

UNIVERSIDAD NACIONAL DE CAJAMARCA
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA ACADÉMICO PROFESIONAL DE ENFERMERÍA
SEGUNDA ESPECIALIDAD PROFESIONAL



**FACTORES DE RIESGOS ASOCIADOS A LA PREMATURIDAD Y
CUIDADOS DE ENFERMERÍA EN EL NEONATO DEL SERVICIO DE
NEONATOLOGÍA DEL HOSPITAL SIMÓN BOLIVAR. CAJAMARCA.
2023.**

**TRABAJO ACADEMICO PARA OPTAR EL TITULO DE SEGUNDA
ESPECIALIDAD PROFESIONAL EN ENFERMERÍA
EN NEONATOLOGÍA**

AUTORA:

Lic. Enf. MARIXA MARCELA VÁSQUEZ REVILLA

ASESORA:

Dra. Diorga Nelida Medina Hoyos

Cajamarca – Perú

2023



UNIVERSIDAD NACIONAL DE CAJAMARCA FACULTAD CIENCIAS DE LA SALUD

Fundada por Ley 14015 del 13 de febrero de 1962

UNIDAD DE INVESTIGACIÓN

Av. Atahualpa 1050 – Pabellón 11 – 101 Teléfono N° 076-599227



CONSTANCIA DE ORIGINALIDAD DE TESIS REVISADA EN EL SOFTWARE ANTIPLAGIO TURNITIN DE LA UNIVERSIDAD NACIONAL DE CAJAMARCA

El director (a) de la Unidad de Investigación de la Facultad de Ciencias de la Salud de la Universidad Nacional de Cajamarca, hace constar que:

El Trabajo Académico para Optar el Título de Segunda Especialidad Profesional en Enfermería en Neonatología Titulado: **FACTORES DE RIESGOS ASOCIADOS A LA PREMATURIDAD Y CUIDADOS DE ENFERMERÍA EN EL NEONATO DEL SERVICIO DE NEONATOLOGÍA DEL HOSPITAL**

SIMÓN BOLIVAR. CAJAMARCA. 2023. Presentado por la Lic. Enf. **MARIXA MARCELA VÁSQUEZ REVILLA**, ha sido revisado en el Software Antiplagio **TURNITIN** de la Universidad Nacional de Cajamarca, obteniendo el puntaje del 6% de similitud, considerado dentro de los parámetros. Respaldado por su **Asesora. Dra. Diorga Nélide Medina Hoyos.**

Se expide la presente, a solicitud de la interesada para los fines que estime conveniente.

Cajamarca, 15 de febrero del 2024.



COPYRIGHT © 2023 by

Vásquez Revilla Marixa Marcela

Todos los derechos reservados

FICHA CATALOGRÁFICA

Vásquez Revilla, Marixa Marcela

**FACTORES DE RIESGOS ASOCIADOS A LA PREMATURIDAD
Y CUIDADOS DE ENFERMERIA EN EL NEONATO DEL
SERVICIO DE NEONATOLOGÍA DEL HOSPITAL SIMÓN
BOLIVAR. CAJAMARCA. 2023.**

Asesora: Dra. Diorga Nélide Medina Hoyos

Cargo: Asesora

Páginas: 86

ACTA DE SUSTENTACIÓN

**FACTORES DE RIESGOS ASOCIADOS A LA PREMATURIDAD Y
CUIDADOS DE ENFERMERÍA EN EL NEONATO EN EL SERVICIO
DE NEONATOLOGÍA DEL HOSPITAL SIMÓN BOLIVAR.
CAJAMARCA. 2023.**

AUTORA: Lic. Enf. MARIXA MARCELA VÁSQUEZ REVILLA

ASESORA: Dra. Diorga Nelida Medina Hoyos

Trabajo Académico aprobado por el siguiente jurado:

Presidenta

Secretaria

Vocal



**ACTA DE SUSTENTACIÓN DE TRABAJO ACADÉMICO PARA LA
OBTENCIÓN DE TÍTULO DE SEGUNDA ESPECIALIDAD PROFESIONAL EN
ENFERMERÍA EN NEONATOLOGÍA**

En Cajamarca, siendo las 9 AM del día 30 de Noviembre del 20 23, los integrantes del Jurado Evaluador, designados por Consejo de Facultad a propuesta de la Directora de Segunda Especialidad Profesional en Salud, reunidos en el ambiente: Auditorio de la Facultad de Ciencias de la Salud de la Universidad Nacional de Cajamarca, dan inicio a la sustentación del Trabajo Académico Titulado:

Factores de Riesgo asociado a la prematuridad y cuidado de enfermería en el neonato del servicio de neonatología del hospital Simón Bolívar. Cajamarca. 2023.

Desarrollado por el (la) Lic. Enf. Marixa Marcela Vázquez Revilla

Concluida la sustentación y Realizadas las deliberaciones de estilo, se obtuvo el promedio final de:

diecinueve (16)

Por lo tanto el jurado acuerda la Aprobación del Trabajo Académico del (la) mencionado (a) profesional. Encontrándose APTO (A) para la obtención del Título de Segunda Especialidad Profesional en Enfermería en NEONATOLOGÍA.

| MIEMBROS DE JURADO EVALUADOR NOMBRES Y APELLIDOS | | FIRMA |
|---|--|----------------|
| Presidente | <u>Dra. Verónica María Chávez Rosero</u> | <u>[Firma]</u> |
| Secretario (a) | <u>Flor Violeta Rafael Saldana</u> | <u>[Firma]</u> |
| Vocal | <u>Aida Cristina Perna Ablen</u> | <u>[Firma]</u> |
| Accesitaria | | |
| Asesor (a) | <u>Diorga Nélida Medina Hoyos</u> | <u>[Firma]</u> |

DEDICATORIA

A mi Sr. padre Rogelio Vásquez y a mi Sra. madre Celsa Revilla que son un pilar fundamental en mi vida y en mi formación como profesional de salud y por sus consejos para mejorar cada día

Marixa Marcela

AGRADECIMIENTO

A la Universidad Nacional de Cajamarca, Escuela Académico Profesional de Enfermería y a la Segunda Especialidad, por albergarme en sus aulas para ver cumplido mi anhelo de tener una Segunda especialidad en Neonatología

A Dios, por darme la vida y gozar de buena salud, a mis padres y familiares por su amor y apoyo incondicional.

A mi asesora, Dra, Diorga Nélide medina Hoyos, por su paciencia, apoyo y enseñanzas para la realización y culminación de este Trabajo Académico y sobre todos por su amistad.

Marixa Marcela

ÍNDICE DE CONTENIDOS

| | Pág. |
|--|------|
| FICHA CATALOGRÁFICA | v |
| ACTA DE SUSTENTACIÓN | vi |
| DEDICATORIA | vii |
| AGRADECIMIENTO | viii |
| INDICE DE CONTENIDOS | ix |
| LISTA DE TABLAS | x |
| LISTA DE ANEXOS | xi |
| GLOSARIO | xii |
| RESUMEN | xiii |
| ABSTRACT | ivx |
| | |
| I. INTRODUCCIÓN | 1 |
| II. GENERALIDADES | |
| MARCO CONCEPTUAL | 3 |
| | |
| CAPÍTULO I: MARCO REFERENCIAL DEL PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN | |
| 1.1. Planteamiento del problema | 4 |
| 1.2. Formulación del problema | 10 |
| 1.3. Objetivos | 10 |
| 1.4. Justificación | 11 |
| | |
| CAPÍTULO II: MARCO TEÓRICO | |
| 2.1. Antecedentes del problema | 12 |
| 2.2. Bases teóricas | 16 |
| 2.3. Definición conceptual | 27 |
| 2.4. Variable de estudio | 27 |
| 2.5. Operacionalización de las variables | 29 |

| | |
|---|-----------|
| CAPÍTULO III: METODOLOGÍA DE TRABAJO | |
| 3.1. Tipo y diseño del estudio | 30 |
| 3.2. Área de estudio | 31 |
| 3.2. Población y muestra del estudio | 31 |
| 3.3. Unidad de análisis | 31 |
| 3.4. Criterios de selección | 31 |
| 3.5. Técnicas e instrumentos para la recolección de datos | 32 |
| 3.6. Validez y Confiabilidad | 32 |
| 3.7. Procedimiento para la recolección de datos | 33 |
| 3.8. Procesamiento de datos y análisis de datos | 34 |
| 3.9. Consideraciones éticas | 34 |
| | |
| CAPITULO IV: RESULTADOS E INTERPRETACIONES | |
| 4.1. Resultados | 35 |
| 4.2. Análisis y Argumentación | 42 |
| | |
| PROCESO DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA | 47 |
| Conclusiones | 57 |
| Recomendaciones | 58 |
| | |
| REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA | 59 |
| | |
| ANEXOS | |

LISTA DE TABLAS

| | | |
|---------|--|----|
| Tabla 1 | Riesgos maternos del recién nacido prematuro atendido en el servicio de Neonatología del Hospital Simón Bolívar. Cajamarca. 2023 | 34 |
| Tabla 2 | Prematuridad del Neonato atendido en el servicio de Neonatología del Hospital Simón Bolívar. Cajamarca. 2023 | 35 |
| Tabla 3 | Riesgos neonatales del recién nacido prematuro atendido en el servicio de Neonatología del Hospital Simón Bolívar. Cajamarca. 2023 | 36 |
| Tabla 4 | Factores de riesgos maternos asociados a la prematuridad de los neonatos atendidos en el servicio de Neonatología del Hospital Simón Bolívar, Cajamarca. 2023. | 37 |
| Tabla 5 | Factores de riesgo neonatales asociados a la prematuridad de los neonatos atendido en el servicio de Neonatología del Hospital Simón Bolívar. Cajamarca. 2023. | 38 |

LISTA DE ANEXOS

- | | |
|---------|---|
| Anexo 1 | Matriz de consistencia |
| Anexo 2 | Solicitud de autorización para revisión de Historias clínicas Hospital Simón Bolívar. |
| Anexo 3 | Ficha de recolección de información |
| Anexo 4 | Caso Clínico: Proceso de Atención de Enfermería (PAE) |
| Anexo 5 | Diagrama de flujo del servicio de Neonatología según Norma 080 MINSA |
| Anexo 6 | Test de APGAR |

GLOSARIO

| | |
|--------|--|
| RIS | Red integrada de salud |
| UCIN | Unidad de Cuidados Intermedios |
| RNTP | Recién Nacido Pretérmino |
| OPS | Organización Panamericana de Salud |
| CNE | Centro nacional de Epidemiología |
| RPM | Ruptura Prematura de Membranas |
| PC | Perímetro Cefálico |
| TA | Tensión Arterial |
| M | Muestra |
| NANDA | Diagnósticos |
| NIC | Intervenciones |
| NOC | Resultados |
| SOAPIE | Problemas subjetivos, Objetivos, Análisis, Planificación, Intervención y Evaluación |
| RRHH | Recursos Humanos |
| SE | Semana Epidemiológica |
| OMS | Organización Mundial de la Salud |
| MINSA | Ministerio de Salud |

RESUMEN

El Trabajo Académico permite determinar los factores de riesgos maternos y neonatales asociados a la prematuridad y los cuidados de enfermería en el servicio de neonatología del Hospital Simón Bolívar, Cajamarca, 2023, es un trabajo académico, retrospectivo, de diseño no experimental, descriptivo, correlacional, con enfoque cuantitativo, la población y muestra fue de 30 historias clínicas de niños prematuro, la técnica de recolección de datos fue la observación y revisión de las historias clínicas (recién nacidos prematuros) atendidos en el Servicio de Neonatología, el instrumento utilizado fue la ficha de recolección elaborada por la autora, Referente a los resultados se tiene que de acuerdo a los factores de riesgo maternos según edad, la mitad son menores de 19 años, más de la mitad nulíparas, la tercera parte de madres tuvieron antecedente de preeclampsia y más de la mitad insuficiente número de control prenatal. En relación a los riesgos neonatales según sexo más de la mitad son del sexo masculino, la mayoría tienen inadecuado peso al nacer, así como, bajo puntaje APGAR.

Existe asociación significativa entre los factores maternos y la prematuridad con valor P menor al 0.05. Según edad de la madre ($P = 0.035$), Paridad ($P = 0.006$), preeclampsia ($P = 0.003$) y control pre natal ($P = 0.002$) se asocian significativa con la prematuridad; Existe asociación significativa entre los factores neonatales y la prematuridad con valor P menor al 0.05, según Sexo del recién nacido ($P = 0.029$), Peso al nacer ($P = 0.001$) y Control del APGAR ($P = 0.014$) se asocian significativamente a la prematuridad. Concluyendo que estadísticamente existe asociación significativa entre factores de riesgo (maternos y neonatales) con la prematuridad con valor P menor al 0.05.

Palabras claves: Prematuridad, neonato, factores de riesgo maternos y neonatales.

ABSTRACT

The Academic Work allows us to determine the maternal and neonatal risk factors associated with prematurity and nursing care in the neonatology service of the Hospital Simón Bolívar, Cajamarca, 2023, it is an academic, retrospective, non-experimental, descriptive work, correlational, with a quantitative approach, the population and sample were 30 medical records of premature children, the data collection technique was the observation and review of the medical records (premature newborns) treated in the Neonatology Service, the instrument used was the collection form prepared by the author. Regarding the results, according to the maternal risk factors according to age, half are under 19 years of age, more than half nulliparous, a third of mothers had a history of preeclampsia and more than half insufficient prenatal control. In relation to neonatal risks according to sex, more than half are male, the majority have inadequate birth weight, as well as a low APGAR score.

There is a significant association between maternal factors and prematurity with a P value of less than 0.05. According to the mother's age ($P = 0.035$), Parity ($P = 0.006$), preeclampsia ($P = 0.003$) and prenatal control ($P = 0.002$) are significantly associated with prematurity; There is a significant association between neonatal factors and prematurity with P value less than 0.05, according to Sex of the newborn ($P = 0.029$), Birth weight ($P = 0.001$) and APGAR Control ($P = 0.014$) are significantly associated with the prematurity. Concluding that there is statistically significant association between risk factors (maternal and neonatal) with prematurity with P value less than 0.05.

Keywords: Prematurity, neonate, maternal and neonatal risk factors, Care.

I. INTRODUCCIÓN

El neonato prematuro es el niño que nace antes de las 37 semanas de gestación, que no ha completado su crecimiento y desarrollo intrauterino, por lo que en el proceso de adaptación al medio externo suele presentar multiplicidad de dificultades que pueden manifestarse desde el nacimiento hasta la edad adulta. Es así que tiene cuatro veces más probabilidad de desarrollar complicaciones médicas durante el periodo neonatal que un recién nacido a término (1). Esas complicaciones son la principal causa muerte neonatal, puesto que provocan 35% (1,08 millones) de defunciones neonatales anuales (1).

A pesar de los notables avances en la medicina perinatal, nacen anualmente en el mundo alrededor de 13 millones de recién nacidos pretérmino, los que deben enfrentarse al gran reto de sobrevivir, y luego, en un elevado porcentaje, arrastran secuelas por el resto de su vida, dada las repercusiones en la salud y la economía, constituyéndose en un problema médico- social de gran importancia (2)

La prematuridad constituye un problema de salud pública, por la elevada mortalidad, la complejidad cada vez más creciente del cuidado al que se somete el prematuro y la mayor cantidad de trastornos en el desarrollo psicomotor cuando se los compara con niños a término (2). Cabe destacar que las causas del parto pretérmino no se conocen con precisión; solo se sabe que es multifactorial, por lo que se habla del síndrome de parto pretérmino. La Organización Mundial de la Salud (OMS) lo define como aquel que acontece antes de las 37 semanas completas o 259 días desde la fecha de última menstruación (3).

