DPP, Diabetes y Anemia donde no hubo asociación significativa ni tampoco fueron factores de riesgo para que exista probabilidad de que tengan un parto prematuro.

Según Mendoza L., Claros D., Osorio Ruiz M., Peñaranda C., Carrillo J. (2017) en su investigación señala que los factores de riesgo fetales que predisponen a la madre a tener un parto prematuro son oligohidramnios, retardo de crecimiento intrauterino y la hemorragia del tercer trimestre (en la que incluye desprendimiento prematuro de placenta), coincide en su mayoría con nuestra investigación donde se obtuvo que los factores fetales referidos a Retardo de crecimiento uterino, oligohidramnios y antecedentes de Parto pretérmino mostraron asociación altamente significativa con la presencia de partos prematuros, además se observó que las mujeres que presentaron retardo de crecimiento uterino tuvieron 4.543 veces con más probabilidad de riesgo que los que tuvieron antecedentes de parto pretérmino y oligohidramnios con 2.224 y 1.956 más riesgo respectivamente, de que presenten parto prematuro.

Tal cual como nos dice Ernestine Wiedenbach en su teoría, un profesional de enfermería debe ser poseedor de múltiples y grandes conocimientos tanto de los estados normales, como de los estados patológicos de los pacientes, de manera que les permita una adecuada comprensión de la situación y por ende una correcta toma de decisiones sobre los cuidados terapéuticos. Por lo que es importante que, para que la enfermera cumpla eficazmente las necesidades en cuanto a la relación con el paciente, es primordial el conocimiento acompañado de una actuación responsable, y de esta manera pueda aplicar criterios y técnicas con el fin de producir un máximo beneficio a este. En este caso, se recalca la importancia del papel del profesional enfermero para que con ayuda y con base a sus conocimientos, identifique tempranamente todos aquellos factores de riesgo que predispongan a las madres a que presenten prematuridad.

III. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

4.1. Conclusiones

En esta investigación si se halló una relación entre los factores de riesgo de prematuridad y la comorbilidad de las madres, ya que, según los resultados obtenidos, algunos de los factores de riesgo estudiados estaban relacionados significativamente a que las madres con comorbilidades den a luz de manera prematura, como la edad, paridad, embarazo múltiple, retardo crecimiento uterino y el oligohidramnios; que están asociados a las comorbilidades de las madres como la preeclampsia y antecedentes de partos prematuros.

Entre los factores sociodemográficos asociados a un parto prematuro; se concluye que, existe estadísticamente una asociación significativa en la edad, siendo el grupo de 18 a 35 años donde se observó mayores pacientes con parto prematuro.

Se identificó los factores maternos obstétricos, y se evidenciaron que las madres con 1 paridad, y que tuvieron 1-2 veces un embarazo múltiple, son factores predisponentes para un parto prematuro. Además, en los factores maternos patológicos, también se halló que la mayoría de las madres que se asocian a un parto prematuro presentaron preeclampsia, y antecedentes de partos pre término

En los factores fetales que se asocian a un parto prematuro, se evidenció que el retardo de crecimiento uterino, oligohidramnios y los antecedentes de Parto pretérmino mostraron asociación altamente significativa con la presencia de partos prematuros, además se observó que las mujeres que tenían Retardo de Crecimiento Uterino tuvieron más probabilidad de riesgo de que presenten parto prematuro, que los que tuvieron Antecedentes de Parto pretérmino y oligohidramnios.

4.2. Recomendaciones

El personal de salud debe recibir constantemente capacitaciones, que les permita conocer e identificar a tiempo, durante la atención a la gestante, los diferentes factores sociodemográficos que se asocian a un parto prematuro; y de esa manera mantener en constante seguimiento a aquellas madres en riesgo y así evitar un posible parto prematuro.

Debido a que es un gran desafío identificar riesgos, como lo es el parto prematuro, además que en su mayoría son factores que se pueden pronosticar a tiempo, se aconseja adoptar medidas orientadas a detectar tempranamente estos factores y también la aplicación de estrategias terapéuticas que demuestren ser útiles para disminuir este riesgo de parto prematuro, como puede ser la evaluación inicial en unidades especializadas de prematuridad con el fin de observar grandes progresos en cuanto a los resultados obstétricos, tanto en la gestación actual como en las siguientes y de erradicar posibles complicaciones que pueden presentar las madres durante su gestación, para que así culminen su embarazo de manera saludable y adecuada.

A causa de que los factores de riesgo predisponen a un parto prematuro, los bebés que han nacido prematuramente son los más expuestos a desarrollar enfermedades graves que pueden traer como consecuencia la muerte cuando no llevan un tratamiento correcto, y aquellos que logran sobrevivir tienen una alta tasa de riesgo de sufrir discapacidad crónica y una mala calidad de vida, por lo que es esencial una buena evaluación inicial cuando vaya por primera vez a la revisión médica y un control del embarazo más exhaustivo en aquellas madres con alto riesgo; lo que nos lleva también a la labor del personal en la promoción de la importancia de los controles prenatales, que es en donde se pueden detectar a tiempo problemas como estos y a instituciones como la Geresa, a que formen parte de una campaña de detección temprana o captación de gestantes con factores riesgosos

que podrían conllevar a un parto prematuro incluyendo personal especialista, además de la creación de módulos de atención especial en cada puesto de salud o en un lugar céntrico donde las gestantes puedan acudir para esa detección temprana y se brinde la facilidad de acceso para todas las gestantes de bajos y altos recursos a los servicios de los puestos de salud para que se realicen sus controles durante la gestación.

REFERENCIAS

1. Gutiérrez Ramos Miguel. Manejo actual de la rotura prematura de membranas en embarazos pretérmino. Rev. peru. ginecol. obstet. [Internet]. 2018 Jul [citado 2020 septiembre 22] ; 64(3): 405-414. Disponible en: http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2304-51322018000300014&lng=es&nrm=iso
2. Sotomayor V, Ramirez L, Lacarruba J, Mir R, Jimenez HJ, Campuzano A. Estudio comparativo de morbilidad y mortalidad del prematuro tardío y el recién nacido de término. Hospital de Clínicas. Asunción, Paraguay. Pediatr (Asunción). [Internet]. 8 de noviembre de 2017 [citado 2020 septiembre 22];44(2):104-10. Disponible en: <https://www.revistaspp.org/index.php/pediatria/article/view/157>
3. Montero Aguilera Alexis, Ferrer Montoya Rafael, Paz Delfin Damaris, Pérez Dajaruch María, Díaz Fonseca Yenía. Riesgos maternos asociados a la prematuridad. Multimed [Internet]. 2019 Oct [citado 2020 Septiembre 23] ; 23(5): 1155-1173. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1028-48182019000501155&lng=es.
4. López-García Berenice, Ávalos Antonio Nilvia, Díaz Gómez Noé Belmar. Incidencia de prematuros en el Hospital General Naval de Alta Especialidad 2015-2017. Rev. sanid. mil. [revista en la Internet]. 2018 Feb [citado 2020 septiembre 24] ; 72(1): 19-23. Disponible en: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0301-696X2018000100019&lng=es
5. Angelo Paula. (2019) “Tenemos la mortalidad de 1.200 niños prematuros extremos con malformaciones congénitas”. Ojo público. [Internet] 4 septiembre. Disponible en: <https://ojo-publico.com/1364/dato-de-la-ministra-de-salud-sobre-el-fallecimiento-de-1200-ninos-prematuros-en-lo-que-va-del> [Acceso el 24 de septiembre del 2020]

6. MINSA. (2018) Más de 100 mil bebés prematuros nacen al año en el Perú. Gob.pe. [Internet] 15 noviembre. Disponible en: <https://www.gob.pe/institucion/minsa/noticias/22672-mas-de-100-mil-bebes-prematuros-nacen-al-ano-en-el-peru> [Acceso el 24 de septiembre del 2020]
7. Anónimo. (2019) 30 bebés han muerto en lo que va del año por falta de incubadoras en el Hospital Regional de Lambayeque. RPP noticias. [Internet] 29 Agosto. Disponible en: <https://rpp.pe/peru/lambayeque/lambayeque-30-bebes-han-muerto-en-lo-que-va-del-ano-por-falta-de-incubadoras-en-hospital-regional-noticia-1216887?ref=rpp> [Acceso el 25 de septiembre del 2020]
8. Anónimo. (2019) Lambayeque | Una cronología del caso de la muerte de bebés por falta incubadoras en el hospital regional. RPP noticias. [Internet] 30 Agosto. Disponible en: <https://rpp.pe/peru/lambayeque/lambayeque-una-cronologia-del-caso-de-la-muerte-de-bebes-por-falta-incubadoras-en-el-hospital-regional-noticia-1217081?ref=rpp> [Acceso el 25 de septiembre del 2020]
9. Montero Aguilera Alexis, Ferrer Montoya Rafael, Paz Delfin Damaris, Pérez Dajaruch María, Díaz Fonseca Yenía. Riesgos maternos asociados a la prematuridad. Multimed [Internet]. 2019 Oct [citado 2020 Oct 01]; 23(5): 1155-1173. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1028-48182019000501155&lng=es.
10. Casado Gómez Cristina. Moya Maya Asunción. Corrales González Ana. Los recién nacidos muy prematuros: dificultades en la escuela. Rev. Electrónica trimestral de enf. [Internet]. 2019. [Citado 2020 Oct 03]; 17: 554-566. Disponible en: <http://scielo.isciii.es/pdf/eg/v18n55/1695-6141-eg-18-55-554.pdf>
11. Chaskel Roberto, Rspinosa Eugenia, Galvis Clara, Gómez Heidy, Ruiz Lina María, Toledo Daniel. Alteraciones en el neurodesarrollo en preescolares con antecedente de prematuridad: un estudio de corte.

