

UNIVERSIDAD NACIONAL DE HUANCVELICA

(Creada por Ley N° 25265)

CARATULA



**FACULTAD DE ENFERMERÍA
ESCUELA PROFESIONAL DE ENFERMERÍA**

TESIS

**FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS Y PARTO
PRETÉRMINO EN GESTANTES ATENDIDAS EN
EL HOSPITAL REGIONAL ZACARÍAS CORREA
VALDIVIA HUANCVELICA 2018.**

LÍNEA DE INVESTIGACIÓN

SALUD MATERNO PERINATAL Y NEONATAL

**PARA OPTAR EL TÍTULO PROFESIONAL DE LICENCIADA EN
ENFERMERÍA**

PRESENTADO POR:

**PINO TORRE, Alicia
YARANGA RODRÍGUEZ, Mariela**

**HUANCVELICA – PERÚ
2018**



**UNIVERSIDAD NACIONAL DE HUANCVELICA
FACULTAD DE ENFERMERÍA**



ACTA DE SUSTENTACIÓN DE TESIS

En la Ciudad Universitaria de Paturpampa a los 03 días del mes de Diciembre a horas 08:00 am del año 2018 se instaló el Jurado Evaluador de la Sustentación de Tesis del Bachiller: Pino Torre Alicia

Siendo los Jurados Evaluadores:

PRESIDENTE : Dr. Cesar Cipriano Zea Montesinos
SECRETARIO : Dra. Charo Jacqueline Jáuregui Sueldo
VOCAL : Lic. Rafael Reginaldo Huamani

Cuyo ASESOR es : Dra. Alicia Vargas Clemente

Para Calificar la Sustentación de la Tesis Titulada:
Factores de Riesgo Asociados y Parto Pretermino en Gestantes Atendidas en el Hospital
Regional Zacarías Correa Valdivia Huancavelica 2018.

Presentado por el Bachiller: Pino Torre Alicia

Concluida la sustentación, se procede con las preguntas y/o Observaciones por parte de los miembros del Jurado, concluyendo a las 9:45 horas. Acto seguido los Jurados Deliberan en secreto llegando al Calificativo de:

..... Aprobado Por: unanimidad

Observaciones:

.....
.....
.....

Ciudad Universitaria 03 de diciembre 2018


.....
PRESIDENTE

.....
VOCAL

.....
V° B° DECANATURA


.....
SECRETARIO

.....
ASESOR

.....
V° B° SECRETARIA DOC.



**UNIVERSIDAD NACIONAL DE HUANCVELICA
FACULTAD DE ENFERMERÍA**



ACTA DE SUSTENTACIÓN DE TESIS

En la Ciudad Universitaria de Paturpampa a los 03 días del mes de Diciembre a horas 08:00 am del año 2018 se instaló el Jurado Evaluador de la Sustentación de Tesis del Bachiller: Yaranga Rodriguez Mariela

Siendo los Jurados Evaluadores:

PRESIDENTE : Dr. Cesar Cipriano Zea Montesinos
SECRETARIO : Dra. Charo Jacqueline Jáuregui Sueldo
VOCAL : Lic. Rafael Reginaldo Huamani

Cuyo ASESOR es : Dra. Alicia Vargas Clemente

Para Calificar la Sustentación de la Tesis Titulada:
Factores de Riesgo Asociados y Parto Pretermino en Gestantes Atendidas en el Hospital Regional Zacarías Correa Valdivia Huancavelica 2018.

Presentado por el Bachiller: Yaranga Rodriguez Mariela

Concluida la sustentación, se procede con las preguntas y/o Observaciones por parte de los miembros del Jurado, concluyendo a las 9:45 horas. Acto seguido los Jurados Deliberan en secreto llegando al Calificativo de:

Aprobado Por unanimidad

Observaciones:

.....

.....

.....

Ciudad Universitaria 03 de diciembre 2018

[Firma]
PRESIDENTE

[Firma]
VOCAL

[Firma]
Vº Bº DECANATURA

[Firma]
SECRETARIO

[Firma]
ASESOR

[Firma]
Vº Bº SECRETARIA DOC.

UNIVERSIDAD NACIONAL DE HUANCVELICA
(Creada por Ley N° 25265)



FACULTAD DE ENFERMERÍA
ESCUELA PROFESIONAL DE ENFERMERÍA

TESIS

**FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS Y PARTO
PRETÉRMINO EN GESTANTES ATENDIDAS EN
EL HOSPITAL REGIONAL ZACARÍAS CORREA
VALDIVIA HUANCVELICA 2018.**

JURADOS:

PRESIDENTE:


Dr. César Cipriano Zea Montesinos

SECRETARIO:


Dra. Charo Jaqueline Jáuregui Sueldo

VOCAL:


Lic. Rafael Reginado Huamani

HUANCVELICA – PERÚ
2018

UNIVERSIDAD NACIONAL DE HUANCAMELICA
(Creada por Ley N° 25265)



FACULTAD DE ENFERMERÍA
ESCUELA PROFESIONAL DE ENFERMERÍA

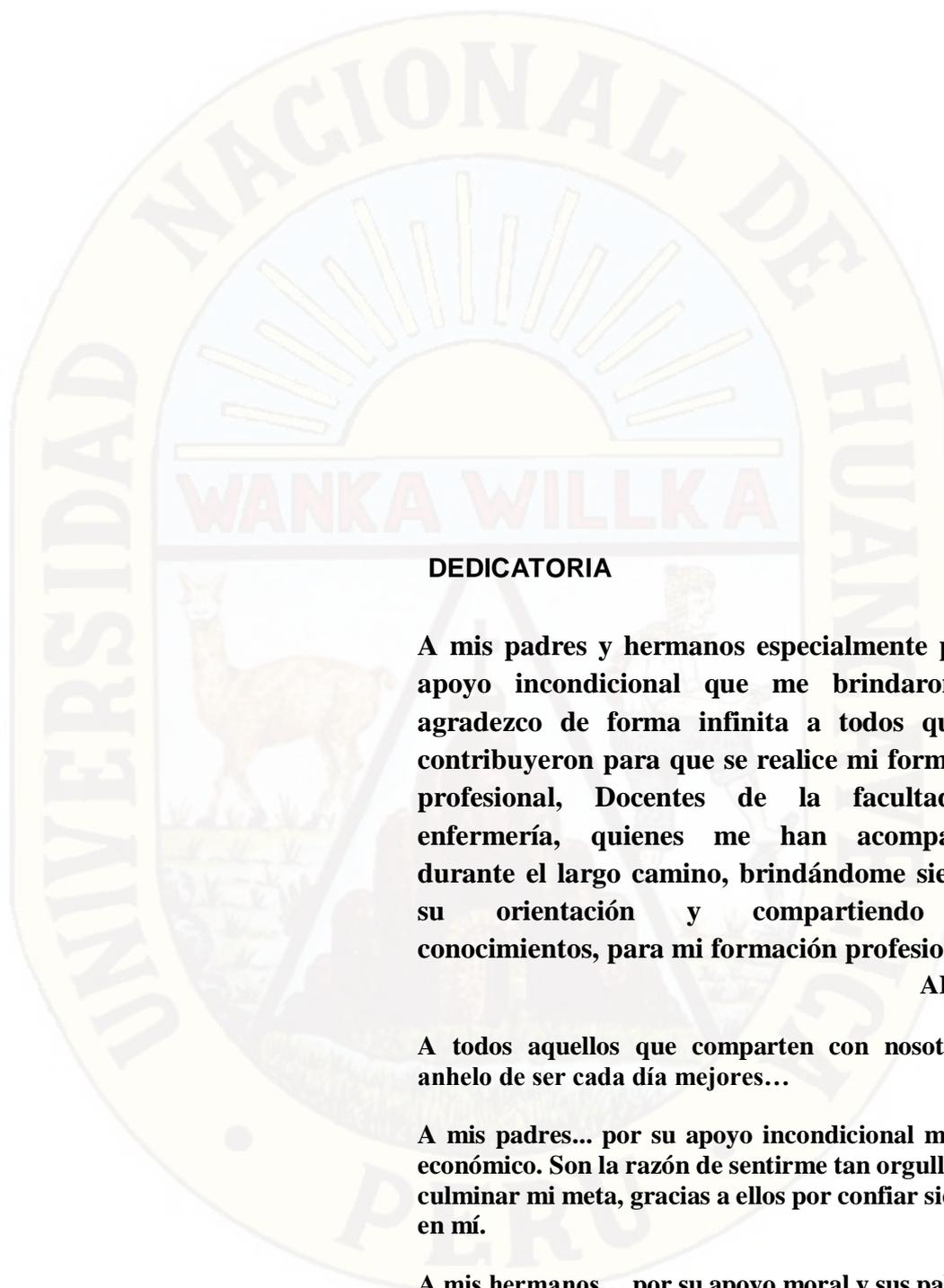
TESIS

**FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS Y PARTO
PRETÉRMINO EN GESTANTES ATENDIDAS EN
EL HOSPITAL REGIONAL ZACARÍAS CORREA
VALDIVIA HUANCAMELICA 2018.**

ASESORA:

Dra. Alicia Vargas Clemente

**HUANCAMELICA – PERÚ
2018**



DEDICATORIA

A mis padres y hermanos especialmente por el apoyo incondicional que me brindaron les agradezco de forma infinita a todos quienes contribuyeron para que se realice mi formación profesional, Docentes de la facultad de enfermería, quienes me han acompañado durante el largo camino, brindándome siempre su orientación y compartiendo sus conocimientos, para mi formación profesional

ALICIA

A todos aquellos que comparten con nosotros el anhelo de ser cada día mejores...

A mis padres... por su apoyo incondicional moral y económico. Son la razón de sentirme tan orgullosa de culminar mi meta, gracias a ellos por confiar siempre en mí.

A mis hermanos... por su apoyo moral y sus palabras de aliento en los momentos más difíciles.

A mi hijo... Por ser mi fuente de inspiración y mi principal motivación. Todo lo que soy hoy es gracias a ellos.

MARIELA

AGRADECIMIENTO

- A Dios por darnos la vida, por guiar nuestros pasos en cada momento.
- A la Universidad Nacional de Huancavelica por acogernos; a la Facultad de Enfermería por darnos los conocimientos, forjar nuestra personalidad, y permitirnos acumular experiencias... todo ello nos lleva a formarnos en las profesionales que tanto anhelábamos.
- A nuestros Catedráticos, de la Facultad de Enfermería se le agradece de forma infinita a todos quienes construyeron con sus enseñanzas día a día en nuestra formación académica-profesional
- Al asesor y Jurados por su apoyo en el desarrollo de este trabajo, quienes fueron participes durante este proceso y nos brindaron sus aportes para que el proyecto culmine.
- A las Autoridades y Licenciados(a) del Hospital Regional Zacarías Correa Valdivia, nuestro agradecimiento, a los servicios de neonatología, obstetricia, estadística, admisión por el apoyo que nos brindaron en la ejecución de este trabajo.
- A nuestros padres, por el apoyo incondicional que nos brindaron día a día, amor, paciencia, dedicación, preocupación, etc. y por confiar y creer en nosotras, gracias por cada consejo y por cada una de sus palabras que nos guiaron durante nuestra formación... infinitamente gracias por todo; con ustedes de nuestro lado... todo es posible.

ALICIA Y MARIELA

INDICE

CARATULA.....	i
ACTA DE SUSTENTACION.....	¡Error! Marcador no definido.
JURADOS:.....	¡Error! Marcador no definido.
ASESORA:.....	¡Error! Marcador no definido.
DEDICATORIA.....	vi
AGRADECIMIENTO.....	vii
INDICE.....	viii
INDICE DE TABLAS.....	x
INDICE DE FIGURAS.....	xi
LISTA DE SIGLAS Y ABREVIATURAS.....	xii
RESUMEN.....	xiii
ABSTRAC.....	xiv
INTRODUCCIÓN.....	1
CAPÍTULO I.....	3
PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	3
1.1. DESCRIPCIÓN DEL PROBLEMA.....	3
1.2. FORMULACIÓN DEL PROBLEMA.....	6
1.2.1. Pregunta general.....	6
1.2.2. Preguntas específicas.....	7
1.3. OBJETIVO: General y Específicos.....	7
1.3.1. Objetivo general.....	7
1.3.2. Objetivos específicos.....	7
1.4. JUSTIFICACIÓN.....	7
CAPÍTULO II.....	9
MARCO TEORICO.....	9
2.1. ANTECEDENTES:.....	9
2.1.1. A nivel internacional.....	9
2.1.2. A nivel nacional:.....	11
2.1.3. A nivel local.....	12
2.2. BASES TEÓRICAS.....	12
2.2.1. Teoría del mecanismo del parto.....	12
2.2.2. Teoría de los cuidados.....	14
2.3.1. PARTO PRETERMINO.....	17
2.3.1.1. Clasificación del parto pretérmino.....	18
2.3.1.2. Diagnóstico.....	18
2.3.1.3. Tratamiento.....	20
2.3.1.4. Maduración fetal.....	23
2.3.1.5. Atención del neonato prematuro.....	23
2.3.2. FACTORES DE PARTO PRETÉRMINO.....	25
2.3.2.1. Clasificación de factores de parto pretérmino.....	25
2.3. HIPÓTESIS.....	26
2.5.1. Hipótesis general.....	26
2.5.2. Hipótesis específicas.....	27
2.4. DEFINICIÓN DE TÉRMINOS.....	27
2.5. DEFINICION OPERATIVA DE VARIABLES E INDICADORES.....	27
2.6. OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES.....	29

CAPÍTULO III.....	32
METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACION.....	32
3.1. TIPO Y NIVEL DE INVESTIGACIÓN	32
3.2. MÉTODO DE INVESTIGACIÓN	32
3.3. DISEÑO DE INVESTIGACIÓN	34
3.4. POBLACIÓN Y MUESTRA.....	35
3.4.1. Población.....	35
3.4.2. Muestra:.....	35
3.5. TÉCNICAS E INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS	35
3.6. TÉCNICA DE PROCESAMIENTO Y ANÁLISIS DE DATOS.....	36
CAPITULO IV.....	37
RESULTADOS.....	37
4.1. PRESENTACIÓN DE DATOS.....	37
4.2. ANALISIS DE DATOS	48
4.3 DISCUSION DE RESULTADOS.....	60
CONCLUSIONES	63
RECOMENDACIONES	64
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	66
ANEXO Nº 01	A
MATRIZ DE CONSISTENCIA	A
ANEXO Nº 02	C
GUÍA DE ANÁLISIS DOCUMENTARIO DE FACTORES ASOCIADOS Y PARTO PRETÉRMINO	C
ANEXOS 03.....	G
IMÁGENES DE INDICIOS DEL PROBLEMA	G
ANEXOS 04.....	K
VALIDEZ DE INSTRUMENTO DE RECOLECCION DE DATAS	K
ANEXO Nº 5	O
FOTOS DE EJECUCION DE INVESTIGACION	O

INDICE DE TABLAS

<u>TABLA N° 01:</u> Factores asociados y el parto pretérmino de las gestantes atendidas en el Hospital Regional Zacarías Correa Valdivia Huancavelica 2018.....	41
<u>TABLA N° 02:</u> Factores maternos y el parto pretérmino en gestantes atendidas en el Hospital Regional Zacarías Correa Valdivia Huancavelica-2018.....	43
<u>TABLA N° 03:</u> Factores maternos y el parto pretérmino en gestantes atendidas en el Hospital Regional Zacarías Correa Valdivia Huancavelica-2018.....	45
<u>TABLA N° 04:</u> Factores fetales y el parto pretérmino en gestantes atendidas en el Hospital Regional Zacarías Correa Valdivia Huancavelica 2018.....	47
<u>TABLA N° 05:</u> Factores ovulares y el parto pretérmino en gestantes atendidas en el Hospital Regional Zacarías Correa Valdivia Huancavelica 2018.....	49

INDICE DE FIGURAS

<u>FIGURA N° 01:</u> Factores asociados y el parto pretérmino de las gestantes atendidas en el Hospital Regional Zacarías Correa Valdivia Huancavelica-2018.....	42
<u>FIGURA N° 02:</u> Factores maternos y el parto pretérmino en gestantes atendidas en el Hospital Regional Zacarías Correa Valdivia Huancavelica-2018.....	44
<u>FIGURA N° 03:</u> Factores maternos y el parto pretérmino en gestantes atendidas en el Hospital Regional Zacarías Correa Valdivia Huancavelica-2018.....	46
<u>FIGURA N° 04:</u> Factores fetales y el parto pretérmino en gestantes atendidas en el Hospital Regional Zacarías Correa Valdivia Huancavelica-2018.....	48
<u>FIGURA N° 05:</u> Factores ovulares y el parto pretérmino en gestantes atendidas en el Hospital Regional Zacarías Correa Valdivia Huancavelica-2018.....	50

LISTA DE SIGLAS Y ABREVIATURAS

APP: Amenaza de parto prematuro o pretérmino.

DIU: Dispositivo intrauterino.

DPPNI: Desprendimiento prematuro de placenta normoinserta.

PHA: Polihidramnios.

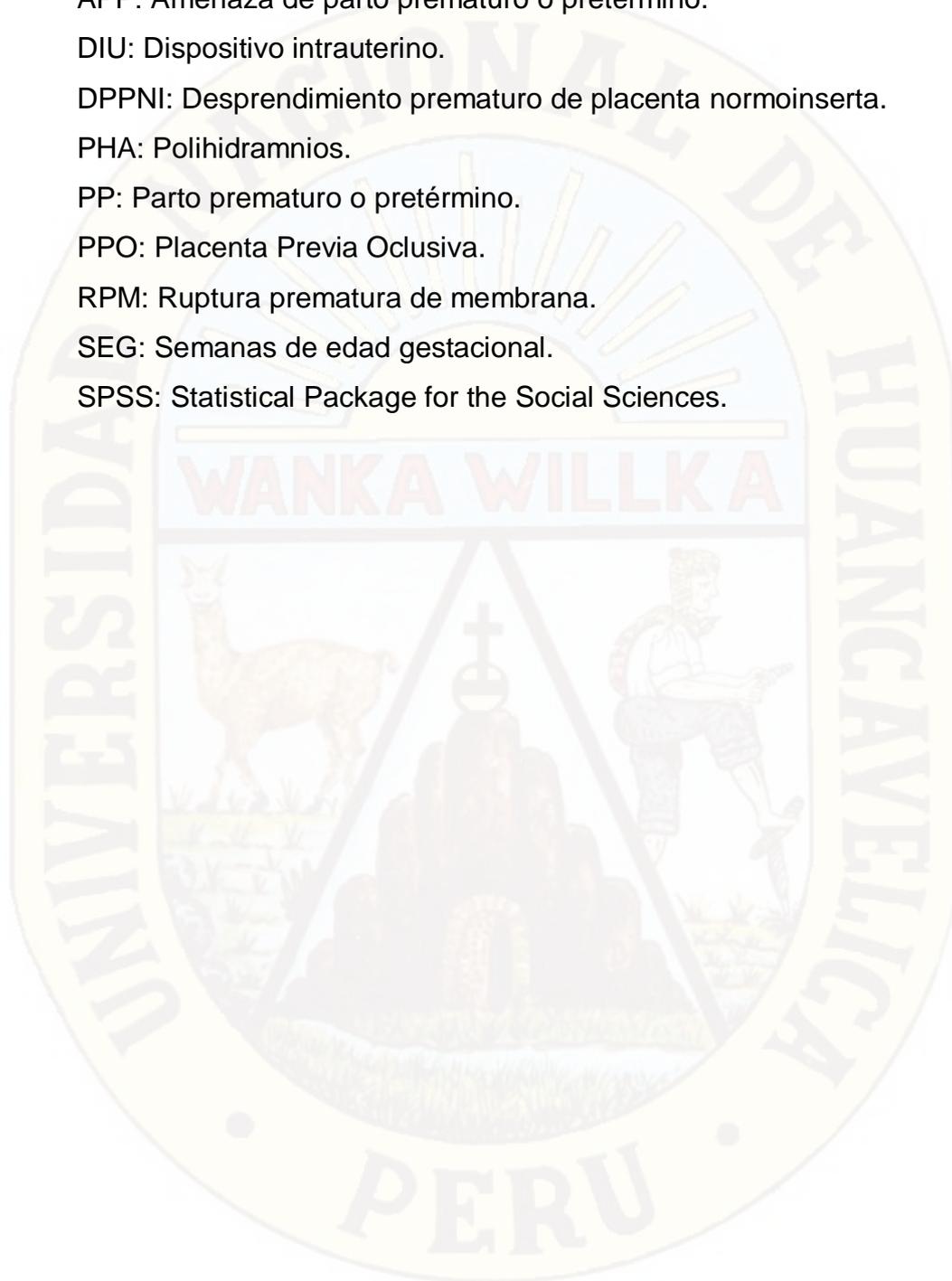
PP: Parto prematuro o pretérmino.

PPO: Placenta Previa Oclusiva.

RPM: Ruptura prematura de membrana.

SEG: Semanas de edad gestacional.

SPSS: Statistical Package for the Social Sciences.



RESUMEN

TITULO: Factores de riesgo asociados y parto pre término en gestantes atendidas en el “HOSPITAL REGIONAL ZACARÍAS CORREA VALDIVIA HUANCVELICA” 2018.

Determinar la relación entre los factores asociados y el parto pre término en gestantes atendidas. Para el estudio se utilizó el método de investigación básico descriptivo-correlacional. Se recolecto los datos durante seis meses, por tanto, la muestra está conformada por 99 historias clínicas de las madres que tuvieron bebés en el Hospital Regional Zacarías Correa Valdivia Huancavelica 2018. Las técnicas e instrumentos de recolección de datos fue la observación y la guía análisis documentaria. Se organizó los datos recolectados para la representación de los mismos haciendo uso del paquete estadístico IBM SPSS Statistics para Windows Versión 24.0 y Microsoft Office-Excel 2016; tomando en cuenta que los datos obtenidos son variables cualitativas y cuantitativas. Según los resultados los factores más asociados para el parto pre termino presentaron 55,6%(55) alteraciones hematológicas, 35,4%(35) hipertensión arterial; 46,5%(46) infección urinaria en el embarazo, 50,5%(50) tienen control prenatal más de 4 controles, estos factores son los más que intervinieron y así provocando parto pretérmino.

PALABRAS CLAVE: Factores Asociados, Parto Pre-término

ABSTRAC

TITLE: associated risk factors and pretermly in pregnancies attended at the regional “HOSPITAL ZACARÍAS CORREA VALDIVIA HUANCVELICA” 2018.To determine the relationship between the associated factors and the preterm delivery in pregnant women attended at the. For the study, the basic research method was used, descriptive-correlational. The data was collected during six months, therefore, the sample is made up of 99 clinical histories of the mothers who had babies at the Hospital Regional Zacarías Correa Valdivia Huancavelica 2018. Techniques and instruments of data collection was observation and guide documentary analysis. The collected data were organized for their representation using the statistical package IBM SPSS Statistics for Windows Version 24.0 and Microsoft Office-Excel 2016; taking into account that the obtained data are qualitative and quantitative variables. According to the results, the most associated factors for preterm delivery are 55.6% (55) presented hematological alterations, 35.4% (35) presented arterial hypertension; 46.5% (46), presented urinary infection in pregnancy, 50.5%, (50) have prenatal control over 4 controls, these factors are the most involved and thus causing preterm delivery.

KEYWORD: associated factors and preterm delivery



INTRODUCCIÓN

La prematuridad es la principal causa de morbilidad y mortalidad perinatal en prácticamente todo el mundo. Por sus consecuencias médicas, psicológicas, y por su repercusión económica; el parto pretérmino constituye un importante problema de salud pública, que genera muchos gastos en cuidados a la salud infantil.

El parto pretérmino se puede dar por infecciones (vaginosis bacteriana, enfermedades de transmisión sexual, infecciones de las vías urinarias, corioamnionitis), distensión uterina (embarazo múltiple, polihidramnios), distorsión uterina (anormalidades de los conductos de Muller, miomas uterinos), compromiso estructural del soporte cervical (incompetencia cervical, antecedente de cono frío o por excisión electroquirúrgica en asa), desprendimiento prematuro de placenta, e insuficiencia uteroplacentaria (hipertensión, diabetes insulino dependiente, drogadicción, tabaquismo y alcoholismo) (1).

A nivel mundial se estima que cada año nacen unos 15 millones de niños prematuros, es decir, más de uno en 10 nacimientos. Las complicaciones relacionadas con la prematuridad, principal causa de defunción en los niños menores de 5 años, provocaron en 2013 cerca de un millón de muertes (2).

En Perú, durante el 2016, 9 de cada 10 mujeres concluyeron su embarazo con una edad gestacional de 37 semana a más, el 6% de los nacidos vivos lo hicieron entre las semanas 32 a 36 y el 1% entre las semanas 27 a 31 (3).

En la Región Huancavelica durante el año 2016, considerando las semanas de embarazo, de los 7162 nacimientos, 14 tenían ≤ 27 semanas, 27 de 27 a 31 semanas, 299 de 32 a 36 semanas y 6822 > 37 semanas. Considerando los nacidos pretérmino, de los 7162 nacidos 13 niños pertenecían a los prematuros extremos (22 a 27 semanas), 27 niños pertenecían a muy prematuros (28 a 31 semanas) y 299 niños pertenecían a los prematuros tardíos (32 a 36 semanas) (3).

En el Hospital Regional Sacarías Correa Valdivia, durante el año 2017 se reportó 68 casos de prematuros y durante el año 2016 desde enero a agosto, ya se han reportado 80 niños prematuros (4).