El nacimiento prematuro constituye la principal causa de morbi - mortalidad en el neonato, es responsable del 60 al 80 % de las muertes y de cerca del 50% de las discapacidades neurológicas congénitas en los países desarrollados. 13 % de los niños que nacen en Estados Unidos, lo hace antes de los nueve meses de gestación. En Europa es entre 5 % y 9 %. La tasa aumentó de 10 a 20 % en los últimos años, incluso en los países industrializados. Este incremento se explica, en parte, por el aumento en el uso de la fertilización in vitro, la edad materna, primiparidad y del parto electivo antes de término. En América Latina nacen cada año 12 millones de niños, de ellos mueren 135,000 por parto prematuro (una de cada cuatro muertes neonatales es consecuencia de la prematuridad) (4,5).

Los factores asociados al riesgo de nacimiento pretérmino son identificados antes del embarazo, en la concepción o durante la gestación. los que se pueden clasificar como: Factores o enfermedades maternas, causas fetales, sociales e Iatrogénicas. Las enfermedades maternas pueden ser generales y ginecobstetricas, dentro de las generales se citan las infecciones graves, cardiopatías, respiratorias, nefropatías, anemias tabaquismo e ingestión de otras drogas y alcohol. Dentro de las ginecobstetricas se citan la edad materna adolescente o añosa, multiparidad, alteraciones cervicales, mioma uterino, corioamnionitis, placenta previa y hematoma retroplacentario. Causas fetales: gemelaridad que representa 20 % de los nacimientos prematuros, malformaciones congénitas y cromosomopatías. Dentro de las causas sociales se citan el bajo nivel socioeconómico, grado educativo bajo, estado civil (madre soltera y sin ocupación y como causas Iatrogénicas se resaltan la inducción precoz del parto o cesáreas electivas por enfermedades maternas generales con mala apreciación de la edad gestacional. (6, 7).

Diversos estudios muestran que su incidencia es mayor en las adolescentes, comparadas con la población general y los mecanismos asociados a este hecho no son totalmente conocidos. Su aparición guarda una correlación inversa con la edad de la madre (en particular en los grupos de 13 a 15 años). La etiología del incremento del riesgo en adolescentes embarazadas es discutida. Una causa posible sería la baja edad ginecológica, definida como, la edad cronológica menos la edad de la menarquia. A su vez, la inmadurez uterina y del cuello las predispondría a infecciones subclínicas como vaginosis bacterianas o infecciones urinarias, con el consiguiente aumento de la secreción de prostaglandinas que estaría implicado en el incremento de la incidencia de parto pretérmino en este sector poblacional (8).

La prematuridad puede ser electiva o espontánea, la electiva o gestación interrumpida secundaria a complicaciones maternas (placenta previa, desprendimiento de placenta, pre eclampsia, etc.) o fetales (restricción del crecimiento o sufrimiento fetal), corresponde a 25 % de los nacimientos prematuros. La espontánea al 75 % de los casos de trabajo de parto antes del término. Algunos estudios sugieren que la mujer con edad igual o mayor a 35 años tiene más riesgo de complicaciones obstétricas y fetales, como consecuencia de enfermedades crónicas y hábitos psicobiológicos inadecuados. Las fumadoras tienen 20 a 30 % más probabilidad de terminar en parto prematuro (9).

En relación con los embarazos múltiples, casi 50 % de los dobles y prácticamente todos los múltiples con tres o más fetos, terminan antes de las 37 semanas, con duración promedio más corta entre mayor es el número de fetos (36 semanas para los gemelares, 33 para los triples y 31 para los cuádruples). El parto prematuro espontáneo, o riesgo de repetición, varía de 14 a 22 %, y es de 28 a 42 % en dos partos prematuros e incluso 67 % en tres partos prematuros. En conclusión, la prematuridad es un estado relacionado con desnutrición y trastornos del desarrollo psicomotor que eleva de manera significativa la mortalidad neonatal, sobre todo por afecciones debidas a la inmadurez y cuando se vincula con la pobreza (10).

El parto pretérmino constituye el gran problema para obstetras y neonatólogos, tanto por las dificultades relacionadas con la fisiología, patología y atención al recién nacido prematuro, como por el pronóstico a largo plazo de estos niños. Las complicaciones relacionadas con la prematuridad se dividen a corto y largo plazo. A nivel del sistema nervioso central a corto plazo: la hemorragia intraventricular, asfixia, encefalopatía hipóxica isquémica, el edema cerebral y la hidrocefalia. A largo plazo, la retinopatía de la prematuridad, la parálisis cerebral infantil, el retraso mental, problemas del lenguaje y el aprendizaje, trastornos por déficit de atención, deterioro sensorial, visual y auditivo. En el aparato cardiovascular, la persistencia del conducto arterioso, hipotensión arterial y el foramen oval permeable.

En el aparato respiratorio a corto plazo: enfermedad de la membrana hialina, edema pulmonar, bronconeumonía, bloqueos aéreos, crisis de apnea, hipertensión pulmonar persistente y hemorragia pulmonar, a largo plazo se cita la displasia broncopulmonar. En el aparato digestivo la intolerancia digestiva y la enterocolitis necrosante; hematológicas la anemia de la prematuridad y dentro de los trastornos metabólicos: la hipotermia, hiperbilirrubinemia, hipoglicemia, hipocalcemia, hipomagnesemia, hiponatremia, hiperpotasemia y acidosis metabólica (11).

El conocimiento de la prematuridad ha implicado multiplicidad de investigaciones sobre los factores maternos asociados a ella; pero también, es importante el estudio sistemático de los factores fetales que evidencien la influencia del sexo, el retardo del crecimiento intrauterino, las infecciones intrauterinas, las malformaciones congénitas mayores y el antecedente de hermano nacido pretérmino (12). Ante la poca disponibilidad de información en nuestro medio, el objetivo de este estudio fue determinar los factores de

riesgos asociados a la prematuridad y al cuidado de enfermería en el servicio de neonatología del hospital Simón Bolívar de Cajamarca.

El presente Trabajo Académico contiene introducción, Generalidades; Capítulo I: Marco referencial: Planteamiento del problema, formulación del problema, objetivos y justificación; Capítulo II: Marco Teórico que incluye los antecedentes, bases teóricas, definición de términos, variable; Capítulo III: Metodología, Capítulo IV: Resultados e interpretación, análisis, discusión y propuesta de mejora, Capítulo V: Conclusiones y recomendaciones, referencias bibliográficas y anexos.

II. GENERALIDADES

El Hospital Simón Bolívar del Gobierno Regional de Cajamarca es una institución de salud referencial, teniendo en cuenta el nuevo modelo de Redes Integradas de Salud, el Hospital Simón Bolívar hoy en día brinda soporte referencial especializado, lo que significa que los casos que requieren atención especializada son referenciados desde el establecimiento de salud de un distrito o caserío a la provincia de Cajamarca en donde se atiende con mayor especialidad. Cabe precisar que se brinda atención mediante la referencia de otras provincias de la región al Hospital Simón Bolívar para que le brinde servicios adicionales especializados de atención de salud (13).

Dentro de la cartera de servicios se tiene: cirugía, infectología, geriatría, pediatría, oftalmología, oncología, traumatología, medicina interna, planificación familiar, odontología, psicología, nutrición, medicina interna, medicina física y rehabilitación, cardiología, Rayos X, odontopediatría, obstetricia y ginecología y neonatología. Cuyo objetivo es desarrollar un trabajo articulado en favor de la población usuaria, pero sobre todo ajustado a las necesidades de ellos, el hospital Simón Bolívar cobertura un área sanitaria integrada por cinco zonas sanitarias estas son: Huambocancha Baja, Baños del Inca, Magna Vallejo, San Juan y Pachacútec (14).

Desde la Red Integrada de Salud (RIS) Cajamarca se viene trabajando arduamente para continuar encaminando este nuevo modelo, de ahí que somos parte de un grupo de cinco RIS a nivel nacional que cuenta con apoyo profesional externo privado, para fortalecer y mejorar cada día el primer nivel de atención.

La unidad de neonatología es la encargada de la atención integral a los pacientes neonatos comprendidos desde su nacimiento hasta los 29 días de nacido, para proteger, recuperar y rehabilitar su salud. están equipadas con aparatos y dispositivos de monitorización complejos diseñados para satisfacer las necesidades específicas de los bebés pequeños, también se tiene respiradores artificiales, oxígeno, medicamentos e insumos para cuidados médicos, en esta unidad se promueve la lactancia materna, los cuidados centrados en el desarrollo, además se cubre las necesidades fisiológicas y psicosociales de neonatos y los padres, allí se encuentran los diferentes tipos de neonatos, como aquellos que nacen entre las 38 y 42 semanas de gestación. pre término (prematuro): aquellos nacidos antes de las

37 semanas de gestación, y los postérmino son aquellos que nacen luego de las 42 semanas de gestación (15).

Durante la estancia hospitalaria del recién nacido los padres pueden visitar y pasar tiempo con sus bebés mientras están ingresados en la unidad de neonatología, otros miembros de la familia también pueden visitar al bebé, pero solo durante las horas establecidas para las visitas y durante poco tiempo, algunas unidades exigen a los visitantes llevar batas hospitalarias, guantes y mascarillas, todas las personas antes de ingresar a la Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales (UCIN) deben lavarse las manos, esto es fundamental para mantener la UCIN lo más limpia posible a fin de que los bebés no se expongan a gérmenes.

Dependiendo de la salud del recién nacido, es posible que la madre lo lleve en brazos, incluso aunque esté conectado a un respirador o lleve una vía intravenosa, si los médicos consideran que eso sería excesivo, se podrá tomar la mano del bebé, acariciarle la cabeza, hablarle y cantarle, el contacto suave será lo que más tranquilizará al bebé. Pero, a algunos bebés muy prematuros, el contacto físico les resulta muy estresante, por lo que se sugiere a los padres que limiten el contacto físico, pero, que se sugiere que sigan pasando la mayor cantidad de tiempo junto a los bebés, se le debe preguntar al médico o al personal de enfermería qué tipo de contacto y cuánto contacto es el mejor para estos niños (16).

Es de importancia destacar que el equipo responsable de la atención inmediata del neonato está conformado por el médico neonatólogo, médico pediatra, médico cirujano y profesional de enfermería especialista en atención neonatal o con competencias para la atención del recién nacido. El profesional de enfermería responsable de la atención inmediata neonatal se encuentra presente en cada nacimiento para realizar la valoración de los factores de riesgo, decidir y aplicar las intervenciones indicadas y así, reducir las elevadas tasas de morbilidad y mortalidad neonatal inmediata; así como el riesgo de complicaciones severas e invalidantes.

La atención inmediata neonatal permite brindar los cuidados apropiados frente a los cambios fisiológicos de transición del ambiente intrauterino en el periodo inmediato al nacimiento para prevenir posibles daños, identificar y resolver oportunamente las situaciones de emergencia sobre todo la termorregulación en el recién nacido prematuro que ponen en riesgo la vida y/o puedan generar complicaciones.

Por lo tanto, el rol de enfermera es muy importante a la hora de realizar los controles ya que la hipotermia e hipertermia provocan graves consecuencias en el recién nacido como: hiperglucemia, enterocolitis necrotizante, bradicardias, hipoxia, apneas, etc. es por ello, que es necesario que los enfermeros que desarrollan su labor en el servicio conozcan la importancia de brindar un cuidado adecuado a los pacientes que se encuentran internados y requieren no solo de información sino también de prácticas correctas sobre termorregulación basada en conocimientos científicos, para evitar complicaciones, por un mal manejo del tratamiento, es por ello, que nace la motivación de estudiar los factores de riesgo asociados a la prematuridad y cuidados de enfermería por todos los beneficios que significa para evitar complicaciones sobre todo en el neonato prematuro (16).

CAPÍTULO I:

MARCO REFERENCIAL DEL PROBLEMA

1.1. Planteamiento del Problema

Un recién nacido pretérmino (RNPT) se considera aquel cuya gestación ha sido de 22 a menos de 37 semanas y pesa menos de 2,500 gramos, es particularmente susceptible a la hipotermia, debido a la elevada relación entre superficie corporal y peso, bajos depósitos de grasa parda y escaso glucógeno. En el recién nacido pretérmino, la capacidad de producir calor es limitada y los mecanismos de pérdidas pueden estar aumentados, según la edad gestacional y los cuidados en el momento del nacimiento y el periodo de adaptación.

La OMS afirma que más de 15 millones de bebés nacen prematuramente cada año en el mundo, y más de un millón fallecen por complicaciones derivadas de su nacimiento. En países desarrollados 90% de estos bebés tienen posibilidades de sobrevivir, aunque pueden sufrir discapacidades físicas, neurológicas y de aprendizaje; sin embargo, en países en desarrollo como Bolivia solo el 10% puede sobrevivir, así mismo se encontró información que a nivel mundial, cada año nacen 15 millones de niños prematuros y aproximadamente más de un millón de ellos muere a causa de las complicaciones relacionadas con la prematuridad (17).

CLAP/OPS/OMS– (2020) refieren que en medio siglo se han registrado importantes mejoras en la salud de la población de la región de las Américas. Entre estos logros, las tasas de mortalidad infantil y neonatal se han reducido gracias a un mayor acceso a intervenciones y prácticas específicas, la superación de las enfermedades y la incorporación de la perspectiva de derechos en la atención. Sin embargo, quedan importantes desafíos por delante. La mortalidad infantil, si bien se redujo, actualmente se concentra en los bebés menores de 28 días y la contribución de las enfermedades y la discapacidad en niños, vinculada a la prematuridad, es muy elevada (18).

Algunas cifras que avalan, que todavía quedan retos por superar: en 2019, la tasa de mortalidad neonatal en las Américas fue de 7,7 por cada 1.000 nacidos vivos (es decir, más de 110.000 muertes neonatales) y oscila entre 2,3 y más de 3 entre países de la región. Específicamente en América Latina y el Caribe, la tasa fue 1,6 puntos mayor, alcanzando cerca de 13.700 muertes neonatales. Por su parte, el Grupo Inter agencial de las Naciones

Unidas para la estimación de la mortalidad infantil, refieren que cada año nacen muertos en el mundo alrededor de 2 millones de neonatos. Una pérdida que va mucho más allá de la pérdida de vidas, con un efecto traumático en las mujeres y sus familias (19).

Según el Ministerio de Salud (MINSA). Los nacimientos prematuros en el Perú han registrado un ligero aumento en lo que va del año. De enero a octubre de 2022 se reportaron 27,383 nacimientos prematuros, lo que representa un incremento de 0.10 % en comparación con el mismo periodo del 2021. Así lo revela el Sistema de Registro del Certificado de Nacido Vivo en Línea del MINSA. Los bebés prematuros representaron en dicho período 6.89 % del total de nacidos vivos, mientras que entre enero y octubre del 2021 fueron el 6.79 %. Como se sabe, la prematuridad es un factor de riesgo de morbilidad y mortalidad infantil en todo el mundo, constituyéndose como uno de los problemas más importantes de la salud pública (20).

En el Perú, hasta la Semana Epidemiológica (SE) 40-2022 se produjeron un total de 1898 muertes neonatales, de los cuales 67.6 % fueron por prematuridad o complicaciones relacionadas con la prematuridad, según la Sala Virtual de Muerte Fetal y Neonatal del Centro Nacional de Epidemiología, Prevención y Control de Enfermedades (CNDC Perú). Los bebés prematuros representaron en dicho período 6.89 % del total de nacidos vivos, mientras que entre enero y octubre del 2021 fueron 6.79 %. Como se sabe, la prematuridad es un factor de riesgo de morbilidad y mortalidad infantil en todo el mundo, constituyéndose como uno de los problemas más importantes de la salud pública ((21).

Como se tienen conocimiento, cuando un bebé nace antes de tiempo enfrenta diferentes riesgos con múltiples consecuencias, desde impedimentos físicos, deficiencias visuales o auditivas, enfermedades pulmonares crónicas, hasta discapacidades motrices de origen neuronal como la parálisis cerebral. La carga que esto representa para los sobrevivientes y sus familias una situación devastadora, en especial si viven en condiciones de ingresos bajos o pobreza. Es así que, con el fin de elevar la conciencia de la población sobre atención de este problema, se hace necesario fortalecer competencias del profesional de la salud, específicamente de las Enfermeras/os para ayudarles a encontrar diferentes soluciones de cómo cuidar a un neonato prematuro desde el más común hasta el más complejo, Frente a esta situación surge la siguiente pregunta.