- rev.fac.med [internet]. 2018. [citado 2020 oct 03]; 26(1): 45-54. Disponible en: http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0121-52562018000100045&lng=es
12. Mendoza Tascón Luis Alfonso, Claros Benítez Diana Isabel, Osorio Ruíz Miguel Ángel, Mendoza Tascón Laura Isabel, Peñaranda Ospina Claudia Bibiana, Carrillo Bejarano Jorge Hernán. Epidemiología de la prematuridad y sus determinantes, en una población de mujeres adolescentes y adultas de Colombia. Rev. chil. obstet. ginecol. [Internet]. 2017 [citado 2020 Oc 01]; 81(5): 372-380. Disponible en: https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-75262016000500005&lng=es.
13. Avilés M. Clara. Madariaga S. Patricia. Estudio descriptivo de escolares de la provincia de concepción con antecedente de prematuridad extrema. Rev. Chil. Terapia ocupacional. [Internet]. 2017. [Citado 2020 Oct 03]; 17 (2): 157-168. Disponible en: https://www.researchgate.net/publication/324176443_Estudio_descriptivo_de_escolares_de_la_provincia_de_concepcion_con_antecedente_de_prematuridad_extrema
14. Galarza Ortega E. Factores de riesgo de parto pretérmino en Gestantes del Hospital de Quillabamba – la Convención 2018 [Tesis para especialidad]. Universidad Andina Néstor Cáceres Velásquez; 2019.
15. Guillen Noelia, Llerena Carolina, Samalvides Susan, Vila Judith, Juárez Tania, Cáceres Jaime, Guillen-Pinto Daniel. Riesgo de daño cerebral en prematuros menores de 34 semanas expuestos a corioamnionitis histológica, Lima, Perú. Rev. Peruana de medicina experimental y salud pública 2020; 37 (2)
16. Acuña P, Espinoza S. Beneficios del método Mamá Canguro en recién nacidos prematuros: una revisión sistemática. Rev Ciencia y arte de enfermería 2019; 4 (1): 63-68.
17. Ahumada Margarita, Alvarado German. Factores de Riesgo de parto pretérmino en un hospital. Rev. Latino-Am. Enfermagem [Internet]. 2018.

[citado el 04 Oct 2020]. Disponible en:
https://www.scielo.br/pdf/rlae/v24/es_0104-1169-rlae-24-02750.pdf

18. Talledo Flores M. Factores de riesgo maternos asociados al parto pretermino en el servicio de obstetricia del Hospital de apoyo II-2 Sullana –Piura Julio- Diciembre 2017. [Tesis para título]. Universidad Nacional de Piura; 2018.
19. Lozada Arellano H. Factores de Riesgo para parto pretérmino en gestantes del Hospital I Nuestra Señora de las Mercedes de Paita 2017. [Tesis para título]. Universidad Nacional de Piura; 2018
20. Aguilar S. Parto pretérmino en gestantes con edad materna avanzada, hospital nacional Hipólito Unanue. Lima, Perú. Rev Int de salud materno fetal 2017; 2(4): 3-7.
21. Abanto L. Vences M. Nivel de conocimiento de las madres sobre los cuidados domiciliarios del recién nacido pre término atendidos en el hospital regional Lambayeque. [Tesis doctoral]. Universidad Señor de Sipán; 2017.
22. Altamirano Barboza, ML. Vivencias de madres canguro en niños pre término del servicio de neonatología del hospital regional docente Las Mercedes. [Tesis doctoral]. Universidad Señor de Sipán; 2017.
23. Muro Exebio Iliana R. Determinantes estresores y estilos de afrontamiento - adaptación en madres de Neonatos prematuros. Hospital Regional Lambayeque. [Tesis para especialidad]. Universidad Nacional de Trujillo; 2017.
24. Senado Dumoy Justo. Los factores de riesgo. Rev Cubana Med Gen Integr [Internet]. 1999 Ago [citado 2020 Oct 09] ; 15(4): 446-452. Disponible en:
[http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-21251999000400018&lng=es.](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-21251999000400018&lng=es)

25. Echemendía Tocabens Belkis. Definiciones acerca del riesgo y sus implicaciones. Rev Cubana Hig Epidemiol [Internet]. 2011 Dic [citado 2020 Oct 09]; 49(3): 470-481. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1561-30032011000300014
26. Mendoza Tascón Luis Alfonso, Claros Benítez Diana Isabel, Mendoza Tascón Laura Isabel, Arias Guatibonza Martha Deyfilia, Peñaranda Ospina Claudia Bibiana. Epidemiología de la prematuridad, sus determinantes y prevención del parto prematuro. Rev. chil. obstet. ginecol. [Internet]. 2016 Ago [citado 2020 Oct 09]; 81(4): 330-342. Disponible en: https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-75262016000400012
27. Pohlmann Flávia Conceição, Kerber Nalú Pereira da Costa, Viana Jackeline da Silva, Carvalho Vanessa Franco de, Costa Carolina Coutinho, Souza Catharine Silva de. Parto prematuro: enfoques presentes en la producción científica nacional e internacional. Enferm. glob. [Internet]. 2016 Abr [citado 2020 Oct 10]; 15(42): 386-397. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1695-61412016000200014&lng=es
28. Guerra Alvarado H, Marañón López RE, Solignac Mavila S. Factores maternos asociados con la prematuridad en neonatos atendidos en el Hospital Iquitos Cesar Garayar García de Iquitos, 2018. [Tesis doctoral]. Universidad Peruana Unión; 2018.
29. Pino Torre A, Yaranga Rodríguez M. Factores de riesgo asociados y parto pretérmino en gestantes atendidas en el hospital Regional Zacarías Correa Valdivia Huancavelica 2018. [Tesis doctoral]. Universidad Nacional De Huancavelica; 2018.
30. Montero Aguilera Alexis. Ferrer Montoya Rafael. Paz Delfin Damaris. Pérez Dajaruch María. Díaz Fonseca Yenía. Riesgos maternos asociados a la prematuridad. Multimed. Revista Médica. Granma [Internet]. 2019.

Septiembre- Octubre. [Citado el 2020 Oct 13]; 23 (5): Disponible en:
<http://scielo.sld.cu/pdf/mmed/v23n5/1028-4818-mmed-23-05-1155.pdf>

31. Aguilar Marengo T, Vilchez Guillén J. Factores de riesgo del parto prematuro en el Heodra - León, del 1º de junio al 31 de diciembre 2011. [Tesis doctoral]. Universidad Nacional Autónoma De Nicaragua; 2012.
32. Santiago Alcántara E. Incidencia de cardiopatías congénitas en los neonatos nacidos en el Hospital Materno Perinatal Mónica Pretelini, durante el periodo de enero de 2009 a diciembre de 2010. [Tesis doctoral]. Universidad Autónoma del Estado de México; 2012.
33. García Vela NL. Factores asociados a la anemia en las primeras 24 horas de vida en el Hospital de Vitarte Enero 2016 a Diciembre 2018. [Tesis doctoral]. Universidad Ricardo Palma; 2019.
34. Taípe Huamán A. Factores de riesgo asociado a parto pretérmino en gestantes del servicio Gineco-Obstetricia del Hospital Regional de Ayacucho Enero - Junio 2018. [Tesis doctoral]. Universidad Nacional Del Altiplano; 2018
35. Quezada J. Nivel de conocimiento y actitud de la enfermera en el manejo del dolor en el recién nacido. Hospital Víctor Lazarte Echegaray. Trujillo. [Tesis para especialidad]. Universidad Nacional de Trujillo; 2018
36. Pérez Madrazo K, Díaz Marín D, Lorenzo Velásquez BM, Castillo López R. Teoría y Cuidados de Enfermería. Una articulación para la seguridad de la gestante diabética. Rev Cubana Enferm [Internet]. 2012 [citado 24 Jun 2021];, 28(3):[aprox. 0 p.]. Disponible en:
<http://www.revenfermeria.sld.cu/index.php/enf/article/view/25>
37. Ramos Gonzales PL. Factores de riesgo asociados al parto pretérmino, Hospital nacional Hipólito Unanue, enero – julio 2018. [Tesis doctoral]. Universidad Nacional Federico Villarreal; 2019.