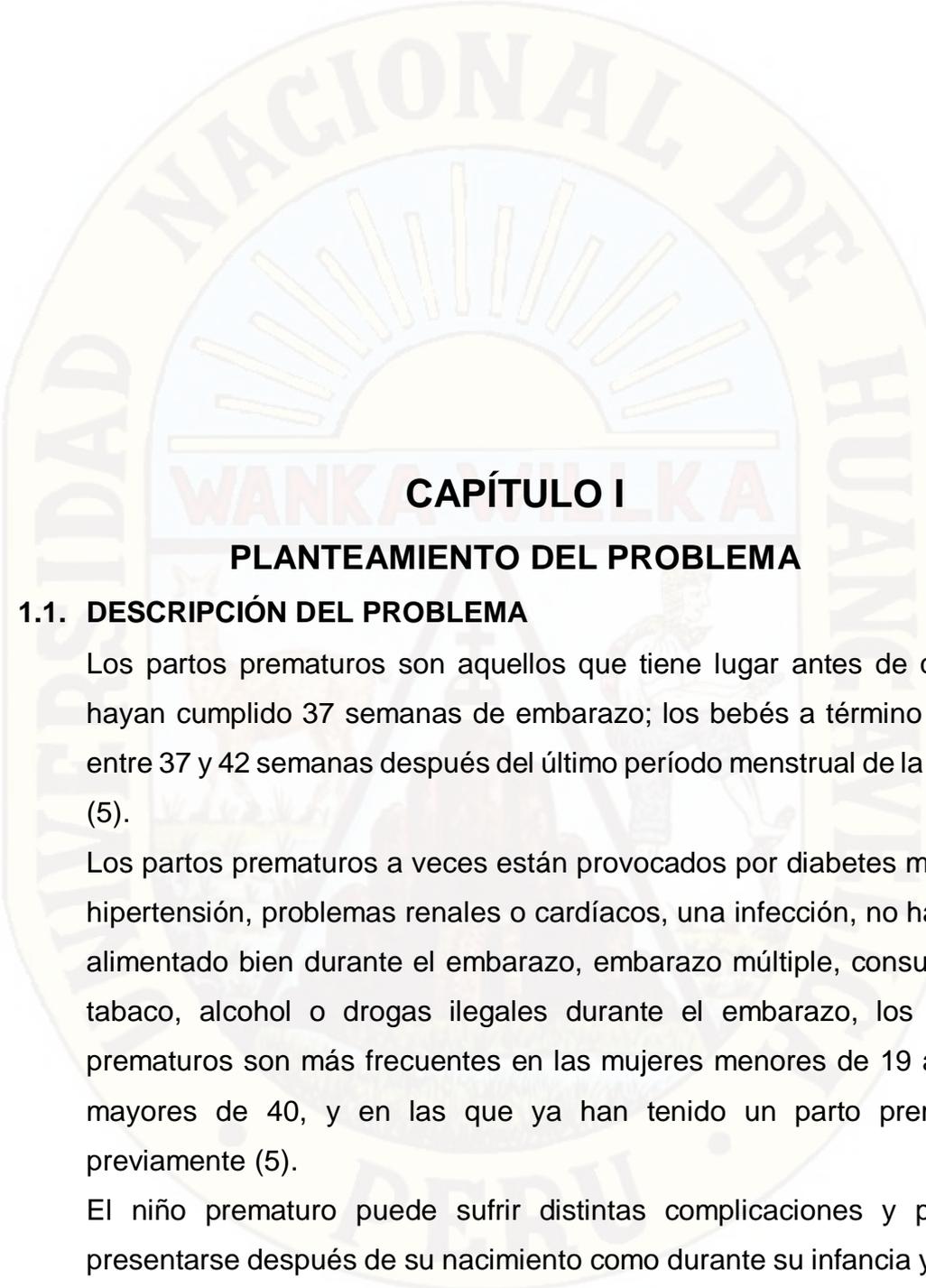
Frente a esta problemática se ha planteado el objetivo de determinar la relación entre los factores y el parto pretérmino en gestantes atendidas en el Hospital Regional Zacarías Correa Valdivia Huancavelica 2018.

La justificación de la investigación radica en que se identificará un factor principal de riesgo para parto pretérmino, contribuyendo al mejor conocimiento del comportamiento de este factor, lo que servirá al diseño de estrategias y medidas de intervención para la reducción de la morbilidad materna y morbimortalidad neonatal.

El tipo de investigación al que pertenece este trabajo es básica, el nivel de investigación que se alcanzará será el correlacionar, el método utilizado es el inductivo-deductivo, el diseño de investigación corresponde al no experimental, retrospectivo, transversal; la muestra lo conformaran 48 mujeres post parto, para la variable factores de parto pretérmino se usará la técnica de observación-encuesta con su instrumento guía de análisis documentario-cuestionario y para la variable pretérmino se usará la técnica de observación con el instrumento guía de análisis documentario.

El proyecto consta de las siguientes partes: Capítulo I: planteamiento del problema. Capítulo II: Marco de referencias. Capítulo III: Marco metodológico. Capítulo IV: aspectos administrativos. Las referencias bibliográficas, y los anexos.

Las autoras



CAPÍTULO I

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

1.1. DESCRIPCIÓN DEL PROBLEMA

Los partos prematuros son aquellos que tiene lugar antes de que se hayan cumplido 37 semanas de embarazo; los bebés a término nacen entre 37 y 42 semanas después del último período menstrual de la madre (5).

Los partos prematuros a veces están provocados por diabetes mellitus, hipertensión, problemas renales o cardíacos, una infección, no haberse alimentado bien durante el embarazo, embarazo múltiple, consumo de tabaco, alcohol o drogas ilegales durante el embarazo, los partos prematuros son más frecuentes en las mujeres menores de 19 años o mayores de 40, y en las que ya han tenido un parto prematuro previamente (5).

El niño prematuro puede sufrir distintas complicaciones y pueden presentarse después de su nacimiento como durante su infancia y están asociadas a la inmadurez general de su organismo (5).

La función pulmonar del niño prematuro es una de las más afectadas cuando el nacimiento se produce antes de tiempo y el bebé puede presentar: Síndrome de distrés respiratorio, apnea y fragilidad respiratoria. Complicaciones neurológicas que se presentan como

respuesta a estímulos externos débil, los reflejos de búsqueda, succión, deglución y aprensión son pobres o pueden no estar presentes. Complicaciones gastrointestinales, tales como el reflujo gastroesofágico, mala digestión (por inmadurez del sistema digestivo) y enterocolitis necrotizante, una complicación muy grave producida por una inflamación que destruye partes del intestino. Complicaciones sanguíneas o metabólicas, como la anemia, ictericia y falta de control de la temperatura. Complicaciones del sistema inmunológico como la inmadurez inmunológica que puede causar infecciones que pueden provocar enfermedades graves. Complicaciones oftalmológicas como la retinopatía del prematuro. Complicaciones Cardiovasculares como conducto arterioso persistente, presión arterial muy baja o alta y frecuencia cardíaca disminuida (5).

A largo plazo, la prematurez puede ser causa de las siguientes complicaciones, parálisis cerebral, retardo cognitivo, problemas de la vista, problemas de audición, problemas en la dentición, problemas de comportamiento o psicológicos y problemas de salud crónicos (5).

A nivel mundial se estima que cada año nacen unos 15 millones de niños prematuros (antes de que se cumplan las 37 semanas de gestación), es decir, más de uno en 10 nacimientos. Las complicaciones relacionadas con la prematuridad, principal causa de defunción en los niños menores de 5 años, provocaron en 2013 cerca de un millón de muertes. De 184 países estudiados, la tasa de nacimientos prematuros oscila entre el 5% y el 18% de los recién nacidos (2).

Más de un millón de niños prematuros mueren cada año debido a complicaciones en el parto. Muchos de los bebés prematuros que sobreviven sufren algún tipo de discapacidad de por vida, en particular, discapacidades relacionadas con el aprendizaje y problemas visuales y auditivos (2).

A nivel mundial, la prematuridad es la primera causa de mortalidad en los niños menores de 5 años. En casi todos los países que disponen de datos fiables al respecto, las tasas de nacimientos prematuros están aumentando (2).

Las tasas de supervivencia presentan notables disparidades entre los distintos países del mundo. En contextos de ingresos bajos, la mitad de los bebés nacidos a las 32 semanas (dos meses antes de llegar a término) mueren por no haber recibido cuidados sencillos, eficaces y poco onerosos (2).

Más del 60% de los nacimientos prematuros se producen en África y Asia meridional. En los países de ingresos bajos, una media del 12% de los niños nace antes de tiempo, frente al 9% en los países de ingresos más altos. Dentro de un mismo país, las familias más pobres corren un mayor riesgo de parto prematuro. Los países con mayor número de nacimientos prematuros son la India, China y Nigeria (2).

En Perú, durante el 2017, 9 de cada 10 mujeres concluyeron su embarazo con una edad gestacional de 37 semana a más, el 6% de los nacidos vivos lo hicieron entre las semanas 32 a 36 y el 1% entre las semanas 27 a 31 (3).

En las regiones se observa el mismo comportamiento que en el nacional, más del 90% de los nacimientos se dieron a partir de la semana 37, mientras que el mayor porcentaje de nacidos vivos entre las semanas 32- 36 se encuentran en la región Loreto (7,2%) y las regiones de Piura, La Libertad, Tumbes, Lambayeque, Cajamarca, Callao, San Martín, Ucayali y Apurímac, presentan porcentajes alrededor del 6% (3).

Por otro lado, el 1,2% de los nacidos vivos en la región Piura presentaron una edad gestacional menor a las 31 semanas, asimismo, el 1,1% de los nacidos vivos en La Libertad, Tumbes, Ancash y Lambayeque y el 1% de los nacidos en las regiones de Tacna, Junín y Callao. Con porcentajes menores al 1% se produjeron los nacimientos de neonatos prematuros con menos de 31 semanas de gestación (3).

Durante el 2017, a nivel nacional, del total de nacidos vivos, el 93,5% nacieron a término (37 a 42 semanas), el 6,5% nació Pretérmino (< 37 semanas) y el 0,01% nació Postérmino (>42 semanas) (3).

En función de la edad gestacional, de los 27 mil 1 nacidos vivos durante el 2017 a nivel nacional, nacidos con una edad gestacional menor a las 37 semanas, el 4,2% nació inmaduro, es decir, con menos de 28

semanas de gestación, mientras que el 9% nació muy prematuro (entre las 28 a 31 semanas de gestación) (3).

Al analizar la prematuridad en las regiones, se observa que, el mayor porcentaje de prematuros se encuentran entre aquellos que nacen entre las 32 y 36 semanas de gestación, es decir que son viables (3).

Más del 83% de los prematuros, en todas las regiones, nacen con 32 a más semanas de gestación (3).

Por otro lado, las regiones de Ayacucho (12,7%), Junín (12,2%), Tacna (12,2%), Ancash (11,9%), Piura (10,6%) y Arequipa (10,3%) presentan los más altos porcentajes de nacidos muy prematuros, mientras que Amazonas (6%) presenta el más alto porcentaje de nacimientos de prematuros extremos (3).

En la Región Huancavelica durante el año 2016, considerando las semanas de embarazo, de los 7162 nacimientos, 14 tenían ≤ 27 semanas, 27 de 27 a 31 semanas, 299 de 32 a 36 semanas y 6822 > 37 semanas. Considerando los nacidos pretérmino, de los 7162 nacidos 13 niños pertenecían a los prematuros extremos (22 a 27 semanas), 27 niños pertenecían a muy prematuros (28 a 31 semanas) y 299 niños pertenecían a los prematuros tardíos (32 a 36 semanas) (3).

En el Hospital Regional Zacarías Correa Valdivia, durante el año 2016 se reportó 68 casos de prematuros y durante el año 2016 desde enero a agosto, ya se han reportado 80 niños prematuros y durante el año 2018 desde enero a junio se reportó 99 casos de prematuros (4).

Atendiendo a los datos presentados se ha formulado las siguientes preguntas de investigación que serán resueltas en el presente trabajo de investigación.

1.2. FORMULACIÓN DEL PROBLEMA

1.2.1. Pregunta general

¿Cuál es la relación entre los factores asociados y el parto pre término en gestantes atendidas en el Hospital Regional Zacarías Correa Valdivia Huancavelica 2018?

1.2.2. Preguntas específicas

1. ¿Cuál es la relación entre los factores maternos y el parto pretérmino en gestantes atendidas en el Hospital Regional Zacarías Correa Valdivia Huancavelica 2018?
2. ¿Cuál es la relación entre los factores fetales y el parto pretérmino en gestantes atendidas en el Hospital Regional Zacarías Correa Valdivia Huancavelica 2018?
3. ¿Cuál es la relación entre los factores ovulares y el parto pretérmino en gestantes atendidas en el Hospital Regional Zacarías Correa Valdivia Huancavelica 2018?

1.3. OBJETIVO: General y Específicos

1.3.1. Objetivo general

1.3.2. Objetivos específicos

1. Evaluar la relación entre los factores maternos y el parto pretérmino en gestantes atendidas en el Hospital Regional Zacarías Correa Valdivia Huancavelica 2018.
2. Evaluar la relación entre los factores fetales y el parto pretérmino en gestantes atendidas en el Hospital Regional Zacarías Correa Valdivia Huancavelica 2018.
3. Evaluar la relación entre los factores ovulares y el parto pretérmino en gestantes atendidas en el Hospital Regional Zacarías Correa Valdivia Huancavelica 2018.

1.4. JUSTIFICACIÓN

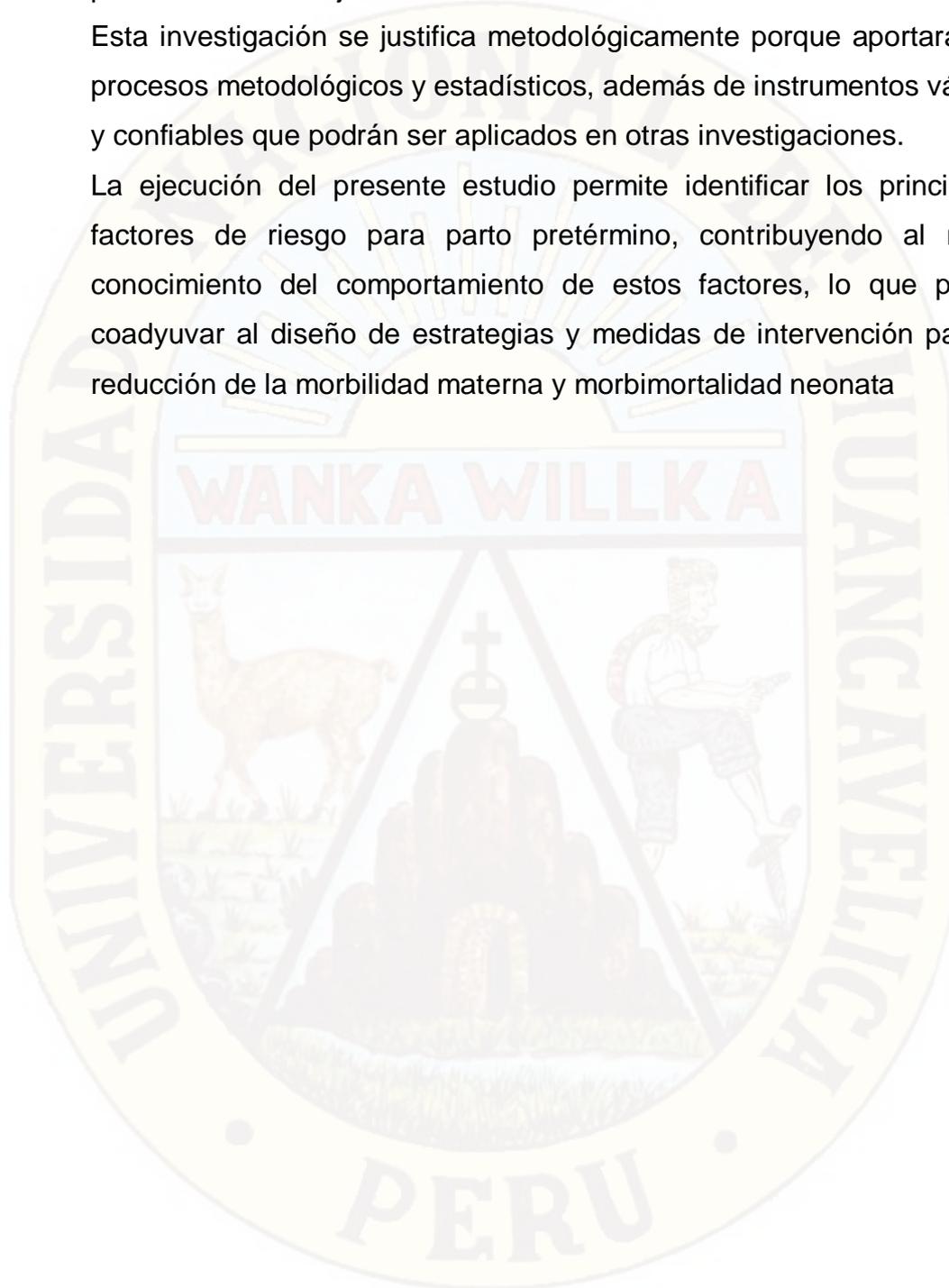
El parto pretérmino es uno de los acontecimientos obstétricos de mayor importancia y responsable de una gran morbilidad neonatal. Los recién nacidos con prematuridad extrema generan un alto costo sanitario: necesidad de tratamientos intensivos, largas permanencias en unidad de cuidados intensivos neonatales y secuelas a largo plazo.

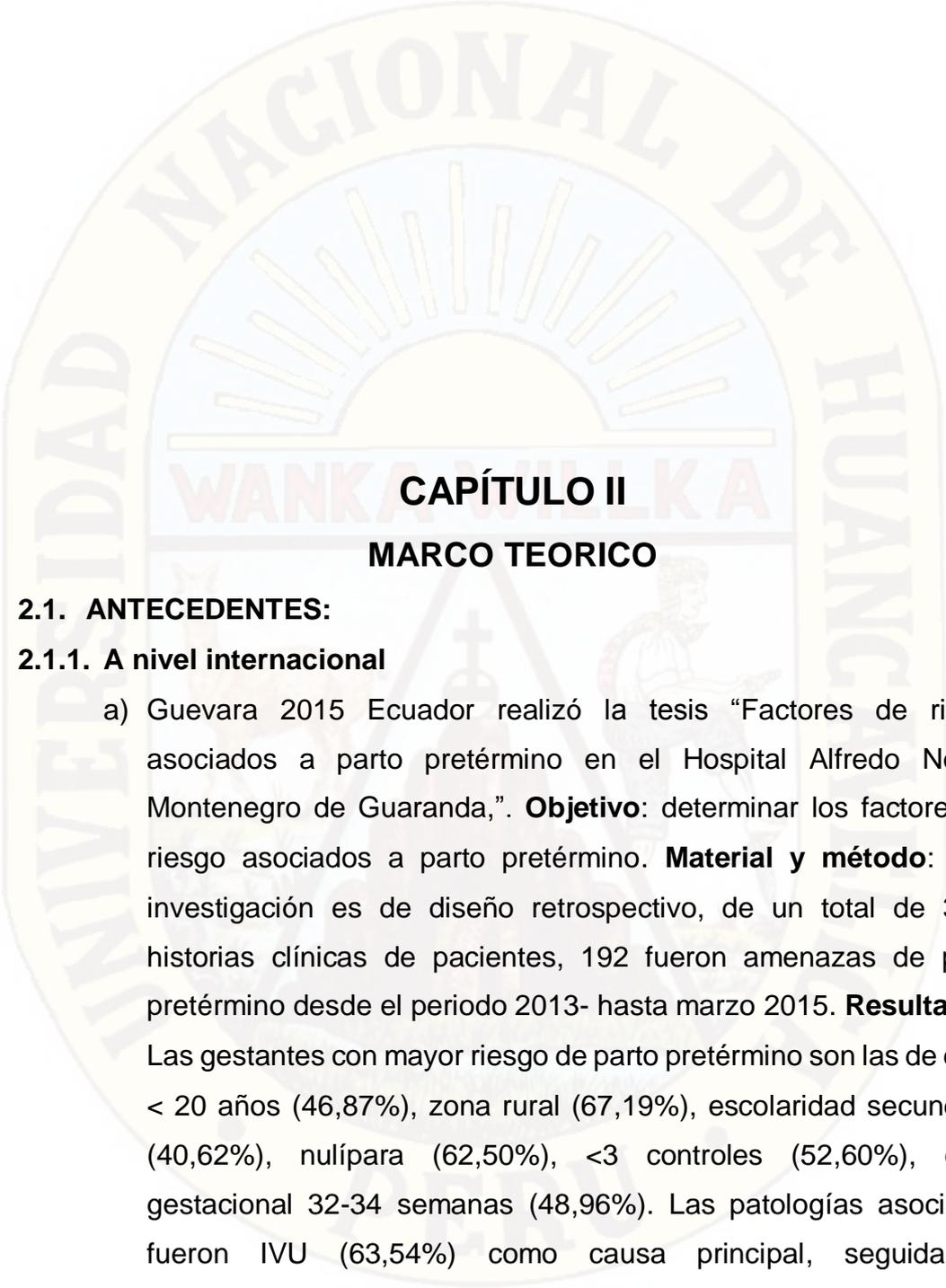
En el Hospital Regional Zacarías Correa Valdivia Huancavelica no se ha realizado ningún estudio para tratar de establecer cuáles son los factores

de riesgo para disminuir la morbilidad y morbimortalidad perinatal por prematuridad lo cual justifica la realización de este estudio.

Esta investigación se justifica metodológicamente porque aportará con procesos metodológicos y estadísticos, además de instrumentos válidos y confiables que podrán ser aplicados en otras investigaciones.

La ejecución del presente estudio permite identificar los principales factores de riesgo para parto pretérmino, contribuyendo al mejor conocimiento del comportamiento de estos factores, lo que podría coadyuvar al diseño de estrategias y medidas de intervención para la reducción de la morbilidad materna y morbimortalidad neonata





CAPÍTULO II

MARCO TEORICO

2.1. ANTECEDENTES:

2.1.1. A nivel internacional

- a) Guevara 2015 Ecuador realizó la tesis “Factores de riesgo asociados a parto pretérmino en el Hospital Alfredo Noboa Montenegro de Guaranda,”. **Objetivo:** determinar los factores de riesgo asociados a parto pretérmino. **Material y método:** Esta investigación es de diseño retrospectivo, de un total de 3090 historias clínicas de pacientes, 192 fueron amenazas de parto pretérmino desde el periodo 2013- hasta marzo 2015. **Resultados:** Las gestantes con mayor riesgo de parto pretérmino son las de edad < 20 años (46,87%), zona rural (67,19%), escolaridad secundaria (40,62%), nulípara (62,50%), <3 controles (52,60%), edad gestacional 32-34 semanas (48,96%). Las patologías asociadas fueron IVU (63,54%) como causa principal, seguida de preeclampsia (44,79%), trastornos de líquido amniótico (36,48%), entre otros. Los resultados de este estudio nos permiten proponerlo como prototipo para ser replicado en el Hospital Alfredo Noboa Montenegro en el área de ginecología y obstetricia, con el objeto de mejorar la asistencia médica y reducir la muerte materna infantil.