1.2. Formulación del problema

¿Cuáles son los factores de riesgos asociados a la prematuridad del neonato atendidos en el servicio de neonatología del Hospital Simón Bolívar, Cajamarca, 2023?

1.3. Objetivos

General.

Determinar los factores de riesgos asociados a la prematuridad del neonato atendidos en el servicio de neonatología del Hospital Simón Bolívar, Cajamarca, 2023.

Específicos.

1. Identificar los factores de riesgo maternos, (edad, paridad, antecedentes de preclamsia, insuficiencia de controles pre natales) asociados a la prematuridad del neonato atendido en el servicio de neonatología
2. Identificar los factores de riesgos neonatales (sexo, peso al nacer, puntaje de APGAR) asociados a la prematuridad del neonato atendido en el servicio de neonatología

1.4. Justificación

Este trabajo académico es conveniente porque se ha identificado que en el servicio de neonatología existen muchos nacimientos de neonatos prematuros cuyas vidas están en riesgo y necesitan de atención adecuada y oportuna

El presente trabajo académico servirá de base para futuras investigación en el tema, así como para mejorar los cuidados del neonato prematuro, así mismo, servirá de guía a los profesionales de enfermería, médicos, técnicos para brindar la atención de calidad, así como de fuente bibliográfica para otros trabajos sobre el mismo tema.

Con el presente trabajo académico se podrá conocer en mayor medida los riesgos maternos y neonatales sobre prematuridad en el neonato, así como la relación entre ellas. Con los resultados del presente trabajo académico, se podrá proponer, desarrollar y ejecutar actividades para mejorar el cuidado de enfermería en el servicio de neonatología, así como

en otros servicios del Hospital Simón Bolívar de Cajamarca. así mismo, con este trabajo Académico se ha creado un nuevo instrumento para la recolección de datos, y que podrá ser empleado por otras investigaciones,

CAPÍTULO II: MARCO TEÓRICO

2.1. Antecedentes

Internacionales

Díaz-Granda R. et. al. (2018) realizaron un estudio sobre Factores fetales asociados a prematuridad, siendo su objetivo: identificar los factores fetales asociados a la prematuridad en el Hospital Vicente Corral de Cuenca-Ecuador en el periodo 2016-2017, se obtuvo una muestra de 160 casos y 320 controles. Se realizó un análisis estadístico descriptivo e inferencial, para establecer la asociación estadística se utilizó OR, IC 95% y significancia estadística con p-valor $<0,05$. Siendo los resultados que en el grupo de casos se encontró 75,0% prematuros tardíos y en el grupo control 62,5% nacidos a término completos.

La prematuridad se asoció con: paridad OR=7,36; IC 95%=2,61-20,74; $p=0,000$. Antecedente de hermano nacido pretérmino OR=2,96; IC 95%=1,61-5,44; $p=0,000$. Peso de nacimiento menor al percentil 10 OR=1,66; IC 95%=1,01-2,75; $p=0,048$. Los factores que no se asociaron con prematuridad fueron: sexo $\chi^2=0,100$; p-valor=0,752. Malformaciones congénitas mayores OR=2,02; IC 95%=0,40-10,12; $p=0,405$. Conclusiones: en el presente estudio predominaron en el grupo de casos los pretérminos tardíos y en el grupo control los nacidos a término completos. Los factores fetales verdaderamente asociados a prematuridad fueron: gemelaridad, el antecedente de hermano nacido pretérmino y peso de nacimiento menor al percentil 10; el sexo del neonato y las malformaciones congénitas mayores no se asociaron a la prematuridad (22).

León J. A. (2018) realizó una investigación cuyo objetivo fue Estudiar las características clínicas, maternas y neonatales del conjunto de recién nacidos con edad gestacional ≤ 28 semanas en función del sexo. Siendo los resultados, en los recién nacidos con edad gestacional 28 semanas, la proporción de sexo masculino es mucho mayor (el 59,8 frente al 40,2 por ciento), en comparación con la proporción encontrada en el global de recién nacidos atendidos en nuestro servicio (el 50,6 frente al 49,4 por ciento) durante el mismo período ($p < 0,01$).

De igual forma, en los recién nacidos de sexo masculino se encontró un incremento significativo en el porcentaje de madres cuyo parto se inició de forma espontánea, así como

un aumento en el porcentaje de partos vaginales. En el resto de las variables analizadas no encontramos diferencias significativas entre los sexos. La mortalidad intrahospitalaria global fue del 27,5 por ciento. No se encontraron diferencias en el porcentaje de recién nacidos que fallecieron durante las primeras 72 h ni a lo largo del período de ingreso hospitalario. Concluyendo que las diferencias encontradas en los parámetros del período intraparto podrían explicarse por la implicación diferencial de las distintas hormonas sexuales en la contractilidad uterina. Sin embargo, se ha encontrado evidencia de que el sexo influye de forma determinante para la morbilidad posnatal en el conjunto de recién nacidos extremadamente prematuros (23).

Montero A. A. et. al. (2019). Realizaron un estudio sobre los riesgos maternos asociados a la prematuridad en el servicio de Neonatología del Hospital General Provincial Carlos M. de Céspedes, en Bayamo, Granma, en el periodo comprendido de los años 2016 al 2018. Cuyo objetivo fue determinar los factores maternos de riesgo de neonatos prematuros que tuvieron un parto antes de las 37 semanas. Llegando a los siguientes resultados. Los riesgos maternos como: edad materna, paridad, nivel de escolaridad, nivel socioeconómico hábitos tóxicos y enfermedades maternas, infecciones genitourinarias, embarazos múltiples, abortos previos, ruptura prematura de membranas y placenta previa, así como el hábito de fumar están relacionadas con la prematuridad, como las causas principales de prematuridad. Concluyendo que los hijos de madres con hábitos tóxicos, el embarazo en la adolescencia, las enfermedades maternas asociadas al embarazo (anemia, hipertensión arterial, infección cervicovaginal), embarazos múltiples, abortos previos e infección del tracto urinario, tienen más probabilidades del nacimiento antes del término de la gestación; y constituyeron factores maternos de riesgo de nacimientos prematuros (24).

Añazco, J. & Lucas, K. (2019). En su investigación titulada “Factores maternos que se asocian a la prematuridad en un Hospital en Ecuador, 2019”, el objetivo fue identificar los factores por parte de la madre asociados a partos prematuros, la metodología fue descriptiva. Como resultados se obtuvo: 58% oscilaren entre edades de 25 a 30 años, 87% tuvieron 1 parto, 49% tuvieron más de 5 atenciones prenatales, 76% tuvo ITU como antecedente, 12% RPM, 7% Hipertensión Arterial y 5% Diabetes, 12% tuvo sífilis, 2% Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH). Llegando a la conclusión que se encontraron factores que se asociaron a partos prematuros. (25).

Bigolin J. L. et. al. (2021) realizaron una investigación., cuyo objetivo fue analizar las variables obstétricas asociadas con el nacimiento de bebés prematuros moderados y tardíos en una ciudad de la región sur de Brasil, fue estudio transversal que analizó las variables obstétricas de 151 recién nacidos prematuros moderados y tardíos desde mayo de 2016 hasta mayo de 2017 que residen en Santa Maria/RS. Los datos fueron recolectados, por medio de un instrumento específico, diariamente, y posteriormente analizados de manera descriptiva y por comparación de frecuencia y correlación, siendo los resultados La paridad (14,6%) fue la característica más frecuente entre los tardíos, en comparación con el grupo de moderados ($p = 0,019$). Los otros factores no mostraron diferencias significativas. El mayor número de partos prematuros anteriores tiene una correlación significativa con la menor edad gestacional al nacer ($IC = -0.522, p = 0.008$). concluyen que para los dos grupos de recién nacidos prematuros estudiados, los motivos no mostraron ninguna diferencia significativa, lo que sugiere homogeneidad con respecto a los motivos obstétricos para el parto prematuro (26).

Nacionales

Reategui G. M. (2018). Realizó un estudio cuyo objetivo fue determinar los factores asociados a prematuridad en gestantes adolescentes atendidas en el Hospital III Iquitos de EsSALUD, enero 2016 a diciembre 2018. fue un estudio de tipo cuantitativo, analítico de diseño caso control, evaluando a 58 gestantes adolescentes con RN prematuro y 116 gestantes adolescentes con RN a término, obteniendo información de su edad, procedencia, IMC pregestacional, ganancia de peso y morbilidad materna, determinado el OR y su significancia a través de la prueba no paramétrica del chi cuadrado. Siendo los resultados:

Las gestantes adolescentes de 14 a 16 años tuvieron un mayor riesgo no significativo ($OR=3.23, p=0.065$) de tener un recién nacido pretérmino que las gestantes adolescentes de 17 a 19 años. Las gestantes adolescentes que proceden de la zona urbana tienen un menor riesgo no significativo ($OR=0.579, p=0.132$) de tener un recién nacido pretérmino que las gestantes adolescentes que proceden de la zona urbanomarginal. Las gestantes adolescentes con bajo peso tienen un mayor riesgo significativo ($OR=2.23, p= 0.045$) de tener un recién nacido pretérmino que las gestantes adolescentes con peso normal.

Las gestantes adolescentes con sobrepeso tienen un mayor riesgo no significativo ($OR=1.42, p= 0.637$) de tener un recién nacido pretérmino que las gestantes adolescentes

con peso normal. Las gestantes adolescentes con bajo peso y ganancia de peso no adecuado tienen un mayor riesgo significativo (OR=4.5, p= 0.048) de tener un recién nacido pretérmino que las gestantes adolescentes con bajo peso y ganancia de peso adecuado. xi Las gestantes adolescentes con peso normal y ganancia de peso no adecuado tienen un mayor riesgo significativo (OR=2.79, p= 0.018) de tener un recién nacido pretérmino que las gestantes adolescentes con peso normal y ganancia de peso adecuado.

Las gestantes adolescentes con sobrepeso y ganancia de peso no adecuado tienen un menor riesgo no significativo (OR=0.33, p= 0.465) de tener un recién nacido pretérmino que las gestantes adolescentes con sobrepeso y ganancia de peso adecuado. Las gestantes adolescentes que presentan durante su embarazo infección urinaria (OR 1.94, p=0.041), anemia (OR 1.94, p= 0.040), hipertensión inducida en el embarazo (OR 2.22, p=0.040) ruptura prematura de membrana (OR 2.48, p= 0.048) y preeclampsia (OR=2.81, p= 0.034) tienen un riesgo significativo de presentar recién nacido pretérmino. Conclusión: El bajo índice de masa corporal, la inadecuada ganancia de peso y la presencia de morbilidad materna son factores asociados a recién nacido pretérmino (27).

Vergara M. A. (2019) su investigación tuvo como objetivo determinar los factores asociados a prematuridad en recién nacidos por cesárea a causa de preeclampsia en el servicio de Neonatología del Hospital Sergio E. Bernales en el periodo 2017-2019. fue un estudio observacional, transversal analítico. Se calculó un tamaño muestral de 189, divididos en 63 expuestos y 126 no expuestos seleccionados mediante un muestreo aleatorio simple por revisión de historias clínicas. Los datos fueron analizados mediante el programa estadístico STATA Ver. 15. Se utilizó estadística descriptiva y analítica, con una medida de asociación Razón de Prevalencia y $p < 0.05$ significativo con un nivel de confianza del 95%. Siendo los resultados que las variables significativas fueron peso al nacer y la insuficiencia de los controles prenatales. Concluyendo que el inadecuado peso al nacer y la insuficiencia de los controles prenatales son un factor asociado a la prematuridad en la población en estudio (28).

Huarcaya-Gutierrez R. et. al. (2019). Desarrollaron la investigación que lleva por título Factores de riesgo asociados a l parto pretérmino en madres jóvenes atendidas en un hospital de Perú. Cuyo objetivo fue determinar los factores de riesgo asociados con el parto pretérmino en madres jóvenes atendidas en un Hospital de Lima, Perú. Fue un estudio no experimental, analítico y retrospectivo de 32 madres con parto pretérmino y 292 a término

(seleccionadas aleatoriamente), desde enero hasta agosto de 2016 en el mencionado centro hospitalario. Se utilizó la prueba de Ji al cuadrado o test de Fisher, según fue necesario, así como el *odds ratio* (OR) con sus intervalos de confianza al 95 %.dentro de los resultados se tiene que los factores sociodemográficos como la instrucción, la ocupación y el estado conyugal no estuvieron relacionados con el parto pretérmino; en tanto, los pregestacionales (índice de masa corporal y antecedente de parto pretérmino) se asociaron significativamente y los clínicos (infección del tracto urinario, rotura prematura de membranas y preeclampsia) demostraron asociación estadística. Concluyen que el índice de masa corporal pregestacional ≥ 25 kg/m², el antecedente de parto pretérmino, la infección urinaria, la rotura prematura de membranas y la preeclampsia, incrementaron significativamente el riesgo de parto pretérmino (29).

Vergara, A. (2020). En su estudio titulado “Factores relacionados a partos abdominales prematuros por preeclampsia en un Hospital de Lima, 2020”, como objetivo se tuvo identificar los factores que se asocian a prematuridad, el estudio fue observacional de corte transversal, como resultados se obtuvieron: 52% de prematuros fueron mujeres y 48% varones, 57% no tuvo peso adecuado, 14% tuvieron APGAR bajo durante el primer minuto y 6% a los cinco minutos de nacido, la edad gestacional fue entre 29 a 36 semanas, la edad materna osciló entre 15 a 44 años, 66% fueron multíparas, 32% tuvo antecedente de preeclampsia, 53% tuvieron atenciones prenatales insuficientes. Concluyendo que se encontraron factores que se asociaron a recién nacidos prematuros (30).

Toro-Huamanchumo C. et.al. (2021). Cuyo objetivo fue identificar los factores maternos asociados a prematuridad, **fue** un estudio de tipo caso-control retrospectivo en 2000 recién nacidos vivos de un hospital público de Trujillo, entre el 2015-2019. Se dividieron los grupos según el criterio de edad gestacional. Se analizaron las variables clínicas maternas pareadas según prematuridad o a término, y se realizó un análisis bivariado y multivariado por regresión logística ajustada por confusores, siendo los resultados: el número de controles prenatales menor a cuatro durante la gestación, está asociado a prematuridad (OR 2,65; IC95%: 2,21-3,18). Por otro lado, la ausencia de una infección del tracto urinario (OR 0,73; IC95%: 0,56-0,95), está asociado a menor riesgo de prematuridad. Concluyendo que el número de controles prenatales es un factor asociado importante para parto prematuro, mientras que la ausencia de una ITU puede estar asociada a menor tasa de partos prematuros en gestantes de riesgo (31).

Local

Ventura, M. (2019). En su investigación titulada “Factores relacionados con el parto pre término. Hospital Regional Docente de Cajamarca, 2019.” Con el objetivo de determinar si existe relación entre los factores y parto prematuro. El estudio fue de tipo descriptivo - correlacional, no experimental - transversal. Como muestra tuvo 160 gestantes. Como resultados se obtuvo: en relación a los factores sociales un 26% se encontraban entre 15 y 19 años de edad y un 22% entre 35 a 39 años, 28% tuvo un grado de instrucción primaria completa, 65% vivían en el área urbano marginal, 62% se dedicaban a su casa, 85% convivían, respecto a los factores obstétricos un 59% contó con no más de 6 controles prenatales, 31% presentó periodo intergenésico < de 5 años, 43% no tuvieron partos anteriores, 15% tuvieron aborto y 9% parto prematuro, 14% embarazo gemelar, 28% trastorno hipertensivo, 31% Ruptura Prematura de Membranas (RPM), en cuánto a los factores clínicos al 9% se les encontró anemia, 29% infección a las vías urinarias y un 11% vaginitis bacteriana. Concluyendo que si se asocian los factores sociales, obstétricos y clínicos con partos prematuros (2019).(32).