38. Vera Torres YJ. Prematuros en gestantes de la maternidad “Matilde Hidalgo de Procel” entre 2015 - 2016 [Tesis doctoral]. Universidad De Guayaquil; 2015.
39. Estrada Palomino N. Factores de riesgo maternos asociados a la restricción de crecimiento uterino en el hospital San Juan de Lurigancho - Lima 2012 - 2015. [Tesis doctoral]. Universidad Privada Arzobispo Loayza; 2016.
40. Ricci Cuellas J, Valencia Chávez A. Infección urinaria como factor de riesgo para prematuridad y bajo peso al nacer en el hospital María Auxiliadora en el periodo de Marzo - Mayo, 2019. [Tesis doctoral]. Universidad Norbert Wiener; 2019.
41. Guisado Aguayo CL. Prevalencia de factores de riesgo en gestante con placenta previa en el periodo de Enero - Septiembre 2015 en el HNERM. [Tesis doctoral]. Universidad Ricardo Palma; 2016.
42. Soplin Vargas E. Hijo de madre con oligohidramnios, prevalencia y factores perinatales asociados en el Hospital Nacional Hipólito Unanue 2017. [Tesis para título]. Universidad Nacional Federico Villarreal; 2018.
43. Chaman Castillo J. Polihidramnios idiopático como factor de riesgo de resultados adversos materno-perinatales en el hospital Belén de Ttujillo durante el periodo enero 2012- julio 2015. [Tesis doctoral]. Universidad Privada Antenor Orrego; 2017.
44. Cadenillas Albornoz V Guía de diseño y desarrollo de tesis UCV [Internet]. 2016. Disponible en: <https://es.slideshare.net/VICADAL/gua-de-diseo-y-desarrollo-de-tesis-ucv> [accesado 26 octubre 2020].
45. Arias-Gómez, Jesús; Villasís-Keever, Miguel Ángel; Miranda Novales, María Guadalupe El protocolo de investigación III: la población de estudio Revista Alergia México. [Internet]. abril-junio, 2016. [Consultado el 4 noviembre 2020]. 63(2), pp. 201-206. Disponible en: <https://revistaalergia.mx/ojs/index.php/ram/article/view/181/309>

46. Hernández R., Fernández C. y Baptista P. Selección de la muestra. Selección de la muestra. En Metodología de la Investigación (6ª ed., pp. 170-191). México: McGraw-Hill. Disponible en: http://euaem1.uaem.mx/bitstream/handle/123456789/2776/506_6.pdf?sequence=1&isAllowed=y
47. Carlos J, Aparisi S. Los principios de la bioética y el surgimiento de una bioética intercultural. VERITAS, No [Internet]. 2010; 22:121–57. Disponible en: <https://scielo.conicyt.cl/pdf/veritas/n22/art06.pdf>
48. Talledo Flores MA. Factores De Riesgo Maternos Asociados Al Parto Pretérmino En El Servicio De Obstetricia Del Hospital De Apoyo II - 2 Sullana – Piura Julio - Diciembre 2016. [Tesis doctoral]. Universidad Nacional del Piura; 2018.
49. Mora Guillart Liss. Los principios éticos y bioéticos aplicados a la calidad de la atención en enfermería. Rev Cubana Oftalmol [Internet]. 2015 Jun [citado 2020 Nov 10] ; 28(2): 228-233. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-21762015000200009&lng=es.
50. Ramirez E. Validez interna y externa. [Internet]. 2017. Disponible en: <http://www4.ujaen.es/~eramirez/Descargas/tema7#:~:text=La%20validez%20interna%20dirige%20la,los%20resultados%20de%20un%20experimento>. [accesado 8 de junio del 2021]
51. Castellanos A. Medidas de rigor en investigación cualitativa y cuantitativa. [Internet]. 2017. Disponible en: <https://docplayer.es/44835707-Medidas-de-rigor-en-investigacion-cualitativa-y-cuantitativa-thai-bloque-i.html> [accesado 8 de junio del 2021]

ANEXOS

Anexo 1: Formato de instrumento de recolección de datos

N° FICHA:

N° HC:

1. DATOS SOBRE LOS FACTORES SOCIODEMOGRÁFICOS:

EDAD			
< 18 años	18- 35 años	>35 años	
GRADO DE INSTRUCCIÓN			
Analfabeta	Primaria	Secundaria	Superior
ESTADO CIVIL			
Soltera	Casada	Conviviente	

2. DATOS SOBRE LOS FACTORES MATERNOS

2.1. Antecedentes obstétricos

PARIDAD					
P:1	P:2	P:3	P:4	P>5	
GESTACIONES					
G:1	G:2	G:3	G:4	G:5	G>5
ATENCION PRE NATAL					
1-2	3-4	5-6	>6		

EMBARAZO MÚLTIPLE		
1 – 2 veces	3 – 4 veces	5 a más

2.2. Antecedentes patológicos maternos generales

	Presenta	No Presenta
Infecciones cérvico vaginales		
ITU		
RPM		
DPP		
Pre eclampsia		
Diabetes		
Anemia		
Amenaza de parto pre término		

3. DATOS SOBRE LOS FACTORES FETALES

	Presenta	No Presenta
Malformaciones Fetales		
Oligohidramnios		
Retardo de crecimiento intra uterino		

Parto pre término	
32ss-36ss	
28ss-32ss	
<28ss	

Anexo 2:

Edad*Tipo de parto tabulación cruzada

			Tipo d parto		Total
			Normal	Prematuro	
Edad < 18 años	Recuento	59	61	120	
	Recuento esperado	45,0	75,0	120,0	
18 - 35 años	Recuento	29	80	109	
	Recuento esperado	40,9	68,1	109,0	
> 35 años	Recuento	20	39	59	
	Recuento esperado	22,1	36,9	59,0	
Total	Recuento	108	180	288	
	Recuento esperado	108,0	180,0	288,0	

Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	gl	Sig. asintótica (2 caras)
Chi-cuadrado de Pearson	12,815 ^a	2	,002
Razón de verosimilitud	12,890	2	,002
Asociación lineal por lineal	6,657	1	,010
N de casos válidos	288		

a. 0 casillas (0,0%) han esperado un recuento menor que 5. El recuento mínimo esperado es 22,13.

Grado de Instrucción*Tipo d parto tabulación cruzada

			Tipo d parto		Total
			Normal	Prematuro	
Grado de Instrucción Analfabeta	Recuento	43	52	95	
	Recuento esperado	35,6	59,4	95,0	
Primaria	Recuento	26	39	65	
	Recuento esperado	24,4	40,6	65,0	
Secundaria	Recuento	30	70	100	
	Recuento esperado	37,5	62,5	100,0	
Estudios Superiores	Recuento	9	19	28	
	Recuento esperado	10,5	17,5	28,0	
Total	Recuento	108	180	288	
	Recuento esperado	108,0	180,0	288,0	

Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	gl	Sig. asintótica (2 caras)
Chi-cuadrado de Pearson	5,359 ^a	3	,147
Razón de verosimilitud	5,387	3	,146
Asociación lineal por lineal	4,620	1	,032
N de casos válidos	288		

a. 0 casillas (0,0%) han esperado un recuento menor que 5. El recuento mínimo esperado es 10,50.

Estado civil*Tipo d parto tabulación cruzada

			Tipo d parto		Total
			Normal	Prematuro	
Estado civil	Soltera	Recuento	49	56	105
		Recuento esperado	39,4	65,6	105,0
	Casada	Recuento	26	55	81
		Recuento esperado	30,4	50,6	81,0
	Conviviente	Recuento	33	69	102
		Recuento esperado	38,3	63,8	102,0
Total		Recuento	108	180	288
		Recuento esperado	108,0	180,0	288,0

Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	gl	Sig. asintótica (2 caras)
Chi-cuadrado de Pearson	5,926 ^a	2	,056
Razón de verosimilitud	5,875	2	,058
Asociación lineal por lineal	4,546	1	,066
N de casos válidos	288		

a. 0 casillas (0,0%) han esperado un recuento menor que 5. El recuento mínimo esperado es 30,38.

Paridad*Tipo d parto tabulación cruzada

			Tipo d parto		Total
			Normal	Prematuro	
Paridad	P-1	Recuento	12	55	67
		Recuento esperado	25,1	41,9	67,0
	P-2	Recuento	23	29	52
		Recuento esperado	19,5	32,5	52,0
	P-3	Recuento	19	31	50
		Recuento esperado	18,8	31,3	50,0
	P-4	Recuento	21	36	57
		Recuento esperado	21,4	35,6	57,0
	>P-5	Recuento	33	29	62
		Recuento esperado	23,3	38,8	62,0
Total	Recuento		108	180	288
	Recuento esperado		108,0	180,0	288,0

Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	gl	Sig. asintótica (2 caras)
Chi-cuadrado de Pearson	18,533 ^a	4	,001
Razón de verosimilitud	19,560	4	,001
Asociación lineal por lineal	11,931	1	,001
N de casos válidos	288		

a. 0 casillas (0,0%) han esperado un recuento menor que 5. El recuento mínimo esperado es 18,75.