Conclusión: Entre los factores que intervienen en la aparición de la Amenaza de Parto Prematuro, presentando a la infección de vías urinarias como la principal causa, podemos describir otra patología que estadísticamente está muy cerca de la principal, la preclampsia es otra problemática que está presente en nuestra población (44,79%), ya que esta es la principal causa iatrogénica de parto pretérmino. Varios factores de riesgo asociados a parto pretérmino que han sido observados en el presente estudio tienen una implicancia socioeconómica y cultural intrínseca. Muchos de estos pueden ser prevenibles. (6)

- b) Cisneros 2014 México realizó la tesis “Infección urinaria asociada en amenaza de parto pretérmino”. **Objetivo:** Determinar que las infecciones de vías urinarias es la causa de amenaza de parto pretérmino. **Material y método:** Mediante un diseño transversal, retrospectivo y analítico, con criterios de inclusión de Embarazadas con amenaza de parto pre término, expediente completo que diagnostique la infección urinaria; un muestreo no probabilístico y muestra de 162 pacientes, que acudieron al servicio de urgencias de Ginecoobstetricia de H.G.Z. 24 determinando la característica de cada infección urinaria, de manera retrospectiva desde el presente mes, hasta completar la muestra. Su análisis fue representado por media, desviación estándar e inferencial con Chi cuadrada, con $p < 0.05$ para su significancia. **Resultados:** Se revisaron 163 expedientes completos, con edad promedio de 26 ± 5 años de edad, semanas de gestación de 31 ± 4 ; se dedicaban al hogar 56% (91), con nulíparas 64% (105), se observó 60% (97) con bacteriuria asintomática, Historia de Infección Urinaria presente en 66% (100), infección urinaria presente en 73% (119); todos ellos con significancia de $p < 0.000$. **Conclusión:** Se encontró asociada la bacteriuria asintomática, antecedentes de Infección urinaria y la infección urinaria como tal asociados a la amenaza de parto pretérmino. (7)

2.1.2. A nivel nacional:

- a) Ahumada-Barrios y Alvarado 2016 Lima realizó la tesis “Factores de Riesgo de Parto Pretérmino en un Hospital de Lima Norte”. **Objetivo:** Determinar los factores de riesgo de parto pretérmino. **Material y método:** Estudio caso-control retrospectivo en 600 gestantes atendidas en un hospital, con 298 gestantes en el grupo de los casos (que tuvieron un recién nacido con parto pretérmino <37 semanas) y en los controles 302 gestantes que tuvieron un recién nacido sin parto pretérmino. Se aplicó el programa estadístico Stata versión 12.2. En el análisis bivariado, se utilizó la prueba chi² y para el análisis de variables múltiples, se utilizó la regresión logística, de donde se derivaron los Odds Ratio (OR) e Intervalos de Confianza (IC) al 95%. **Resultados:** Los factores de riesgo relacionados con el parto pretérmino fueron el embarazo gemelar actual (OR ajustado= 2,4; p= 0,02), control prenatal insuficiente (< 6 controles) (OR ajustado= 3,2; p <0,001), control prenatal nulo (OR ajustado= 3,0; p <0,001), antecedente de parto pretérmino (OR ajustado= 3,7; p <0,001) y preeclampsia (OR ajustado=1,9; p=0,005). **Conclusión:** El antecedente de parto pretérmino, la preeclampsia, el no tener ningún control prenatal y haber tenido un control prenatal insuficiente fueron factores de riesgo para el nacimiento pretérmino. (8)
- b) Guillén 2015 Lima realizó la tesis “Factores maternos asociados al parto pretérmino Hospital Nacional Alberto Sabogal Sologuren 2014”. **Objetivo:** Conocer los factores maternos asociados al parto pretérmino en el Hospital Nacional Alberto Sabogal Sologuren en el periodo comprendido de enero del 2014 a junio del 2014. **Material y método:** se realizó un estudio retrospectivo de tipo descriptivo de corte transversal, en 127 pacientes de las cuales el 39,4%(50) presentaron parto pretérmino y el 60,6%(77) no presentaron parto pretérmino. **Resultados:** La media de la edad de los casos fue de 28,7+/-7,2 años y de los controles de 26,5+/-5,6 años, siendo la mínima edad de 15 años y la máxima de 40 años. hubo una mayor

frecuencia de pacientes mayores de 35 años en los casos (26% versus 3,9%), siendo esta relación estadísticamente significativa. Todas las pacientes controles tuvieron edad gestacional mayor de 37 semanas y de los casos observamos una mayor frecuencia de edad gestacional entre los 35 a 37 semanas (64%), observamos que la patología materna infecciosa de mayor frecuencia fue la vulvovaginitis (32%), seguido de infecciones urinarias (28%). En relación a la patología materna metabólica en los casos hubo una mayor frecuencia de diabetes (14%). **Conclusión:** Los factores maternos de características infecciosas asociados con parto pretérmino fueron: infección urinaria, vulvovaginitis, corioamnionitis. ($P < 0,05$) El factor materno de característica metabólica asociado con parto pretérmino fue la diabetes gestacional. ($P < 0,05$). (9)

2.1.3. A nivel local

No existen trabajos de investigación a nivel local.

2.2. BASES TEÓRICAS

2.2.1. Teoría del mecanismo del parto

Los investigadores han elaborado teorías acerca del mecanismo de iniciación del parto. Todas las teorías, en su momento, tuvieron validez científica y en la actualidad, se refiere establecer una integración de todas ellas para explicar cómo se inicia el proceso del parto (10).

Estiramiento del útero

Esta fue la primera teoría desarrollada. Era lógico pensar que conforme el(los) feto(s) crece(n), el útero llega a un límite de estiramiento y los expulsa al exterior (10).

Sin embargo, en ocasiones un feto que deja de crecer o que muere en el útero antes de que alcance su máximo tamaño, es expulsado no obstante haber frenado su desarrollo (10).

Retiro de la progesterona

Conforme progresó el avance científico y los niveles hormonales pudieron medirse en la circulación sanguínea, se observó que, en la

mayoría de las especies, la progesterona caía a niveles basales al momento del parto. Esto permite, a su vez, que el útero se empiece a contraer y el parto se desencadene (10).

Esta teoría, en sí, no es suficiente para explicar el fenómeno ya que, por ejemplo, la yegua y la mujer son especies capaces de parir bajo niveles significativamente elevados de esta hormona. Además, la progesterona exógena no suprime la labor (10).

Oxitocina

Al descubrirse esta hormona, en los años 50s, se observó que su nivel se elevaba al momento del parto. Sin embargo, como se verá más adelante, esta hormona es de las últimas que se producen en el proceso. Además, existe evidencia de que el parto ocurre inclusive después de la neurohipofisectomía (10).

Teoría del feto

Varios investigadores, en los años 60s, concentraron su atención en el hecho de que, en casos naturales de gestación prolongada, el feto se encontraba alterado de alguna manera. Algunos ejemplos naturales y experimentales de gestación prolongada son (10):

El electro cauterización del 70% de la adenohipófisis fetal en ovinos.

Anencefalia fetal en humanos.

En vacas se presenta un síndrome de ocurrencia espontánea en donde el feto se desarrolla normalmente hasta el 7mo mes de gestación. A partir de este momento su crecimiento se detiene y la gestación se prolonga. Al examinar estos fetos, se observa un total desacomodo en la organogénesis del eje central de la cara y la cabeza, la mayoría de ellos son cíclopes, con labio leporino y con una total ausencia del eje hipotálamo-hipófisis (10).

En las vacas Holstein sucede esporádicamente un síndrome similar de gestación prolongada, pero en estos casos, el feto sigue creciendo en el útero. A la Necropsia, estos fetos presentan hipoplasia de apófisis y

adrenales (10).

En ovejas que ingieren una planta llamada *verratrum californicum* en el día 13 de la gestación se prolonga, los fetos dejan de crecer y presentan marcadas anormalidades de cara y cabeza, con una ausencia de hipotálamo-hipófisis. Esta planta contiene un alcaloide llamado Ciclopamina que, si es ingerido exactamente en el día en que suceden los procesos organogénicos del eje central de la cara y la cabeza, produce una completa desorganización. Si es ingerido en el día 12 o 14 de la gestación, este alcaloide no produce efecto alguno con lo que demuestra que los procesos de órgano génesis son sumamente exactos cronológicamente (10).

La decapitación de todos los fetos en una cerda gestante produce una prolongación de la gestación, si se decapitan todos menos dos, el parto ocurre en el momento esperado (10).

Con la evidencia citada, se puede deducir que el eje hipotálamo-hipófisis y las glándulas adrenales del feto, son importantes en el proceso de iniciación del parto (10).

Prostaglandinas

Estas sustancias tienen, al momento del parto, dos efectos diferentes (10):

Son potentes estimulantes de la contracción uterina.

Producen la lisis del cuerpo lúteo en aquellas especies en donde sean factor luteolítico y además terminen la gestación con un cuerpo lúteo activo.

Sin embargo, para que se liberen, es necesario que ocurran otros cambios endocrinos previos.

2.2.2. Teoría de los cuidados

Conceptos principales y definiciones

Cuidados

Son una forma educativa de relacionarse con un ser apreciado hacia el que siente un compromiso y una responsabilidad personal (11).

Conocimiento

Es esforzarse por comprender el significado de un suceso de la vida del otro, evitando conjeturas, centrándose en la persona a la que se cuida, buscando claves, valorando meticulosamente y buscando un proceso de compromiso entre el que cuida y el que es cuidado (11).

Estar con

Significa estar emocionalmente presente con el otro. Incluye estar allí en persona, transmitir disponibilidad y compartir sentimientos sin abrumar a la persona cuidada (11)

Hacer por

Significa hacer por otros lo que se haría por uno mismo, si fuera posible, incluyendo adelantarse a las necesidades, confortar, actuar con habilidad y competencia y proteger al que es cuidado, respetando su dignidad (11).

Posibilitar

Es facilitar el paso del otro por las transiciones de la vida y los acontecimientos desconocidos, centrándose en el acontecimiento o transición, informando, explicando, apoyando, dando validez a sentimientos, generando alternativas, pensando las cosas detenidamente y dando retroalimentación (11).

Mantener las creencias

Es mantener la fe en la capacidad del otro de superar un acontecimiento o transición y de enfrentarse al futuro con significado, creyendo en la capacidad del otro y teniéndolo en alta estima, manteniendo una actitud llena de esperanza, ofreciendo un optimismo realista, ayudando a encontrar el significado y estando al lado de la persona cuidada en cualquier situación (11).

Metaparadigmas desarrollados en la teoría**Persona**

Define a las personas como seres únicos que están en proceso de creación y cuya integridad se completa cuando se manifiestan en

pensamientos, sentimientos y conductas. Las personas modelan y son modeladas por el entorno en el que viven (11).

Cuidado o enfermería

Swanson define la enfermería como la disciplina conocedora de los cuidados para el bienestar de otros. Afirma que la disciplina de la enfermería está fundada por el conocimiento empírico de la enfermería y de otras disciplinas relacionadas, por ejemplo, las humanidades, la experiencia clínica y los valores y las expectativas personales y sociales (11).

Salud

Considera el restablecimiento del bienestar como un complejo proceso de cuidados que incluye desprenderse del dolor interno, establecer nuevos significados, restaurar la seguridad y emerger con un sentimiento de renovada plenitud (11).

Entorno

Define el entorno de manera situacional. Para la enfermería es cualquier contexto que influye o que es influido por el cliente, por ejemplo, aspectos culturales, sociales, biofísicos, políticos, y económicos (11).

El entorno persona-cliente en enfermería pueden verse de forma intercambiable. El entorno- cliente puede ser especificado a nivel intraindividual, en donde el cliente puede ser el nivel intracelular y el ambiente pueden ser los órganos (11).

Afirmaciones Teóricas

Su teoría derivó de una investigación fenomenológica empírica. Ofrece una clara explicación de lo que significa para las enfermeras el modo de cuidar en la práctica. Hace hincapié en que el objetivo de la enfermería es promover el bienestar a otros. Según Swanson, un componente fundamental y universal de la buena enfermería es atender el bienestar biopsicosocial y espiritual del cliente. Los cuidados se basan en el mantenimiento de una creencia básica en los seres humanos, apoyada por el conocimiento de la realidad del cliente,

expresada por estar emocional y físicamente presente, y representada por hacer y por posibilitar al cliente (11).

2.3.1. PARTO PRETERMINO

Se define como aquel que se produce antes de la semana 37 de gestación (12).

Es el nacimiento que ocurre entre las semanas de gestación 20 (el que se produce antes de este tiempo se le considera como no viable) y 37 (13).

El diagnóstico de amenaza de parto prematuro o pretérmino (APP) exige la presencia de contracciones (cuatro cada 20-30 minutos u ocho cada 60 minutos, palpables y de más de 30 segundos de duración) con modificación de partes blandas (Bishop mayor de 5 o longitud cervical menor de 25 mm) o rotura prematura precoz de membranas. Hasta en el 80% de los casos, la etiología del PP es idiopática, mientras que en el 20% restante puede deberse a gestación múltiple, polihidramnios, apendicitis u otro proceso infeccioso abdominal, bacteriuria, pielonefritis aguda e infección intraamniótica (hasta en el 13 % de los casos) (12).

Por otra parte, el PP representa un problema de salud pública con impactos no solamente a nivel médico, sino económico y social. Médicamente este problema es el mayor contribuyente de la morbilidad y la mortalidad neonatal e infantil (13).

De hecho, el nacimiento de un feto pretérmino es responsable de 75 a 90% de las muertes neonatales, excluyendo las malformaciones congénitas letales. La morbilidad neonatal está muy relacionada con la edad gestacional al nacimiento, con la ocurrencia de resultados perinatales adversos hasta en 77% de los neonatos nacidos entre las semanas 24 y 27 vs. Sólo 2% de los nacidos después de las 34 semanas. Entre las complicaciones inmediatas más frecuentes e importantes en estos infantes se encuentran: el síndrome de dificultad respiratoria, la displasia broncopulmonar, la persistencia del conducto arterioso, la enterocolitis necrosante, la hiperbilirrubinemia, la apnea del prematuro, la hemorragia intraventricular, la retinopatía por prematurez

y la sepsis. En cuanto a las secuelas a largo plazo, estos niños tienen más riesgo de parálisis cerebral, ceguera, sordera y retraso psicomotriz, entre otras. En general se considera que a las 32 semanas de gestación la sobrevida es de casi 99%, lo que significa que se debe poner particular atención en los nacimientos que ocurran antes de este periodo. Se reportan que sólo 7.5% de los infantes con menos de 1500 g de peso tienen secuelas mayores de largo plazo, siendo los de menos de 1 000 g los de mayor riesgo de secuelas, con hasta 25%. La mejoría reciente en las tasas de sobrevida neonatal en los límites de viabilidad más bajos (de menos de 26 a 27 semanas) se debe a los importantes avances médicos integrales en medicina perinatal y neonatal. Estimaciones estadísticas en salud sugieren que el costo nacional total por la atención de los infantes prematuros excedió los 26,2 billones (miles de millones) de dólares anualmente, y que el costo del cuidado de un neonato prematuro fue 10 veces mayor que el de un infante de término. Adicionalmente, no es sorprendente que los costos de la atención médica sean mayores en los infantes de menos de 1000 g. De igual manera, los neonatos que han sufrido secuelas de largo plazo (como las neurológicas) y los costos por cuidados de por vida representan miles de millones de dólares (13).

2.3.1.1. Clasificación del parto pretérmino

Se clasifica en los siguientes (12):

- **Tardío:** 34-36 semanas.
- **Moderado:** 32-34 semanas.
- **Muy prematuro:** 28-32 semanas.
- **Extremadamente prematuro:** menos de 28 semanas.

2.3.1.2. Diagnóstico

Se basa en la aparición de contracciones uterinas y en la presencia de modificaciones cervicales.

- **Contracciones uterinas:** se consideran necesarias para definir la APP al menos 4 contracciones dolorosas, palpables y de más de 30 segundos de duración en 20-30 minutos de registro cardiotocográfico, o bien 8 contracciones en una hora (14).

- Modificaciones cervicales (14):
 - Test de Bishop: borra miento cervical mayor o igual al 80% o dilatación mayor o igual a 2 cm.
 - Longitud cervical por ecografía: nos da una información más precisa que el tacto vaginal. Es un marcador independiente del riesgo de parto pretérmino y en la actualidad se considera que es la prueba individual que mejor lo predice, añadiendo poco todos los demás tests al valor predictivo de esta prueba. Dependiendo de la edad gestacional, se establecen dos puntos de corte para considerar un cérvix "corto": menos de 25 mm hasta las 32 semanas y menos de 15 mm a partir de la semana 32.

En el diagnóstico de la APP, también puede realizarse la determinación de la fibronectina fetal (FNF). Ésta es una glucoproteína de la matriz extracelular localizada en la interfase materno-fetal de las membranas amnióticas, entre el corion y la decidua, y se libera a las secreciones vaginales cuando esta interfase se interrumpe, por ello puede ser utilizada como predictor del parto pretérmino. La principal utilidad de la determinación de la FNF es su elevado valor predictivo negativo, de aproximadamente el 95%, y estaría indicada realizarla en aquellos casos de APP dudosa, cuando la longitud cervical se encuentra entre 20 y 30 mm (14).

- Test de FNF positivo: el riesgo de parto prematuro se multiplica por 3.
- Test de FNF negativo: la probabilidad de que no se produzca un parto pretérmino en los siguientes 7 días es prácticamente del 100%.

Su presencia en el flujo cervicovaginal es normal hasta la semana 20-22 de gestación y siempre está presente en el líquido amniótico, por lo que su determinación no está indicada en la primera mitad del embarazo ni en los casos de rotura prematura de membranas (14).

2.3.1.3. Tratamiento

La hidratación intravenosa con 500 ml de solución cristalóide isotónica es un paso inicial común en el tratamiento, aunque la hidratación no ha probado ser beneficiosa para las pacientes que no están deshidratadas. La hidratación excesiva debería evitarse, ya que se asocia con edema pulmonar durante el tratamiento tocolítico. La hidratación de mantenimiento debería emplear solución de Ringer lactato o salino 0,9 N, con o sin dextrosa, para reducir el riesgo de edema pulmonar (15).

Las pacientes deben permanecer en reposo en cama estricto, inicialmente con monitorización fetal continua (15).

Tratamiento antibiótico. Todas las infecciones específicamente implicadas con cultivos positivos deben tratarse adecuadamente. Debe iniciarse la profilaxis contra la infección por estreptococo beta hemolítico del grupo B mientras continúe la amenaza de PP, ya que el recién nacido es especialmente susceptible a la infección neonatal por este germen. Se recomienda el uso de penicilina o ampicilina a menos que la paciente sea alérgica a la penicilina, en cuyo caso se recomienda la clindamicina (15).

En último término, el tratamiento antibiótico no está indicado para prolongar la gestación en mujeres con amenaza de PP y membranas íntegras, ya que ha demostrado aumentar la mortalidad neonatal (15).

Los corticosteroides aceleran la liberación de surfactante pulmonar desde los neumocitos de tipo II y disminuyen la incidencia de muerte neonatal, hemorragia intracerebral y enterocolitis necrotizante. La dosis habitualmente recomendada es de 12 mg i.m. de betametasona, con una dosis de repetición a las 24 horas. El tratamiento se debe ofrecer en caso de gestaciones entre las 24 y las 34 semanas si no existen signos evidentes de infección. El beneficio óptimo se consigue a las 24 horas después de la segunda dosis. Los efectos beneficiosos del tratamiento con corticosteroides en el PP y la RPM son significativos (15).

Los problemas del tratamiento con corticosteroides incluyen el riesgo aumentado de infección tanto de la madre como del feto y la alteración en la tolerancia materna a la glucosa, especialmente en pacientes diabéticas. El reconocimiento prenatal de intolerancia a la glucosa debe demorarse una semana durante el tratamiento con corticosteroides. No se recomiendan actualmente dosis semanalmente repetidas de corticosteroides, ya que pueden asociarse a lesión fetal (15).

Se ha abierto un nuevo frente de debate en relación con la administración de corticosteroides en gestaciones menores de 23 semanas. Se ha demostrado recientemente un efecto protector sobre la incidencia de hemorragia intraventricular. En estos casos, la administración de corticosteroides no supone un beneficio en la función respiratoria del recién nacido, puesto que en este momento del desarrollo fetal aún no se han formado los neumocitos de tipo II necesarios para producir el surfactante pulmonar (15).

El tratamiento domiciliario de la amenaza de parto prematuro debe reservarse para aquellas pacientes que no han demostrado cambios cervicales en ausencia de tocolisis oral. Las candidatas para tratamiento oral deben tener la posibilidad de realizar reposo en cama y evitar las relaciones sexuales. Puede usarse el registro de los movimientos fetales. Se deben continuar realizando los exámenes prenatales con la frecuencia indicada. Si aparece crecimiento intrauterino retardado, se deben realizar exámenes ecográficos cada 3 o 4 semanas (15).

Tratamiento tocolítico. Para verificar si una paciente es candidata a recibir tratamiento tocolítico, debe confirmarse la edad gestacional y descartarse la presencia de anomalías fetales (15).

- Indicaciones. La mayoría de los médicos inician el tratamiento tocolítico cuando aparecen contracciones uterinas regulares y se evidencian cambios cervicales. La dilatación cervical de al menos 3 cm se asocia con una tasa de éxito disminuida del tratamiento

tololítico. El tratamiento tocolítico es, sin embargo, apropiado en algunos casos para dar tiempo al traslado a un centro médico terciario o a que el tratamiento con corticosteroides haga efecto. Es razonable realizar tratamiento con agente tocolíticos hasta la semana 34 de gestación. Los análisis de los datos de centros neonatales indican que la tasa de supervivencia de niños nacidos a las 34 semanas de gestación es del 1% de la tasa de supervivencia de aquellos que nacen a las 37 semanas. Ningún estudio ha demostrado de forma convincente una mejoría en la supervivencia o en ningún índice de evolución neonatal a largo plazo con tratamiento tocolítico aislado.

- Las contraindicaciones generales para la tocolisis en el PP incluyen distrés fetal agudo, corioamnionitis, eclampsia o preeclampsia grave. Otras contraindicaciones relativas son la muerte fetal en gestación única, la presencia de madurez fetal y la inestabilidad hemodinámica materna. Además, cada agente tocolítico tiene sus propias contraindicaciones.
- Los objetivos primarios de la tocolisis son disminuir la actividad uterina y detener los cambios cervicales con la mínima dosis del agente posible, disminuyendo o retirando el fármaco si se desarrollan efectos secundarios significativos, y retirando el fármaco tras el tratamiento intravenoso o subcutáneo si se ha producido una mejoría clínica sostenida durante 12 a 24 horas. Aunque muchos obstetras emplean la tocolisis por vía oral tras la vía intravenosa, esta práctica no ha demostrado prolongar significativamente la gestación.
- Tratamiento hospitalario. Una vez que la tocolisis se ha alcanzado y mantenido, la paciente debería quedarse en el hospital para observación, inicialmente en reposo absoluto en cama (que puede levantarse según la tolerancia individual de la paciente). Se debe considerar la posibilidad de realizar una consulta a fisioterapia si se prevé un encamamiento prolongado. Se deben registrar los tonos cardíacos fetales al menos cada 8

horas y realizar evaluaciones fetales si están indicadas (p. ej., por evidencia de crecimiento intrauterino retardado u oligohidramnios, o por factores maternos). Se debe realizar tratamiento con penicilina durante 7 días si existen cultivos positivos para estreptococo betahemolítico del grupo B.

2.3.1.4. Maduración fetal

Todo feto entre 24 – 34 semanas de gestación con riesgo de nacimiento pretérmino se considera candidato para tratamiento con corticoides (16).

Toda mujer que se le inicia tocólisis es elegible para corticoides antenatales. La principal indicación de tocólisis es permitir prolongar el embarazo durante 48hrs para permitir la acción de los corticoides (16).

El uso de corticoides promueve la maduración y diferenciación celular, disminuyendo en un 40% la mortalidad neonatal y en un 50% las complicaciones perinatales (16).

- Betametasona 12 mg IM c/24 hr # 2 dosis
- Dexametasona 6 mg IM c/6 hr # 4 dosis

2.3.1.5. Atención del neonato prematuro

Existen múltiples consecuencias neonatales del PP, entre las que se incluyen el síndrome de distrés respiratorio, hipotermia, hipoglucemia, ictericia, displasia broncopulmonar, persistencia del conducto arterioso, enterocolitis necrotizante, hemorragia intraventricular, trastornos del desarrollo neurológico, apnea, fibroplasia retrolental y sepsis neonatal. Además, el PP es la causa de, al menos, el 75% de las muertes neonatales no atribuibles a malformaciones congénitas. La supervivencia del recién nacido prematuro se relaciona directamente con la edad de gestación (15). En caso de recién nacidos muy prematuros (menores de 24 semanas), existe controversia sobre el valor de las maniobras de resucitación, debido a las complicaciones mencionadas

anteriormente, que pueden comprometer gravemente el desarrollo posterior de estos niños (15).

En el recién nacido pretérmino se requiere la adaptación de todos los órganos y sistemas enzimáticos; la puesta en marcha del mecanismo del homeostasis que era asumida por la madre en el útero y la adecuación respiratoria y circulatoria le son indispensables a la hora del nacimiento para sobrevivir en el ambiente extrauterino. En el recién nacido pretérmino el periodo posterior al nacimiento es la etapa más vulnerable de la vida, donde pueden manifestarse patologías que determinen algún tipo de secuelas, en especial neurológica, pulmonar, oftalmológica, cognoscitiva y de lenguaje (13).

Según la OMS, los recién nacidos pretérmino se clasifican, de acuerdo con el peso, en:

- Recién nacido pretérmino de peso bajo al nacer: < 2 500 g.
- Recién nacido pretérmino de peso muy bajo al nacer: < 1 500 g.
- Recién nacido pretérmino de peso extremadamente bajo al nacer: < 1 000 g.

Y de acuerdo con las semanas de edad gestacional (SEG) se clasifican así:

- Recién nacido inmaduro: 20 a 23 SEG.
- Recién nacido prematuro extremo: < 28 SEG.
- Recién nacido severo: 28 a 31 SEG.
- Recién nacido prematuro moderado: 32 a 33 SEG.
- Recién nacido prematuro tardío: 34 a 36 SEG.

La mortalidad del recién nacido pretérmino ha disminuido; los factores que han incidido en este fenómeno son (13):

- El buen control del embarazo, la atención profesional del parto y la atención del recién nacido al nacer, que incluye una adecuada reanimación.
- El cuidado intensivo neonatal.
- El empleo de surfactante profiláctico y de rescate.
- La ventilación no invasiva y la ventilación gentil.

- La nutrición agresiva.
- El control de infecciones.

2.3.2. FACTORES DE PARTO PRETÉRMINO

Entendemos por factores a aquellos elementos que pueden condicionar una situación, volviéndose los causantes de la evolución o transformación de los hechos. Un factor es lo que contribuye a que se obtengan determinados resultados al caer sobre él la responsabilidad de la variación o de los cambios. El factor también se define como un elemento o un condicionante que contribuye a lograr un resultado (17). Es decir, modifican el estado del embarazo.