Florentino R. K. y Huerta A. L. (2021) desarrollaron la presente Investigación Titulada Factores De Riesgo Relacionados A Partos Prematuros En Gestantes Que Acuden Al Hospital Regional Docente De Cajamarca, 2021, tuvo como objetivo determinar la relación que existe entre factores de riesgo y partos prematuros en gestantes que acuden al Hospital Regional Docente de Cajamarca, 2021. resultados se obtuvieron: respecto a las características sociodemográficas de las gestantes el 31,3% oscilaron entre 21 y 27 años de edad, 58,8% pertenecieron a Cajamarca siendo zona urbana, 60% fueron convivientes, 45% tuvieron grado de instrucción secundaria, 62,5% de ocupación su casa, referente a partos prematuros el 71,3% de la muestra SI tuvieron partos prematuros, 30% tuvieron entre 32 a 34 semanas de gestación, 17,5% entre 35 a 36 semanas, 15% entre 28 a 31 semanas y 8,8% menor de 28 semanas.

Con respecto a factores de riesgo, se obtuvo entre los maternos el 16,3% fue Infección de Tracto Urinario (ITU), 6,3% Preeclampsia, 1,3% Diabetes mellitus, 6,3% antecedente de parto prematuro, 28,8% Ruptura Prematura de Membranas (RPM), en factores fetales se encontró que el 5% fue embarazo múltiple y factores ovulares el 8,8% fue Desprendimiento Prematuro de Placenta (DPP). Concluyendo que existe relación significativa entre factores

de riesgo y partos prematuros en el Hospital Regional Docente de Cajamarca, 2021, que fue sacado mediante la prueba estadística de Chi cuadrado (33).

2.2. Bases Teóricas

Factores de riesgo

Definición: Es cualquier característica o circunstancia detectable de una persona o grupo de personas que se sabe asociada con un aumento en la probabilidad de padecer, desarrollar o estar especialmente expuesto a una enfermedad (34)

Tipos de factores de riesgo

Factores de riesgo relacionados con la madre

Edad de la madre. Lapso de tiempo que transcurre desde el nacimiento hasta el momento de referencia. Cada uno de los periodos evolutivos en que, por tener ciertas características comunes, se divide la vida humana: infancia, juventud, edad adulta y vejez.

Diccionario Médico. edad. Clínica universitaria de Navarra. Disponible en <https://www.cun.es/diccionario-medico/terminos/edad>

Paridad: Número de hijos nacidos vivos y fetos muertos mayores de 20 semanas de gestación que haya tenido la madre. Nulípara: si nunca ha tenido hijos, primípara (un hijo), múltipara (dos a cuatro hijos) y gran múltipara (cinco o más) (28).

Control prenatal, clasificadas en número de consultas prenatales y se refiere a las entrevistas o visitas programadas que realiza la embarazada con integrantes del equipo de salud, con el objeto de vigilar la evolución del embarazo y obtener una adecuada preparación para el parto y la crianza, establecidas por la OPS-OMS como: Controlado (más de seis controles), mal controlado (cuatro a seis controles) y no controlado (menos de cuatro controles) (28).

Los antecedentes de preeclampsia se refieren a la complicación del embarazo, a causa de ésta es posible que la embarazada tenga presión arterial alta, niveles altos de proteína en la orina que indiquen daño renal (proteinuria) u otros signos de daño en los órganos. La preeclampsia por lo general comienza luego de las 20 semanas de embarazo en mujeres cuya presión arterial ha estado dentro de los valores normales hasta entonces.

Control Prenatal. permite detectar en forma oportuna cualquier complicación que pueda poner en peligro la vida de la madre o la del niño por nacer y actuar en forma adecuada para salvar ambas vidas”, la atención prenatal debe ser temprana y periódica, para mantener una maternidad saludable y segura, las madres deben iniciar el control prenatal en el primer trimestre y luego cada mes, es recomendable que acudan con su pareja o acompañante (35)

Factores de riesgo relacionados con el neonato

Sexo: condición de un organismo que distingue entre masculino y femenino, según el caso

El peso al nacer es una variable antropométrica, clasificados en: hasta 999 g, de 1.000 a 1 499 g, 1 500-2 499 g y mayor de 2 500 g.

Apgar al minuto (1') y a los cinco minutos (5'), descrita como la primera valoración sobre el estado general del neonato después del parto, clasificado en: 0 a 3 puntos (malas condiciones), 4 a 6 puntos (regulares condiciones) y 7 a 10 puntos (buenas condiciones) (36).

Prematuridad:

Se define como todo aquel neonato que nace antes de las 37 semanas de edad gestacional completas (hasta 258 días después del primer día de menstruación), se trata de la principal causa de morbi-mortalidad neonatal. (37).

puede ser clasificada en: prematuridad límite (entre 37 - 38 semanas), prematuridad moderada (entre 31 - 36 semanas), prematuridad extrema (entre 28 - 30 semanas con peso al nacer < 1 500 gramos) y prematuridad muy extrema cuando es menor de 28 semanas y peso al nacer menor de 1000 gramos. En la actualidad se consideran límites de viabilidad una edad gestacional de 24 semanas y un peso de 500 - 600 gramos (9).

La prematuridad se clasifica en:

Clasificación de prematuridad según la edad gestacional:

- Prematuro moderado a tardío: de 32 a 36 semanas.
- Muy prematuros: de 28 a 31 semanas.

- Extremadamente prematuro: Recién nacido antes de las 28 semanas, luego de las 20 semanas (37)

Causas de prematuridad:

- **Factores relacionados a la madre:** gestantes de edad avanzada, antecedente de parto prematuro, incompetencia cervical.
- **Factores relacionados al feto:** Malformaciones congénitas.
- **Factores relacionados a la gestación:** Preeclampsia, infecciones del tracto urinario, corioamnionitis, ruptura prematura de membranas, embarazo múltiple, diabetes materna, vaginosis bacteriana. (37)

Complicaciones de la prematuridad:

- Hemorragia intraventricular y leucomalacia, se ha encontrado asociación entre esta patología y eventos 24 infecciosos o inflamatorios durante la gestación como ruptura prematura de membranas o corioamnionitis.
- La relación con la preeclampsia o cualquier estado hipertensivo del embarazo está en controversia, algunos estudios refieren menor incidencia en los hijos de madres con preeclampsia. (35). Algunos autores refieren como consecuencia alteraciones en el desarrollo neurocognitivo en los primeros 2 años de vida.

Características físicas de un recién nacido prematuro

- Tamaño reducido.
- Cabeza grande en relación con el resto del cuerpo.
- Poca grasa bajo la piel.
- Piel rosada, fina, brillante.
- Venas visibles debajo de la piel.
- Pocas arrugas en las plantas de los pies.
- Escaso vello.
- Orejas suaves, con poco cartílago.

Los bebés prematuros, en especial, los que nacieron con mucha anterioridad, suelen tener problemas complicados. Por lo general, las complicaciones por el nacimiento prematuro varían. Sin embargo, cuanto más temprano nazca un bebé, el riesgo de tener complicaciones será más alto (38).

Riesgos de la prematuridad.

- Los bebés prematuros son más propensos a tener problemas de salud crónicos (algunos de los cuales requieren atención hospitalaria) que los niños nacidos a término. Hay más posibilidades de que se manifiesten infecciones, asma y problemas de alimentación o de que estos persistan (38).

Síntomas

El bebé puede tener síntomas muy leves de nacimiento prematuro o puede tener complicaciones más evidentes.

Algunos signos de nacimiento prematuro son los siguientes:

- Tamaño pequeño con cabeza desproporcionadamente grande
- Apariencia más delgada con rasgos menos redondeados que los de un bebé que nació a término, debido a la falta de reservas de grasa
- Cabello fino (lanugo) en casi todo el cuerpo
- Temperatura corporal baja, en especial, inmediatamente después del nacimiento en la sala de parto debido a la falta de grasa corporal almacenada
- Respiración fatigosa o dificultad para respirar
- Falta de reflejos para succionar y tragar, lo que provoca dificultades para alimentarse

Las tablas siguientes muestran el promedio del peso, la longitud y el perímetro cefálico al momento de nacer en bebés prematuros de cada sexo en diferentes edades de gestación (38).

Peso, longitud y perímetro cefálico por edad gestacional en varones

| Edad gestacional | Peso | Longitud | Perímetro cefálico |
|-------------------------|-------------------------|-------------------|---------------------------|
| 40 semanas | 7 lb, 7,9 oz. (3,4 kg) | 20 in (51 cm) | 13,8 in (35 cm) |
| 35 semanas | 5 lb, 8 oz. (2,5 kg) | 18,1 in (46 cm) | 12,6 in (32 cm) |
| 32 semanas | 3 lb, 15,5 oz. (1,8 kg) | 16,5 in (42 cm) | 11,6 in (29,5 cm) |
| 28 semanas | 2 lb, 6,8 oz. (1,1 kg) | 14,4 in (36,5 cm) | 10,2 in (26 cm) |
| 24 semanas | 1 lb, 6,9 oz. (0,65 kg) | 12,2 in (31 cm) | 8,7 in (22 cm) |

Peso, longitud y perímetro cefálico por edad gestacional en niñas

| Edad gestacional | Peso | Longitud | Perímetro cefálico |
|-------------------------|-------------------------|-----------------|---------------------------|
| 35 semanas | 5 lb, 4,7 oz. (2,4 kg) | 17,7 in (45 cm) | 12,4 in (31,5 cm) |
| 32 semanas | 3 lb, 12 oz. (1,7 kg) | 16,5 in (42 cm) | 11,4 in (29 cm) |
| 28 semanas | 2 lb, 3,3 oz. (1,0 kg) | 14,1 in (36 cm) | 9,8 in (25 cm) |
| 24 semanas | 1 lb, 5,2 oz. (0,60 kg) | 12,6 in (32 cm) | 8,3 in (21 cm) |

Complicaciones

Si bien no todos los bebés prematuros tienen complicaciones, el nacimiento temprano puede causarles problemas de salud a corto y a largo plazo. Por lo general, cuanto más temprano nace un bebé, más alto es el riesgo de tener complicaciones. El peso al nacer es también muy importante. (39).

Algunos problemas pueden manifestarse al momento del nacimiento mientras que otros pueden desarrollarse más adelante.

Complicaciones a corto plazo

Durante las primeras semanas, las complicaciones de un parto prematuro pueden incluir lo siguiente:

- **Problemas respiratorios.** Puede tener dificultad para respirar, ya que su sistema respiratorio es inmaduro. Si a los pulmones del bebé les falta surfactante (una sustancia que permite que estos se expandan), el bebé puede padecer el síndrome de dificultad respiratoria, ya que los pulmones no pueden expandirse y contraerse con normalidad. Además, algunos bebés prematuros sufren pausas prolongadas en la respiración, lo que se conoce como apnea.
- **Problemas cardíacos.** Los más frecuentes son el conducto arterioso persistente y la presión arterial baja (hipotensión). El conducto arterioso persistente es una abertura persistente que se encuentra entre la aorta y la arteria pulmonar. Si bien este defecto del corazón a menudo se cierra solo, si no se trata, se puede producir un soplo cardíaco, insuficiencia cardíaca u otras complicaciones. Para la hipotensión arterial, es posible que se deba hacer un ajuste en los líquidos intravenosos, los medicamentos y, a veces, las transfusiones sanguíneas.
- **Problemas cerebrales.** Cuanto más temprano nace un bebé, mayor es el riesgo de sangrado en el cerebro, lo que se conoce como hemorragia intraventricular. La mayoría de las hemorragias son leves y se resuelven con pocos efectos a corto plazo. Sin embargo, algunos bebés pueden tener un mayor sangrado cerebral que causa una lesión cerebral permanente.
- **Problemas de control de temperatura.** Los bebés prematuros pueden perder calor rápidamente. No tienen la misma grasa corporal almacenada que un bebé que nació a

término y no pueden generar el calor suficiente como para contrarrestar lo que se pierde a través de la superficie corporal. Si la temperatura corporal baja demasiado, la temperatura central puede ser más baja de lo normal, lo que se conoce como hipotermia.

- **Problemas gastrointestinales.** Los bebés prematuros son más propensos a tener el sistema gastrointestinal inmaduro, lo que les genera complicaciones como la enterocolitis necrosante.
- **Problemas sanguíneos.** Los bebés prematuros corren riesgo de tener problemas sanguíneos como anemia e ictericia del recién nacido. La anemia es una afección frecuente que se produce cuando el cuerpo no tiene los glóbulos rojos suficientes.
- **La ictericia del recién nacido,** Consiste en un cambio de color en la piel y los ojos del bebé, que se tornan amarillos, y ocurre porque la sangre contiene un exceso de bilirrubina, una sustancia de color amarillo proveniente del hígado o los glóbulos rojos. Si bien la ictericia tiene muchas causas, es más común en los bebés prematuros.
- **Problemas metabólicos.** Los bebés prematuros suelen tener problemas en el metabolismo. Algunos pueden tener un nivel anormalmente bajo de glucosa sanguínea (hipoglucemia). Esto puede ocurrir porque generalmente tienen reservas más reducidas de glucosa que los bebés nacidos a término.
- **Problemas del sistema inmunitario.** Un sistema inmunitario que no se desarrolló por completo, lo que es frecuente en bebés prematuros, puede aumentar el riesgo de contraer infecciones. En un bebé prematuro, una infección se puede extender con rapidez a la sangre y provocar septicemia, una infección que se disemina por el torrente sanguíneo (39).

Complicaciones a largo plazo

A largo plazo, el nacimiento prematuro puede generar las siguientes complicaciones:

- **Parálisis cerebral.** La parálisis cerebral es un trastorno del movimiento, el tono muscular o la postura que puede deberse a una infección, un flujo sanguíneo

inadecuado o una lesión en el cerebro en desarrollo de un recién nacido en una etapa temprana del embarazo o cuando el bebé es pequeño e inmaduro.

- **Dificultades en el aprendizaje.** En varios hitos fundamentales del desarrollo, los bebés prematuros son más propensos a retrasarse que los bebés que nacieron a término. En la edad escolar, un niño que nació prematuro será más propenso a tener problemas de aprendizaje.
- **Problemas de visión.** Los bebés prematuros pueden padecer retinopatía del prematuro, una enfermedad que se produce cuando los vasos sanguíneos se hinchan y crecen en exceso en la capa de nervios sensibles a la luz en la parte posterior del ojo (retina). Algunas veces, los vasos anómalos generan gradualmente cicatrices en la retina y la desplazan de su lugar. Cuando la retina se desplaza de la parte posterior del ojo, se denomina "desprendimiento de retina", una afección que, si no se detecta, puede deteriorar la visión y provocar ceguera.
- **Problemas de audición.** Los bebés prematuros tienen un mayor riesgo de sufrir algún grado de pérdida auditiva. A todos los bebés se les controla la audición antes del alta hospitalaria.
- **Problemas dentales.** Los bebés prematuros que han estado gravemente enfermos tienen un mayor riesgo de sufrir problemas en los dientes, como retraso en la salida de los dientes, cambios de color en los dientes y mala alineación dental.
- **Problemas psicológicos y de conducta.** Los bebés que nacieron de manera prematura son más propensos que los nacidos a término a tener ciertos problemas psicológicos o de conducta, así como retraso en el desarrollo.
- **Problemas de salud crónicos.** Los bebés prematuros son más propensos a tener problemas de salud crónicos (algunos de los cuales requieren atención hospitalaria) que los niños nacidos a término. Hay más posibilidades de que se manifiesten infecciones, asma y problemas de alimentación o de que estos persistan. Los bebés prematuros también tienen un mayor riesgo de padecer el síndrome de muerte infantil súbita (39).

Prevención

Aunque la causa exacta del parto prematuro con frecuencia se desconoce, lo siguiente puede ayudar a las mujeres (en especial a las que tienen un mayor riesgo) a reducir el riesgo de tener un parto prematuro: (40).