Gestaciones*Tipo d parto tabulación cruzada

			Tipo d parto		Total
			Normal	Prematuro	
Gestaciones	G-1	Recuento	19	37	56
		Recuento esperado	21,0	35,0	56,0
	G-2	Recuento	20	30	50
		Recuento esperado	18,8	31,3	50,0
	G-3	Recuento	18	33	51
		Recuento esperado	19,1	31,9	51,0
	G-4	Recuento	10	15	25
		Recuento esperado	9,4	15,6	25,0
	G5	Recuento	17	29	46
		Recuento esperado	17,3	28,7	46,0

>G5	Recuento	24	36	60
	Recuento esperado	22,5	37,5	60,0
Total	Recuento	108	180	288
	Recuento esperado	108,0	180,0	288,0

Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	gl	Sig. asintótica (2 caras)
Chi-cuadrado de Pearson	,776 ^a	5	,979
Razón de verosimilitud	,779	5	,978
Asociación lineal por lineal	,241	1	,624
N de casos válidos	288		

a. 0 casillas (0,0%) han esperado un recuento menor que 5. El recuento mínimo esperado es 9,38.

Atencion Pre Natal*Tipo d parto tabulación cruzada

			Tipo d parto		Total
			Normal	Prematuro	
Atencion Pre Natal	1 a 2 atenciones prenatales	Recuento	27	59	86
		Recuento esperado	32,3	53,8	86,0
	3 a 4 atenciones prenatales	Recuento	33	56	89
		Recuento esperado	33,4	55,6	89,0
	5 a 6 atenciones prenatales	Recuento	23	38	61
		Recuento esperado	22,9	38,1	61,0
	Mayores de 6 atenciones prenatales	Recuento	25	27	52
		Recuento esperado	19,5	32,5	52,0
Total		Recuento	108	180	288
		Recuento esperado	108,0	180,0	288,0

Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	gl	Sig. asintótica (2 caras)
Chi-cuadrado de Pearson	3,857 ^a	3	,277
Razón de verosimilitud	3,821	3	,281
Asociación lineal por lineal	3,420	1	,064
N de casos válidos	288		

a. 0 casillas (0,0%) han esperado un recuento menor que 5. El recuento mínimo esperado es 19,50.

Tabla cruzada

			Tipo d parto		Total
			Normal	Prematuro	
Embarazos Múltiples	1 a 2 veces	Recuento	25	89	114
		Recuento esperado	42,8	71,3	114,0
	3 a 4 veces	Recuento	75	80	155
		Recuento esperado	58,1	96,9	155,0
	5 a mas	Recuento	8	11	19
		Recuento esperado	7,1	11,9	19,0
Total	Recuento	108	180	288	
	Recuento esperado	108,0	180,0	288,0	

Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	gl	Sig. asintótica (2 caras)
Chi-cuadrado de Pearson	19,802 ^a	2	,000
Razón de verosimilitud	20,550	2	,000
Asociación lineal por lineal	14,508	1	,000
N de casos válidos	288		

a. 0 casillas (0,0%) han esperado un recuento menor que 5. El recuento mínimo esperado es 7,13.

Tabla cruzada

			Tipo d parto		Total
			Normal	Prematuro	
Preeclampsia	Si	Recuento	58	122	180
		Recuento esperado	67,5	112,5	180,0
	No	Recuento	50	58	108
		Recuento esperado	40,5	67,5	108,0
Total	Recuento	108	180	288	
	Recuento esperado	108,0	180,0	288,0	

Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	gl	Sig. asintótica (2 caras)	Significación exacta (2 caras)	Significación exacta (1 cara)
Chi-cuadrado de Pearson	5,705 ^a	1	,017	,023	,012
Corrección de continuidad ^b	5,120	1	,024		
Razón de verosimilitud	5,662	1	,017		
Prueba exacta de Fisher					
Asociación lineal por lineal	5,685	1	,017		
N de casos válidos	288				

a. 0 casillas (0,0%) han esperado un recuento menor que 5. El recuento mínimo esperado es 40,50.

b. Sólo se ha calculado para una tabla 2x2

Tabla cruzada

			Tipo d parto		Total
			Normal	Prematuro	
Diabetes	Si	Recuento	33	58	91
		Recuento esperado	34,1	56,9	91,0
	No	Recuento	75	122	197
		Recuento esperado	73,9	123,1	197,0
Total		Recuento	108	180	288
		Recuento esperado	108,0	180,0	288,0

Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	gl	Sig. asintótica (2 caras)	Significación exacta (2 caras)	Significación exacta (1 cara)
Chi-cuadrado de Pearson	,087 ^a	1	,768	,795	,437
Corrección de continuidad ^b	,027	1	,870		
Razón de verosimilitud	,087	1	,768		
Prueba exacta de Fisher					
Asociación lineal por lineal	,086	1	,769		
N de casos válidos	288				

a. 0 casillas (0,0%) han esperado un recuento menor que 5. El recuento mínimo esperado es 34,13.

b. Sólo se ha calculado para una tabla 2x2

Tabla cruzada

			Tipo d parto		Total
			Normal	Prematuro	
Amenaza de parto prétermino	Si	Recuento	48	103	151
		Recuento esperado	56,6	94,4	151,0
	No	Recuento	60	77	137
		Recuento esperado	51,4	85,6	137,0
Total		Recuento	108	180	288
		Recuento esperado	108,0	180,0	288,0

Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	gl	Sig. asintótica (2 caras)	Significación exacta (2 caras)	Significación exacta (1 cara)
Chi-cuadrado de Pearson	4,419 ^a	1	,036	,039	,024
Corrección de continuidad ^b	3,921	1	,048		
Razón de verosimilitud	4,424	1	,035		
Prueba exacta de Fisher					
Asociación lineal por lineal	4,403	1	,036		
N de casos válidos	288				

a. 0 casillas (0,0%) han esperado un recuento menor que 5. El recuento mínimo esperado es 51,38.

b. Sólo se ha calculado para una tabla 2x2

Tabla cruzada

			Tipo d parto		Total
			Normal	Prematuro	
Malformaciones fetales	Si	Recuento	45	65	110
		Recuento esperado	41,3	68,8	110,0
	No	Recuento	63	115	178
		Recuento esperado	66,8	111,3	178,0
Total		Recuento	108	180	288
		Recuento esperado	108,0	180,0	288,0

Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	gl	Sig. asintótica (2 caras)	Significación exacta (2 caras)	Significación exacta (1 cara)
Chi-cuadrado de Pearson	,883 ^a	1	,348		
Corrección de continuidad ^b	,663	1	,416		
Razón de verosimilitud	,879	1	,348		
Prueba exacta de Fisher				,381	,208
Asociación lineal por lineal	,879	1	,348		
N de casos válidos	288				

a. 0 casillas (0,0%) han esperado un recuento menor que 5. El recuento mínimo esperado es 41,25.

b. Sólo se ha calculado para una tabla 2x2

Tabla cruzada

			Tipo d parto		Total
			Normal	Prematuro	
Oligohidramnios	Si	Recuento	36	89	125
		Recuento esperado	46,9	78,1	125,0
	No	Recuento	72	91	163
		Recuento esperado	61,1	101,9	163,0
Total		Recuento	108	180	288
		Recuento esperado	108,0	180,0	288,0

Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	gl	Sig. asintótica (2 caras)	Significación exacta (2 caras)	Significación exacta (1 cara)
Chi-cuadrado de Pearson	7,133 ^a	1	,008		
Corrección de continuidad ^b	6,492	1	,011		
Razón de verosimilitud	7,226	1	,007		
Prueba exacta de Fisher				,010	,005
Asociación lineal por lineal	7,108	1	,008		
N de casos válidos	288				

a. 0 casillas (0,0%) han esperado un recuento menor que 5. El recuento mínimo esperado es 46,88.

b. Sólo se ha calculado para una tabla 2x2

Tabla cruzada

			Tipo d parto		Total
			Normal	Prematuro	
Retardo de crecimiento Intra Uterino	Si	Recuento	13	69	82
		Recuento esperado	30,8	51,3	82,0
	No	Recuento	95	111	206
		Recuento esperado	77,3	128,8	206,0
Total		Recuento	108	180	288
		Recuento esperado	108,0	180,0	288,0

Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	gl	Sig. asintótica (2 caras)	Significación exacta (2 caras)	Significación exacta (1 cara)
Chi-cuadrado de Pearson	22,919 ^a	1	,000	,000	,000
Corrección de continuidad ^b	21,646	1	,000		
Razón de verosimilitud	25,021	1	,000		
Prueba exacta de Fisher					
Asociación lineal por lineal	22,839	1	,000		
N de casos válidos	288				

a. 0 casillas (0,0%) han esperado un recuento menor que 5. El recuento mínimo esperado es 30,75.

b. Sólo se ha calculado para una tabla 2x2

Parto Pre-Termino*Tipo d parto tabulación cruzada

			Tipo d parto		Total
			Normal	Prematuro	
Parto Pre-Termino	32 seg a 36 seg	Recuento	74	100	174
		Recuento esperado	65,3	108,8	174,0
	28 seg a 32 seg	Recuento	21	38	59
		Recuento esperado	22,1	36,9	59,0
	< 28 seg	Recuento	13	42	55
		Recuento esperado	20,6	34,4	55,0
Total		Recuento	108	180	288
		Recuento esperado	108,0	180,0	288,0

Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	gl	Sig. asintótica (2 caras)
Chi-cuadrado de Pearson	6,479 ^a	2	,039
Razón de verosimilitud	6,768	2	,034
Asociación lineal por lineal	6,340	1	,012
N de casos válidos	288		

a. 0 casillas (0,0%) han esperado un recuento menor que 5. El recuento mínimo esperado es 20,63.