2.3.2.1. Clasificación de factores de parto pretérmino

Los factores de parto pretérmino son los siguientes (18):

a) Maternos:

- Nivel socioeconómico
- Edad <15 años o >40 años
- Hábito nocivo (fumar, consumo de bebidas alcohólicas consumo de drogas ilegales).
- Peso <40 kgs
- Menos de 4 controles prenatales
- Anomalías útero cervicales:
 - Incompetencia istmo-cervical
 - Malformaciones uterinas
 - Miomatosis
- Patologías que producen hipoxia:
 - Cardiopatías
 - Asma
 - Alteraciones hematológicas (anemia)
 - Hipertensión arterial crónica
 - Diabetes
- Antecedentes de abortos y partos prematuros
- Exceso de actividad sexual

- Infecciones
 - Cérvico vagina
 - Intraamnióticas
 - Urinarias
 - Hepatitis
- b) Fetales:
 - Embarazo múltiple
 - Malformaciones congénitas
 - Restricción del crecimiento intrauterino (RCIU)
- c) Ovulares:
 - Defectos placentarios
 - De implantación:
 - ✓ Placenta previa
 - ✓ Abruptio placentae
 - Funcionales:
 - ✓ Hipertensión arterial
 - ✓ Infartos
 - Morfológicas:
 - ✓ Placenta circunvalada
 - ✓ Hemangiomas
 - ✓ Inserción marginal del cordón umbilical
 - ✓ Tumores
 - Líquido amniótico
 - Oligopolihidramnios

2.3. HIPÓTESIS

2.5.1. Hipótesis general

Existe relación entre los factores asociados y el parto pretérmino en gestantes atendidas en el Hospital Regional Zacarías Correa Valdivia Huancavelica 2018.

2.5.2. Hipótesis específicas

1. Existe relación entre los factores maternos y el parto pretérmino en gestantes atendidas en el Hospital Regional Zacarías Correa Valdivia Huancavelica 2018.
2. Existe relación entre los factores fetales y el parto pretérmino en gestantes atendidas en el Hospital Regional Zacarías Correa Valdivia Huancavelica 2018.
3. Existe relación entre los factores ovulares y el parto pretérmino en gestantes atendidas en el Hospital Regional Zacarías Correa Valdivia Huancavelica 2018.

2.4. DEFINICIÓN DE TÉRMINOS

- **Atención.** Es dedicarse en acción o en pensamientos a cuidar de alguien o de algo (19).
- **Factor.** Elemento o circunstancia que contribuye, junto con otras cosas, a producir un resultado (20).
- **Gestante.** Estado de embarazo o gestación. Estado fisiológico de la mujer que se inicia con la fecundación y termina con el parto (21).
- **Neonatal.** Periodo donde el recién nacido, tiene 30 días o menos, contados desde el día de su nacimiento, ya sea que haya sido por parto natural o por cesárea (22).
- **Parto.** La palabra parto etimológicamente proveniente del latín “partus”, y significa dar a luz. El parto designa tanto al acto de parir, como al fruto de ese nacimiento, que ocurre en los animales vivíparos, entre ellos el hombre. Puede producirse luego del período de gestación, con lo cual se denomina parto a término, o antes del mismo; con riesgo para el nuevo ser vivo. El parto que se produce sin intervención humana se denomina parto natural, llamándose trabajo de parto a aquel período que comienza con las contracciones regulares y termina cuando una o más criaturas (en este último caso se habla de parto múltiple) salen al exterior, desde el útero por el canal de parto, siendo expulsado por la vagina; y cesárea cuando

ocurre por intervención quirúrgica, consistente en una incisión abdominal, por donde se extrae el nuevo ser vivo (23).

- **Pretérmino.** Es todo aquel recién nacido cuya edad gestacional calculada a partir del primer día del último periodo menstrual es menor de 37 semanas completas (24).

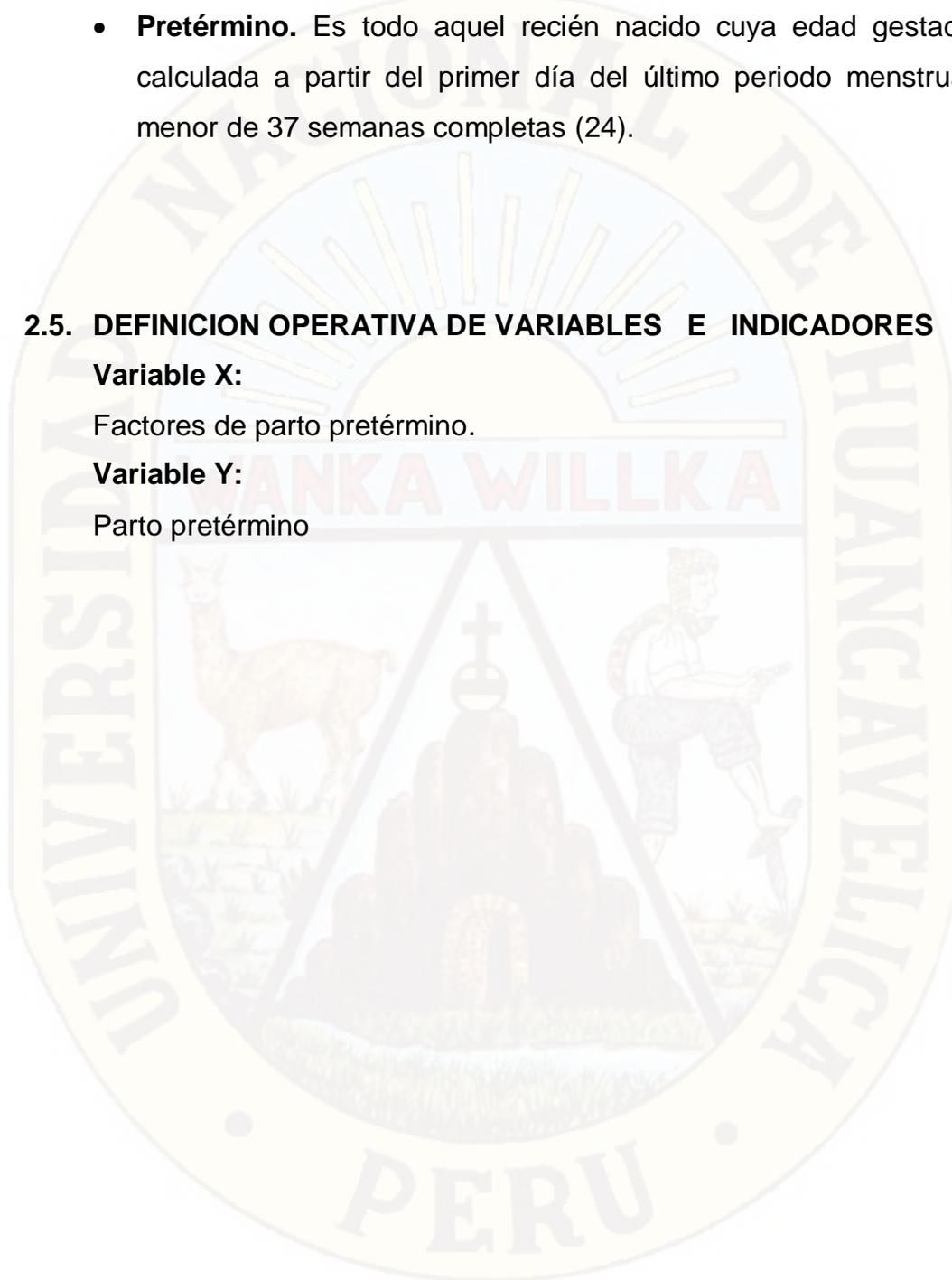
2.5. DEFINICION OPERATIVA DE VARIABLES E INDICADORES

Variable X:

Factores de parto pretérmino.

Variable Y:

Parto pretérmino



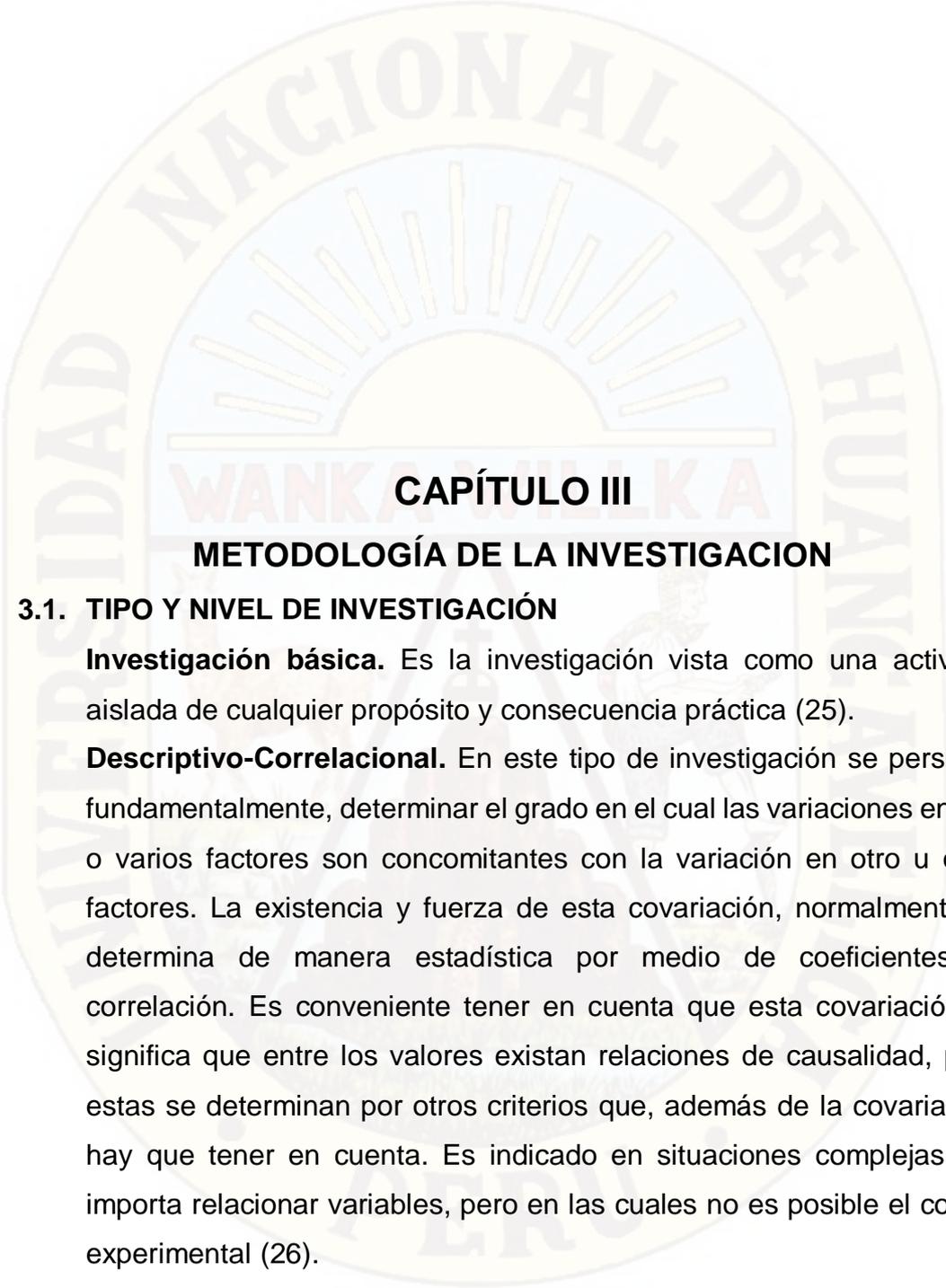
2.6. OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES

VARIABLE x	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	DEFINICIÓN OPERACIONAL	DIMENSIÓN	INDICADORES	ÍTEM
Parto pretérmino		La medición de esta variable se basa en el número de semanas de embarazo, considerando los niños que han nacido a término, tardío, moderado, muy prematuro y extremadamente prematuro.	Esta variable será tratada como una variable de medición directa basada en el diagnóstico médico el cual aparece en la historia clínica de la gestante por lo cual no es necesario considerar las dimensiones ni los indicadores.	Esta variable será tratada como una variable de medición directa basada en el diagnóstico médico el cual aparece en la historia clínica del recién nacido por lo cual no es necesario considerar las dimensiones ni los indicadores.	<ol style="list-style-type: none"> 1. ¿El parto fue? <ol style="list-style-type: none"> a) A término >37 semanas b) Tardío 34-36 semanas. c) Moderado 32-34 semanas d) Muy prematuro 28-32 semanas e) Extremadamente prematuro <28 semanas

VARIABLE Y	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	DEFINICIÓN OPERACIONAL	DIMENSIÓN	INDICADORES	ÍTEM
Factores de parto pretérmino	Entendemos por factores a aquellos elementos que pueden condicionar una situación, volviéndose los causantes de la evolución o transformación de los hechos. Un factor es lo que contribuye a que se obtengan determinados resultados al caer sobre él la responsabilidad de la variación o de los cambios. El factor también se define como un elemento o un condicionante que contribuye a lograr un resultado. Es decir, modifican el estado del embarazo.	La medición de esta variable se realizará usando un cuestionario-guía de análisis documental el cual se aplicará a las madres post parto y se hará una revisión de las historias clínicas.	1. Maternos	Nivel socio económico	<ol style="list-style-type: none"> 1. ¿Su nivel educativo es? <ol style="list-style-type: none"> a) Analfabeta b) Primaria c) Secundaria. d) Superior 2. ¿Su trabajo es? <ol style="list-style-type: none"> a) Nombrado b) Contratado c) Eventual d) No trabaja
				Edad	<ol style="list-style-type: none"> 3. ¿Su edad es? <ol style="list-style-type: none"> a) Menor de 15 años. b) Entre 15 y 40 años c) Mayor de 40 años
				Hábitos nocivos	<ol style="list-style-type: none"> 4. ¿Usted fuma? <ol style="list-style-type: none"> a) 1 cigarrillo diario. b) Más de 1 cigarrillo diario. c) No 5. ¿Usted consume bebidas alcohólicas?

				<ul style="list-style-type: none"> a) Diario b) 1 vez por semana c) 3 veces por semana. d) No <p>6. ¿Usted consume drogas ilegales?</p> <ul style="list-style-type: none"> a) Si b) No
			Peso	<p>7. ¿Su peso es?</p> <ul style="list-style-type: none"> a) Menor de 40 kg. b) De 40 kg a más.
			Control de prenatal	<p>8. ¿Cuántos controles prenatales tuvo?</p> <ul style="list-style-type: none"> a) Menos de 4 controles. b) De 4 a más controles
			Animalias útero cervicales	<p>9. ¿La madre presentó incompetencia istmo-cervical?</p> <ul style="list-style-type: none"> a) Si b) No <p>10. ¿Presentó malformaciones uterinas?</p> <ul style="list-style-type: none"> a) Si b) No <p>11. ¿La madre presentó mixomatosis?</p> <ul style="list-style-type: none"> a) Si b) No
			Patologías que producen hipoxia	<p>12. ¿La madre presentó cardiopatías durante el embarazo?</p> <ul style="list-style-type: none"> a) Si b) No <p>13. ¿La madre presentó asma durante el embarazo?</p> <ul style="list-style-type: none"> a) Si b) No <p>14. ¿La madre presentó alguna alteración hematológica (anemia) durante el embarazo?</p> <ul style="list-style-type: none"> a) Si b) No <p>15. ¿La madre presentó hipertensión arterial durante el embarazo?</p> <ul style="list-style-type: none"> a) Si b) No <p>16. ¿La madre presentó diabetes durante el embarazo?</p> <ul style="list-style-type: none"> a) Si b) No
			Infecciones	<p>17. ¿La madre presentó infección cérvicovaginal durante el embarazo?</p>

				<p>a) Si b) No</p> <p>18. ¿La madre presentó infección intraamniótica durante el embarazo? a) Si b) No</p> <p>19. ¿La madre presentó infección urinaria durante el embarazo? a) Si b) No</p> <p>20. ¿La madre presentó hepatitis durante el embarazo? a) Si b) No</p>
		<p>2. Fetales</p>	Embarazo múltiple	<p>21. ¿La madre presentó embarazo múltiple? a) Si b) No</p>
			Malformaciones congénitas	<p>22. ¿El feto presentó malformaciones congénitas? a) Si b) No</p>
			Restricción del crecimiento intrauterino	<p>23. ¿El feto presentó restricción de crecimiento intrauterino? a) Si b) No</p>
			<p>3. Ovulares</p>	<p>Defectos placentarios</p> <p>24. ¿El embarazo presentó placenta previa? a) Si b) No</p> <p>25. ¿El embarazo presentó abrupcio placentae? a) Si b) No</p>
			Morfológica	<p>26. ¿El embarazo presentó placenta circunvalada? a) Si b) No</p> <p>27. ¿El embarazo presentó hemangiomas? a) Si b) No</p> <p>28. ¿El embarazo presentó inserción marginal del cordón umbilical? a) Si b) No</p>
			Líquido amniótico	<p>29. ¿El embarazo presentó oligohidramnios? a) Si b) No</p>



CAPÍTULO III

METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACION

3.1. TIPO Y NIVEL DE INVESTIGACIÓN

Investigación básica. Es la investigación vista como una actividad aislada de cualquier propósito y consecuencia práctica (25).

Descriptivo-Correlacional. En este tipo de investigación se persigue, fundamentalmente, determinar el grado en el cual las variaciones en uno o varios factores son concomitantes con la variación en otro u otros factores. La existencia y fuerza de esta covariación, normalmente se determina de manera estadística por medio de coeficientes de correlación. Es conveniente tener en cuenta que esta covariación no significa que entre los valores existan relaciones de causalidad, pues estas se determinan por otros criterios que, además de la covariación, hay que tener en cuenta. Es indicado en situaciones complejas que importa relacionar variables, pero en las cuales no es posible el control experimental (26).

3.2. MÉTODO DE INVESTIGACIÓN

Método inductivo. Consiste en una operación lógica que va de lo particular a lo general. Este método se sustenta en la observación repetida de un fenómeno. Por ejemplo, después de observar a uno, otro

y muchos más españoles concluimos que al pronunciar las palabras diferencian entre la s y la z, lo que no sucede entre otros hispanohablantes. Al aplicar el método inductivo se llegan a formular generalizaciones; esto nos indica que la inducción es un camino que lleva a la síntesis (27).

El método inductivo supone tener datos parciales confiables para, a partir de ellos, concluir que hay características que se repiten una y otra vez. Supone atención en los datos, en lo observado. La práctica cuidadosa de los fenómenos de una misma especie es la que permite practicar la inducción. La observación cuidadosa de muchas especies y cómo era que unas desaparecían y otras sobrevivían permitió a Charles Darwin formular una generalización teórica sobre la selección y sobrevivencia natural de las especies (27).

Método deductivo. A partir de una teoría, el investigador procede a recoger datos para corroborar que la realidad se comporta conforme a lo enunciado en su explicación teórica. A partir de un marco conceptual o teórico se formula una hipótesis, se observa la realidad, se recogen datos y se confirma o no la hipótesis (27).

Sobre este método, un autor afirma que “se inicia con el análisis de los postulados, teoremas, leyes, principios, etcétera, de aplicación universal y de comprobada validez, para aplicarlos a soluciones o hechos particulares” (27).

A veces se afirma que el método científico es hipotético-deductivo. ¿Qué significa esto? Que parte de una teoría de la cual se deducen una o más hipótesis; de la cual después se deducen o desprenden las variables a estudiar (27).

También se afirma que la ciencia utiliza el método inductivo-deductivo. Esto se debe a que al hacer una investigación se procede de una manera circular: de los problemas y datos particulares se pasa a darles una explicación general; de aquí también se procede a buscar datos empíricos que confirmen dicha explicación, a observar si una idea formulada como hipótesis tiene sustento real (deducción) (27).

Es importante darse cuenta que la inducción y la deducción son como dos movimientos sobre un mismo tornillo: para un lado analizamos, para el otro deducimos. Al girar analíticamente se ven las partes; al girar deductivamente se mira el conjunto. Ambos movimientos giratorios son imprescindibles, son complementarios en la búsqueda de la verdad sobre un fenómeno (27).

Cuando partimos de lo general a lo particular se dice que practicamos la deducción; cuando vamos de lo particular a lo general, la inducción. En el primer caso formulamos principios o teorías generales (sobre selección de personal, generación de utilidades, solvencia ética, salud humana) y luego constatamos si en la práctica de ciertos grupos o personas se observan, y en qué medida, los rasgos que conforman esos criterios generales (27).

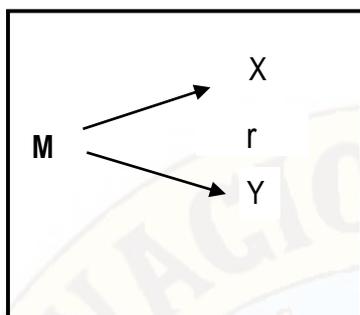
Como ciudadanos científicos casi siempre somos inductivos: vemos que un día y otro llueve más en las tardes que en las mañanas, más en las partes de la ciudad donde hay árboles; luego de observar que estas situaciones se repiten formulamos una ley general: la cantidad de lluvia está en proporción directa con la humedad ambiental, etcétera (27).

3.3. DISEÑO DE INVESTIGACIÓN

El diseño utilizado es el **no experimental, transversal, correlacional** (28).

- No experimental, no existe manipulación deliberada de la variable.
- Transversal, los datos se recolectan en un solo momento.
- Correlacional, Un estudio correlacional determina si dos variables están correlacionadas o no. Esto significa analizar si un aumento o disminución en una variable coincide con un aumento o disminución en la otra variable.

Diagrama:

**Leyenda:**

M = muestra de historias clínicas.

O = observación de las variables.

X = Factores de parto pretérmino.

Y = Parto pretérmino.

R = Relación

3.4. POBLACIÓN Y MUESTRA**3.4.1. Población**

99 historias clínicas de las madres que tuvieron bebés del mes de enero hasta junio, en el Hospital Regional Zacarías Correa Valdivia Huancavelica 2018.

3.4.2. Muestra:

Se recolectó los datos durante seis meses, por tanto, la muestra está conformado por 99 historias clínicas.

3.5. TÉCNICAS E INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS

Variables	Técnica	Instrumento
Factores de parto pretérmino	observación	Guía de análisis documentario.
Parto pretérmino	Observación	Guía de análisis documentario

PROCEDIMIENTO DE RECOLECCIÓN DE DATOS

Para la recolección de datos se ejecutó siguiendo las siguientes etapas:

- a) Determinación de validez y confiabilidad de los instrumentos de recolección de datos.
- b) Coordinación con la jefatura del Hospital para la autorización de ejecución de trabajo de investigación.
- c) Aplicación de los instrumentos de recolección de datos.
- d) Se realizó la tabulación, codificación y puntuación de los resultados obtenidos para su respectivo análisis estadístico.
- e) Se procedió el análisis estadístico haciendo uso de la hoja de cálculo Microsoft office Excel 2016 e IBM SPSS 24, simultáneamente estos resultados se transferirán al procesador de texto Microsoft Word 2016 para la presentación final de los resultados.
- f) Una vez obtenidos los cuadros y gráficos estadísticos se procedieron al análisis, interpretación y discusión de los resultados obtenidos para luego llegar a las conclusiones y recomendaciones.

3.6. TÉCNICA DE PROCESAMIENTO Y ANÁLISIS DE DATOS

Para el procesamiento y análisis de datos se utilizó:

- **Técnicas estadísticas:**
 - **Estadística descriptiva.** Tabla de frecuencias con sus respectivas figuras estadísticas.
 - **Estadística inferencial.** Prueba de hipótesis (prueba de correlación)

The logo of the Universidad Nacional de Huancayo is a large, semi-circular emblem. It features a sun with rays at the top, a banner with the text "WANKA WILLKA" in the middle, and a central shield depicting a llama on the left and a figure on the right. The words "UNIVERSIDAD NACIONAL DE HUANCAYO" are written around the perimeter of the emblem.

CAPITULO IV RESULTADOS

4.1. PRESENTACIÓN DE DATOS

Para la descripción e interpretación de datos obtenidos luego de la aplicación del instrumento de medición sobre factores de parto pretérmino en gestantes atendidos en el Hospital Regional “Zacarías Correa Valdivia”.

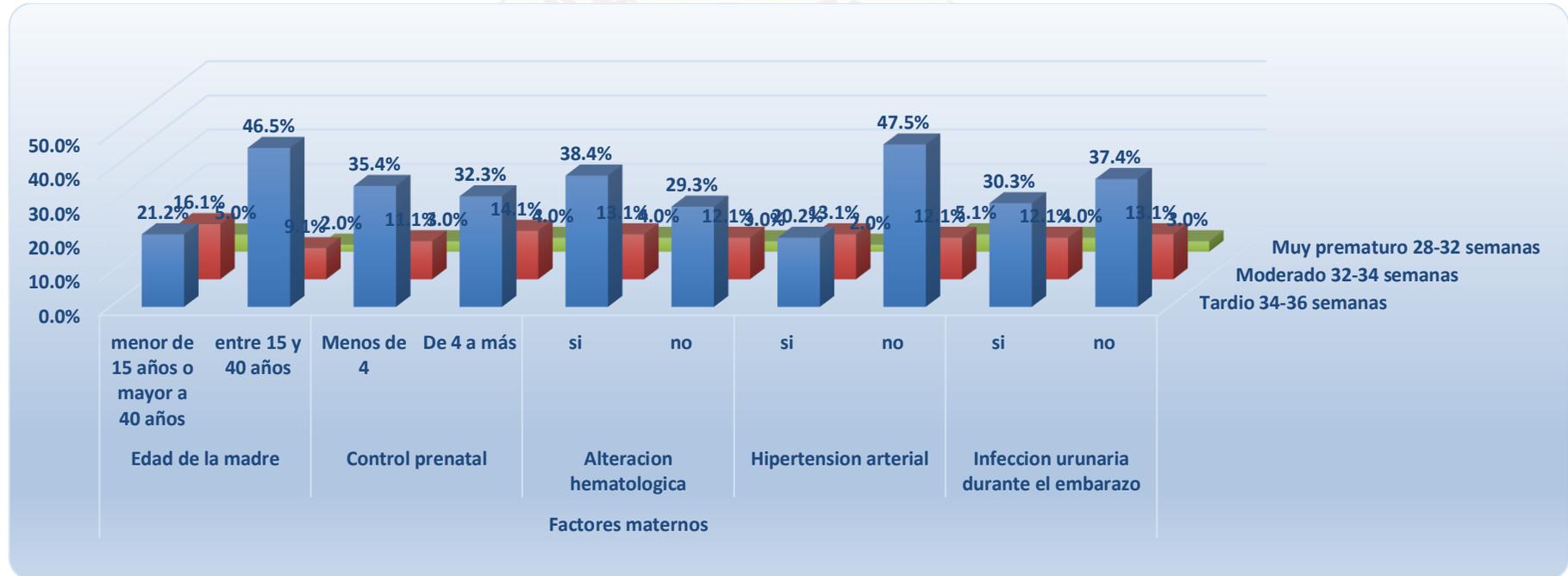
Se organizó los datos recolectados para la representación de los mismos haciendo uso del paquete estadístico IBM SPSS Statistics para Windows Vers. 24.0 y Microsoft Office-Excel 2016; tomando en cuenta que los datos obtenidos son variables cualitativas y cuantitativas. Es así, que; en el capítulo se muestra la representación de los datos en tablas y gráficos estadísticos.