- **Suplementos de progesterona.** Las mujeres que tienen antecedentes de parto prematuro, cuello uterino corto o ambos factores podrían reducir el riesgo de parto prematuro con un aporte de suplementos de progesterona.
- **Cerclaje cervical.** Es un procedimiento quirúrgico que se hace durante el embarazo a las mujeres que tienen cuello uterino corto o antecedentes de acortamiento cervical que provocó un nacimiento prematuro.
Durante este procedimiento, se cierra el cuello del útero con suturas fuertes que pueden ofrecer al útero un soporte adicional. Las suturas se quitan cuando llega el momento de dar a luz al bebé. Pregúntale al médico si necesitas evitar la actividad intensa durante el resto de tu embarazo (49).

Forma en que se realiza el examen (40).

La prueba de Apgar la realiza un médico pediatra, una enfermera examina en el bebé:

- Esfuerzo respiratorio
- Frecuencia cardíaca
- Tono muscular
- Reflejos
- Color de la piel

A cada una de estas categorías se le da un puntaje de 0, 1 o 2 según el estado observado.

Esfuerzo respiratorio:

- Si el bebé no está respirando, el puntaje es 0.
- Si las respiraciones son lentas o irregulares, el puntaje del bebé es 1 en esfuerzo respiratorio.
- Si el bebé llora bien, el puntaje respiratorio es 2.

La frecuencia cardíaca se evalúa con el estetoscopio. Esta es la evaluación más importante.

- Si no hay latidos cardíacos, el puntaje del bebé es 0 en frecuencia cardíaca.
- Si la frecuencia cardíaca es menor de 100 latidos por minuto, el puntaje del bebé es 1 en frecuencia cardíaca.

- Si la frecuencia cardíaca es superior a 100 latidos por minuto, el puntaje del bebé es 2 en frecuencia cardíaca.

Tono muscular:

- Si los músculos están flojos y flácidos, el puntaje del bebé es 0 en tono muscular.
- Si hay algo de tono muscular, el puntaje del bebé es 1.
- Si hay movimiento activo, el puntaje del bebé es 2 en tono muscular.

Respuesta a las gesticulaciones (muecas) o reflejo de irritabilidad es un término que describe la respuesta a la estimulación, como un leve pinchazo:

- Si no hay reacción, el puntaje del bebé es 0 en reflejo de irritabilidad.
- Si hay gesticulaciones o muecas, el puntaje del bebé es 1 en reflejo de irritabilidad.
- Si hay gesticulaciones y una tos, estornudo o llanto vigoroso, el puntaje del bebé es 2 en reflejo de irritabilidad.

Color de la piel:

- Si el color de la piel es azul pálido, el puntaje del bebé es 0 en color.
- Si el cuerpo del bebé es rosado y las extremidades son azules, el puntaje es 1 en color.
- Si todo el cuerpo del bebé es rosado, el puntaje es 2 en color.

Rol de la/el enfermera/o en neonatología. (41)

El rol de las enfermeras y enfermeros tiene un valor primordial en el cuidado de los recién nacidos prematuros. Por eso, el personal de enfermería de las unidades neonatales debe estar capacitado en la atención de estos bebés específicamente se dirige a la atención del recién nacido y las familias en el proceso de nacimiento. Es parte fundamental la educación hacia la familia para la mejora continua en la calidad del cuidado tanto del recién nacido sano como enfermo en todas las áreas de neonatología desde la recepción en sala de partos, unidad de internamiento c

onjunto y seguimiento por consultorio Es por eso que la atención esta basa en tres aspectos fundamentales:

- Implementar cuidados de enfermería
- Colaborar con el resto del equipo de salud
- Asistir en el cuidado (actividades dependientes, independientes e los cuidados interdependientes)

En el momento de implementar los cuidados basados en el proceso de atención, las etapas que fundamentan el modo de efectuarlos son: valoración, diagnóstico, planificación

ejecución y evaluación. Los cuidados son brindados para conseguir un ambiente apropiado desde el punto de vista del desarrollo, cuidado físico, alimentación y cuidado a los padres. Estos brindan protección, son generativos y centrados en la valoración de los bebés como personas y no solo como seres biológicos (41).

Valoración clínica del recién nacido (42)

Valoración Física del recién nacido. Se inicia determinando su edad gestacional y estado general del mismo, el método de Capurro es el más conocido para evaluar la edad gestacional, ya que evalúa el puntaje total obtenido y le da una puntuación de acuerdo con el hallazgo. (Anexo 4). Al puntaje total obtenido en el examen físico se le suma una constante que es 204 y se divide por 7. De acuerdo a la edad gestacional a los recién nacido se dividen en:

- Pre término: menos de 37 semanas de gestación completas.
- Término: de 37 a 41 semanas de gestación.
- Pos término: de 42 y más semanas de gestación.

Examen físico por sistemas: se realizó:

Valoración respiratoria: Inicia con la observación del tórax antes de realizar la auscultación de los sonidos respiratorios, y luego continuar con la palpación de las estructuras óseas. El tórax del recién nacido es una cavidad cilíndrica.

El perímetro torácico normal de un recién nacido de término es de 30 a 36 cm, o 2 cm menos que el perímetro cefálico (PC). Dentro de la observación respiratoria hay que destacar la observación general del neonato que incluye la inspección del color, tono y actividad. La Enfermera/o debe estar alerta a la presencia de:

- La aparición de color cianótico o azulado en lengua y boca.
- La acrocianosis luego de 48 hs de vida.
- Si el recién nacido se encuentra pálido, rubicundo, o icterico.
- Taquipnea: ciclos de respiraciones mayores a 60 por minuto.
- Aleteo nasal que evidencia dificultad respiratoria.
- Movimientos asimétricos del tórax y expansión excesiva del mismo.

Valoración Cardiopulmonar: el sistema cardiovascular tiene un rol preponderante sobre los otros sistemas, la valoración se realiza siempre relacionarla con otros sistemas: neurológico, digestivo, respiratorio y tegumentario para poder comprender las alteraciones encontradas. La observación del color depende del observador, la temperatura del ambiente y de la iluminación, el relleno capilar se puede evaluar con la presión de un dedo del examinador sobre una superficie ósea, como pueden ser las manos o las piernas.

Un relleno capilar mayor a 3-4 segundos está considerado anormal y se denomina relleno capilar lento o con mala perfusión. La palpación de los pulsos periféricos brinda información relevante sobre el gasto cardiaco y la medición de la tensión arterial (TA) brinda tres datos importantes de tensión arterial sistólica, diastólica y media. Esta medición puede realizarse en forma invasiva obteniendo la monitorización continua a través de un catéter en un vaso arterial o en forma no invasiva.

Valoración Digestiva: el abdomen normalmente es redondeado y no se visualizan las asas intestinales. Para valorarlo se procede a la auscultación en los cuatro cuadrantes, lo normal es que se ausculten entre 10 y 30 ruidos en un minuto. La ausencia de ruidos hidroaéreos, la distensión abdominal y la presencia de asas visibles alertan sobre posibles complicaciones. El peso es importante para evaluar ya que en la primera semana de nacido los neonatos pierden 10% de su peso. Un alto número de recién nacidos no podrán ser alimentados por razones clínicas o de inmadurez por vía enteral debiendo incorporar de forma precoz la alimentación parenteral a través de un acceso vascular seguro.

Sistema musculo esquelético: constituye examinar brazos y piernas, notar la presencia de masas musculares y comparar la simetría en longitud, desarrollo y rango de motilidad de cada extremidad. Evaluar manos observar la presencia de cresta semana, dedos supe numéricos (polidactilia), dedos fusionados (sindáctila), observar dedos de forma anormal (clindactilia). Evaluar las rodillas y pies en busca de anomalías posicionales o estructurales. La presencia de crestas palmares es útil para determinar la edad gestacional Valoración de la termorregulación

En el examen físico se incluye el control de la temperatura. La inestabilidad térmica en el recién nacido se relaciona con el aumento de la morbimortalidad. La inmadurez del recién nacido Pre término los pone en un especial riesgo de padecer estrés por frío aumentando la tasa metabólica y el consumo de oxígeno favoreciendo de este modo a su descompensación.

El objetivo del personal a cargo del cuidado de neonatos es favorecer el equilibrio entre la producción y las pérdidas de calor, manteniendo una temperatura corporal entre 36,3° y 37°C, para ello se evalúa el uso de incubadoras y servo cunas según la edad gestacional del paciente.

3.3. Definición Conceptual

Riesgo. Es cualquier característica o circunstancia detectable de una persona o grupo de personas que se sabe asociada con la probabilidad de estar especialmente expuesta a desarrollar o padecer un proceso mórbido, sus características se asocian a un cierto tipo de daño a la salud. (43) OMS.

Prematuridad: Neonato que nace antes de las 37 semanas de edad gestacional completas (hasta 258 días después del inicio de la última menstruación). (44)

Preeclampsia: se define como presión arterial $\geq 140/90$ mm/Hg que ocurre después de la semana 20 de gestación, con presiones arteriales previamente normales, con proteinuria ≥ 300 mg en una recolección de orina de 24 horas. (45).

Paridad: Número de gestaciones de una mujer (46).

Cuidado. Es sinónimo de cuidar, estar a cargo de alguien o algo para que no sufra perjuicio (47).

2.4. Hipótesis

Ha: Existe asociación significativa entre factores de riesgo y la prematuridad en neonatos atendidos en el servicio de neonatología del Hospital Simón Bolívar, Cajamarca. 2023

Ho: No existe asociación significativa entre factores de riesgo y la prematuridad en neonatos atendidos en el servicio de neonatología del Hospital Simón Bolívar, Cajamarca. 2023

2.5. Variable

Factores de riesgo

Maternos:

- Edad materna
- Paridad
- Antecedente de preeclampsia
- Insuficiencia de Controles prenatales

Neonatales:

- Sexo del recién nacido
- Peso al nacer
- Puntaje de APGAR al minuto.

Dependiente:

Prematuridad

Prematuro extremo: < de 28 semanas

Muy prematuros de 28 a 32 semanas

Prematuro entre maduro y tardío de 32 a 37 semanas (35)

2.6. Operacionalización de Variables

| VARIABLES | DEFINICIÓN CONCEPTUAL | DEFINICIÓN OPERACIONAL | | CRITERIOS DE MEDICIÓN | Cuestionarios |
|--------------------|--|---------------------------|---|---|-------------------------------|
| | | DIMENSIONES | INDICADORES | | |
| Factores de riesgo | Es una característica, condición o comportamiento que aumenta la probabilidad de contraer una enfermedad o sufrir una lesión y que a menudo se presentan individualmente (48). | Maternos | Edad de la madre | Menor de 20 años De 20 a 35 años Mayor de 35 años | Ficha de recolección de datos |
| | | | Paridad | Nulípara = 0 Multípara = 1 | |
| | | | Antecedentes de preeclampsia | Sí No | |
| | | | Insuficiencia de controles prenatales | Cantidad de controles | |
| | | Neonatales | Sexo | Masculino Femenino | |
| | | | Bajo peso al nacer | Sí No No aplica | |
| | | | Puntaje de APGAR | 0=Normal (7-10 pt) 1=Bajo (6-0 pt) | |
| Prematuridad | Neonato que nace antes de las 37 semanas de edad gestacional completas (49) | Prematuro tardío: | de 32 a 37 semanas. | | |
| | | Muy prematuros: | de 28 a 31 semanas | | |
| | | Extremadamente prematuro) | (antes de las 28 semanas, luego de las 20 semanas | | |

CAPÍTULO III: METODOLOGÍA

3.1. Tipo y Diseño del Trabajo Académico

El presente estudio es retrospectivo, para recolectar la información se lo realizó de las historias clínicas de los neonato prematuros del año 2022 para justificar la parte teórica (50).

El diseño de la investigación es no experimental porque se realizó el estudio sin manipular deliberadamente las variables.

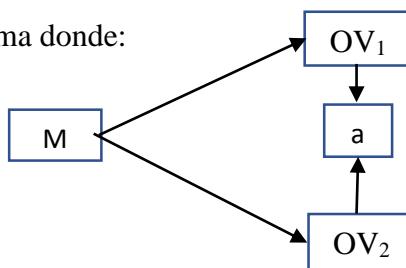
Descriptiva porque permitió describir, todos los componentes principales, de los factores de riesgo y cuidado de enfermería sobre la termorregulación en recién nacidos prematuros.

Es correlacional, ya que, la finalidad es medir la relación que existe entre variables. En donde se espera la demostración de que si los factores de riesgo se relacionan con la prematuridad (51).

El enfoque es cuantitativo, porque se harán uso de medios estadísticos para la medición de las variables, con el fin de comprobar las hipótesis plateadas (51).

Diseño de investigación. El estudio cuenta con un diseño no experimental porque no se manipularán las variables y de corte transversal porque los datos se recolectarán en un solo momento, conforme se avanza el estudio (51).

Se usó el siguiente esquema donde:



M=muestra

OV₁: Factores de riesgo

OV₂: Partos Prematuros

a: relación entre variables

3.2. Área de estudio.

Se realizó en el Servicio de Neonatología del Hospital Simón Bolívar; se encuentra ubicado en Av. Mario Urteaga N° 500 del distrito de Cajamarca; categorizado como I- IV y pertenece a MICRO RED CAJAMARCA.

3.4. Población y muestra

La población del estudio estuvo constituida por 30 historias clínicas de niño prematuros del servicio de Neonatología del hospital Simón Bolívar, Cajamarca. 2022.

La muestra estuvo conformada por las 30 historias clínicas de los niños prematuro nacido en el año 2022 y que cumplan con los criterios de inclusión.

3.5. Criterios de selección.

Inclusión:

Historias clínicas de neonatos prematuros nacidos en el año 2022.

Historia clínica con registro completo que se encuentran en los archivos del hospital Simón Bolívar, Cajamarca.

Exclusión

Historias clínicas incompleta, borroneada o de otros años

3.6. Técnicas e instrumentos para la recolección de datos.

La técnica de recolección de datos considerada fue la revisión de las historias clínicas de los recién nacidos prematuros y registro de la información requerida para el estudio.

El instrumento para la recolección de la información referente a los factores de riesgos y prematuridad en el neonato fue la ficha de recolección de datos que fue elaborada por la autora del estudio, la que consideró los factores de riesgo: Maternos y neonatales y prematuridad (Anexo 2)

3.7. Procedimiento para la recolección de la información

Para la recolección de datos de las historias clínicas en la oficina de estadística del Hospital Simón Bolívar para lo cual se desarrollaron las siguientes actividades:

1. Se realizaron los trámites administrativos correspondientes mediante una solicitud dirigido al director del Hospital con la finalidad de obtener la autorización correspondiente para revisar las historias clínicas de los neonatos prematuros.
2. Se coordinó con el responsable del servicio de estadísticas y se obtuvo las facilidades correspondientes para la revisión de las historias clínicas de los neonatos para su selección.
3. Se realizó la correcta identificación de las historias clínicas de los neonatos prematuros nacidos el año 2022.
4. Autenticación: anotaciones fechadas y firmadas.
5. Se revisó el contenido de la historia clínica donde se detectó su consistencia de acuerdo los criterios de inclusión y de acuerdo a lo propuesto en la ficha de recolección de datos hasta completar la muestra propuesta.

3.8. Procesamiento de los datos

Con los datos obtenidos mediante la ficha de recolección de datos, se realizó la codificación y luego la tabulación utilizando el paquete estadístico Microsoft Excel N° 13 y el SPSS versión 22, los resultados se presentaron las tablas estadísticas simple y de contingencia, se les aplicó pruebas del Chi-cuadrado de Pearson, asumiendo un valor de P inferior a 0.05 como diferencia estadísticamente significativa y se realizó el análisis y discusión usando el marco teórico.