Parto Prematuro*Infecciones cervico vaginales tabulación cruzada

Recuento

		Infecciones cervico vaginales		Total
		Inluye	No influye	
Parto Prematuro	SI	8	11	19
	No (partos normales)	7	64	71
Total		15	75	baca

Estimación de riesgo del Factor asociado pacientes <18 años

	Valor	Intervalo de confianza de 95 %	
		Inferior	Superior
Odds ratio para Factor Asociado (Inluye / No influye)	,426	,261	,694
Para cohorte Diagnostico = Parto Prematuro	,718	,587	,877
Para cohorte Diagnostico = Parto normal	1,686	1,252	2,270
N de casos válidos	288		

Estimación de riesgo Factor asociado pacientes 18 a 35 años

	Valor	Intervalo de confianza de 95 %	
		Inferior	Superior
Odds ratio para FactorAsociado (Influye / No influye)	2,179	1,299	3,656
Para cohorte Diagnostico = Parto Prematuro	1,314	1,106	1,561
Para cohorte Diagnostico = Parto normal	,603	,424	,858
N de casos válidos	288		

Estimación de riesgo del Factor asociado pacientes > 35 años

	Valor	Intervalo de confianza de 95 %	
		Inferior	Superior
Odds ratio para FactorAsociado (Influye / No influye)	1,217	,667	2,220
Para cohorte Diagnostico = Parto Prematuro	1,074	,871	1,324
Para cohorte Diagnostico = Parto normal	,882	,596	1,306
N de casos válidos	288		

Estimación de riesgo del Factor asociado pacientes analfabetos

	Valor	Intervalo de confianza de 95 %	
		Inferior	Superior
Odds ratio para FactorAsociado (Influye / No influye)	,614	,372	1,015
Para cohorte Diagnostico = Parto Prematuro	,825	,670	1,017
Para cohorte Diagnostico = Parto normal	1,344	,999	1,808
N de casos válidos	288		

Estimación de riesgo del Factor asociado pacientes con primaria

	Valor	Intervalo de confianza de 95 %	
		Inferior	Superior
Odds ratio para FactorAsociado (Influye / No influye)	,872	,495	1,536
Para cohorte Diagnostico = Parto Prematuro	,949	,760	1,185
Para cohorte Diagnostico = Parto normal	1,088	,771	1,534
N de casos válidos	288		

Estimación de riesgo del Factor asociado pacientes con secundaria

	Valor	Intervalo de confianza de 95 %	
		Inferior	Superior
Odds ratio para FactorAsociado (Influye / No influye)	1,655	,987	2,774
Para cohorte Diagnostico = Parto Prematuro	1,196	1,003	1,426
Para cohorte Diagnostico = Parto normal	,723	,513	1,020
N de casos válidos	288		

Estimación de riesgo del Factor asociado pacientes con estudios superiores

	Valor	Intervalo de confianza de 95 %	
		Inferior	Superior
Odds ratio para FactorAsociado (Influye / No influye)	1,298	,565	2,982
Para cohorte Diagnostico = Parto Prematuro	1,096	,835	1,439
Para cohorte Diagnostico = Parto normal	,844	,482	1,478
N de casos válidos	288		

Estimación de riesgo del Factor asociado pacientes soltera

	Valor	Intervalo de confianza de 95 %	
		Inferior	Superior
Odds ratio para FactorAsociado (Influye / No influye)	,544	,332	,890
Para cohorte Diagnostico = Parto Prematuro	,787	,641	,966
Para cohorte Diagnostico = Parto normal	1,447	1,080	1,941
N de casos válidos	288		

Estimación de riesgo del Factor asociado pacientes casadas

	Valor	Intervalo de confianza de 95 %	
		Inferior	Superior
Odds ratio para FactorAsociado (Influye / No influye)	1,388	,806	2,389
Para cohorte Diagnostico = Parto Prematuro	1,124	,934	1,354
Para cohorte Diagnostico = Parto normal	,810	,566	1,160
N de casos válidos	288		

Estimación de riesgo del Factor asociado pacientes convivientes

	Valor	Intervalo de confianza de 95 %	
		Inferior	Superior
Odds ratio para FactorAsociado (Influye / No influye)	1,413	,850	2,348
Para cohorte Diagnostico = Parto Prematuro	1,134	,948	1,355
Para cohorte Diagnostico = Parto normal	,802	,576	1,117
N de casos válidos	288		

Estimación de riesgo del Factor Antecedentes obstétricos – Paridad (P-1)

	Valor	Intervalo de confianza de 95 %	
		Inferior	Superior
Odds ratio para FactorAsociado (Incluye / No incluye)	,269	,163	,445
Para cohorte Diagnostico = Parto Prematuro	,599	,483	,742
Para cohorte Diagnostico = Parto normal	2,224	1,630	3,033
N de casos válidos	288		

Estimación de riesgo del Factor Antecedentes obstétricos – Paridad (P-2)

	Valor	Intervalo de confianza de 95 %	
		Inferior	Superior
Odds ratio para FactorAsociado (Incluye / No incluye)	,710	,386	1,304
Para cohorte Diagnostico = Parto Prematuro	,872	,672	1,131
Para cohorte Diagnostico = Parto normal	1,228	,866	1,742
N de casos válidos	288		

Estimación de riesgo del Factor Antecedentes obstétricos – Paridad (P-3)

	Valor	Intervalo de confianza de 95 %	
		Inferior	Superior
Odds ratio para FactorAsociado (Incluye / No incluye)	,975	,520	1,827
Para cohorte Diagnostico = Parto Prematuro	,990	,780	1,257
Para cohorte Diagnostico = Parto normal	1,016	,688	1,501
N de casos válidos	288		

Estimación de riesgo del Factor asociado Antecedentes obstétricos –

Paridad (P-4)

	Valor	Intervalo de confianza de 95 %	
		Inferior	Superior
Odds ratio para FactorAsociado (Inluye / No influye)	1,036	,568	1,888
Para cohorte Diagnostico = Parto Prematuro	1,013	,811	1,265
Para cohorte Diagnostico = Parto normal	,978	,670	1,428
N de casos válidos	288		

Estimación de riesgo del Factor asociado Antecedentes obstétricos –

Paridad (>P5)

	Valor	Intervalo de confianza de 95 %	
		Inferior	Superior
Odds ratio para FactorAsociado (Inluye / No influye)	,436	,247	,772
Para cohorte Diagnostico = Parto Prematuro	,700	,529	,927
Para cohorte Diagnostico = Parto normal	1,604	1,191	2,160
N de casos válidos	288		

Estimación de riesgo del Factor Asociado Antecedentes obstétricos - Gestación (G1)

	Valor	Intervalo de confianza de 95 %	
		Inferior	Superior
Odds ratio para FactorAsociado (Inluye / No influye)	1,212	,656	2,238
Para cohorte Diagnostico = Parto Prematuro	1,072	,866	1,327
Para cohorte Diagnostico = Parto normal	,884	,593	1,320
N de casos válidos	288		

Estimación de riesgo del Factor Asociado Antecedentes obstétricos - Gestación (G2)

	Valor	Intervalo de confianza de 95 %	
		Inferior	Superior
Odds ratio para FactorAsociado (Incluye / No influye)	,880	,471	1,642
Para cohorte Diagnostico = Parto Prematuro	,952	,744	1,218
Para cohorte Diagnostico = Parto normal	1,082	,741	1,578
N de casos válidos	288		

Estimación de riesgo del Factor Asociado Antecedentes obstétricos - Gestación (G3)

	Valor	Intervalo de confianza de 95 %	
		Inferior	Superior
Odds ratio para FactorAsociado (Incluye / No influye)	1,122	,597	2,110
Para cohorte Diagnostico = Parto Prematuro	1,043	,832	1,308
Para cohorte Diagnostico = Parto normal	,929	,619	1,394
N de casos válidos	288		

Estimación de riesgo del Factor Asociado Antecedentes obstétricos - Gestación (G4)

	Valor	Intervalo de confianza de 95 %	
		Inferior	Superior
Odds ratio para FactorAsociado (Incluye / No influye)	,891	,385	2,060
Para cohorte Diagnostico = Parto Prematuro	,956	,685	1,335
Para cohorte Diagnostico = Parto normal	1,073	,648	1,779
N de casos válidos	288		