TABLA N° 01: Factores de riesgo asociados y parto pretermino de las gestantes atendidas en el Hospital Regional Zacarías Correa Valdivia Huancavelica-2018.

Factores maternos	Categorías	Parto pre término							
		Tardío 34-36 semanas		Moderado 32-34 semanas		Muy prematur o 28-32 semanas		Total	
		fi	f%	fi	f%	fi	f%	fi	f%
Edad de la madre	menor de 15 años o mayor a 40 años	21	21.20	16	16.10	5	5.00	42	42.30
	entre 15 y 40 años	46	46.50	9	9.10	2	2.10	57	57.70
Control prenatal	Menos de 4	35	35.40	11	11.10	3	3.00	49	49.50
	De 4 a más	32	32.30	14	14.10	4	4.10	50	50.50
Alteración hematológica	Si	38	38.40	13	13.10	4	4.00	55	55.50
	No	29	29.30	12	12.10	3	3.10	44	44.50
Hipertensión arterial	Si	20	20.20	13	13.10	2	2.00	35	35.30
	No	47	47.50	12	12.10	5	5.10	64	64.70
Infección urinaria durante el embarazo	Si	30	30.30	12	12.10	4	4.00	46	46.40
	No	37	37.40	13	13.10	3	3.10	53	53.60

Fuente: Guía de análisis documentario 2018.

GRÁFICO N° 01: Factores de riesgo asociados y parto pretermino de las gestantes atendidas en el Hospital Regional Zacarías Correa Valdivia Huancavelica-2018.



Fuente: Guía de análisis documental 2018.

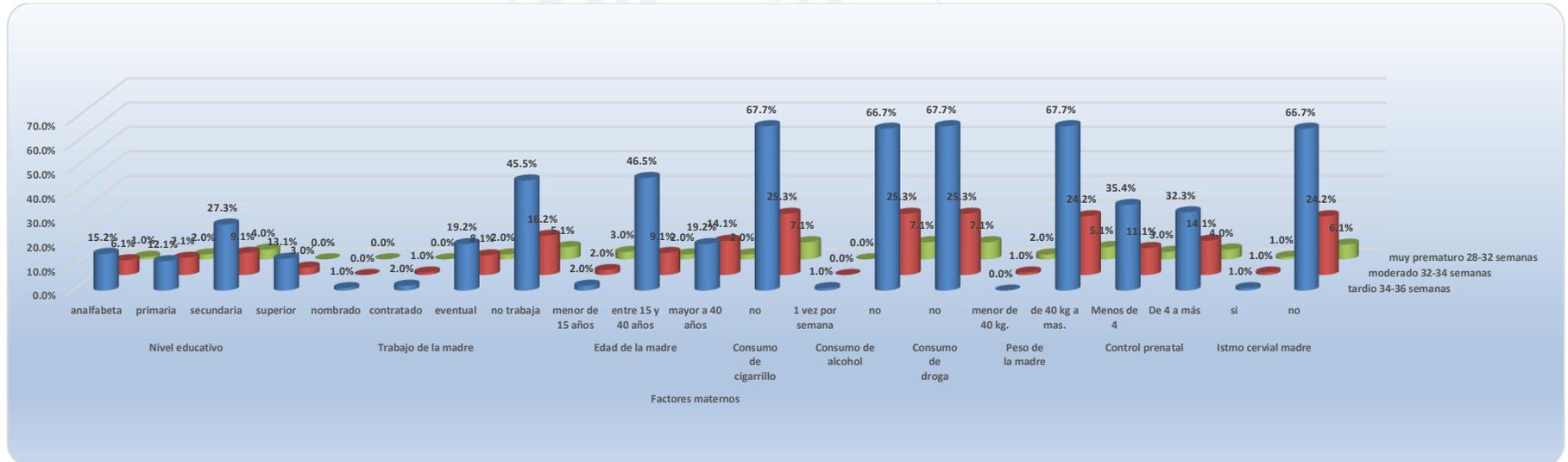
En la Tabla y Gráfico N° 01 de los factores asociados y parto pretermino, se observa que 42,2% de las gestantes atendidas donde los factores que incidieron al parto pre término son: edad menor a 15 años o mayores a 40 años; 49,5%, tuvieron menos de 4 controles prenatales, 55,5% presentan alteraciones hematológicas, 35,3%, presentaron hipertensión arterial, y 46,4%, presentaron infección urinaria durante el embarazo.

TABLA N° 02: Factores maternos y el parto pretérmino en gestantes atendidas en el Hospital Regional Zacarías Correa Valdivia Huancavelica-2018.

Factores maternos	Categorías	Parto pretérmino							
		Tardío 34-36 semanas		Moderado 32-34 semanas		Muy prematuro 28-32 semanas		Total	
		Fi	f%	Fi	f%	fi	f%	Fi	f%
Nivel educativo	Analfabeta	15	15.20	6	6.10	1	1.00	22	22.30
	Primaria	12	12.10	7	7.10	2	2.00	21	21.20
	Secundaria	27	27.30	9	9.10	4	4.00	40	40.40
	Superior	13	13.10	3	3.00	0	0.00	16	16.10
Trabajo de la madre	Nombrado	1	1.00	0	0.00	0	0.00	1	1.00
	Contratado	2	2.00	1	1.00	0	0.00	3	3.00
	Eventual	19	19.20	8	8.10	2	2.00	29	29.30
	No trabaja	45	45.50	16	16.20	5	5.00	66	66.70
Edad de la madre	Menor de 15 años	2	2.00	2	2.00	3	3.00	7	7.00
	Entre 15 y 40 años	46	46.50	9	9.10	2	2.00	57	57.60
	Mayor a 40 años	19	19.20	14	14.10	2	2.10	35	35.40
Consumo de cigarrillo	No	67	67.70	25	25.30	7	7.00	99	100.00
Consumo de alcohol	1 vez por semana	1	1.00	0	0.00	0	0.00	1	1.00
	No	66	66.70	25	25.30	7	7.00	98	99.00
Consumo de droga	No	67	67.70	25	25.30	7	7.00	99	100.00
Peso de la madre	Menor de 40 kg.	0	0.00	1	1.00	2	2.00	3	3.00
	De 40 kg a más	67	67.70	24	24.20	5	5.10	96	97.00
Control prenatal	Menos de 4	35	35.40	11	11.10	3	3.00	49	49.50
	De 4 a más	32	32.30	14	14.10	4	4.10	50	50.50
Incompatibilidad Istmo-cervical	Si	1	1.00	1	1.00	1	1.00	3	3.00
	No	66	66.70	24	24.20	6	6.10	96	97.00

Fuente: **Guía de análisis documentario 2018.**

GRÁFICO Nº 02: FACTORES MATERNOS ASOCIADOS Y PARTO PRETÉRMINO EN GESTANTES ATENDIDAS EN EL HOSPITAL REGIONAL ZACARÍAS CORREA VALDIVIA HUANCVELICA 2018.



Fuente: Tabla Nº 02

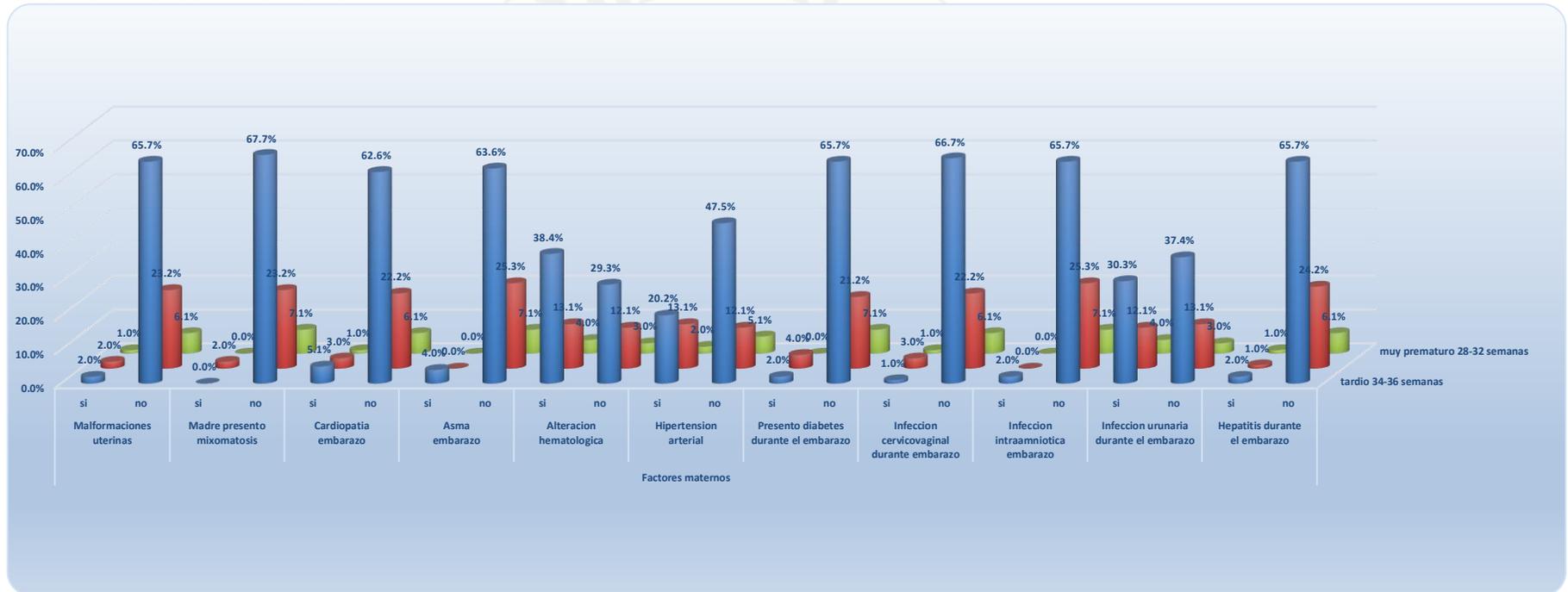
En la Tabla y Gráfico Nº 02 en factores maternos y parto pretermino se observa que 27,3% (27) de las gestantes atendidas que su parto fue pre término son de secundaria, 45,5%, (45) no trabaja; 46,5%, son de 15 a 40 años; 100,0%, (99) no consume cigarrillo; 99,0% (98) no consume alcohol, 100,0% (99) no consume droga; 97,0%, (96) tiene un peso de 40kg a más, 50,5%,(50) tienen control prenatal más de 4 controles, y, 97,0%, (96) no presentaron incompatibilidad istmo-cervical.

TABLA Nº 03: Factores maternos y el parto pretérmino en gestantes atendidas en el Hospital Regional Zacarías Correa Valdivia Huancavelica-2018.

Factores Fetales	Categorías	Parto pretérmino							
		Tardío 34-36 semanas		Moderado 32-34 semanas		Muy prematuro 28-32 semanas		Total	
		fi	f%	fi	f%	Fi	f%	fi	f%
Malformaciones uterinas	Si	2	2.00	2	2.00	1	1.00	5	5.00
	No	65	65.70	23	23.20	6	6.10	94	95.00
Madre presento mixomatosis	Si	0	0.00	2	2.00	0	0.00	2	2.00
	No	67	67.70	23	23.20	7	7.10	97	98.00
Cardiopatía embarazo	Si	5	5.10	3	3.00	1	1.00	9	9.10
	No	62	62.60	22	22.20	6	6.10	90	90.90
Asma embarazo	Si	4	4.00	0	0.00	0	0.00	4	4.00
	No	63	63.60	25	25.30	7	7.10	95	96.00%
Alteración hematológica	Si	38	38.40	13	13.10	4	4.00	55	55.50
	No	29	29.30	12	12.10	3	3.10	44	44.50
Hipertensión arterial	Si	20	20.20	13	13.10	2	2.00	35	35.30
	No	47	47.50	12	12.10	5	5.10	64	64.70
Presento diabetes durante el embarazo	Si	2	2.00	4	4.00	0	0.00	6	6.00
	No	65	65.70	21	21.20	7	7.10	93	94.00
Infección cervicovaginal durante embarazo	Si	1	1.00	3	3.00	1	1.00	5	5.00
	No	66	66.70	22	22.20	6	6.10	94	95.00
Infección intraamniótica embarazo	Si	2	2.00	0	0.00	0	0.00	2	2.00
	No	65	65.70	25	25.30	7	7.00	97	98.00
Infección urinaria durante el embarazo	Si	30	30.30	12	12.10	4	4.00	46	46.40
	No	37	37.40	13	13.10	3	3.10	53	53.60
Hepatitis durante el embarazo	Si	2	2.00	1	1.00	1	1.00	4	4.00
	No	65	65.70	24	24.20	6	6.10	95	96.00

Fuente: Guía de análisis documental 2018.

GRÁFICO: Nº 3 Factores maternos y el parto pretérmino en gestantes atendidas en el Hospital Regional Zacarías Correa Valdivia Huancavelica-2018.



Fuente: Tabla Nº 03

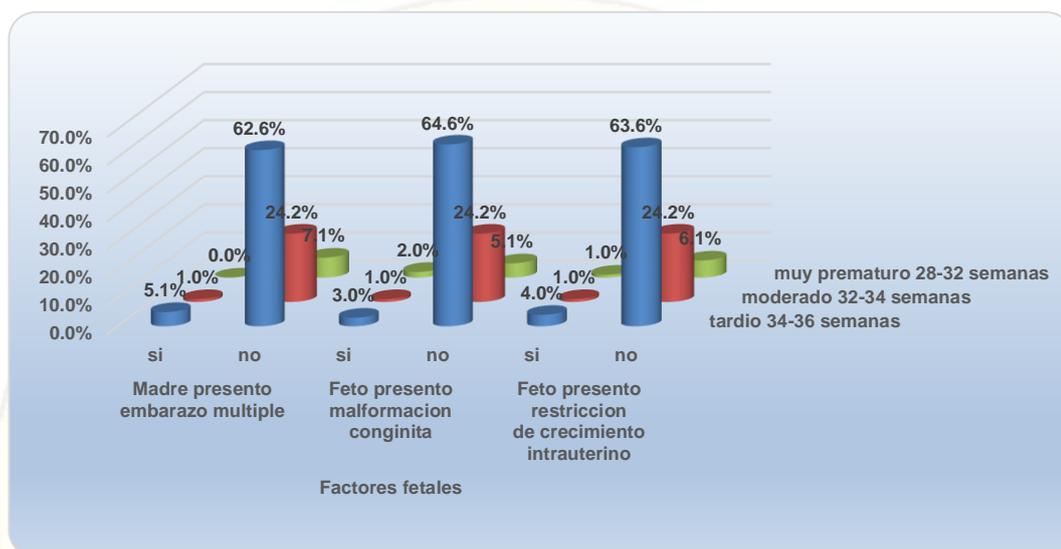
En la Tabla y Gráfico Nº 03 en factores maternos y parto pretérmino se observa que 5,0% (5) de las gestantes tuvieron malformaciones uterinas, 2,0%(2), presentaron mixomatosis; 9,9%,(9) presentaron cardiopatía en el embarazo; 4,0%(4), presentaron asma en el embarazo; 55,6%(55) presentaron alteraciones hematológicas (anemia), 35,4%(35) presentaron hipertensión arterial; 4,0%(4), presentaron diabetes en el embarazo, 4,0%(4), presentaron infección cervicovaginal, 2,0%(2), presentaron infección intraamniótica, 46,5%(46), presentaron infección urinaria en el embarazo, y, 4%(4) no presentaron hepatitis en el embarazo.

TABLA N° 04: Factores fetales y el parto pretérmino en gestantes atendidas en el Hospital Regional Zacarías Correa Valdivia Huancavelica-2018.

Factores Ovulares	Categorías	El parto fue							
		Tardío 34-36 semanas		Moderado 32-34 semanas		Muy prematuro 28-32 semanas		Total	
		fi	f%	fi	f%	Fi	f%	fi	
Madre presento embarazo múltiple	Si	5	5.10	1	1.00	0	0.00	6	6.10
	No	62	62.60	24	24.20	7	7.10	93	93.90
Total		67	67.70	25	25.30	7	7.10	99	100.10
Feto presento malformación congénita	Si	3	3.00	1	1.00	2	2.00	6	6.00
	No	64	64.60	24	24.20	5	5.20	93	94.00
Total		67	67.70	25	25.30	7	7.10	99	100.10
Feto presento restricción de crecimiento intrauterino	Si	4	4.00	1	1.00	1	1.00	6	6.00
	No	63	63.60	24	24.20	6	6.20	93	94.00
Total		67	67.70	25	25.30	7	7.00	99	100.00

Fuente: **Guía de análisis documental 2018.**

GRÁFICO N° 04: Factores fetales y el parto pretérmino en gestantes atendidas en el Hospital Regional Zacarías Correa Valdivia Huancavelica-2018.



FUENTE: **Guía de análisis documental 2018.**

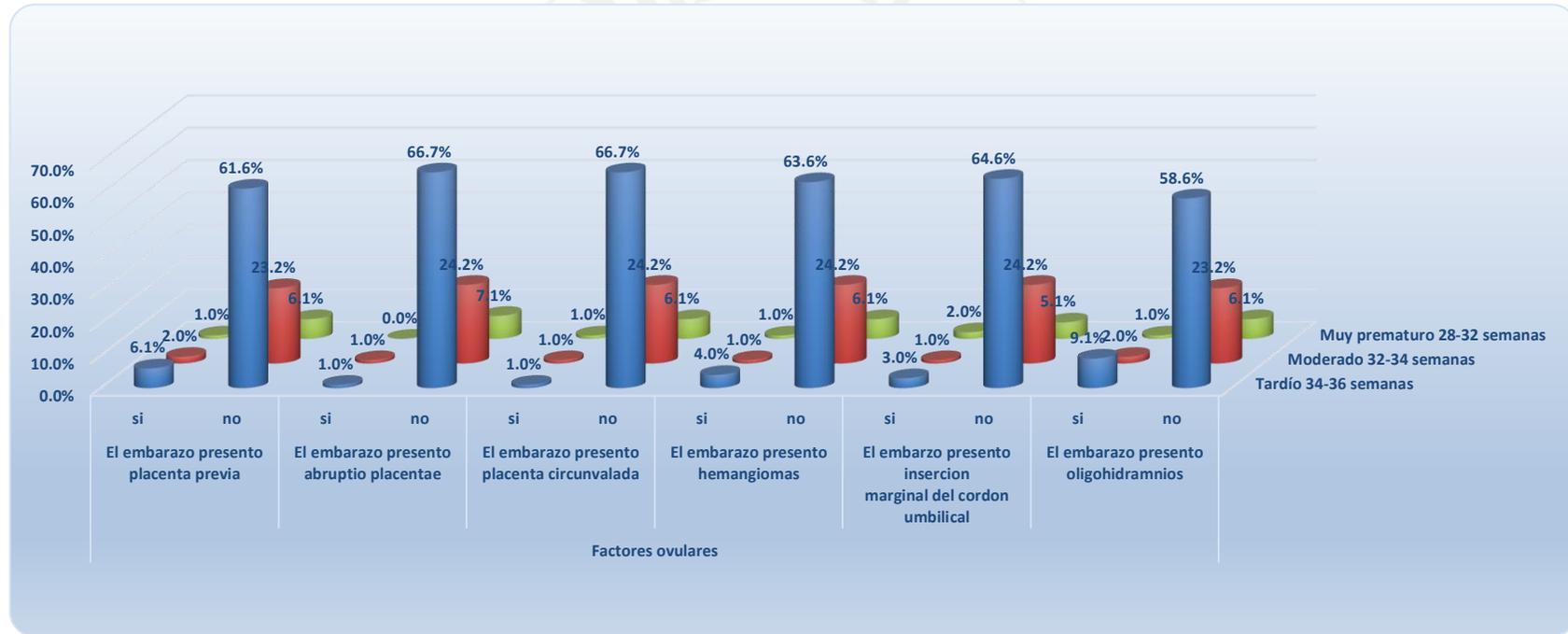
En la Tabla y Gráfico N° 04 factores fetales y parto pretérmino se observa que 4,1% (6) de las gestantes presentaron embarazo múltiple, 6,0%, (6) el feto presentó malformación congénita, y; 6,0%, (6) su feto RCIU

TABLA N° 05: Factores ovulares y el parto pretérmino en gestantes atendidas en el Hospital Regional Zacarías Correa Valdivia Huancavelica-2018.

Factores Ovulares	Categorías	El parto fue							
		Tardío 34-36 semanas		Moderado 32-34 semanas		Muy prematuro 28-32 semanas		Total	
		Fi	f%	fi	f%	Fi	f%	fi	f%
El embarazo presento placenta previa	Si	6	6.10	2	2.00	1	1.00	9	9.10
	No	61	61.60	23	23.20	6	6.10	90	90.90
El embarazo presento abruptio placentae	Si	1	1.00	1	1.00	0	0.00	2	2.00
	No	66	66.70	24	24.20	7	7.10	97	98.00
El embarazo presento placenta circunvalada	Si	1	1.00	1	1.00	1	1.00	3	3.00
	No	66	66.70	24	24.20	6	6.10	96	97.00
El embarazo presento hemangiomas	Si	4	4.00	1	1.00	1	1.00	6	6.00
	No	63	63.60	24	24.20	6	6.20	93	94.00
El embarazo presento inserción marginal del cordón umbilical	Si	3	3.00	1	1.00	2	2.00	6	6.00
	No	64	64.60	24	24.20	5	5.20	93	94.00
El embarazo presento oligohidramnios	Si	9	9.10	2	2.00	1	1.00	12	12.10
	No	58	58.60	23	23.20	6	6.10	87	87.90

Fuente: **Guía de análisis documental 2018.**

GRÁFICO Nº 05: Factores ovulares y el parto pretérmino en gestantes atendidas en el Hospital Regional Zacarías Correa Valdivia Huancavelica-2018.



Fuente: **Guía de análisis documental 2018.**

En la Tabla y Gráfico Nº 05 De factor asociado ovulares y parto pretermino se observa que 9,1%(9) de las gestantes en el embarazo presentaron placenta previa, 2,0%(2), presentaron abrupcio placentae; 3,0%(3), presentaron placenta circunvalada; 6,0%(6), presentaron emangiomas; 6,0%(6), presentaron inserción marginal del cordón umbilical; y, 2,0%(2), presentó oligohidramios.

4.2. ANALISIS DE DATOS

4.2.1. Análisis de datos inferencial

4.2.1.1. Análisis de datos inferencial general

SIGNIFICACIÓN ESTADÍSTICA DE Ji Cuadrada de Independencia de Criterios

1. Hipótesis Estadística:

Hipótesis Nula (Ho):

El **parto pre término** es independiente a los **factores maternos, fetales y ovulares** en gestantes.

Hipótesis Alterna (Ha):

El **parto pre término** es dependiente a los **factores maternos, fetales y ovulares** en gestantes.

2. Nivel de significancia (α) y nivel de confianza (1- α):

(α) = 0,05 (5%); (1- α) = 0,95 (95%)

3. Función o Estadística de Prueba

Dado que las variables “Factores maternos, fetales y ovulares” categorías “Si” y “No”; y la variable parto pre término con categorías “prematuro tardío”, “prematuro moderado” y “muy prematuro”, son categóricas (cualitativas), la muestra de profesionales de enfermería es grande ($n > 40$); la estadística para probar la hipótesis nula es la función Ji Cuadrada de Independencia de criterios, cuya función es:

$$X^2 = \sum_{i=1}^F \sum_{j=1}^C \frac{(o_{ij} - e_{ij})^2}{e_{ij}} \sim \chi^2 (F-1)(C-1)$$

La función X^2 tiene distribución Ji cuadrada con $(F-1)*(C-1)$ grados de libertad.

Aquí, O_{ij} es la frecuencia observada de la celda (i, j) correspondiente a la categoría “i” de la variable fila (factores maternos, fetales y ovulares)

y categoría “j” de la variable columna (parto pre término); e_{ij} es la frecuencia esperada correspondiente a la frecuencia observada; F es el número de categoría de la variable fila y C es el número de categorías de la variable columna.