3.8. Consideraciones Éticas (52).

Respeto al registro en las historias clínicas sobre la privacidad de la información, asegurar su permanente protección, informarles a las autoridades de los resultados y vigilar su integridad de los documentos.

**CAPITULO IV:
RESULTADOS E INTERPRETACIÓN**

Tabla 1. Riesgos maternos del recién nacido prematuro en el Servicio de Neonatología del Hospital Simón Bolívar, Cajamarca. 2023.

| Riesgos maternos | | N° | % |
|---------------------------------------|----------------------------------|-----------|----------|
| Edad de la madre | Menor de 19 años | 15 | 50.0 |
| | De 20 a 34 años | 10 | 33.3 |
| | Mayor de 35 años | 05 | 16.7 |
| Paridad | Nulípara | 17 | 63.6 |
| | Multiparidad | 13 | 36.4 |
| Antecedentes de preeclamsias | Sí | 08 | 31.8 |
| | No | 22 | 68.2 |
| Insuficiencia de controles prenatales | Suficientes (> de 5 controles) | 14 | 46.7 |
| | Insuficientes (< de 5 controles) | 16 | 53.3 |

Fuente: Ficha de recolección de datos.

En la tabla 1, se presentan los riesgos maternos asociados a la prematuridad del neonato donde se encontró que 50% madres tuvieron menos de 19 años; 33.3% de 20 a 34 años y 16.7% mayores de 35 años, la edad de la madre se consideró en este estudio como uno de los principales factores de riesgo de prematuridad que tienen influencia en el desarrollo del recién nacidos prematuro, por ello es de gran importancia el resultado de este estudio en cuanto a la edad de las madres, que en su mayoría son adolescentes menores de 19 años. La OMS, señala que el embarazo en la adolescencia se asocia al aumento de complicaciones maternas y neonatales como, bajo peso al nacer, ruptura prematura de membranas, enfermedad hipertensiva del embarazo, APGAR bajo y mortalidad perinatal.

Resultado similar a los de este estudio fueron reportados por Escobar-Padilla B. et al. (2017), donde señala que los extremos de la edad reproductiva de 15 a 19 años y más de 40, resultaron con mayor frecuencia en parto pretérmino; Añazco J. y Lucas K. (2019)

refieren que dentro de los factores maternos que se asocian a la prematuridad es la edad de la madre de 25 a 30 años, como se puede ver, existen diferentes criterios sobre la edad de la madre, pero en general la edad se la considera como un factor de alto riesgo ante la prematuridad, mostrando deficiencia y discapacidad con sus repercusiones familiares y sociales. Las madres adolescentes (de 14 a 19 años) tienen mayor riesgo de eclampsia endometritis puerperal e infecciones sistémicas que las mujeres de 20 a 24 años y los recién nacidos de madres adolescentes tienen mayor riesgo de tener bajo peso al nacer, nacimientos prematuros y afecciones neonatales graves.

En esta tabla también se presentan los resultados referentes a la paridad de las madres de hijos prematuros atendidos en el servicio de neonatología del Hospital Simón Bolívar donde se encontró que 63.6% son Nulíparas es decir que están embarazadas por primera vez y 36.4% son multíparas lo que significa que tienen más de un hijo. Referente a este factor de riesgo materno se encontró que 63.6% eran nulíparas o sea tuvieron su primer hijo prematuro. Se ha comprobado que las primíparas presentan frecuentemente toxemia, enfermedad que determina mayor incidencia de neonatos prematuros de bajo peso al nacer. Montero A. A. (2019) en su trabajo de investigación concluyó que la paridad es un factor de riesgo asociado a la prematuridad. Diaz – Granda R. et. al. (2028) concluye que los factores maternos asociados a la prematuridad son la paridad que como consecuencia tiene el bajo peso del neonato. Cabe referir que la paridad está asociada a la edad materna sobre todo cuando se trata de adolescentes que se expone a embarazos a edad tempranas, cuando el crecimiento intrauterino es restringido y si se asocia a la malnutrición, da como resultado la prematuridad,

Referente a los antecedentes de preeclampsia, lo más frecuente fue que 68.2% de las participantes no tuvieron antecedente de preeclampsia y 31.8%, de las madres, sí habían presentado esta patología, estos resultados son refrendados por los reportados por Huarcaya G. R. et. al. (2019) y Vergara A. (2020) concluyeron, que los antecedente de preeclampsia es un factor que incrementa significativamente la prematuridad, y son superiores a los reportados por Florentino R.K y Huerta A. L. (2021) quienes encontraron que existe relación significativa entre la preeclampsia y prematuridad, como se sabe la preeclampsia afecta el suministro de sangre a la placenta, dando como consecuencia riesgos para el feto que incluyen falta de oxígeno y nutrientes, lo que provoca un bajo crecimiento fetal debido a la preeclampsia en sí misma o si la placenta se separa del útero antes del parto (desprendimiento de la placenta) lo que tiene relación con la prematuridad

(parto prematuro). Por lo tanto, los bebés nacidos prematuros de madres que sufren preeclampsias corren el riesgo de estar hospitalizados durante más tiempo y de tener un tamaño pequeño.

En cuanto a los resultados sobre el control prenatal, donde se agrupó los números de controles en insuficientes, que se define por un número menor a 5 controles, encontrándose en el estudio que 53.3% fueron insuficientes y 46.7% suficientes, definido por un número mayor o igual a 5 controles prenatales. Vergara M. A. (2019) Toro H. et. al (2021) concluyeron que los controles prenatales son un factor de riesgo asociado a la prematuridad. La atención prenatal suele pasar por alto cuando hay mujeres que no usan los servicios de salud para realizar dicho control oportunamente, esta falta se debe muchas veces al desconocimiento de la importancia de realizarlo oportunamente, lo que ocasiona que los hijos nacidos de madres sin controles del embarazo tienen tres veces más riesgo de nacer con bajo peso y cinco veces más probabilidades de morir, en comparación con hijos de madres que realizan dicho control prenatal oportunamente,

Cabe destacar, que la salud y la nutrición de la madre, como factores de riesgo tienen efectos muy considerables en la salud del bebé (por ejemplo, una dieta rica en grasas y baja en proteínas puede provocar enfermedades cardiovasculares en el bebé), así mismo, es importante que la madre deba añadir en su dieta vitaminas como suplemento alimenticio, principalmente durante el primer trimestre de la gestación, es el ácido fólico, ya que puede reducir la incidencia de un tipo de defecto congénito como es la espina bífida, por lo tanto el cuidado prenatal durante el embarazo incluye las consultas con ginecólogo, las pruebas prenatales para prevenir y descubrir posibles problemas de salud, también permite que cuando el tratamiento es temprano es más efectivo, porque puede curar muchos problemas y prevenir otros, por lo tanto el cuidado prenatal ayuda al bebé y a la madre mantenerse sanos.

Tabla 2. Prematuridad del Neonato atendido en el Servicio de Neonatología del Hospital Simón Bolívar, Cajamarca. 2023.

| Prematuridad | N° | % |
|---|-----------|------------|
| Tardía (32 – 36 Sem.) | 07 | 23.4 |
| Muy prematuro (27 – 31 Sem) | 14 | 46.6 |
| Extremadamente prematuro (< 26 Sem) | 09 | 30.0 |
| Total | 30 | 100 |

Fuente: Ficha de recolección de datos

En la presente tabla se observa que 46.6% fueron niños muy prematuros (27 – 31 semanas) 30.0% fueron recién nacidos extremadamente prematuros y 23.4% fueron prematuros tardíos, Guevara-Ríos E. (2023) refiere que a nivel mundial cada año nacen antes de las 37 semanas 15 millones de niños. Esto equivale a más de 1 de cada 10 nacimientos. Cada año fallecen aproximadamente un millón de niños como consecuencia de las complicaciones del nacimiento prematuro.

En el Perú nacen 30,000 niños antes de las 37 semanas. La tasa de nacimientos prematuros en el país está en ascenso y es disímil según la fuente de información utilizada, ENDES reporta 23%, OMS 8.8%, y el sistema de registro del certificado de nacido vivo–MINSA (CNV), 7%, con un promedio anual de 30,000 nacimientos prematuros según CNV y más de 2000 defunciones anuales notificadas al sistema de vigilancia de CDC3. En el Instituto Nacional Materno Perinatal se atendió un promedio de 17,614 partos anualmente entre el 2016 y el 2021; de los cuales 9% son partos de recién nacidos entre 2500-1500 gramos; 2% son partos de recién nacidos entre 1500-1000 gramos; y el 1% son partos de recién nacidos menores de 1000 gramos. La mayoría de los nacimientos prematuros ocurren espontáneamente, pero algunos se deben a razones médicas, como infecciones, ruptura prematura de membranas, preeclampsia/eclampsia, hemorragias dentro de la segunda mitad del embarazo como la placenta previa o el espectro de

la placenta acreta, entre otras complicaciones del embarazo que requieren la inducción temprana del trabajo de parto o el parto por cesárea. Por su alta frecuencia y su alta morbilidad y mortalidad,

Así mismo, el nacimiento prematuro constituye un problema de salud pública que se encuentra en sostenido ascenso, ante ello se debe proponer intervenciones que pueden contribuir a la disminución de la frecuencia de los partos pretérminos como son la adecuada atención prenatal que debe permitir identificar a las gestantes con riesgo de parto pretérmino como son el antecedente de parto pretérmino, el embarazo múltiple, el antecedente de preeclampsia/eclampsia, anomalías útero-cervicales, tabaquismo, es necesario considerarla que la alimentación adecuada mediante la nutrición parenteral, así como el uso de surfactante para la prevención del síndrome de membranas hialinas., entre otros y que permita brindar un tratamiento preventivo (46).

Indudablemente, el incremento de prematuros extremos va a continuar en los años venideros en todos los países. El reto no solo es la sobrevida de niños de menor peso y edad gestacional, sino también minimizar el riesgo de secuelas neurológicas o de otro tipo, como consecuencia de la supervivencia de estos niños muy pequeños. En otras latitudes se ven edades increíblemente pequeñas con sobrevida, pero en nuestro medio nos interesa, antes que la sobrevida de los muy pequeños, la calidad de vida de estos pacientes

Tabla 3. Riesgos neonatales del recién nacido prematuro en el Servicio de Neonatología del Hospital Simón Bolívar, Cajamarca. 2023.

| Riesgo Neonatal Prematuro | | N° | % |
|--|----------------|-----------|----------|
| Sexo del neonato prematuro | Femenino | 12 | 40.0 |
| | Masculino | 18 | 60.0 |
| Peso al nacer del neonato prematuro | Inadecuado | 24 | 70.0 |
| | Adecuado | 06 | 30.0 |
| APGAR | Puntaje Optimo | 12 | 44.7 |
| | Puntaje Bajo | 18 | 55.3 |

Fuente: Ficha de recolección de datos

En esta tabla se presentan el sexo de los neonatos prematuros atendidos en el servicio de neonatología del Hospital Simón Bolívar donde se encontró que 60.0% son del sexo masculino y 40.0% femenino. Como lo refieren Koh T. H et.al., la prematuridad se ha convertido en la primera causa de morbilidad perinatal, durante los últimos años hay un incremento no sólo en el número, sino en la prematuridad de los partos destacando los del sexo el masculino (51).

León J. A. et. al. (2018) concluyen que las diferencias encontradas en los parámetros del período intraparto podrían explicarse por la implicación diferencial de las distintas hormonas sexuales en la contractilidad uterina. Sin embargo, no se ha encontrado evidencia de que el sexo influya en forma determinante para la morbilidad posnatal en recién nacidos extremadamente prematuros.

Uno de los principales desafíos en el manejo de cualquier gestación es la identificación de aquellas mujeres con mayor riesgo de presentar un parto prematuro para poder aplicar estrategias terapéuticas específicas que han mostrado su utilidad en reducir el parto prematuro. Los principales factores de riesgo de parto prematuro son. El número de partos prematuros, gestación múltiple, amenaza de parto prematuro y la edad gestacional en la que nacieron estos prematuros marcan el riesgo en la nueva gestación.

Así mismo, en esta tabla se tienen los resultados del peso al nacer del neonato prematuro, donde se encontró que 70.0% de los neonatos tiene inadecuado peso al nacer y 30.0% tienen peso adecuado para su edad gestacional de los neonatos prematuros. Referente al factor de riesgo peso al nacer, es un indicador, no solo de la salud de la madre biológica y el estado nutricional, sino también de las posibilidades de supervivencia de un recién nacido prematuro, su crecimiento, salud a largo plazo y desarrollo psicosocial. Díaz-Granda R. et. al. (2018) encontró como factor de riesgo de prematuridad al peso al nacer se asocia a la prematuridad con un $p=0,048$, Vergara M. A. (2019) concluyó que el bajo peso al nacer es factor asociado a la prematuridad.

El bajo peso al nacer es un factor de riesgo de morbilidad fetal y neonatal, así como, de las deficiencias en el desarrollo cognitivo y el aumento del riesgo de enfermedades crónicas en etapas posteriores de la vida, por ello se hace necesario saber que el bajo peso al nacer no solo constituye un importante predictor de morbilidad prenatal; si no que además, aumenta el riesgo de padecer enfermedades no transmisibles, como la diabetes o las enfermedades cardiovasculares, en etapas posteriores de la vida.

Por lo tanto, la atención prenatal regular es la mejor manera de prevenir los nacimientos antes del término y los bebés con un peso bajo al nacer, durante los controles prenatales, el profesional de salud revisa la historia clínica para determinar la situación de salud de la madre y del feto y según los resultados sobre la nutrición, los refiere a la nutricionista para que lo oriente sobre la alimentación saludable durante el embarazo, parto y puerperio.

Así mismo, en esta tabla se tienen los resultados del puntaje APGAR del neonato prematuro al minuto de su nacimiento donde se encontró que 55.3% tuvieron puntaje bajo y 44.7% puntaje óptimo y al evaluarlos después de 5 minutos 60.0% de ellos tuvieron puntuación APGAR óptimo y 40.0% de los prematuros presentaron puntaje bajo. Se tiene conocimiento que cuanto más bajo es el puntaje del APGAR, mayor atención necesita el bebé para adaptarse fuera del vientre materno. Casi siempre un puntaje de APGAR bajo es causado por un parto difícil. Además, es importante indicar que un recién nacido prematuro con una puntuación baja de Apgar debido a asfixia perinatal aparecerá cianótico o pálido, presentará una frecuencia cardíaca (FC) disminuida y una presión arterial (PA) baja.

Vergara A. (2020). Encontró en su estudio sobre factores de riesgo asociados a la prematuridad tuvieron APGAR bajo durante el primer minuto de recién nacido, Si a la evaluación del

premature se encuentra puntuaciones muy bajas, es posible que le coloquen una máscara sobre la cara para administrar oxígeno directamente en sus pulmones. Si no respira por sí solo en el plazo de algunos minutos, se le puede colocar un tubo en la tráquea, y se le pueden administrar líquidos y medicamentos a través de uno de los vasos sanguíneos del cordón umbilical para fortalecer los latidos del corazón. Si sus puntuaciones de la escala Apgar aún son bajas después de estos tratamientos, lo llevarán a una sala de recién nacidos que requieren atención especial para recibir una atención más intensiva.