Estimación de riesgo del Factor Asociado Antecedentes obstétricos - Gestación (G5)

	Valor	Intervalo de confianza de 95 %	
		Inferior	Superior
Odds ratio para FactorAsociado (Incluye / No incluye)	1,028	,535	1,975
Para cohorte Diagnostico = Parto Prematuro	1,010	,793	1,287
Para cohorte Diagnostico = Parto normal	,983	,652	1,482
N de casos válidos	288		

Estimación de riesgo del Factor Asociado Antecedentes obstétricos - Gestación (>G5)

	Valor	Intervalo de confianza de 95 %	
		Inferior	Superior
Odds ratio para FactorAsociado (Incluye / No incluye)	,875	,489	1,567
Para cohorte Diagnostico = Parto Prematuro	,950	,755	1,195
Para cohorte Diagnostico = Parto normal	1,086	,762	1,546
N de casos válidos	288		

Estimación de riesgo del Factor Asociado Antecedentes obstétricos – Atención pre natal (1 a 2)

	Valor	Intervalo de confianza de 95 %	
		Inferior	Superior
Odds ratio para FactorAsociado (Incluye / No incluye)	1,463	,856	2,498
Para cohorte Diagnostico = Parto Prematuro	1,145	,955	1,374
Para cohorte Diagnostico = Parto normal	,783	,549	1,117
N de casos válidos	288		

Estimación de riesgo del Factor Asociado Antecedentes obstétricos – Atención pre natal (3 a 4)

	Valor	Intervalo de confianza de 95 %	
		Inferior	Superior
Odds ratio para FactorAsociado (Incluye / No incluye)	1,026	,612	1,721
Para cohorte Diagnostico = Parto Prematuro	1,010	,833	1,224
Para cohorte Diagnostico = Parto normal	,984	,711	1,361
N de casos válidos	288		

Estimación de riesgo del Factor Asociado Antecedentes obstétricos – Atención pre natal (5 a 6)

	Valor	Intervalo de confianza de 95 %	
		Inferior	Superior
Odds ratio para FactorAsociado (Incluye / No incluye)	,989	,552	1,772
Para cohorte Diagnostico = Parto Prematuro	,996	,799	1,240
Para cohorte Diagnostico = Parto normal	1,007	,700	1,449
N de casos válidos	288		

Estimación de riesgo del Factor Asociado Antecedentes obstétricos – Atención pre natal (> 6)

	Valor	Intervalo de confianza de 95 %	
		Inferior	Superior
Odds ratio para FactorAsociado (Incluye / No incluye)	,586	,320	1,074
Para cohorte Diagnostico = Parto Prematuro	,801	,607	1,057
Para cohorte Diagnostico = Parto normal	1,367	,981	1,904
N de casos válidos	288		

Estimación de riesgo del Factor Asociado Antecedentes obstétricos – embarazo múltiples (1 a 2 veces)

	Valor	Intervalo de confianza de 95 %	
		Inferior	Superior
Odds ratio para FactorAsociado (Incluye / No incluye)	3,247	1,903	5,539
Para cohorte Diagnostico = Parto Prematuro	1,493	1,257	1,773
Para cohorte Diagnostico = Parto normal	,460	,314	,672
N de casos válidos	288		

Estimación de riesgo del Factor Asociado Antecedentes obstétricos – embarazo múltiples (3 a 4 veces)

	Valor	Intervalo de confianza de 95 %	
		Inferior	Superior
Odds ratio para FactorAsociado (Incluye / No incluye)	,352	,213	,583
Para cohorte Diagnostico = Parto Prematuro	,686	,573	,823
Para cohorte Diagnostico = Parto normal	1,950	1,391	2,733
N de casos válidos	288		

Estimación de riesgo del Factor Asociado Antecedentes obstétricos – embarazo múltiples (5 a mas)

	Valor	Intervalo de confianza de 95 %	
		Inferior	Superior
Odds ratio para FactorAsociado (Inluye / No influye)	,814	,317	2,091
Para cohorte Diagnostico = Parto Prematuro	,922	,621	1,367
Para cohorte Diagnostico = Parto normal	1,133	,654	1,962
N de casos válidos	288		

Estimación de riesgo Factor asociada infecciones cervico vaginales que respondieron Si

	Valor	Intervalo de confianza de 95 %	
		Inferior	Superior
Odds ratio para FactorAsociado (Inluye / No influye)	,665	,410	1,080
Para cohorte Diagnostico = Parto Prematuro	,860	,720	1,027
Para cohorte Diagnostico = Parto normal	1,293	,949	1,762
N de casos válidos	288		

Estimación de riesgo del Factor asociada infecciones cervico vaginales que respondieron No

	Valor	Intervalo de confianza de 95 %	
		Inferior	Superior
Odds ratio para FactorAsociado (Inluye / No influye)	1,000	,603	1,659
Para cohorte Diagnostico = Parto Prematuro	1,000	,827	1,209
Para cohorte Diagnostico = Parto normal	1,000	,729	1,372
N de casos válidos	288		

Estimación de riesgo del Factor asociado a ITU que respondieron Si

	Valor	Intervalo de confianza de 95 %	
		Inferior	Superior
Odds ratio para FactorAsociado (Influye / No influye)	,958	,576	1,593
Para cohorte Diagnostico = Parto Prematuro	,984	,815	1,189
Para cohorte Diagnostico = Parto normal	1,027	,746	1,414
N de casos válidos	285		

Estimación de riesgo del Factor asociado a ITU que respondieron No

Intervalo de confianza de 95 %	Valor	Intervalo de confianza de 95 %	
		Inferior	Superior
Odds ratio para FactorAsociado (Influye / No influye)	1,000	,603	1,659
Para cohorte Diagnostico = Parto Prematuro	1,000	,827	1,209
Para cohorte Diagnostico = Parto normal	1,000	,729	1,372
N de casos válidos	288		

Estimación de riesgo del Factor asociado a RPM que respondieron Si

	Valor	Intervalo de confianza de 95 %	
		Inferior	Superior
Odds ratio para FactorAsociado (Influye / No influye)	,665	,404	1,096
Para cohorte Diagnostico = Parto Prematuro	,853	,696	1,045
Para cohorte Diagnostico = Parto normal	1,283	,952	1,728
N de casos válidos	288		

Estimación de riesgo del Factor asociado a RPM que respondieron No

	Valor	Intervalo de confianza de 95 %	
		Inferior	Superior
Odds ratio para FactorAsociado (Influye / No influye)	1,503	,913	2,476
Para cohorte Diagnostico = Parto Prematuro	1,172	,957	1,436
Para cohorte Diagnostico = Parto normal	,780	,579	1,051
N de casos válidos	288		

Estimación de riesgo del Factor asociado a DPP que respondieron Si

	Valor	Intervalo de confianza de 95 %	
		Inferior	Superior
Odds ratio para FactorAsociado (Influye / No influye)	,649	,397	1,060
Para cohorte Diagnostico = Parto Prematuro	,766	,569	1,032
Para cohorte Diagnostico = Parto normal	1,180	,971	1,435
N de casos válidos	288		

Estimación de riesgo del Factor asociado a DPP que respondieron No

	Valor	Intervalo de confianza de 95 %	
		Inferior	Superior
Odds ratio para FactorAsociado (Influye / No influye)	1,541	,943	2,517
Para cohorte Diagnostico = Parto Prematuro	1,306	,969	1,759
Para cohorte Diagnostico = Parto normal	,847	,697	1,030
N de casos válidos	288		

Estimación de riesgo del Factor asociado a Preclampsia que respondieron Si

	Valor	Intervalo de confianza de 95 %	
		Inferior	Superior
Odds ratio para FactorAsociado (Incluye / No influye)	1,813	1,110	2,962
Para cohorte Diagnostico = Parto Prematuro	1,262	1,031	1,545
Para cohorte Diagnostico = Parto normal	,696	,519	,933
N de casos válidos	288		

Estimación de riesgo del Factor asociado a Preclampsia que respondieron No

	Valor	Intervalo de confianza de 95 %	
		Inferior	Superior
Odds ratio para FactorAsociado (Incluye / No influye)	,551	,338	,901
Para cohorte Diagnostico = Parto Prematuro	,792	,647	,970
Para cohorte Diagnostico = Parto normal	1,437	1,071	1,927
N de casos válidos	288		

Estimación de riesgo del Factor asociado a Diabetes que respondieron SI

	Valor	Intervalo de confianza de 95 %	
		Inferior	Superior
Odds ratio para FactorAsociado (Incluye / No influye)	1,080	,646	1,809
Para cohorte Diagnostico = Parto Prematuro	1,029	,851	1,244
Para cohorte Diagnostico = Parto normal	,953	,688	1,319
N de casos válidos	288		

Estimación de riesgo del Factor asociado a Diabetes que respondieron No

	Valor	Intervalo de confianza de 95 %	
		Inferior	Superior
Odds ratio para FactorAsociado (Incluye / No influye)	,926	,553	1,549
Para cohorte Diagnostico = Parto Prematuro	,972	,804	1,175
Para cohorte Diagnostico = Parto normal	1,050	,758	1,454
N de casos válidos	288		