Las frecuencias esperadas e_{ij} se obtienen con la fórmula siguiente:

$$e_{ij} = \frac{(\text{total fila } i) * (\text{total columna } j)}{\text{número total de datos}}$$

Por tanto la función Ji Cuadrada toma la forma:

$$X^2 = \sum_{i=1}^F \sum_{j=1}^C \frac{(o_{ij} - e_{ij})^2}{e_{ij}} \sim \chi^2(n)$$

4. Región crítica o de rechazo de la hipótesis nula:

Como la hipótesis alternativa es bilateral y $(\alpha) = 0,05$ (5%), entonces el valor tabular (VT) de la función Ji Cuadrada es $VT_{(0,95)}$; con estos datos, la hipótesis nula será rechazada a favor de la hipótesis alternativa.

5. Valor Calculado

El valor calculado (VC) de la función Ji Cuadrada se obtiene:

Valor calculado de la Ji Cuadrada de independencia de criterios

Factores maternos		Valor	Df	Significación asintótica (bilateral)
Edad de la madre	Chi-cuadrado de Pearson	22,797 ^a	4	,000
Peso de la madre	Chi-cuadrado de Pearson	17,714 ^a	2	,000
	N de casos válidos	99		

6. Decisión Estadística:

Como $V_k > V_T$, se rechaza la hipótesis nula a favor de la hipótesis alternativa, al 5% de significancia estadística.

Con estos resultados, se concluye que la edad y el peso de la madre están asociadas o relacionadas al parto pre término; vale decir, que existe evidencia estadística suficiente para afirmar la dependencia significativa de los factores maternos específicos como la edad y peso de la madre estén asociadas o relacionadas al parto pre término.

La magnitud de presencia de la variable como la edad y peso de la madre se ve con la sig.= $p_{value} < 0,05$; el cual se define en el valor calculado que implica:

Sig. asintótica (bilateral) = ,000; es decir; existe evidencia estadística significativa de edad y peso de la madre que están asociadas o relacionadas con el parto pre término.

4.2.1.2. Análisis de datos inferencial específica

4.2.1.2.1. Análisis inferencial de asociación o relación entre factores maternos y parto pre término

SIGNIFICACIÓN ESTADÍSTICA DE Ji Cuadrada de Independencia de Criterios

1. Hipótesis Estadística:

Hipótesis Nula (Ho):

El **parto pre término** es independiente a los **factores maternos** en gestantes.

Hipótesis Alterna (Ha):

El **parto pre término** es dependiente a los **factores maternos** en gestantes.

2. Nivel de significancia (α) y nivel de confianza (1- α):

$$(\alpha) = 0,05 (5\%); \quad (1- \alpha) = 0,95 (95\%)$$

3. Función o Estadística de Prueba

Dado que las variables “Factores maternos” categorías “Si” y “No”; y la variable parto pre término con categorías “prematuro tardío”, “prematuro moderado” y “muy prematuro”, son categóricas (cualitativas), la muestra de profesionales de enfermería es grande ($n > 40$); la estadística para probar la hipótesis nula es la función Ji Cuadrada de Independencia de criterios, cuya función es:

$$X^2 = \sum_{i=1}^F \sum_{j=1}^C \frac{(o_{ij} - e_{ij})^2}{e_{ij}} \sim \chi^2 (F-1)(C-1)$$

La función X^2 tiene distribución Ji cuadrada con $(F-1)*(C-1)$ grados de libertad.

Aquí, O_{ij} es la frecuencia observada de la celda (i, j) correspondiente a la categoría "i" de la variable fila (factores maternos) y categoría "j" de la variable columna (parto pre término); e_{ij} es la frecuencia esperada correspondiente a la frecuencia observada; F es el número de categoría de la variable fila y C es el número de categorías de la variable columna.

Las frecuencias esperadas e_{ij} se obtienen con la fórmula siguiente:

$$e_{ij} = \frac{(\text{total fila } i) * (\text{total columna } j)}{\text{número total de datos}}$$

Por tanto la función Ji Cuadrada toma la forma:

$$X^2 = \sum_{i=1}^F \sum_{j=1}^C \frac{(o_{ij} - e_{ij})^2}{e_{ij}} \sim \chi^2 (n)$$

La función X^2 tiene distribución Ji cuadrada.

4. Región crítica o de rechazo de la hipótesis nula:

Como la hipótesis alternativa es unilateral derecha y $(\alpha) = 0,05$ (5%), entonces el valor tabular (VT) de la función Ji Cuadrada es $VT_{(0,95)}$; con estos datos, la hipótesis nula será rechazada a favor de la hipótesis alternativa.

5. Valor Calculado

El valor calculado (VC) de la función Ji Cuadrada se obtiene:

Valor calculado de la Ji Cuadrada de independencia de criterios

Factores maternos		Valor	df	Significación asintótica (bilateral)
Nivel educativo	Chi-cuadrado de Pearson	3,741 ^a	6	,712
Trabajo de la madre	Chi-cuadrado de Pearson	,904 ^a	6	,989
Edad de la madre	Chi-cuadrado de Pearson	22,797 ^a	4	,000
Consumo de alcohol	Chi-cuadrado de Pearson	,482 ^a	2	,786
Peso de la madre	Chi-cuadrado de Pearson	17,714 ^a	2	,000
Control prenatal	Chi-cuadrado de Pearson	,627 ^a	2	,731
Istmo cervical	Chi-cuadrado de Pearson	3,637 ^a	2	,162
Malformaciones uterinas	Chi-cuadrado de Pearson	2,295 ^a	2	,318
Mixomatosis	Chi-cuadrado de Pearson	6,042 ^a	2	,049
Cardiopatía en embarazo	Chi-cuadrado de Pearson	,699 ^a	2	,705
Asma en embarazo	Chi-cuadrado de Pearson	1,991 ^a	2	,370
Alteraciones hematológicas	Chi-cuadrado de Pearson	,172 ^a	2	,918
Hipertensión arterial	Chi-cuadrado de Pearson	4,060 ^a	2	,131
Diabetes en embarazo	Chi-cuadrado de Pearson	5,903 ^a	2	,052
Infección cervicovaginal	Chi-cuadrado de Pearson	5,531 ^a	2	,063
Infección intraamniótica	Chi-cuadrado de Pearson	,975 ^a	2	,614
Infección urinaria	Chi-cuadrado de Pearson	,421 ^a	2	,810
Hepatitis	Chi-cuadrado de Pearson	2,088 ^a	2	,352
	N de casos válidos	99		

6. Decisión Estadística:

Como $V_k > V_T$, se rechaza la hipótesis nula a favor de la hipótesis alternativa, al 5% de significancia estadística.

Con estos resultados, se concluye que la edad y el peso de la madre están asociadas al parto pre término; vale decir, que existe evidencia estadística suficiente para afirmar la dependencia significativa de los factores maternos específicos como la edad y peso de la madre.

La magnitud de presencia de la variable como la edad y peso de la madre se ve con la sig.= $p_{value} < 0,05$; el cual se define en el valor calculado que implica:

Sig. asintótica (bilateral) = ,000; es decir; existe evidencia estadística significativa entre la edad y peso de la madre que están asociadas o relacionadas con el parto pre término.

4.2.1.2.2. Análisis inferencial de asociación o relación entre factores fetales y parto pre término

SIGNIFICACIÓN ESTADÍSTICA DE Ji Cuadrada de Independencia de Criterios

1. Hipótesis Estadística:

Hipótesis Nula (H_0):

El **parto pre término** es independiente a los **factores fetales** en gestantes.

Hipótesis Alterna (H_a):

El **parto pre término** es dependiente a los **factores fetales** en gestantes.

2. Nivel de significancia (α) y nivel de confianza ($1 - \alpha$):

$$(\alpha) = 0,05 (5\%); \quad (1 - \alpha) = 0,95 (95\%)$$

3. Función o Estadística de Prueba

Dado que las variables “Factores fetales” categorías “Si” y “No”; y la variable parto pre término con categorías “prematureo tardío”, “prematureo moderado” y “muy prematureo”, son categóricas (cualitativas), la muestra de profesionales de enfermería es grande ($n > 40$); la estadística para probar la hipótesis nula es la función Ji Cuadrada de Independencia de criterios, cuya función es:

$$X^2 = \sum_{i=1}^F \sum_{j=1}^C \frac{(o_{ij} - e_{ij})^2}{e_{ij}} \sim \chi^2 (F-1)(C-1)$$

La función X^2 tiene distribución Ji cuadrada con $(F-1)*(C-1)$ grados de libertad.

Aquí, O_{ij} es la frecuencia observada de la celda (i, j) correspondiente a la categoría “i” de la variable fila (factores fetales) y categoría “j” de la variable columna (parto pre término); e_{ij} es la frecuencia esperada correspondiente a la frecuencia observada; F es el número de categoría de la variable fila y C es el número de categorías de la variable columna.

Las frecuencias esperadas e_{ij} se obtienen con la fórmula siguiente:

$$e_{ij} = \frac{(\text{total fila } i) * (\text{total columna } j)}{\text{número total de datos}}$$

Por tanto la función Ji Cuadrada toma la forma:

$$X^2 = \sum_{i=1}^F \sum_{j=1}^C \frac{(o_{ij} - e_{ij})^2}{e_{ij}} \sim \chi^2 (n)$$

La función X^2 tiene distribución Ji cuadrada.

4. Región crítica o de rechazo de la hipótesis nula:

Como la hipótesis alternativa es unilateral derecha y $(\alpha) = 0,05$ (5%), entonces el valor tabular (VT) de la función Ji Cuadrada es $VT_{(0,95)}$; con estos datos, la hipótesis nula será rechazada a favor de la hipótesis alternativa.

5. Valor Calculado

El valor calculado (VC) de la función Ji Cuadrada se obtiene:

Valor calculado de la Ji Cuadrada de independencia de criterios

Factores fetales		Valor	df	Significación asintótica (bilateral)
Embarazo múltiple	Chi-cuadrado de Pearson	,869 ^a	2	,647
Feto presenta malformación congénita	Chi-cuadrado de Pearson	6,712 ^a	2	,035
RCIU	Chi-cuadrado de Pearson	1,019 ^a	2	,601
	N de casos válidos	99		

6. Decisión Estadística:

Como $V_k > V_T$, se rechaza la hipótesis nula a favor de la hipótesis alternativa, al 5% de significancia estadística.

Con estos resultados, se concluye que los factores fetales no están asociadas o relacionadas al parto pre término; vale decir, que existe evidencia estadística suficiente para afirmar la independencia

significativa de los factores fetales, es decir no están asociados o relacionadas al parto pre término.

La magnitud de presencia de las sub variables como los factores fetales se ve con la sig.= $p_{value} < 0,05$; el cual se define en el valor calculado que implica:

Sig. asintótica (bilateral) = ,000; es decir; no existe evidencia estadística significativa entre las sub variables como los factores fetales que estén asociados al parto pre término.

4.2.1.2.3. Análisis inferencial de asociación o relación entre factores ovulares y parto pre término

SIGNIFICACIÓN ESTADÍSTICA DE

Ji Cuadrada de Independencia de Criterios

1. Hipótesis Estadística:

Hipótesis Nula (Ho):

El **parto pre término** es independiente a los **factores ovulares** en gestantes.

Hipótesis Alterna (Ha):

El **parto pre término** es dependiente a los **factores ovulares** en gestantes.

2. Nivel de significancia (α) y nivel de confianza (1- α):

(α) = 0,05 (5%); (1- α) = 0,95 (95%)

3. Función o Estadística de Prueba

Dado que las variables “Factores ovulares” categorías “Si” y “No”; y la variable parto pre término con categorías “prematuro tardío”, “prematuro moderado” y “muy prematuro”, son categóricas (cualitativas), la muestra de profesionales de enfermería es grande (n

> 40); la estadística para probar la hipótesis nula es la función Ji Cuadrada de Independencia de criterios, cuya función es:

$$X^2 = \sum_{i=1}^F \sum_{j=1}^C \frac{(o_{ij} - e_{ij})^2}{e_{ij}} \sim \chi^2 (F-1)(C-1)$$

La función X^2 tiene distribución Ji cuadrada con $(F-1)*(C-1)$ grados de libertad.

Aquí, O_{ij} es la frecuencia observada de la celda (i, j) correspondiente a la categoría "i" de la variable fila (factores ovulares) y categoría "j" de la variable columna (parto pre término); e_{ij} es la frecuencia esperada correspondiente a la frecuencia observada; F es el número de categoría de la variable fila y C es el número de categorías de la variable columna.

Las frecuencias esperadas e_{ij} se obtienen con la fórmula siguiente:

$$e_{ij} = \frac{(\text{total fila } i) * (\text{total columna } j)}{\text{número total de datos}}$$

Por tanto la función Ji Cuadrada toma la forma:

$$X^2 = \sum_{i=1}^F \sum_{j=1}^C \frac{(o_{ij} - e_{ij})^2}{e_{ij}} \sim \chi^2 (n)$$

La función X^2 tiene distribución Ji cuadrada.

4. Región crítica o de rechazo de la hipótesis nula:

Como la hipótesis alternativa es unilateral derecha y $(\alpha) = 0,05$ (5%), entonces el valor tabular (VT) de la función Ji Cuadrada es $VT_{(0,95)}$; con estos datos, la hipótesis nula será rechazada a favor de la hipótesis alternativa.

5. Valor Calculado

El valor calculado (VC) de la función Ji Cuadrada se obtiene:

Valor calculado de la Ji Cuadrada de independencia de criterios

Factores ovulares		Valor	df	Significación asintótica (bilateral)
Placenta previa	Chi-cuadrado de Pearson	,266 ^a	2	,875
Abruptio placentae	Chi-cuadrado de Pearson	,734 ^a	2	,693
Placenta circunvalada	Chi-cuadrado de Pearson	3,637 ^a	2	,162
Hemangiomas	Chi-cuadrado de Pearson	1,019 ^a	2	,601
Inserción marginal de cordón	Chi-cuadrado de Pearson	6,712 ^a	2	,035
Oligohidramnios	Chi-cuadrado de Pearson	,538 ^a	2	,764
	N de casos válidos	99		

6. Decisión Estadística:

Como $V_k > V_T$, se rechaza la hipótesis nula a favor de la hipótesis alternativa, al 5% de significancia estadística.

Con estos resultados, se concluye que los factores ovulares no están asociadas o relacionadas al parto pre término; vale decir, que existe evidencia estadística suficiente para afirmar la independencia significativa de los factores ovulares; es decir no están asociados al parto pre término.

La magnitud de presencia de las sub variables como los factores ovulares se ve con la sig.= $p_{value} < 0,05$; el cual se define en el valor calculado que implica:

Sig. asintótica (bilateral) = ,000; es decir; no existe evidencia estadística significativa entre las sub variables como los factores ovulares que estén asociados o relacionadas al parto pre término.

4.3 DISCUSION DE RESULTADOS

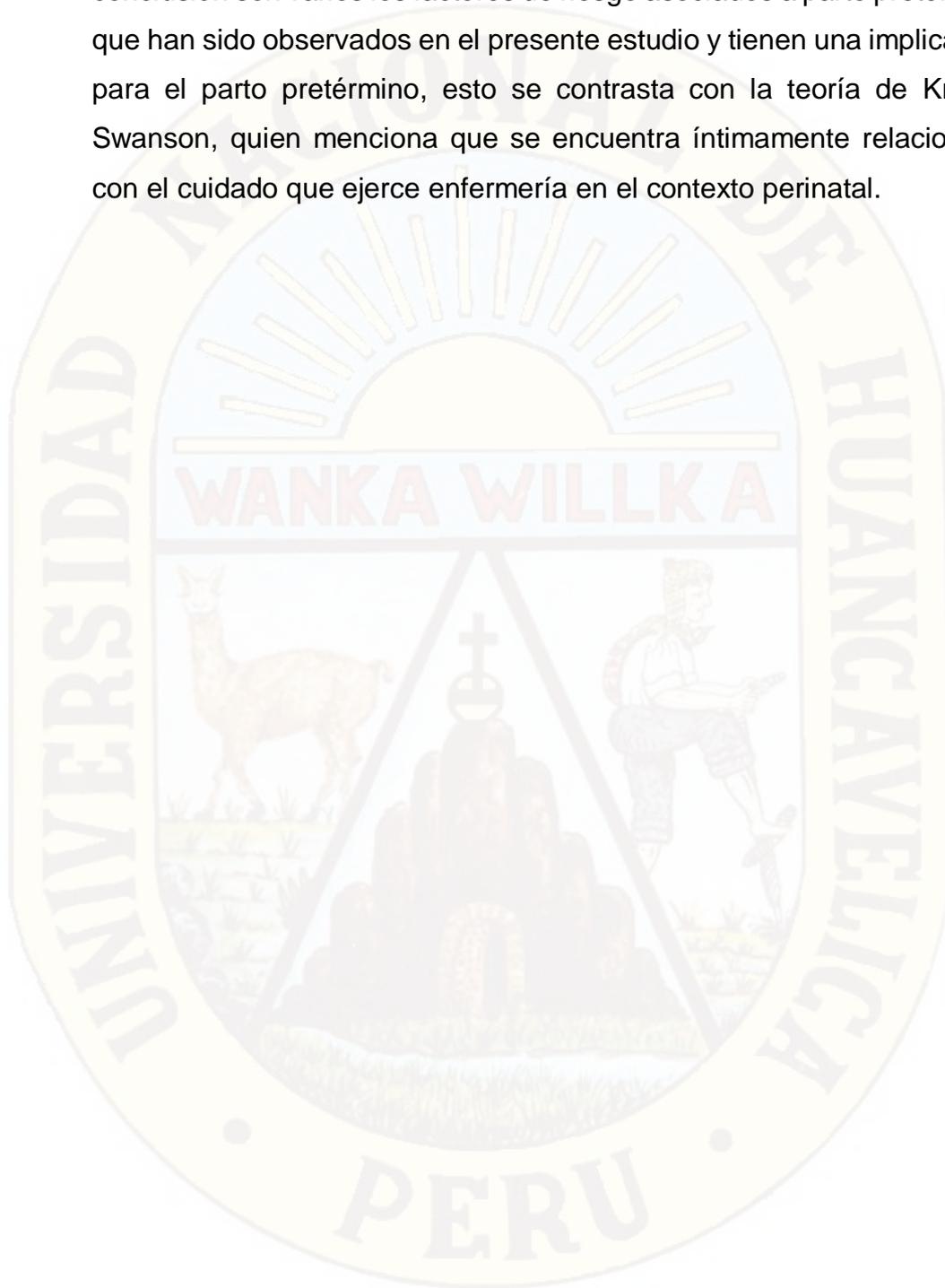
En relación a la dimensión materno y el parto pre termino se observa en los resultados que 27,3%(27) de las gestantes atendidas que el parto fue pre término tienen educación secundaria, 45,5%,(45) no trabaja; 46,5%, tienen de 15 a 40 años; 100,0%, (99) no consume cigarrillo; 99,0%(98) no consume alcohol, 100,0%(99) no consume droga; 97,0%,(96) tiene un peso de 40kg. a más, 50,5%,(50) tienen control prenatal más de 4 controles, y, 97,0%,(96) no presentaron incompatibilidad istmo-cervical. también se observa que 5,0% (5) de las gestantes atendidas que su parto fue pre término tuvieron malformaciones uterinas, 2,0%(2), presentaron mixomatosis; 9,9%,(9) presentaron cardiopatía en el embarazo; 4,0%(4), presentaron asma en el embarazo; 55,6%(55) presentaron alteraciones hematológicas, 35,4%(35) presentaron hipertensión arterial; 4,0%(4), presentaron diabetes en el embarazo, 4,0%(4), presentaron infección cervico vaginal, 2,0%(2), presentaron infección intraamniótica, 46,5%(46), presentaron infección urinaria en el embarazo, y, 4%(4) no presentaron hepatitis en el embarazo. Así mismo según los resultados la mayoría de las madres gestantes presentaron lo que es alteración hematológica (anemia), infección urinaria, hipertensión arterial, tuvieron menos de 4 controles, infección cervico vaginal, mayores de 40 años. Esto es debido a que las madres desconocen de la importancia de la alimentación durante la gestación, la edad adecuada para tener hijos, asistencia al hospital o centro de salud a los controles prenatales y así recibir los conocimientos que les brinda los profesionales de la salud acerca de su embarazo. Estos resultados se contrastan con el estudio realizado por **Guillen** siendo la mínima edad

de 15 años y la máxima de 40 años. hubo una mayor frecuencia de pacientes mayores de 35 años en los casos (26%) observamos que la patología materna infecciosa de mayor frecuencia fue la vulvovaginitis (32%), seguido de infecciones urinarias (28%). En relación a la patología materna metabólica en los casos hubo una mayor frecuencia de diabetes (14%). por lo tanto concluimos que las madres no llevan un embarazo adecuado por presentar problemas de salud y que, de alguna manera u otra, estos factores conllevan al parto pre termino.

Con respecto a la dimensión fetal y el parto pre termino se observa que 4,1% (6) de las gestantes atendidas que su parto fue pre término presentaron embarazo múltiple, 6,0%,(6) el feto presentó malformación congénita, y 6,0% (6) su feto RCIU (restricción del crecimiento intrauterino), es debido a que la madre presento parto múltiple (gemelos), el feto con alguna malformación congénita o tuvo restricción intrauterina para su desarrollo, esto difiere del estudio realizado por Ahumada-Barrios y Alvarado 2016 Lima quien realizó la tesis “Factores de riesgo de parto pre término en un Hospital de Lima Norte”, sus resultados fueron los factores de riesgo relacionados con el parto pre término fueron el embarazo gemelar (OR ajustado= 2,4; $p= 0,02$), en conclusión haber tenido parto múltiple fueron factores de riesgo para el nacimiento pre término.

Así mismo en relación a la dimensión ovular y el parto pre termino se observa que 9,1%(9) de las gestantes atendidas que su parto fue pre término, en el embarazo presentaron placenta previa, 2,0%(2), presentaron abrupcio placentae; 3,0%(3), presentaron placenta circunvalada; 6,0%(6), presentaron emangiomas; 6,0%(6), presentaron inserción marginal del cordón umbilical; y, 2,0%(2), presento oligahandrios. Esto se produce porque las madres presentaron patología y alteraciones fisiológicas durante su embarazo lo cual fue un factor para el parto prematuro, esto difiere del estudio re3alizado por Guevara realizó la tesis “Factores de riesgo asociados a parto pretérmino en el Hospital Alfredo Noboa Montenegro de Guaranda,” cuyos resultados fueron IVU (63,54%) como causa principal, seguida de preeclampsia

(44,79%), trastornos de líquido amniótico (36,48%), entre otros. En conclusión son varios los factores de riesgo asociados a parto pretérmino que han sido observados en el presente estudio y tienen una implicancia para el parto pretérmino, esto se contrasta con la teoría de Kristen Swanson, quien menciona que se encuentra íntimamente relacionada con el cuidado que ejerce enfermería en el contexto perinatal.



CONCLUSIONES

- En relación a la dimensión materno y el parto pre termino se observa según los resultados la mayoría de las madres gestantes presentaron lo que es alteración hematológica (anemia), infección urinaria, hipertensión arterial, tuvieron menos de 4 controles, infección cervico vaginal, mayores de 40 años. Esto es debido a que las madres desconocen la importancia de la alimentación durante la gestación, la edad adecuada para tener hijos, asistencia al hospital o centro de salud a los controles prenatales y así recibir los conocimientos que les brinda los profesionales de la salud acerca de su embarazo.
- En relación a la dimensión fetal y el parto pre termino se observa que la madre presento parto múltiple (gemelos), el feto presento alguna malformación congénita o tuvo restricción intrauterina para su desarrollo.
- En relación a la dimensión ovulares y el parto pre término se observa que las madres presentaron patología y alteraciones fisiológicas durante su embarazo lo cual fue un factor para el parto prematuro.
- Con estos resultados, se concluye que la edad y el peso de la madre están asociadas o relacionadas al parto pre término; vale decir, que existe evidencia estadística suficiente para afirmar la dependencia significativa de los factores maternos específicos como la edad y peso de la madre estén asociadas o relacionadas al parto pre término.

RECOMENDACIONES

para el hospital

- 1 Identificar los factores de riesgo prevenibles por parte del personal de salud para así disminuir la incidencia de parto pretérmino en el Hospital Regional Zacarías Correa Valdivia.
- 2 Vigilancia de la sintomatología y/o exámenes de laboratorio para el diagnóstico oportuno de ITU durante los controles prenatales por parte del personal de salud además de instruir a las gestantes del interés de acudir a las evaluaciones materno-fetales durante la gestación para así evitar complicaciones desencadenadas por la ITU.
- 3 Priorizar la atención prenatal en las gestantes con rango de edad entre menor de 15 y mayor de 40 años que presentan mayor riesgo de parto pretérmino.
- 4 Dar a conocer a las pacientes la importancia de los controles prenatales adecuados (mayor a 6 CPN) durante la gestación y principalmente durante el tercer trimestre de embarazo que es donde se presentan mayor frecuencia de parto pretérmino

A las gestantes

- 5 Fomentar a la población sobre una alimentación saludable, consumo estricto de suplementos (hierro y ácido fólico), y así prevenir la anemia.
- 6 Informar a las gestantes y capacitar al personal de salud sobre la enfermedad hipertensiva (preclamsia) para así reconocer los síntomas oportunamente y acudir a su médico inmediatamente para un diagnóstico oportuno, tratamiento adecuado y evitar la complicación de parto pretérmino.