Tabla 4: Factores de riesgo maternos asociados a la prematuridad de los neonatos atendidos en el servicio de neonatología del Hospital Simón Bolívar, 2023.

| FATORES DE RIESGO | Indicador | PREMATURIDAD | | | | | | | | |
|--------------------------------|--|------------------------------|-------------|--------------------------------|-------------|---------------------------------------|-------------|-----------|--------------|-------------|
| | | Tardía (32 – 36 Sem) | | Muy Prematuro (17 – 31 Sem) | | Extremadamente Prematuro (<26 Sem) | | Total | | |
| | | N° | % | N° | % | N° | % | N° | % | |
| Maternos | Edad de la madre $X^2=10.20$ $P=0.035$ | Menor de 19 años | 02 | 6.8 | 05 | 16.6 | 08 | 26.6 | 15 | 50.0 |
| | | De 20 a 34 años | 04 | 13.3 | 06 | 20.0 | 00 | 00.0 | 10 | 33.3 |
| | | Mayor de 35 años | 01 | 3.3 | 03 | 10.1 | 01 | 3.3 | 05 | 16.7 |
| | Paridad $X^2=9,09$ $P=0.006$ | Nulípara | 04 | 9.3 | 08 | 29.7 | 05 | 18.5 | 17 | 63.6 |
| | | Multípara | 03 | 8.3 | 06 | 16.3 | 04 | 10.8 | 13 | 35.4 |
| | Preeclampsia $X^2=37.48$ $P=0.003$ | Sí | 02 | 8.0 | 03 | 11.9 | 03 | 11.9 | 08 | 31.8 |
| | | No | 05 | 16.6 | 11 | 34.1 | 06 | 17.5 | 22 | 68.2 |
| | Control pre natal $X^2=2.70$, $P=0.002$ | Suficientes > 5 controles | 05 | 16.2 | 06 | 20.5 | 03 | 10.0 | 14 | 46.7 |
| Insuficientes < 5 controles | | 02 | 6.8 | 08 | 26.6 | 06 | 19.9 | 16 | 53.3 | |
| Total | | 07 | 23.4 | 14 | 46.6 | 09 | 30.0 | 30 | 100.0 | |

Fuente: Ficha de recolección de datos

En esta tabla se muestra que 26.6% de madres menores de 19 años tuvieron recién nacido extremadamente prematuros, seguido de 16.6% de madres con recién nacidos muy prematuros y 6.8% tuvieron prematuros tardíos; las madres de 20 a 34 años 20.0% tuvieron hijos muy prematuros, 13.3% recién nacidos con prematuridad tardía; las madres mayores de 35 años 10.1% tuvieron sus hijos muy prematuros y 3.3% prematuro tardíos y extremadamente prematuros respectivamente; estadísticamente se encontró asociación significativa entre factor de riesgo materno edad y prematuridad (p valor = 0.035 menor a 0.035)

Estos resultados son confirmados por Montero A. A. et. al. (2019), quienes realizaron el estudio factores de riesgo maternos asociados a la prematuridad donde encontró que la edad materna es un factor de riesgo principal asociado a la prematuridad. Como se sabe la edad materna es una variable preponderante en el análisis del parto prematuro, así mismo, en las edades extremas de la madre existen riesgo de parto prematuro que genera una alta tasa de prematuridad neonatal. La que se incrementa cuando la mujer es menor de 19 años o tiene más de 35 años, lo que se ha confirmado en este estudio, encontrando una alta asociación con la edad de la madre y la prematuridad.

Según el INEI los primeros nacimientos de mujeres entre 18 y 35 años constituyen un factor de especial de riesgo para el nacimiento de niños prematuros no evitables, señala, además, que deben considerarse como grupos de riesgo elevado a los nacimientos prematuros cuya madre tiene menos de 19 años al momento del nacimiento más de 34 años al momento del nacimiento del niño o niña prematuro o tiene más de 35 años. (28) ante ello, los resultados muestran claramente que las madres menores de 19 años y las madres gestantes de mayor edad tienen mayor riesgo de prematuridad, estadísticamente se encontró asociación significativa entre las variables factores de riesgo materna según edad y prematuridad. ($p=0.035$ menor de 0.05).

En relación a la paridad se encontró que 29.7% de las gestantes nulíparas tuvieron recién nacidos muy prematuros, 18.5% tuvieron extremadamente prematuros y 9.3% prematuros tardíos; referente a las multípara 16.3% tuvieron recién nacidos muy prematuros 3.3% Prematuridad tardía y extremadamente prematuros respectivamente, estos resultados son confirmado por Montero A. A. et. al. (2019), quienes realizaron el estudio factores de riesgo maternos asociados a la prematuridad donde encontró que la prematuridad es un factor de riesgo asociado a la prematuridad, así mismo es avalado por Bigolin J. L. et.al (2021), realizaron el estudio sobre variables obstétricas asociadas con el nacimiento de bebés prematuros moderados y tardíos donde encontró que la paridad fue la característica más frecuente de prematuridad. Así mismo Ventura M. (2019) en su investigación sobre factores de riesgo relacionado con el parto prematuro encontró que 59% de madres tuvieron menos de 6 controles pre natal.

Esta situación llama la atención y hace suponer la inasistencia al control de planificación familiar, poca atención a la demanda de anticonceptivos o fallas en los métodos sugeridos, la llegada de un segundo e inclusive un tercer hijo incrementa aún más el denominado círculo de la pobreza, donde la llegada de un nuevo integrante, si bien puede ser motivo de regocijo, es también motivo de preocupación socioeconómica por parte del grupo familiar en el cual suelen

estar inmersas las mujeres menores de 19 y las mayores de 35 años, estadísticamente existe asociación significativa entre los factores de riesgo maternos según paridad y la prematuridad (p valor = 0.006 menor de 0.05).

En cuanto a las madres que tuvieron preeclampsia 11.9% tuvieron recién nacido tanto, muy prematuros como extremadamente prematuros y 9.3% prematuros tardíos; de las madres que no tuvieron preeclampsia, 34.1% tuvieron recién nacidos muy prematuros, 17.5% tuvieron recién nacidos extremadamente prematuros, 16.6% recién nacidos con prematuridad tardía, referente a esta variable Florentino R. K y Huerta A. L (2021) en su investigación sobre factores de riesgo relacionado con parto prematuro encontraron que 6% de participantes tuvieron preeclampsia, así mismo. Huarcayo-Gutierrez R. T. et. al. (2019) en su investigación sobre factores de riesgo asociado al parto pretérmino concluye que la pre eclampsia incremento significativamente el riesgo de parto pretérmino.

La preeclampsia, como factor aislado, es una de las principales causas de morbilidad y mortalidad en partos prematuros, con riesgos maternos y neonatales. Las mujeres embarazadas con este diagnóstico de hasta 34 semanas de gestación tienen una gran asociación con el crecimiento intrauterino restringido, bajo peso al nacer y mayores tasas de partos prematuros, aumentando el riesgo de mortalidad perinatal. Estos factores, además de representar el riesgo para los RN, son a veces razones que se suman a las complicaciones maternas-fetales de la preeclampsia

Como se sabe la preeclampsia hace que la placenta se separe del útero (llamado desprendimiento de la placenta), provocando el parto prematuro o la pérdida del embarazo debido a que, en algunos casos, afecta el suministro de sangre a la placenta. Causando riesgos en el feto los que incluyen falta de oxígeno y nutrientes debido a la preeclampsia provocando bajo crecimiento fetal y si la placenta se separa del útero antes del parto hace que el feto reciba menos oxígeno.

Estadísticamente existe asociación significativa entre los factores de riesgo maternos según preeclampsia y prematuridad (p valor = 0.003 menor de 0.05).

Referente al control prenatal suficiente (>5 controles) 20.5 % tuvieron recién nacidos extremadamente prematuros, 16.2% prematuros tardíos y 10.0% extremadamente prematuro y las madres que tuvieron insuficientes (< de 5) controles pre natal 26.6% tuvieron recién nacidos muy prematuro, 19.9% extremadamente prematuros y 6.8% prematuros tardíos. Estos

resultados son comparados con los de Vergara M. A. (2019) realizó un estudio sobre factores asociados a la prematuridad en recién nacidos concluyendo que la insuficiencia de los controles prenatales son un factor asociado a la prematuridad en la población en estudio; así mismo, Toro-Huamanchumo C. et. at. (2021) realizó un estudio titulado factores maternos asociados a la prematuridad donde encontró que el número de controles prenatal es menor a cuatro durante la gestación y que está asociado a la prematuridad

En este estudio se encontró un bajo número de controles prenatales asociado a prematuridad, por lo que se puede afirmar que la madre al no realizar el control prenatal, no se puede reconocer y determinar los criterios de alerta para tomar decisiones sobre el estado y situación del feto para tomar las precauciones de su cuidado y lograr la viabilidad del feto, hasta el momento del nacimiento. Cabe destacar que cada control prenatal tiene como objetivo observar el desarrollo del bebé en camino, y que la embarazada reciba la preparación requerida para el nacimiento y los cuidados posteriores al nacimiento de su hijo.

Estadísticamente existe asociación significativa entre los factores de riesgo maternos según preeclampsia y prematuridad (p valor = 0.002 menor de 0.05).

Tabla 5: Factores de riesgo Neonatales asociados a la prematuridad de los neonatos atendidos en el servicio de neonatología del Hospital Simón Bolívar. 2023.

| FATORES DE RIESGO NEONATALES | | Indicador | PREMATURIDAD | | | | | | | |
|------------------------------|---------------|------------|-------------------------------|-------------|-----------------------------|-------------|--|-------------|-----------|--------------|
| | | | Prematuro Tardío (32–36 Sem.) | | Muy Prematuro (32 – 36 Sem) | | Extremadamente Prematuro (32 – 36 Sem) | | Total | |
| | | | N° | % | N° | % | N° | % | N° | % |
| Neonatales | Sexo | Masculino | 04 | 13.3 | 04 | 13.4 | 04 | 13.3 | 12 | 40.0 |
| | $X^2=7.09$ | Femenino | 03 | 10.1 | 10 | 33.3 | 05 | 16.6 | 18 | 60.0 |
| | $P=0.029$ | Adecuado | 01 | 05.0 | 02 | 10.0 | 03 | 15.0 | 06 | 30.0 |
| | Peso al nacer | Inadecuado | 06 | 17.5 | 12 | 35.0 | 06 | 17.5 | 24 | 70.0 |
| | $X^2=14.33,$ | Óptimo | 04 | 15.6 | 06 | 22.2 | 02 | 06.9 | 12 | 44.7 |
| | $p=0.001$ | Bajo | 03 | 07.8 | 08 | 24.4 | 07 | 23.4 | 18 | 55.3 |
| APGAR | | | | | | | | | | |
| $X^2=8.54,$ | | | | | | | | | | |
| $p=0.014$ | | | | | | | | | | |
| Total | | | 07 | 23.4 | 14 | 46.6 | 09 | 30.0 | 30 | 100.0 |

Fuente: Ficha de recolección de datos

En la presente tabla se presenta la asociación de los riesgos neonatales según sexo donde destaca el sexo masculino de los cuales 13.3% fueron prematuros tardíos, muy prematuros y extremadamente prematuros respectivamente, seguido del sexo femenino con 33.3% de recién nacido muy prematuros, seguido del 16.6% de neonatos extremadamente prematuros y 10.1% son prematuros tardíos, estos datos son diferente a los reportados por León J. A. (2018) quien realizó un estudio titulado características clínicas y neonatales del recién nacido con edad menor de 28 semanas donde encontró que 59.8% fueron del sexo masculino, encontrando evidencia de que el sexo influye de forma determinante para la prematuridad en el conjunto de recién nacido extremadamente prematuro, así mismo, Vergara A, (2029) en su estudio sobre factores relacionados a partos abdominales prematuros encontró que 52% de prematuros fueron mujeres y 48% varones, señalando que este factor se asocia al recién nacidos prematuros. Estadísticamente existe asociación significativa entre los factores de riesgo neonatales según sexo y prematuridad (p valor = 0.029 menor de 0.05).

Referente al peso al nacer se encontró adecuado de los cuales 35.0% de neonatos muy prematuros, 17.5% de neonatos extremadamente prematuros y 5% prematuros tardíos y en cuanto al peso inadecuado 35% de recién nacidos son muy prematuros y 17.5% son prematuros tardío y extremadamente prematuro respectivamente, estos resultados son avalados por Vergara M. A. (2019) realizó el estudio titulado factores asociados a prematuridad en recién nacidos por cesárea a causa de preeclampsia en el servicio de neonatología del Hospital Sergio Bernal en el periodo 2017 – 2019, donde concluye que el inadecuado peso al nacer es un factor asociado a la prematuridad, la causa más frecuente de tener un bajo peso de nacimiento es haber nacido antes de la fecha prevista (nacimiento prematuro). Eso significa antes de las 37 semanas del embarazo, el bebé prematuro tiene menos tiempo en el útero de su mamá para crecer y aumentar de peso, gran parte del peso del bebé se aumenta durante las últimas semanas del embarazo. Vergara M. A. (2019) en su estudio sobre factores asociados a prematuridad en recién nacidos concluye que el inadecuado peso al nacer es un factor asociado a la prematuridad

Los bebés con muy bajo peso de nacimiento corren riesgo de tener discapacidad y complicaciones a largo plazo, como: parálisis cerebral, ceguera, sordera, retrasos del desarrollo, la mayoría de los bebés sobre viven, aunque hayan nacido antes de tiempo y sean muy pequeños. Esto se debe a los cuidados de los bebés enfermos y prematuros. Sin embargo, prevenir el nacimiento antes de término es una de las mejores maneras de prevenir que el bebé tenga bajo peso al nacer, los recién nacidos prematuros o de bajo peso, constituyen un problema mayor de salud pública, tanto en países desarrollados como en los del Tercer Mundo, debido a que presentan una mayor morbilidad y mortalidad, además del riesgo de desarrollar posteriormente deficiencias físicas, neurológicas y mentales

Estadísticamente existe asociación significativa entre los factores de riesgo neonatales según peso al nacer y prematuridad (p valor = 0.001 menor de 0.05).

En cuanto al APGAR se encontró como optimo a 22.3% de recién nacido muy prematuros, 15% prematuros tardíos y 6,9% extremadamente prematuros; como APGAR bajo se tuvo que 24.4% de recién nacidos eran muy prematuros, 23.4% extremadamente prematuros y 7.8% prematuros tardíos, lo observado por Peña et. al. (20) en un 99 %, se ha relacionado que la mayoría de la muestra la forman prematuros tardíos, AEG, hijos de madres adolescentes tardías, con mucha semejanza a los recién nacidos a término hijos de madres adultas. La Academia Americana de Pediatría (47) establece que una puntuación de Apgar al minuto no se correlaciona por si sola con un buen resultado para el futuro del recién nacido por lo que a los cinco minutos se sigue

ofreciendo una predicción válida sobre las condiciones de vida del mismo. Esta puntuación carece de datos válidos en neonatos pretérmino, donde un puntaje bajo guarda relación estrecha con la inmadurez del desarrollo que con el distrés perinatal. Estadísticamente existe asociación significativa entre los factores de riesgo neonatales según APGAR y prematuridad (p valor = 0.014 menor de 0.05).

CONCLUSIONES

1. Referente a los factores de riesgo maternos según edad, la mitad son menores de 19 años, más de la mitad nulíparas, la tercera parte de madres tuvieron antecedente de preeclampsia y más de la mitad insuficiente número de control prenatal.
2. En relación a los riesgos neonatales según sexo más de la mitad son del sexo masculino, la mayoría tienen inadecuado peso al nacer, así como, bajo puntaje APGAR.
3. Existe asociación significativa entre los factores maternos y la prematuridad con valor P menor al 0.05.
Edad de la madre ($P = 0.035$), Paridad ($P = 0.006$), preeclampsia ($P = 0.003$) y control pre natal ($P = 0.002$) se asocian significativa con la prematuridad.
4. Existe asociación significativa entre los factores neonatales y la prematuridad con valor P menor al 0.05,
Sexo del recién nacido ($P = 0.029$), Peso al nacer ($P = 0.001$) y Control del APGAR ($P = 0.014$) se asocian significativamente a la prematuridad

Estadísticamente existe asociación significativa entre factores de riesgo (maternos y neonatales) con la prematuridad con valor P menor al 0.05.

RECOMENDACIONES

Los resultados del presente estudio permiten recomendar:

Al Director del Hospital Simón Bolívar

Hacer llegar los resultados de la presente investigación, para ser socializados con todos los profesionales de salud de la institución, con la finalidad mejorar la atención al prematuro y evitar complicaciones.

A las gestantes adolescentes.

Participar activamente en los programas educativos sobre temas relacionados con el cuidado de la gestación y riesgo, con el propósito de obtener un desarrollo adecuado del feto.