Estimación de riesgo del Factor asociado a Anemia que respondieron Si

	Valor	Intervalo de confianza de 95 %	
		Inferior	Superior
Odds ratio para FactorAsociado (Inluye / No influye)	1,205	,740	1,962
Para cohorte Diagnostico = Parto Prematuro	1,073	,890	1,295
Para cohorte Diagnostico = Parto normal	,891	,660	1,203
N de casos válidos	288		

Estimación de riesgo del Factor asociado a Anemia que respondieron No

	Valor	Intervalo de confianza de 95 %	
		Inferior	Superior
Odds ratio para FactorAsociado (Inluye / No influye)	,830	,510	1,352
Para cohorte Diagnostico = Parto Prematuro	,932	,772	1,124
Para cohorte Diagnostico = Parto normal	1,122	,831	1,516
N de casos válidos	288		

Estimación de riesgo del Factor asociado Amenaza de parto pretermino que respondieron Si

	Valor	Intervalo de confianza de 95 %	
		Inferior	Superior
Odds ratio para FactorAsociado (Inluye / No influye)	1,672	1,034	2,705
Para cohorte Diagnostico = Parto Prematuro	1,214	1,010	1,458
Para cohorte Diagnostico = Parto normal	,726	,537	,981
N de casos válidos	288		

Estimación de riesgo del Factor asociado Amenaza de parto pretermino que respondieron No

	Valor	Intervalo de confianza de 95 %	
		Inferior	Superior
Odds ratio para Factor Asociado (Inluye / No influye)	,598	,370	,967
Para cohorte Diagnostico = Parto Prematuro	,824	,686	,990
Para cohorte Diagnostico = Parto normal	1,378	1,020	1,862
N de casos válidos	288		

Estimación de riesgo del Factor asociado a Malformaciones fetales que respondieron No

	Valor	Intervalo de confianza de 95 %	
		Inferior	Superior
Odds ratio para FactorAsociado (Influye / No influye)	,791	,485	1,290
Para cohorte Diagnostico = Parto Prematuro	,915	,757	1,106
Para cohorte Diagnostico = Parto normal	1,156	,857	1,560
N de casos válidos	288		

Estimación de riesgo del Factor asociado a Malformaciones fetales que respondieron Si

	Valor	Intervalo de confianza de 95 %	
		Inferior	Superior
Odds ratio para FactorAsociado (Influye / No influye)	1,264	,775	2,060
Para cohorte Diagnostico = Parto Prematuro	1,093	,904	1,322
Para cohorte Diagnostico = Parto normal	,865	,641	1,168
N de casos válidos	288		

Estimación de riesgo del Factor asociado a Oligohidramnios que respondieron Si

	Valor	Intervalo de confianza de 95 %	
		Inferior	Superior
Odds ratio para FactorAsociado (Influye / No influye)	1,956	1,192	3,210
Para cohorte Diagnostico = Parto Prematuro	1,275	1,069	1,521
Para cohorte Diagnostico = Parto normal	,652	,471	,903
N de casos válidos	288		

Estimación de riesgo del Factor asociado a Oligohidramnios que respondieron No

	Valor	Intervalo de confianza de 95 %	
		Inferior	Superior
Odds ratio para FactorAsociado (Influye / No influye)	,511	,312	,839
Para cohorte Diagnostico = Parto Prematuro	,784	,657	,935
Para cohorte Diagnostico = Parto normal	1,534	1,108	2,123
N de casos válidos	288		

Estimación de riesgo del Factor asociado a Retardo de Crecimiento uterino que respondieron

Si

	Valor	Intervalo de confianza de 95 %	
		Inferior	Superior
Odds ratio para FactorAsociado (Inluye / No influye)	4,543	2,365	8,726
Para cohorte Diagnostico = Parto Prematuro	1,562	1,334	1,828
Para cohorte Diagnostico = Parto normal	,344	,204	,578
N de casos válidos	288		

Estimación de riesgo del Factor asociado a Retardo de Crecimiento uterino que respondieron No

	Valor	Intervalo de confianza de 95 %	
		Inferior	Superior
Odds ratio para FactorAsociado (Inluye / No influye)	,220	,115	,423
Para cohorte Diagnostico = Parto Prematuro	,640	,547	,750
Para cohorte Diagnostico = Parto normal	2,909	1,729	4,893
N de casos válidos	288		

Estimación de riesgo del Factor asociado a Antecedentes a parto pre termino que respondieron (<28 ss)

	Valor	Intervalo de confianza de 95 %	
		Inferior	Superior
Odds ratio para FactorAsociado (Inluye / No influye)	2,224	1,133	4,367
Para cohorte Diagnostico = Parto Prematuro	1,289	1,075	1,546
Para cohorte Diagnostico = Parto normal	,580	,352	,955
N de casos válidos	288		

Estimación de riesgo del Factor asociado a Antecedentes a parto pre termino que respondieron (28 ss – 32 ss)

	Valor	Intervalo de confianza de 95 %	
		Inferior	Superior
Odds ratio para FactorAsociado (Inluye / No influye)	1,109	,611	2,012
Para cohorte Diagnostico = Parto Prematuro	1,039	,838	1,288
Para cohorte Diagnostico = Parto normal	,937	,640	1,371
N de casos válidos	288		

Estimación de riesgo del Factor asociado a Antecedentes a parto pre termino que respondieron (32 ss – 36 ss)

	Valor	Intervalo de confianza de 95 %	
		Inferior	Superior
Odds ratio para FactorAsociado (Influye / No influye)	,574	,348	,948
Para cohorte Diagnostico = Parto Prematuro	,819	,687	,976
Para cohorte Diagnostico = Parto normal	1,426	1,025	1,984
N de casos válidos	288		

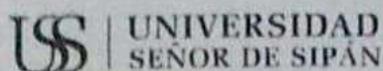
Anexo 3: Operalización de variables

VARIABLE	DEFINICION CONCEPTUAL	DEFINICION OPERACIONAL	DIMENSIONES	INDICADORES	INDICES	ESCALA DE MEDICION	INSTRUMENTO DE INVESTIGACION
Variable dependiente: Madres con comorbilidad	Hace referencia a toda madre que presenta más de 2 enfermedades simultáneas, o que se asocian.	Situación por la que una persona padece o tiene más de una enfermedad, y que entre ellas dificultan su salud y hace que todo su proceso de la enfermedad empeore.	Factores sociodemográficos	Edad	<18	Intervalo	Ficha de recolección de datos
					18-35		
					>35		
				Grado de instrucción	Analfabeta	Razón	
					Primaria		
					Secundaria		
					Superior		
				Estado civil	Soltera	Razón	
					Casada		
					Conviviente		

				Antecedentes obstétricos.	Paridad	Razón		
					Gestaciones			
					Embarazo múltiple			
					Atención prenatal			
			Factores maternos	Antecedentes patológicos maternos	Infecciones cérvico vaginales.	Razón		
					ITU			
					RPM			
					DPP			
					Pre eclampsia			
					Diabetes			
					Anemia			
					Amenaza de parto pre término.			

Variable independiente: Factores de riesgo de prematuridad	Es una cualidad o una situación, y que están asociados a la posibilidad de estar predispuestos a tener un parto de más de 20 semanas y menos de 37 semanas de gestación.	Probabilidad de que múltiples causas puedan desencadenar en un parto prematuro.	Factores fetales	Factores fetales.	Malformaciones fetales	Razón				
					Oligohidramnios					
					Retardo de crecimiento intra uterino					
								Parto pre término.	32ss-36ss	Intervalo
									28ss-32ss	
									<28ss	

Anexo 4: Permiso para la recolección de datos



Permiso para recolección de datos

"AÑO DE LA UNIVERSALIZACIÓN DE LA SALUD"

CARTA N°2-2020/EE/FACCSA

Dr. Wilton Rubén Rojas Ruiz

Hospital Provincial Docente Belén De Lambayeque

Presente. -

ASUNTO: AUTORIZACIÓN PARA EJECUCIÓN DE TRABAJO DE INVESTIGACIÓN

Mediante la presente le expreso nuestro cordial saludo institucional, a la vez presentarle a, **QUIROZ TIMANA ALEJANDRA ISABEL** estudiante de la Escuela de Enfermería de la Universidad Señor de Sipán, que está realizando el informe de investigación denominado: **"FACTORES DE RIESGO DE PREMATURIDAD EN MADRES CON COMORBILIDAD EN EL HOSPITAL PROVINCIAL DOCENTE BELEN DE LAMBAYEQUE 2020"**, este proyecto es requisito fundamental en la asignatura de Investigación II.

Motivo por el cual, acudo a su despacho para solicitarle tenga a bien conceder el permiso a la estudiante para ejecutar el proyecto de investigación en la Institución que usted tan dignamente dirige.