A la Facultad de enfermería

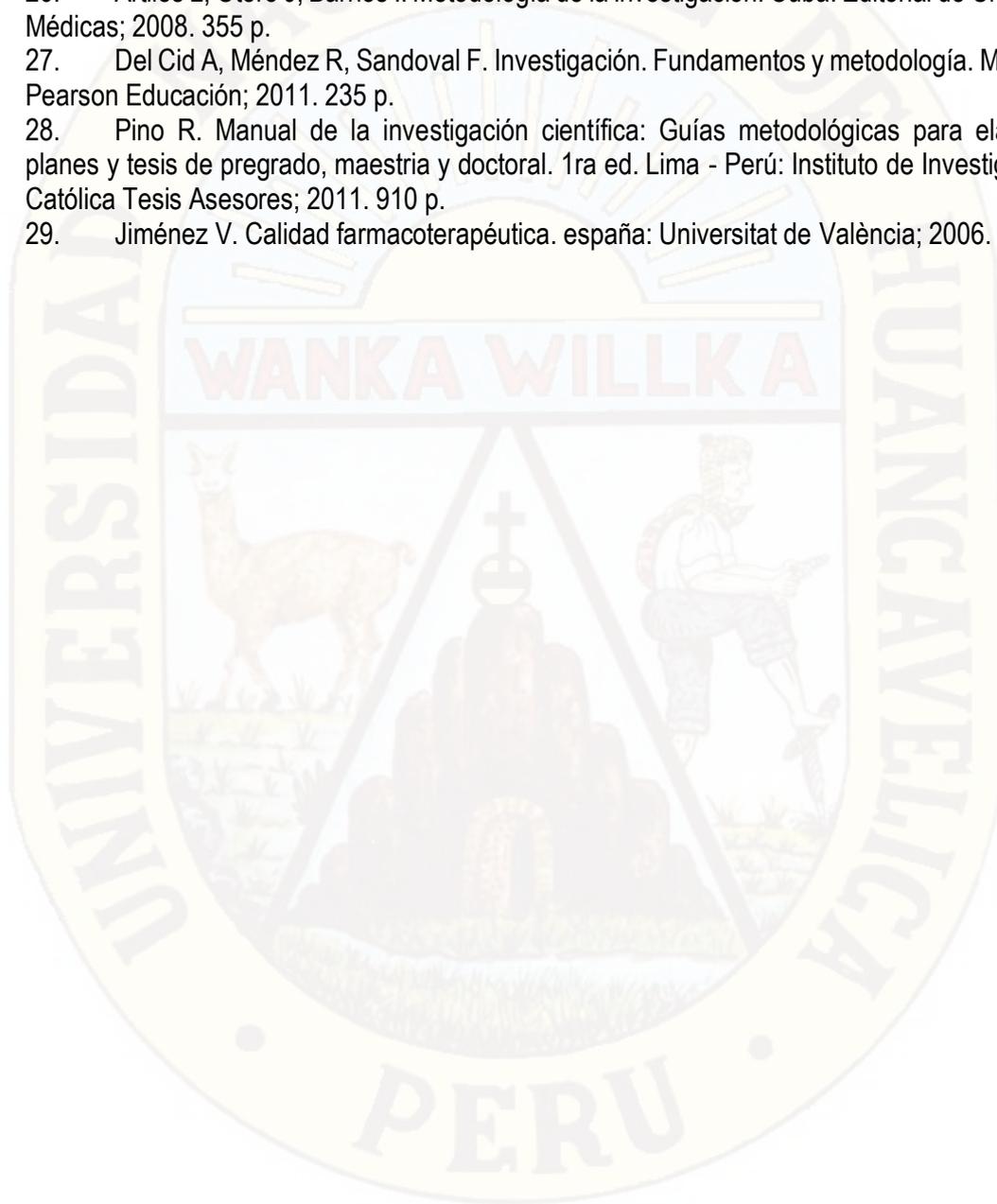
- 7 Por medio de los docentes encargados del área de investigación y proyección social implementar e incentivar a realizar investigaciones basadas al parto pretérmino.

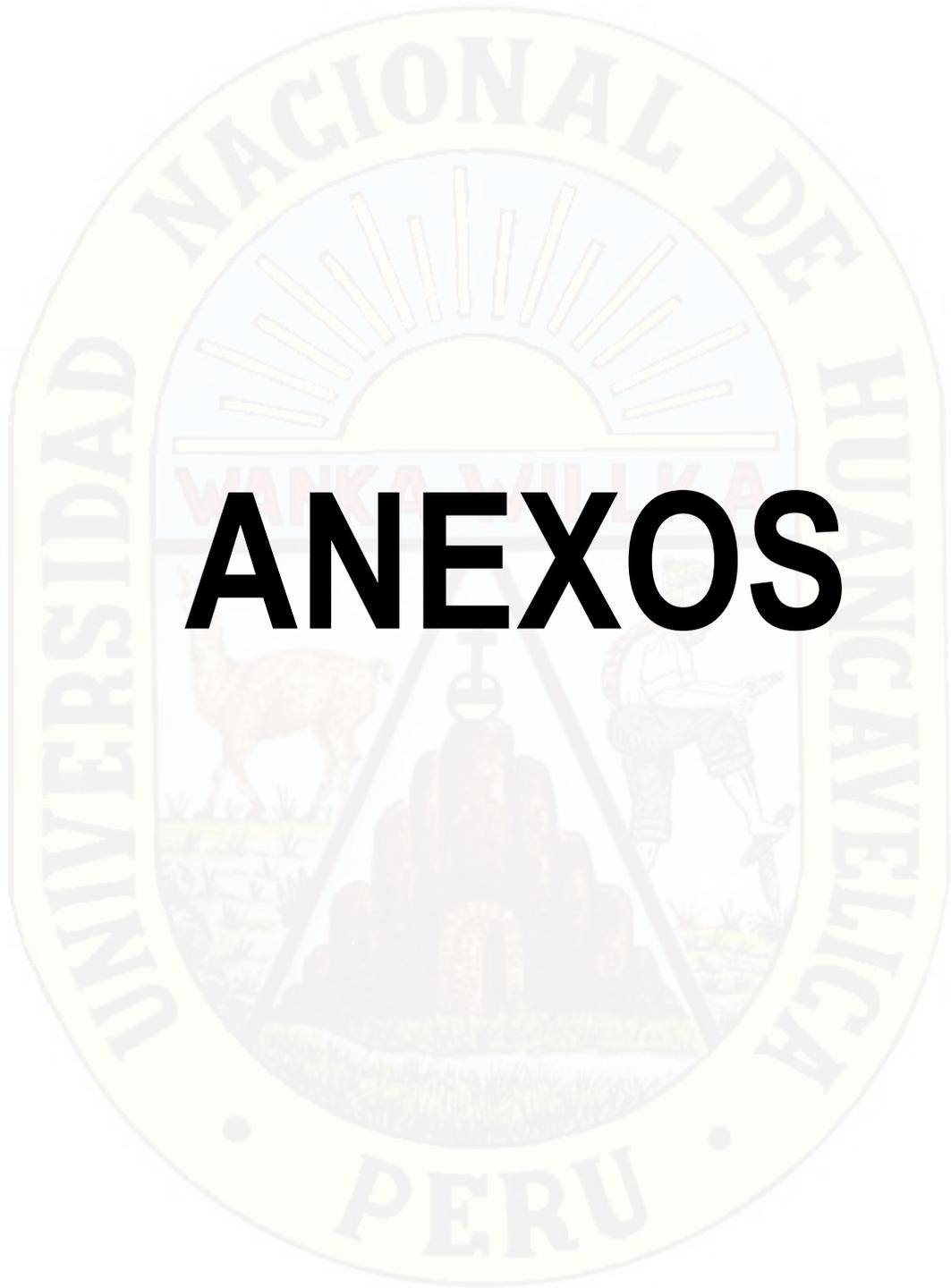


REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Cabero L. Parto prematuro. Argentina: Ed. Médica Panamericana; 2006. 320 p.
2. Organización Mundial de la Salud. Nacimientos prematuros [Internet]. Organización Mundial de la Salud; 2015 [Available from: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs363/es/#>].
3. Ministerio de Salud Perú. Boletín estadístico de nacimientos Perú: 2017. Perú: Oficina General de Tecnologías de la Información; 2018. 16 p.
4. Hospital Regional Zacarias Correa Valdivia Huancavelica. Atención del recién nacido. Perú: Hospital Regional Zacarias Correa Valdivia Huancavelica; 2016-2017.
5. Infogen A.C. Prematurez / bebé prematuro [Internet]. México: Infogen A.C.; 2013 [Available from: <http://infogen.org.mx/prematurez/>].
6. Guevara WD. Factores de riesgo asociados a parto pretermino en el Hospital Alfredo Noboa Montenegro de Guaranda, periodo 2013-2015 [Tesis de titulación]. Ecuador: Universidad Regional Autónoma de los Andes; 2015.
7. Cisneros L. Infección urinaria asociada en amenaza de parto pretermino [Tesis de especialidad]. México: Universidad Veracruzana; 2014.
8. Ahumada-Barrios M, Alvarado G. Factores de Riesgo de Parto Pretérmino en un Hospital de Lima Norte [Tesis de titulación]. Perú: Universidad Católica Sedes Sapientiae; 2016.
9. Guillén JJ. Factores maternos asociados al parto pretérmino Hospital Nacional Alberto Sabogal Sologuren 2014 [Tesis de especialidad]. Perú: Universidad de San Martín de Porres; 2015.
10. Universidad Nacional Abierta y a Distancia. Teorías Sobre el Inicio del Parto [Internet]. Colombia: Universidad Nacional Abierta y a Distancia; 2016 [
11. Raile M, Marriner A. Modelos y teorías en enfermería. España: Elsevier España, S.L.; 2011. 809 p.
12. Pellicer A, Hidalgo JJ, Perales A, Díaz C. Obstetricia y ginecología: Guía de actuación. Argentina: Editorial Médica Panamericana, S. A.; 2014. 785 p.
13. Tena G. Ginecología y obstetricia. México: Academia Mexicana de Cirugía, A. C.; 2013. 681 p.
14. Román JM, De La Puente M. Urgencias gineco-obstétricas al descubierto. España: Editado por Italfarmaco, S.A.; 2013. 330 p.
15. Bankowski B, Hearne A, Lambrou N, Fox H, Wallach E. Ginecología y obstetricia. USA: MARBÁN; 2010. 615 p.
16. Vergara F, Santamaría J, Mora E, Caballero A, Sáez G, Díaz J, et al. Guías de manejo de las complicaciones en el embarazo. Panamá: Organización Panamericana de la Salud; 2009. 204 p.
17. definicionabc.com. Definición de Factores [En línea]. definicionabc.com; 2014 [Available from: <http://www.definicionabc.com/general/factores.php>].
18. Hoyos PE, Cifuentes R. Algoritmos de Cifuentes en ginecología y obstetricia. Colombia: Distribuna Editorial Médica; 2011. 406 p.
19. Quees.la. ¿Qué es atender? [Internet]. Quees.la.; 2016 [Available from: <http://quees.la/atender/>].
20. Farlex Inc. Factor [En línea]. Estadis Unidos de América: Farlex, Inc. ; 2016 [Available from: <http://es.thefreedictionary.com/factor>].
21. PortalesMedicos S.L. Gestante [Internet]. PortalesMedicos S.L.; 2016 [Available from: http://www.portalesmedicos.com/diccionario_medico/index.php/Gestante].
22. Definicionabc. Definición de neonatal [En línea]. Definicionabc.; 2016 [Available from: <http://www.definicionabc.com/general/neonato.php>].

23. De Conceptos.com. Concepto de parto [Internet]. De Conceptos.com; 2016 [Available from: <http://deconceptos.com/ciencias-naturales/parto>.
24. Herreros M. Recién nacido pretérmino [Internet]. saludinfantil.com; 2004 [Available from: <http://www.saludinfantil.com/pretermino.htm>.
25. Ávila G, Cáceres C, Cavero O, García M, Matta A, Mosqueira M, et al. Introducción a la investigación. Perú: Ministerio de Educación; 2015. 185 p.
26. Artiles L, Otero J, Barrios I. Metodología de la investigación. Cuba: Editorial de Ciencias Médicas; 2008. 355 p.
27. Del Cid A, Méndez R, Sandoval F. Investigación. Fundamentos y metodología. México: Pearson Educación; 2011. 235 p.
28. Pino R. Manual de la investigación científica: Guías metodológicas para elaborar planes y tesis de pregrado, maestría y doctoral. 1ra ed. Lima - Perú: Instituto de Investigación Católica Tesis Asesores; 2011. 910 p.
29. Jiménez V. Calidad farmacoterapéutica. España: Universitat de València; 2006. 704 p.





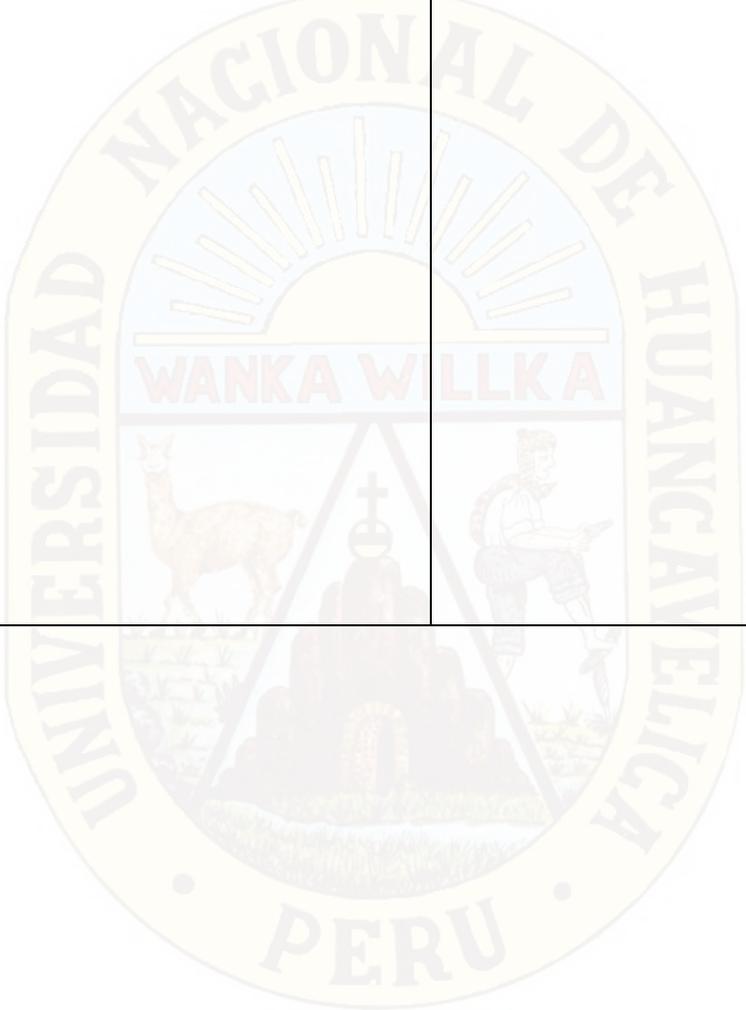
ANEXOS

ANEXO N° 01

MATRIZ DE CONSISTENCIA

“FACTORES DE PARTO PRETÉRMINO EN GESTANTES ATENDIDAS EN EL HOSPITAL REGIONAL ZACARÍAS CORREA VALDIVIA HUANCAMELICA 2018”

VARIABLES Variable X: Factores de parto pretérmino. Variable Y: Parto pretérmino.												
FORMULACIÓN DEL PROBLEMA	OBJETIVOS	HIPÓTESIS	METODOLOGÍA									
<p>PREGUNTA GENERAL ¿Cuáles es la relación entre los factores y el parto pretérmino en gestantes atendidas en el Hospital Regional Zacarías Correa Valdivia Huancavelica 2018?</p> <p>PREGUNTAS ESPECÍFICAS</p> <ol style="list-style-type: none"> ¿Cuál es la relación entre los factores maternos y el parto pretérmino en gestantes atendidas en el Hospital Regional Zacarías Correa Valdivia Huancavelica 2018? ¿Cuál es la relación entre los factores fetales y el parto pretérmino en gestantes atendidas en el Hospital Regional Zacarías Correa Valdivia Huancavelica 2018? ¿Cuál es la relación entre los factores ovulares y el parto pretérmino en gestantes atendidas en el Hospital Regional Zacarías Correa Valdivia Huancavelica 2018? 	<p>OBJETIVO GENERAL Determinar la relación entre los factores y el parto pretérmino en gestantes atendidas en el Hospital Regional Zacarías Correa Valdivia Huancavelica 2018.</p> <p>OBJETIVOS ESPECÍFICOS</p> <ol style="list-style-type: none"> Evaluar la relación entre los factores maternos y el parto pretérmino en gestantes atendidas en el Hospital Regional Zacarías Correa Valdivia Huancavelica 2018. Evaluar la relación entre los factores fetales y el parto pretérmino en gestantes atendidas en el Hospital Regional Zacarías Correa Valdivia Huancavelica 2018. Evaluar la relación entre los factores ovulares y el parto pretérmino en gestantes atendidas en el Hospital Regional Zacarías Correa Valdivia Huancavelica 2018.. 	<p>HIPÓTESIS GENERAL Existe relación entre los factores y el parto pretérmino en gestantes atendidas en el Hospital Regional Zacarías Correa Valdivia Huancavelica 2018.</p> <p>HIPÓTESIS ESPECÍFICAS</p> <ol style="list-style-type: none"> Existe relación entre los factores maternos y el parto pretérmino en gestantes atendidas en el Hospital Regional Zacarías Correa Valdivia Huancavelica 2018. Existe relación entre los factores fetales y el parto pretérmino en gestantes atendidas en el Hospital Regional Zacarías Correa Valdivia Huancavelica 2018. Existe relación entre los factores ovulares y el parto pretérmino en gestantes atendidas en el Hospital Regional Zacarías Correa Valdivia Huancavelica 2018. 	<p>TIPO DE INVESTIGACIÓN: Investigación básica.</p> <p>NIVEL DE INVESTIGACIÓN: Correlacional</p> <p>MÉTODO DE INVESTIGACIÓN: Método deductivo-inductivo.</p> <p>TÉCNICAS E INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS: Variable desarrollo psicomotor:</p> <table border="1" data-bbox="1637 978 2033 1094"> <thead> <tr> <th>Variables</th> <th>Técnica</th> <th>Instrumento</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Factores de parto pretérmino</td> <td>Observación</td> <td>Guía de análisis documental</td> </tr> <tr> <td>Parto pretérmino</td> <td>Observación</td> <td>Guía de análisis documental</td> </tr> </tbody> </table> <p>DISEÑO DE INVESTIGACIÓN: no experimental, transversal, correlacional</p> <div data-bbox="1637 1193 1935 1377" style="border: 1px solid black; padding: 5px;"> <pre> graph LR M --- X M --- Y X --- r r --- Y </pre> </div>	Variables	Técnica	Instrumento	Factores de parto pretérmino	Observación	Guía de análisis documental	Parto pretérmino	Observación	Guía de análisis documental
Variables	Técnica	Instrumento										
Factores de parto pretérmino	Observación	Guía de análisis documental										
Parto pretérmino	Observación	Guía de análisis documental										

		<p>Leyenda: M = muestra de madres post parto. O = observación de las variables. X = Factores de parto pretérmino. Y = Parto pretérmino. r = relación.</p> <p>POBLACIÓN, MUESTRA Y MUESTREO:</p> <ul style="list-style-type: none">• Población: 99 Hcl de madres post parto.• Muestra: 99 HCL de madres post parto. <p>TÉCNICA DE PROCESAMIENTO Y ANÁLISIS DE DATOS</p> <p>Técnica estadística:</p> <ul style="list-style-type: none">- Estadística descriptiva- Estadística inferencial.
--	---	---

ANEXO Nº 02

GUÍA DE ANÁLISIS DOCUMENTARIO DE FACTORES ASOCIADOS Y PARTO PRETÉRMINO

INTRODUCCIÓN. Esta guía de análisis documental ayudará a conocer la relación entre los factores de riesgo asociados al parto pretérmino.

INSTRUCCIONES: Realice un análisis de las historias clínicas si la pregunta lo requiere marque con una "X" la respuesta correcta.

1. ¿El parto fue?

- a) A término >37 semanas
- b) Tardío 34-36 semanas.
- c) Moderado 32-34 semanas
- d) Muy prematuro 28-32 semanas
- e) Extremadamente prematuro <28 semanas

2. ¿Su nivel educativo es?

- a) Analfabeta
- b) Primaria
- c) Secundaria.
- d) Superior.

3. ¿Su trabajo es?

- a) Nombrado
- b) Contratado
- c) Eventual
- d) No trabaja

4. ¿Su edad es?

- a) Menor de 15 años.
- b) Ente 15 y 40 años
- c) Mayor de 40 años

5. ¿Usted fuma?

- a) 1 cigarrillo diario.
- b) Más de 1 cigarrillo diario.
- c) No

6. ¿Usted consume bebidas alcohólicas?

- a) Diario

- b) 1 vez por semana
- c) 3 veces por semana.
- d) No

7. ¿Usted consume drogas ilegales?

- a) Si
- b) No

8. ¿Su peso es?

- a) Menor de 40 kg.
- b) De 40 kg a más.

9. ¿Cuántos controles prenatales tuvo?

- a) Menos de 4 controles.
- b) De 4 a más controles

10. ¿La madre presentó incompetencia istmo-cervical?

- a) Si
- b) No

11. ¿Presentó malformaciones uterinas?

- a) Si
- b) No

12. ¿La madre presentó mixomatosis?

- a) Si
- b) No

13. ¿La madre presentó cardiopatías durante el embarazo?

- a) Si
- b) No

14. ¿La madre presentó asma durante el embarazo?

- a) Si
- b) No

15. ¿La madre presentó alguna alteración hematológica (anemia) durante el embarazo?

- a) Si
- b) No

16. ¿La madre presentó hipertensión arterial durante el embarazo?

- a) Si
- b) No

17. ¿La madre presentó diabetes durante el embarazo?

- a) Si
- b) No

18. ¿La madre presentó infección cérvicovaginal durante el embarazo?

- a) Si
- b) No

19. ¿La madre presentó infección intraamniótica durante el embarazo?

- a) Si
- b) No

20. ¿La madre presentó infección urinaria durante el embarazo?

- a) Si
- b) No

21. ¿La madre presentó hepatitis durante el embarazo?

- a) Si
- b) No

22. ¿La madre presentó embarazo múltiple?

- a) Si
- b) No

23. ¿El feto presentó malformaciones congénitas?

- a) Si
- b) No

24. ¿El feto presentó restricción de crecimiento intrauterino?

- a) Si
- b) No

25. ¿El embarazo presentó placenta previa?

F

- a) Si
- b) No

26. ¿El embarazo presentó abruptio placentae?

- a) Si
- b) No

27. ¿El embarazo presentó placenta circunvalada?

- a) Si
- b) No

28. ¿El embarazo presentó hemangiomas?

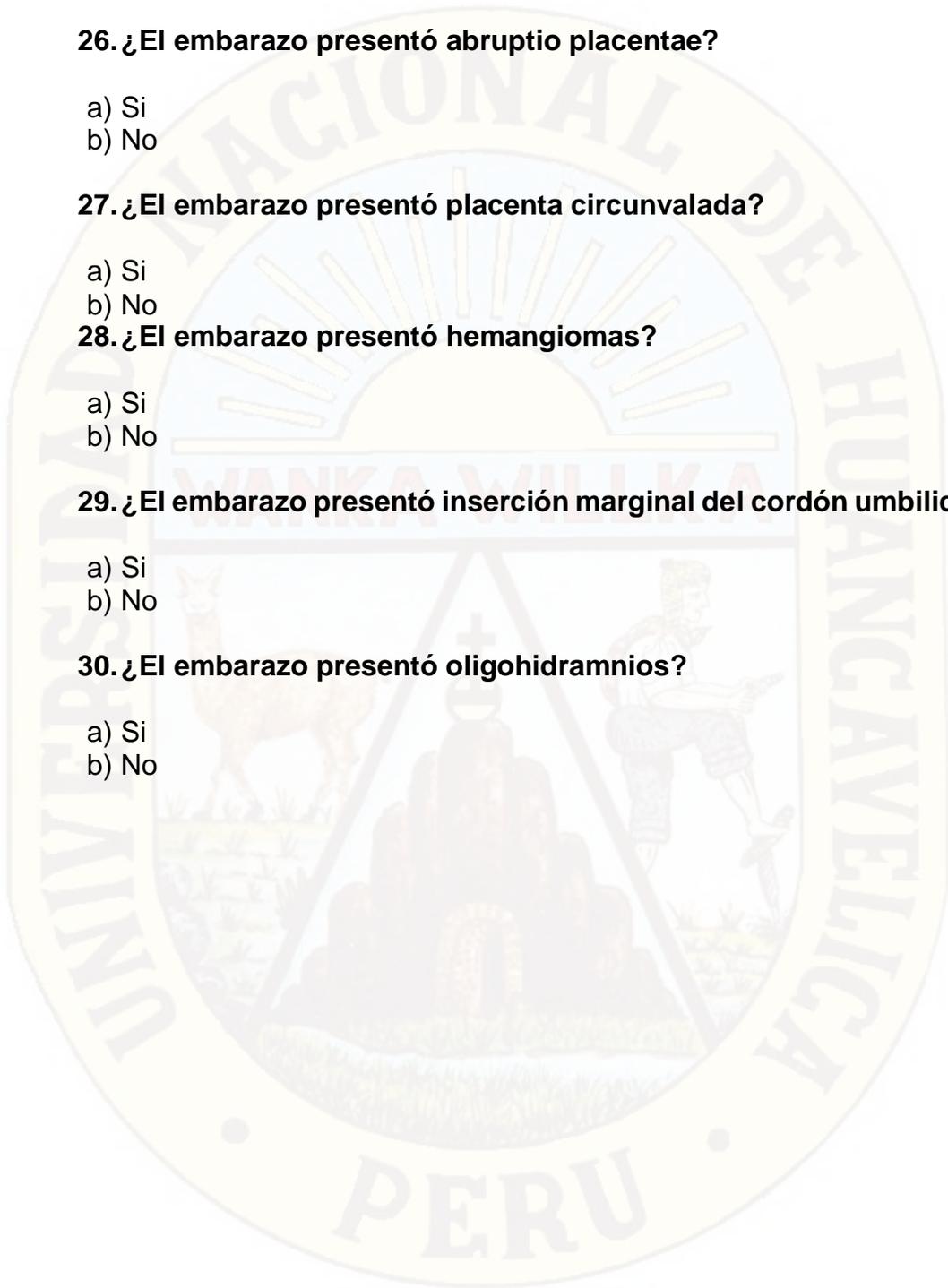
- a) Si
- b) No

29. ¿El embarazo presentó inserción marginal del cordón umbilical?