Agradecido por la atención.
Sin otro particular, me despido de
usted Atentamente,

Mg. Cindy Elizabeth Vargas Cabrera
Director de la Escuela Profesional de Enfermería

Permiso para recolección de datos
"AÑO DE LA UNIVERSALIZACIÓN DE LA SALUD"

CARTA N°2-2020/EE/FACCSA

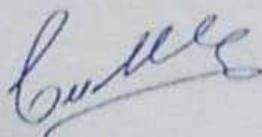
Dr. Wilton Rubén Rojas Ruiz
Hospital Provincial Docente Belén De Lambayeque
Presente. -

ASUNTO: AUTORIZACIÓN PARA EJECUCIÓN DE TRABAJO DE INVESTIGACIÓN

Mediante la presente le expreso nuestro cordial saludo institucional, a la vez presentarle a, **RINZA CÉSPEDES MARIA MAGDALENA** estudiante de la Escuela de Enfermería de la Universidad Señor de Sipán, que está realizando el informe de investigación denominado: "**FACTORES DE RIESGO DE PREMATURIDAD EN MADRES CON COMORBILIDAD EN EL HOSPITAL PROVINCIAL DOCENTE BELEN DE LAMBAYEQUE 2020**", este proyecto es requisito fundamental en la asignatura de Investigación II.

Motivo por el cual, acudo a su despacho para solicitarle tenga a bien conceder el permiso a la estudiante para ejecutar el proyecto de investigación en la Institución que usted tan dignamente dirige.

Agradecido por la atención.
Sin otro particular, me despido de
usted Atentamente,



Mg. Cindy Elizabeth Vargas Cabrera
Director de la Escuela Profesional de Enfermería

Anexo 5: Solicitud de recolección de datos

"AÑO DE LA UNIVERSALIZACIÓN DE LA SALUD"

Solicitud:

Dr. Wilton Rubén Rojas Ruiz

Hospital Provincial Docente Belén De Lambayeque

Con atención: Miluska Terán Medina, responsable de unidad de apoyo a la docencia e investigación

Presente. –

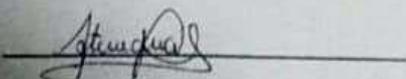
ASUNTO: SOLICITUD PARA PERMISO DE RECOLECCIÓN DE DATOS PARA TRABAJO DE INVESTIGACIÓN

Mediante la presente le expreso mi cordial saludo, a la vez presentarme ante usted como **QUIROZ TIMANÁ ALEJANDRA ISABEL** estudiante de la Escuela de Enfermería de la Universidad Señor de Sipán. Me encuentro realizando el trabajo de investigación denominado "**FACTORES DE RIESGO DE PREMATURIDAD EN MADRES CON COMORBILIDAD EN EL HOSPITAL PROVINCIAL DOCENTE BELÉN DE LAMBAYEQUE 2020**", es una investigación de tipo Descriptiva Cuantitativa Transversal.

Para el desarrollo de esta investigación se necesitará revisar las historias clínicas de los pacientes recién nacidos prematuros con madres con alguna comorbilidad, atendidos durante todo el año 2020, de donde se extraerán todos los datos necesarios y se plasmarán en una ficha de recolección de datos. Los datos que se necesitará para el llenado de la ficha de recolección de datos, son los factores socio demográficos de la madre (como edad, grado de instrucción y estado civil), los factores maternos (aquí tenemos los antecedentes obstétricos y patológicos de la madre) y los factores fetales.

Motivos por los cuales, acudo ante Ud. para solicitarle este permiso.

Agradecido por la atención,
Sin otro particular, me despido de usted
Atentamente,



Estudiante de la Escuela Profesional de Enfermería
Quiroz Timaná Alejandra Isabel

"AÑO DE LA UNIVERSALIZACIÓN DE LA SALUD"

Solicitud:

Dr. Wilton Rubén Rojas Ruiz

Hospital Provincial Docente Belén De Lambayeque

Con atención: Miluska Terán Medina, responsable de unidad de apoyo a la docencia e investigación

Presente. -

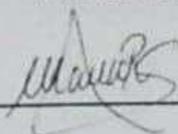
ASUNTO: SOLICITUD PARA PERMISO DE RECOLECCIÓN DE DATOS PARA TRABAJO DE INVESTIGACIÓN

Mediante la presente le expreso mi cordial saludo, a la vez presentarme ante usted como **RINZA CESPEDES MARIA MAGDALENA** estudiante de la Escuela de Enfermería de la Universidad Señor de Sipán. Me encuentro realizando el trabajo de investigación denominado **"FACTORES DE RIESGO DE PREMATURIDAD EN MADRES CON COMORBILIDAD EN EL HOSPITAL PROVINCIAL DOCENTE BELÉN DE LAMBAYEQUE 2020"**, es una investigación de tipo Descriptiva Cuantitativa Transversal.

Para el desarrollo de esta investigación se necesitará revisar el número de historias clínicas de los recién nacidos prematuros con madres con alguna comorbilidad, atendidos durante todo el año 2020, de donde se extraerán todos los datos necesarios y se plasmarán en una ficha de recolección de datos. Los datos que se necesitará para el llenado de la ficha de recolección de datos, son los factores socio demográficos de la madre (como edad, grado de instrucción y estado civil), los factores maternos (aquí tenemos los antecedentes obstétricos y patológicos de la madre) y los factores fetales.

Motivos por los cuales, acudo ante Ud. para solicitarle este permiso.

Agradecido por la atención.
Sin otro particular, me despido de usted
Atentamente,



Estudiante de la Escuela Profesional de Enfermería
Rinza Céspedes María Magdalena

Anexo 6: Autorización para acceder a HC

GOBIERNO REGIONAL LAMBAYEQUE UNIDAD EJECUTORA 402 HOSPITAL BELEN 9.0 UNIDAD DE APOYO A LA DOCENCIA E INVESTIGACION Id seguridad: 5255631	Firmado digitalmente por TERAN MEDINA Miluska Judith FAU 20479569750 soft Unidad: 9.0 UNIDAD DE APOYO A LA DOCENCIA E INVESTIGACION Cargo: JEFE DE LA UNIDAD DE APOYO A LA DOCENCIA Fecha y hora de proceso: 24/05/2021 - 22:34:45
--	---

Año del Bicentenario del Perú: 200 años de Independencia Chiclayo 24 mayo 2021

INFORME N° 000100-2021-GR.LAMB/GERESA/HB.L-UADI [3861448 - 1]

PEDRO RAUL LOPEZ RAMOS
JEFE DE DPTO. DE GINECO-OBSTETRICIA
10.4 DPTO. DE GINECO-OBSTETRICIA. - UE 402 H. BELEN

ASUNTO: SOLICITO AUTORIZACIÓN PARA ACCEDER A LAS HC COMO PARTE DEL PROYECTO DE INVESTIGACION: QUIROZ TIMANA ALEJANDRA ISABEL

Es grato dirigirme a Usted para saludarlo cordialmente y a la vez para solicitar autorización para que el estudiante **QUIROZ TIMANA ALEJANDRA ISABEL** estudiante de la Universidad Señor de Sipán, acceda al libro de registro de los pacientes de obstetricia a fin de que puedan identificar los números de historia clínicas que luego revisaran en el área de admisión, como parte de su proyecto de investigación, denominado: **"FACTORES DE RIESGO PREMATURIDAD EN MADRES CON COMORBILIDAD EN HOSPITAL PROVINCIAL DOCENTE BELÉN DE LAMBAYEQUE 2020"**.

Seguro de contar con su apoyo, me despido de Usted.

Atentamente;

Firmado digitalmente
MILUSKA JUDITH TERAN MEDINA
JEFE DE LA UNIDAD DE APOYO A LA DOCENCIA
Fecha y hora de proceso: 24/05/2021 - 22:34:45

Esta es una copia auténtica imprimible de un documento electrónico archivado por Gobierno Regional Lambayeque, aplicando lo dispuesto por el Art. 25 de D.S. 070-2013-PCM y la Tercera Disposición Complementaria Final del D.S. 026-2016-PCM. Su autenticidad e integridad pueden ser contrastadas a través de la siguiente dirección web: <https://sisgado3.regionlambayeque.gob.pe/verifica/>

AUTORIZADO



1 / 1

Anexo 7: Similitud TURNITIN

Reporte de similitud

NOMBRE DEL TRABAJO

Quiroz Alejandra y Rinza Magdalena

RECuento DE PALABRAS

13837 Words

RECuento DE CARACTERES

72609 Characters

RECuento DE PÁGINAS

50 Pages

TAMAÑO DEL ARCHIVO

101.9KB

FECHA DE ENTREGA

Jul 18, 2022 2:57 PM GMT-5

FECHA DEL INFORME

Jul 18, 2022 3:01 PM GMT-5

● 19% de similitud general

El total combinado de todas las coincidencias, incluidas las fuentes superpuestas, para cada base de datos

- 16% Base de datos de Internet
- 2% Base de datos de publicaciones
- Base de datos de Crossref
- Base de datos de contenido publicado de Crossref
- 12% Base de datos de trabajos entregados