- a) Si
- b) No

30. ¿El embarazo presentó oligohidramnios?

- a) Si
- b) No



ANEXOS 03**IMÁGENES DE INDICIOS DEL PROBLEMA**

INFORME N° 0154 - 2016/ GOB./REG/SERV.NEO./ HDH

A : **Obst. ROCIO BENDEZU ESTEBAN**
COORDINADORA ESTRATEGIA SANITARIA SALUD SEXUAL Y
REPRODUCTIVA DEL H.D.H

DE : **Lic. YESENIA VILLA JURADO.**
JEFA DE ENFERMERAS DEL SERVICIO DE NEONATOLOGÍA.

ASUNTO : **INFORMACION CORRESPONDIENTE A OCTUBRE - 2016**

FECHA : **HUANCAVELICA 07 DE NOVIEMBRE DEL 2016.**

Por medio de la presente me es grato dirigirme a Usted muy cordialmente para saludarla y a la vez entregarle la información correspondiente al mes de OCTUBRE del 2016, para llevar correctamente la información con respecto a las atenciones realizadas en el servicio de Neonatología.

- ATENCIÓN DEL RECIÉN NACIDO NORMAL
- ATENCIÓN DEL RECIÉN NACIDO CON COMPLICACIONES
- ATENCIÓN DEL RECIÉN NACIDO CON COMPLICACIONES QUE REQUIEREN UCIN
- TAMIZAJE NEONATAL

Es todo cuanto informo a usted para su conocimiento y fines que crea por conveniente.

Agradeciendo por anticipado la atención de la presente.

Atentamente,



Lic. en Enf. YESENIA VILLA JURADO
CEP: 41342
JEFE DE SERVICIO DE NEONATOLOGÍA

ATENCIÓN DEL RECIÉN NACIDO NORMAL	2016												
	ENERO	FEBRERO	MARZO	ABRIL	MAYO	JUNIO	JULIO	AGOSTO	SEPTIEMBRE	OCTUBRE	NOVIEMBRE	DICIEMBRE	TOTAL
ATENCIÓN INMEDIATA DEL RECIÉN NACIDO NORMAL										98			

FAMILIAR

H.D.H - MORBILIDAD DEL RECIÉN NACIDO

93

ATENCIÓN DEL RECIÉN NACIDO CON COMPLICACIONES	2016												
	ENERO	FEBRERO	MARZO	ABRIL	MAYO	JUNIO	JULIO	AGOSTO	SEPTIEMBRE	OCTUBRE	NOVIEMBRE	DICIEMBRE	TOTAL
Bajo peso										11			
Prematuro										11			
Hipoxia													
Síndrome de dificultad respiratoria										9			
Sepsis neonatal										9			
Sífilis congénita													
RN/VIH expuesto													
Otros recién nacidos en UCIN													
Trastorno metabólico										10			
Incompatibilidad RH/ABO en el recién nacido										2			
Neonato afectado por el parto (trauma obstétrico)										2			
DIC TORCH													
DIC NEC													
Neumonía Neonatal													
Malformación Congénita										1			


 YESENIA VILLA IJIGADO
 LC. ENFERMERIA
 CEP 41342

**NACIDOS VIVOS POR EDAD GESTACIONAL, SEGÚN RESIDENCIA HABITAL DE LA MADRE
PERÚ: 2015**

RESIDENCIA HABITUAL DE LA MADRE	SEMANAS DE EMBARAZO				
	TOTAL	>= 27 Semanas	De 27 a 31 Semanas	De 32 a 36 Semanas	> 37 Semanas
TOTAL	417413	1158	2430	23434	390391
	100.0	0.3	0.6	5.6	93.5
Amazonas	4977	17	22	243	4695
Ancash	13932	39	113	795	12985
Apurímac	6726	17	38	402	6269
Arequipa	21876	56	108	882	20830
Ayacucho	11595	23	77	507	10988
Cajamarca	16853	42	112	1063	15636
Cusco	20711	50	82	1105	19474
Huancavelica	7162	14	27	299	6822
Huanuco	13830	19	64	581	13166
Ica	14244	43	69	647	13485
Junín	13721	32	101	692	12896
La Libertad	22210	92	162	1506	20450
Lambayeque	13867	48	103	891	12825
Lima	133476	367	735	7555	124819
Loreto	13836	32	94	994	12716
Madre de Dios	2597	7	9	116	2465
Moquegua	2837	3	7	120	2707
Pasco	4832	7	19	287	4519
Piura	20974	79	178	1429	19288
Puno	13269	45	64	683	12477
San Martín	11264	20	50	681	10513
Tacna	4659	12	34	233	4380
Tumbes	4002	15	29	269	3689
Callao	14617	53	87	891	13586
Ucayali	9292	23	43	561	8665
Extranjero	29	3	2	1	23
No determinado	25	0	1	1	23

FUENTE: SISTEMA DE REGISTRO DEL CERTIFICADO DE NACIDO VIVO EN LINEA
MINSU. OFICINA GENERAL DE TECNOLOGÍAS DE LA INFORMACIÓN

NACIDOS VIVOS PRETERMINO POR CATEGORÍA SEGÚN REGIÓN PERÚ: 2015

Residencia Habitual de la Madre	RN Pretérmino			
	TOTAL	Prematuro Extremo (22a 27 sem)	Muy Prematuro (28 a 31 sem)	Prematuro Tardío (32 a 36 sem)
Total	417413	1137	2430	23434
	100.0	0.27	0.58	5.61
Amazonas	4977	17	22	243
Ancash	13932	39	113	795
Apurimac	6726	17	38	402
Arequipa	21876	54	108	882
Ayacucho	11595	22	77	507
Cajamarca	16853	39	112	1063
Cusco	20711	48	82	1105
Huancavelica	7162	13	27	299
Huanuco	13830	19	64	581
Ica	14244	43	69	647
Junin	13721	32	101	692
La Libertad	22210	91	162	1506
Lambayeque	13867	47	103	891
Lima	133476	357	735	7555
Loreto	13836	32	94	994
Madre de Dios	2597	7	9	116
Moquegua	2837	3	7	120
Pasco	4832	7	19	287
Piura	20974	79	178	1429
Puno	13269	45	64	683
San Martin	11264	20	50	681
Tacna	4659	12	34	233
Tumbes	4002	15	29	269
Callao	14617	53	87	891
Ucayali	9292	23	43	561
Extranjero	29	3	2	1
No Determinado	25	0	1	1

FUENTE: SISTEMA DE REGISTRO DEL CERTIFICADO DE NACIDO VIVO EN LINEA
MINSA. OFICINA GENERAL DE TECNOLOGÍAS DE LA INFORMACIÓN

ANEXOS 04

VALIDEZ DE INSTRUMENTO DE RECOLECCION DE DATAS

VALIDEZ DE CONTENIDO

**INSTRUMENTO: “ GUIA DE ANALISIS
DOCUMENTARIO DE FACTORES DE
RIESGO ASOCIADOS Y PARTO
PRETERMINO”**

JUEZ	PROFESION	GRADO ACADEMICO O ESPECIALIDAD	INSTITUCION DONDE LABORA
1. Rufino paucar chanca	Ingeniero zootecnista	M.SC. Biotecnologia	Universidad nacional de huancavelica
2. ketty Garcia Ñanez	Obstetra	Doctora Ginecologa	Hospital departamental de huancavelica
3.Manuel J. Bastos Saez	Docente	Doctor Educacion	Universidad nacional de huancavelica
4.Yda flor Campos Cordova	Enfermera	Doctora Enfermeria	Universidad nacional de huancavelica
5.Marcial Quispe Quispe	Obstetra	Obstetra	Centro de Salud de castrovevirreyna

1. BASE DE DATOS:

ITEMS	JUEZ					PUNTAJE TOTAL	V AIKEN POR ITEMS	DECISION
1.	4	4	4	4	4	20	1	A
2.	4	4	4	4	4	20	1	A
3.	4	4	4	4	4	20	1	A
4.	4	4	4	4	4	20	1	A
5.	4	4	4	4	4	20	1	A
6.	4	4	4	4	4	20	1	A
7.	4	4	4	4	4	20	1	A
8.	4	4	4	4	4	20	1	A
9.	4	4	4	4	4	20	1	A
10.	4	4	4	4	4	20	1	A
11.	4	4	4	4	4	20	1	A
12.	4	4	4	4	4	20	1	A
13.	4	4	4	4	4	20	1	A
14.	4	4	4	4	4	20	1	A
15.	4	4	4	4	4	20	1	A
16.	4	4	4	4	4	20	1	A
17.	4	4	4	4	4	20	1	A
18.	4	4	4	4	4	20	1	A
19.	4	4	4	4	4	20	1	A
20.	4	4	4	4	4	20	1	A
21.	4	4	4	4	4	20	1	A
22.	4	4	4	4	4	20	1	A
23.	4	4	4	4	4	20	1	A
24.	4	4	4	4	4	20	1	A
25.	4	4	4	4	4	20	1	A
26.	4	4	4	4	4	20	1	A
27.	4	4	4	4	4	20	1	A
28.	4	4	4	4	4	20	1	A
29.	4	4	4	4	4	20	1	A
30.	4	4	4	4	4	20	1	A
V AIKEN TOTAL							1	A

2. ESTADISTICO DE PRUEBA PARA VALIDEZ DE CONTENIDO

Coeficiente V Aiken

3. REGLA DE DECISION:

A= Acepta: si el valor del coeficiente V Aiken es $>$ a 0,8 u 80 %

R= Rechaza: si el valor del coeficiente VAiken es $<$ a 0,8 u 80 %

4. CALCULO:

$$V = \frac{S}{N(C-1)}$$

LEYENDA:

S= Sumatoria de los valores (valor asignado por el juez)

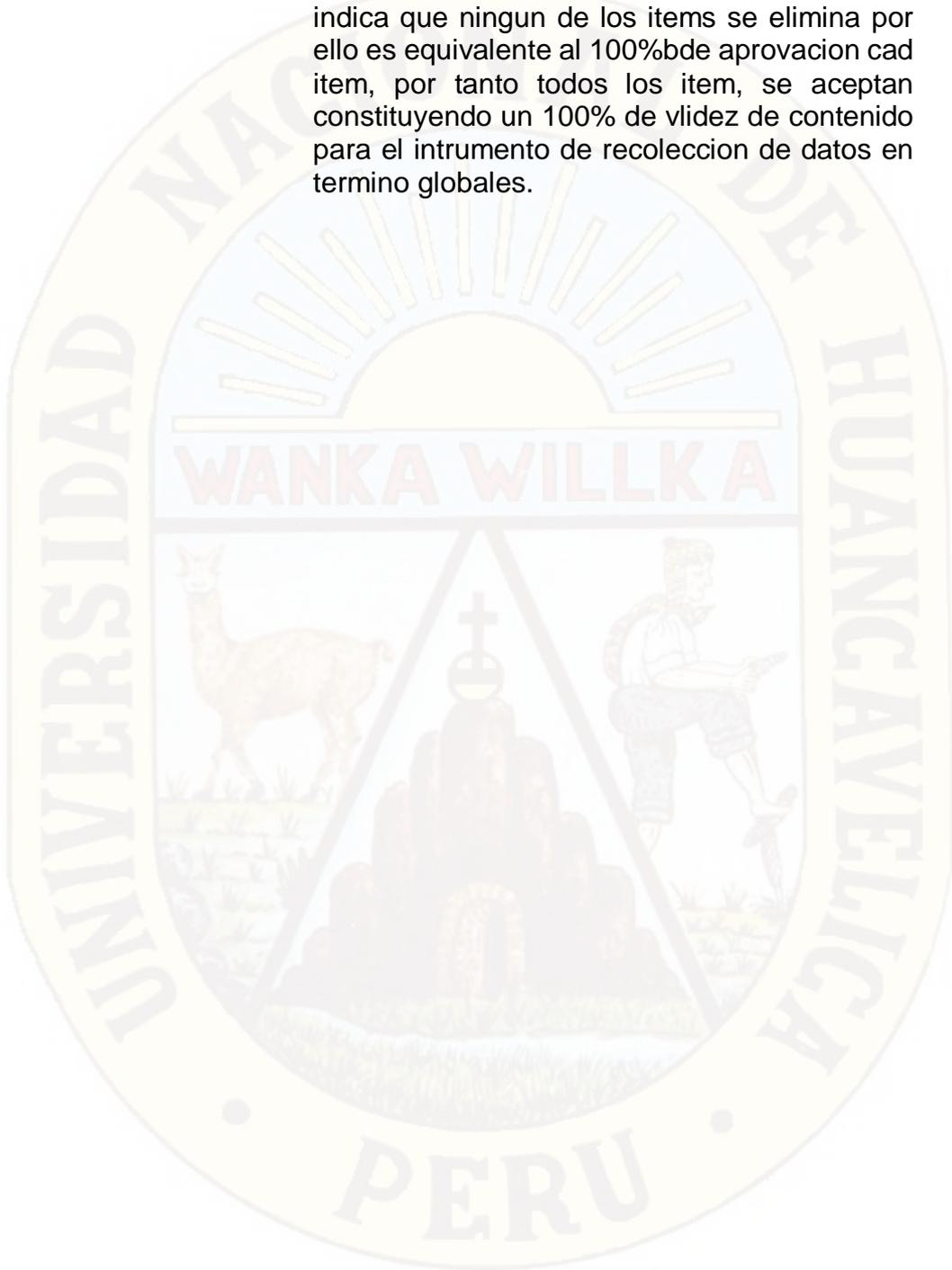
N= Numero de jueces

C= Constituye el numero de valores de la escala , en este caso 5 (de 0 – 4). En este tipo de coeficiente se tiene que considerar todos los valores que aasume estas 4 interrogantes que es sumativo y se encuentra en la ficha de validacion

$$V = \frac{20}{(5(5-1))} = \frac{20}{20} = 1$$

5. CONCLUSION:

Todos los items alcanzaron el valor 1 , esto indica que ningun de los items se elimina por ello es equivalente al 100% de aprobacion cad item, por tanto todos los item, se aceptan constituyendo un 100% de vlidez de contenido para el intrumento de recoleccion de datos en termino globales.



ANEXO Nº 5
FOTOS DE EJECUCION DE INVESTIGACION
IMAGEN Nº 1 Y 2



**REALIZANDO LA REVISION DE HISTORIAS CLINICAS DE ATENCION INMEDIATA
EN EL SERVICIO DE NEONATOLOGIA**

Q

IMAGEN N° 5 -7

196222

196222

196222

HOSPITAL REGIONAL
ZACARÍAS CORREA VALDIVIA

HUANCAVELICA

N.º H.C. 196222

APPELLIDO PATERNO PACHECO

APPELLIDO MATERNO CAHUANA

NOMBRES ANGELICA XIMENA

ANOS	ANOS	ANOS
2018		

EXAMEN FISICO DEL BEBÉ

APPELLIDO PATERNO PACHECO

APPELLIDO MATERNO CAHUANA

NOMBRES ANGELICA XIMENA

Formulario de examen físico del bebé con múltiples secciones de evaluación clínica.

EXAMEN FISICO DEL BEBÉ

Formulario de examen físico del bebé con múltiples secciones de evaluación clínica.

HISTORIA CLINICA DE UN RECIEN NACIDO DONDE ESTAN TODOS LOS DATOS DEL RN PREMATURO QUE REALIZA EL MEDICO, ENFERMERA.

R

IMAGEN N° 8-13





RECIENTES NACIDOS PREMATUROS EN EL SERVICIO DE UCIN E INTERMEDIOS

T

IMAGEN N° 14-16



EN EL SERVICIO DE OBSTETRICIA REVISANDO LAS HISTORIA CLINICAS DE LA MADRE DEL RECIEN NACIDO PREMATURO DE ACUERDO A NUESTRO INSTRUMENTO DE TESIS

IMAGEN N° 17

LIBRO DE REGISTRO DIARIO EN EL SERVICIO DE OBSTETRICIA -

FECHA		HORA		APPELLIDOS Y NOMBRES		EDAD	ESTADO CIVIL	PROVENIENCIA (UBICACION DEL R.N.)	GRUPO DE SANGRE	TIPO DE PARTO	OCUPACION	DIAGNOSTICO DE PARTO
10/01/2017	10:30	10/01/2017	10:30	Y	Oliveros Mariana Roxa E.	27	sol	Provincia de Loja	A+	Normal	Estudiante	Parto normal a término
10/01/2017	11:00	10/01/2017	11:00	X	Devedo y lo Guay Masadilla	26	casada	Provincia de Loja	A+	Normal	Estudiante	Parto normal a término
10/01/2017	11:30	10/01/2017	11:30	X	Benitez Antonia Rosales	22	sol	Provincia de Loja	A+	Normal	Estudiante	Parto normal a término
10/01/2017	12:00	10/01/2017	12:00	X	Alajo Torre Elgineth	24	sol	Provincia de Loja	A+	Normal	Estudiante	Parto normal a término
10/01/2017	12:30	10/01/2017	12:30	X	Aguirre Robinson Dalia	25	casada	Provincia de Loja	A+	Normal	Estudiante	Parto normal a término
10/01/2017	13:00	10/01/2017	13:00	X	Carolina Olmos Yanna	16	sol	Provincia de Loja	A+	Normal	Estudiante	Parto normal a término
10/01/2017	13:30	10/01/2017	13:30	X	Walter Blomberg Victoria	33	casada	Provincia de Loja	A+	Normal	Estudiante	Parto normal a término
10/01/2017	14:00	10/01/2017	14:00	X	Alauca? Solano Olga	26	sol	Provincia de Loja	A+	Normal	Estudiante	Parto normal a término
10/01/2017	14:30	10/01/2017	14:30	X	Laura Benders Laura	23	sol	Provincia de Loja	A+	Normal	Estudiante	Parto normal a término
10/01/2017	15:00	10/01/2017	15:00	X	Sandra Rosa Alvarado	13	sol	Provincia de Loja	A+	Normal	Estudiante	Parto normal a término
10/01/2017	15:30	10/01/2017	15:30	X	Huamani Obdulia Lucia	44	sol	Provincia de Loja	A+	Normal	Estudiante	Parto normal a término
10/01/2017	16:00	10/01/2017	16:00	X	Silvia Florio Angie	34	casada	Provincia de Loja	A+	Normal	Estudiante	Parto normal a término
10/01/2017	16:30	10/01/2017	16:30	X	Rosalba Diana Helen	19	sol	Provincia de Loja	A+	Normal	Estudiante	Parto normal a término
10/01/2017	17:00	10/01/2017	17:00	X	Sandra Florio Jely	26	sol	Provincia de Loja	A+	Normal	Estudiante	Parto normal a término
10/01/2017	17:30	10/01/2017	17:30	X	Duran Castro Maribel	18	sol	Provincia de Loja	A+	Normal	Estudiante	Parto normal a término
10/01/2017	18:00	10/01/2017	18:00	X	Capari Natan Mariana	35	casada	Provincia de Loja	A+	Normal	Estudiante	Parto normal a término
10/01/2017	18:30	10/01/2017	18:30	X	Alvarez Inga Rosmar	17	sol	Provincia de Loja	A+	Normal	Estudiante	Parto normal a término
10/01/2017	19:00	10/01/2017	19:00	X	Torres Taramoto Maria	21	sol	Provincia de Loja	A+	Normal	Estudiante	Parto normal a término
10/01/2017	19:30	10/01/2017	19:30	X	Talpe Rom Jolanda	21	casada	Provincia de Loja	A+	Normal	Estudiante	Parto normal a término
10/01/2017	20:00	10/01/2017	20:00	X	Huamani Dela Cruz Maritza	20	sol	Provincia de Loja	A+	Normal	Estudiante	Parto normal a término

LIBRO DE REGISTRO DE LAS MADRES DE LOS RECIEN NACIDOS DONDE ESTAN REGISTRADAS TODOS LOS DATOS DE LA MADRE Y RN.

IMAGEN N° 18

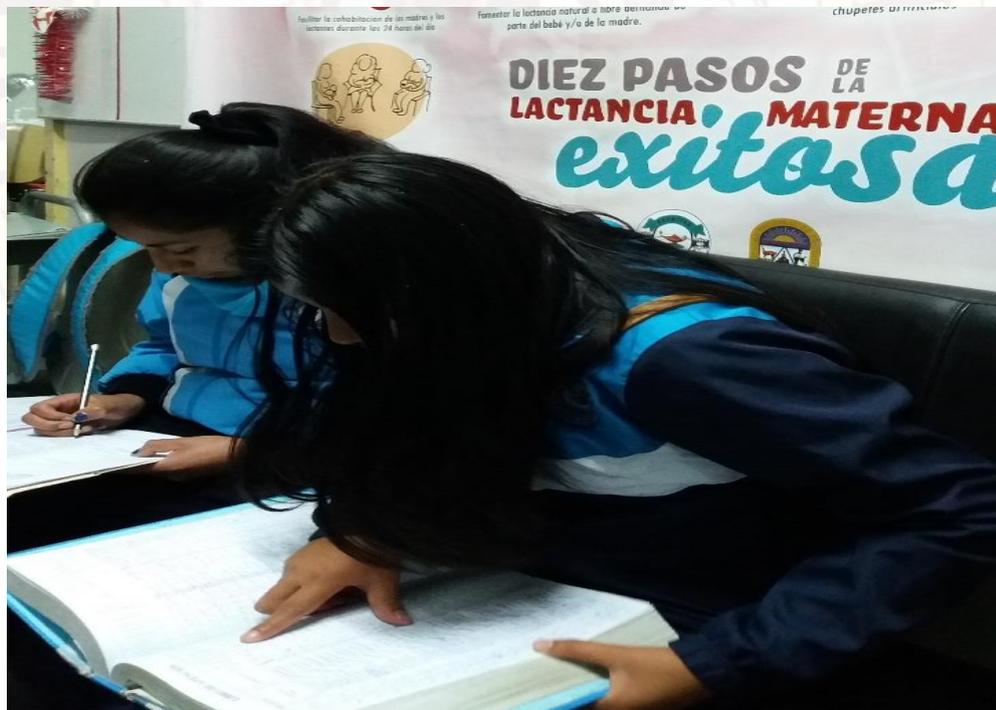
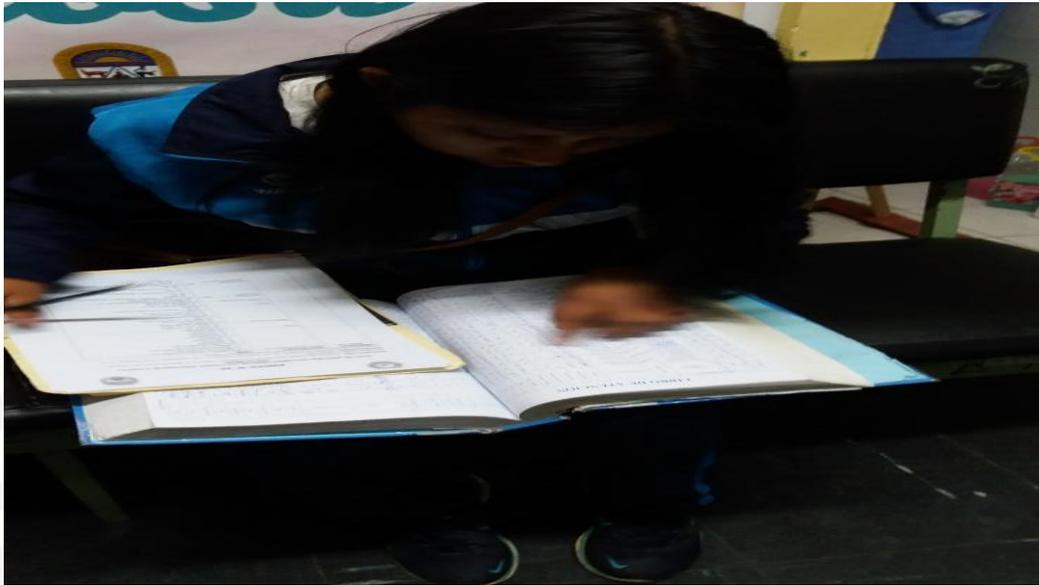


IMAGEN N° 19



MARCANDO EL CUESTIONARIO DE ACUERDO A LOS DATOS QUE SE REQUIERE DE LOS RECIEFN NACIDOS PRFMATI IROS DEFI REGISTRO DE ATENCION INMEDIATA