A la Escuela de Enfermería. Segunda Especialidad

- Motivar a los estudiantes de la Especialidad para que se continúe con la investigación en este tema, por ser un problema de salud pública que afecta a los recién nacidos prematuros, a la madre, familia y al sector salud.

Referencias Bibliográficas

1. OMS: Organización Mundial de la Salud [Internet]. Génova: OMS; 19/02/2018. (citado 15 julio 2023). Nacimientos prematuros. Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/preterm-birth>.
2. Stacy Beck DW, Lale Say AP, Merialdi M, Harris Requejo J, Rubens C, Menon R, et al. Incidencia mundial de parto prematuro: revisión sistemática de la morbilidad y mortalidad maternas. *Bull World Health Organ*. 2010; 88 (1): 31-8.
3. Rodríguez Coutiño SI, González R, Ramos Hernández-Herrera RJ. Factores de riesgo para la prematuridad. Estudio de caso y controles. *Ginecol Obstet Mex* 2013; 81: 499-503.
4. Organización Mundial de la Salud. (2019). Nacimientos prematuros. OMS. <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/preterm-birth>
5. Organización Mundial de la Salud. (2018). Nacimientos Prematuros. World Health Organization.
6. Castro O, Salas I, Acosta F, Delgado M, Calvache J. (2016). Muy bajo y extremo peso al nacer. *Rev Pediatr*.; 49 (1).
7. Pérez Molina J, Panduro Barón G, Quezada López C. Factores maternos asociados con nacimiento pretérmino espontáneo Versus pretérmino nacido por cesárea. *Ginecol Obstet Mex* 2011; 79(10):607-612.
8. Morgan-Ortiz F, Cinco-Sánchez A, Douriet Marín F, Báez-Barraza J, Muñoz-Acosta J, Osuna Ramírez I. Factores sociodemográficos y obstétricos asociados con nacimiento pretermino. *Ginecol Obstet Mex* 2010; 78(2):103-109.
9. Retureta Milán SE, Rojas Álvarez LM, Retureta Milán ME. Factores de riesgo de parto prematuro en gestantes del Municipio Ciego de Ávila. *Medisur* 2015; 13(4): 517-525.
10. Pacheco Romero J. Parto pretérmino, avances y retos: A manera de prólogo. *Rev Perú Ginecol Obstet* 2018; 64(3): 393-97.

11. Rigol Ricardo O. Alteraciones del término de la gestación y del crecimiento fetal. En: Obstetricia y ginecología. Editorial Ciencias Médicas: La Habana; 2004. P. 209-217.
12. José Luis Tapia I G. (2008). Neonatología. 3°. Chile: Mediterráneo.
13. Dirección General de Salud. (2020). Hospital Simón Bolívar al servicio de la población. Disponible en: <https://www.regioncajamarca.gob.pe/portal/noticias/det/1568>.
14. MINSA (2017). Establece Cartera de Servicios en establecimientos del primer nivel de atención. Resolución Ministerial N° 1069-2017/MINSA, publicada en Diario Oficial El Peruano.
15. MINSA. Servicio de Neonatología. Disponible en: https://www.hsj.gob.pe/servicios/enfermeria/hosp_neonatologia.html
16. Hernández Martínez, J. A., Fernández Lafontaine, G., Alvarado Vega, G., Ramírez Corona, A. M., & Pezzotti Rentería, M. A. Atención del recién nacido de pretérmino sano. Revista de la Facultad de Medicina. 1982. 25:2.
17. OMS (2020). Estadísticas Sanitarias Mundiales: monitoreando la salud para los objetivos de desarrollo sostenible.
18. CLAP/OPS/OMS. 2020. Centro Latinoamericano de Perinatología, Salud de la Mujer, y Reproductiva. América y el Caribe.
19. OMS. (2020). América, características. Disponible en: <https://concepto.de/america>.
20. MINSA (2022). Norma Técnica de Salud para la Atención Integral de Salud Neonatal. R.M. N° 828 – 2013/MINSA. Lima – Perú.
21. MINSA. (2019). Resumen de las enfermedades o eventos sujetos a vigilancia epidemiológica. Boletín Epidemiológico del Perú Semana Epidemiológica (del 10 al 16 de noviembre) Volumen 28 - SE 46.
22. Díaz-Granda Ruth, Díaz-Granda Lourdes (2018). Factores fetales asociados a prematuridad. DOI: <https://doi.org/10.30554/archmed.20.1.3204>.
23. León, J A; Pintado, MP; Pérez, R; .Fuente V; Sanz, E; Román, O; Pérez, V; Aguarón, A. (2018). Influencia del sexo masculino en los parámetros de morbimortalidad posnatal en los recién nacidos con edad gestacional 28 semanas. Portal Regional da BVS. Biblioteca Virtual en Salud. Brasil.
24. Montero Aguilera Alexis, Ferrer Montoya Rafael, Paz Delfin Damaris, Pérez Dajaruch María, Díaz Fonseca Yenia (2019). Riesgos maternos asociados a la

- prematuridad. Universidad de Ciencias Médicas de Granma. Hospital General Provincial Carlos Manuel de Céspedes. Bayamo. Granma, Cuba. *Multimed* vol.23 no.5 Granma sept.-oct. 2019.
25. Añazco PJ. & Lucas RK. Factores maternos asociados al parto prematuro en el área de Ginecología del Hospital Teodoro Maldonado Carbo en Ecuador. (Tesis en internet). (Ecuador): Universidad Católica de Santiago de Guayaquil; 2019. (Citado el 12 de octubre del 2022). Disponible en: <http://201.159.223.180/bitstream/3317/13265/1/T-UCSG-PRE-MED-ENF544.pdfDRA.JOHANNA%20LINARES%20.pdf>
 26. Bigolin Jantsch Leonardo, Teixeira Canto Raphael, Martins de Melo Amanda, Rinaldo Scaburi Isadora, Nascimento Correa de Andrade Eduardo, Tatsch Neves Eliane (2021). Factores obstétricos asociados con el nacimiento de bebés prematuros moderados y tardíos en una ciudad de la región sur de Brasil. *Enferm. glob.* vol.20 no.61 Murcia ene. 2021. Consultado 01-Feb-2023. <https://dx.doi.org/10.6018/eglobal.417281>.
 27. Reategui Garcia Merilissa (2018). Factores asociados a prematuridad en gestantes adolescentes atendidas en el Hospital III, Iquitos de EsSALUD, enero 2016 a diciembre 2017:
 28. Vergara Mendoza Andrea Alejandra (2019)- Factores asociados a prematuridad en recién nacidos de cesárea por preeclampsia, Hospital Sergio E. Bernales, 2017-2019. Facultad de Medicina Humana. Universidad Ricardo Palma. Lima Perú.
 29. Huarcaya-Gutierrez Rocio, Cerda-Sanchez Mayra, Barja-Ore John. (2019). Factores de riesgo asociados al parto pretérmino en madres jóvenes atendidas en un hospital de Perú. *Rev. MEDISAN* vol.25 no.2 Santiago de Cuba mar.-abr. 2021 Epub 05-Abr-2021
 30. Vergara MA. Factores asociados a prematuridad en recién nacidos de cesárea por preeclampsia, Hospital Sergio E. Bernales. (Tesis en internet). (Lima): Universidad Ricardo Palma; 2020. (Citado el 12 de octubre del 2022). Disponible en: https://repositorio.urp.edu.pe/bitstream/handle/URP/2981/TESIS_VERGARA%20FINAL.pdf?sequence=1&isAllowed=y
 31. Toro-Huamanchumo Carlos J, Barboza Joshuan J, Pinedo-Castillo Liseth, Barros-Sevillano Shamir, Gronerth-Silva Jim K., Gálvez-Díaz Norma del Carmen, Caballero-Alvarado José (2021). Factores maternos asociados a prematuridad en

- gestantes de un hospital público de Trujillo, Perú.
<https://doi.org/10.35434/rcmhnaaa.2021.143.1246>
32. Ventura RM. Factores sociales, obstétricos y clínicos asociados al parto pre término. Hospital Regional Docente de Cajamarca. Cajamarca: Universidad Nacional de Cajamarca. Facultad de Ciencias de la Salud; 2019.
 33. Guevara-Ríos Enrique (2023). La prematuridad: un problema de Salud Pública. Rev Peru Investig Matern Perinat 2023;12(1): 7-8 ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-6962-2639>,
 34. Florentino Reyes Kelly y Huerta Agip Leydi Vanesa (2021). Factores riesgo relacionados a partos prematuros en gestantes que acuden al Hospital Regional Docente de Cajamarca, 2021. Universidad Rosevelt. Facultad de Ciencias de la Salud Escuela Profesional de Obstetricia. Tesis para obtener el Título Profesional De Obstetra Presentado. Cajamarca.
 35. Zerna Bravo C, Fonseca-Tumbaco R, Viteri-Rojas AM, Zerna-Gavilanes C. Identificación de factores de riesgo de parto pretérmino. Caso Hospital Enrique C. Sotomayor. Revista Ciencia UNEMI 2018; 11(26): 134-142.
 36. Instituto Nacional de Estadística. Encuesta Nacional de Salud Métodos y Proyectos, Glosario de términos: consultado el 20 de octubre 2023, disponible en: <https://www.ine.es/DEFIne/es/concepto.htm?c=4583>.
 37. Villacorta Alfonso: Importancia del control prenatal. Dirección de Calidad en Salud del Ministerio de Salud (MINSA) Consultado el 23 de octubre del 2023. Disponible en: <https://www.gob.pe/institucion/minsa/noticias/32198-importancia-del-control-prenatal-se-difundio-en-todo-el-pais>
 38. Battaglia F, Lubchenco L. A practical classification of newborn infants by weight and gestational age. Journal of Pediatric. 1967;71(2):159-3. (Consultado 10-10-2023) Disponible en: <http://respyn.uanl.mx/ii/4/contexto/nom007.html>.
 39. Suárez González JA, Gutiérrez Machado M, Noorani Rozan AR, Gaibor Iza VP. La rotura prematura de membranas pretérmino y su relación con las consecuencias maternas y perinatales. Acta Médica del Centro 2016; 10(3): 40-47.
 40. Valencia Laureano J. Factores relacionados al parto pretérmino en pacientes adolescentes gestantes del hospital materno infantil el Carmen - Huancayo, 2015. (Tesis) Huancayo-Perú: Universidad Nacional del Centro de Perú; 2016 (citado 11/8/2023). Disponible

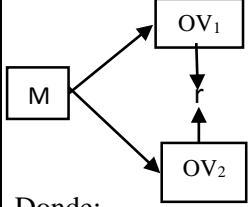
- en: http://repositorio.uncp.edu.pe/bitstream/handle/UNCP/625/TMH_11.pdf?sequence=1&isAllowed=y.
41. Ramos Chuquillanqui BA. Factores Maternos asociados al Parto Pretérmino en puérperas atendidas en el Hospital Regional Docente Materno Infantil El Carmen en el periodo enero-mayo, 2017. Huancayo-Perú: Universidad Nacional del Centro de Perú; 2017 (citado 11/3/2023). Disponible en: <http://repositorio.upecen.edu.pe/bitstream/UPECEN/140/1/FACTORES%20MATERNOS%20ASOCIADOS%20AL%20PARTO%20PRETERMINO%20EN%20PUERPERAS%20ATENDIDAS%20EN%20EL%20HOSPITAL%20REGIONAL%20DOCENTE%20MATERNO%20INFANTIL%20EL%20CARMEN%20EN%20EL%20PERIODO%20ENERO%20-%20MAYO%20C%202017.pdf>
 42. Delgado, MG., Tello MP. «Cuidado Integral del Recién Nacido Pretérmino Menor de 1500 gramos de Peso: Un Reto Para Enf.» Disponible: <https://enfermerapediatrica.com/wp-content/uploads/2013/10/Cuidado-Integral-RNPT-2.pdf>
 43. Martínez Ramírez, P. (2019). Proceso de enfermería en un recién nacido pretérmino. Disponible en: <https://repositorioinstitucional.buap.mx/handle/20.500.12371/4823>
 44. Consolini Deborah. M. Valoración clínica del Recién Nacido, MD, Thomas Jefferson University Hospital. Disponible en: <https://www.msdmanuals.com/es-pe/professional>
 45. OMS Clasificación del riesgo. Oficina Regional para las Américas de la Organización Mundial de la Salud. Washington, D.C. 20037, United States of América. 202
 46. Salazar G, González X, Faneite P. Incidencia y factores de riesgo de macrosomía fetal. Rev Obstet Ginecol Venez. 2020;64(1):15-21. (Consultado 30-10-2023) Disponible en: [http://bases.bireme.br/cgi-bin/wxislind.exe/iah/online/?IsisScript=iah/iah.xis &src=google & base=LILACS & lang=p & nextAction=lnk & exprSearch=394686 & indexSearch=ID](http://bases.bireme.br/cgi-bin/wxislind.exe/iah/online/?IsisScript=iah/iah.xis&src=google&base=LILACS&lang=p&nextAction=lnk&exprSearch=394686&indexSearch=ID).
 47. Guerra Alvarado H, Marañón López RE, Solignac Mavila S. (2018). Factores Maternos asociados con la prematuridad en neonatos atendidos en el Hospital Iquitos Cesar Garayar García. Iquitos, Universidad Peruana Unión, Lima, Perú.

48. Bernstein Helene B., Van Buren George (2021) Embarazo normal y cuidados prenatales. Disponible en;
<https://accessmedicina.mhmedical.com/content.aspx?bookid=1494§ionid=98123785>
49. EUPATI. Factores de riesgo en la salud y la enfermedad. Consultado 24 de febrero 2023. Disponible en: <https://toolbox.eupati.eu/resources/factores-de-riesgo-en-la-salud-y-la-enfermedad/?lang=es>
50. Ministerio de Salud Pública de Ecuador. (2015). Guía Práctica Clínica del Recién Nacido Prematuro. <https://www.salud.gob.ec/wp-content/uploads/2016/09/GPCRecén-nacido-prematuro.pdf>
51. Koh TH, Collie L, Budge D. Proporcionar información a los padres de recién nacidos extremadamente prematuros. JAMA 2020; 287:41-3.
52. Hernández-Sampieri R y Mendoza C. (2018). Metodología de la Investigación, las rutas, cuantitativas, cualitativas y mixtas. México. MC. GRAW HILL: ISBN978-1-4562-5.
53. Castilla Cerna Luis (2011) Manual Práctico de Estadística para las ciencias de la salud. Editorial TRILLAS. Primera Edición. México.
54. Principios de la Ética de la Investigación y su aplicación. REV MED HONDUR, Vol. 80, No. 2, 2012. Disponible e: <http://www.bvs.hn/RMH/pdf/2012/pdf/Vol80-2-2012-9.pdf>.

ANEXOS

Anexo 1
Matriz de consistencia

Título: Factores de riesgo asociados a la prematuridad y cuidados de enfermería en el neonato atendido en el servicio de neonatología del Hospital Simón Bolívar

| PROBLEMA | OBJETIVOS | HIPÓTESIS | VARIABLES | INDICADORES | METODOLOGÍA | POBLACIÓN Y MUESTRA |
|---|---|--|-------------------------------------|---|--|--|
| ¿Cuáles son los factores de riesgos (maternos y fetales) asociados a la prematuridad y cuidados de enfermería en el servicio de neonatología del Hospital Simón Bolívar, Cajamarca, 2023? | General. Determinar los factores de riesgos (maternos y fetales) asociados a la prematuridad y los cuidados de enfermería en el servicio de neonatología del Hospital Simón Bolívar, Cajamarca, 2023. | Hipótesis General: Existe relación significativa entre factores de riesgo y la prematuridad en neonatos atendidos en el servicio de neonatología del Hospital Simón Bolívar, Cajamarca. 2023 | Dependiente: Prematuridad | - Prematuro tardío: De 32 a 36 semanas. - Muy prematuros De 28 a 31 semanas - Extremadamente prematuro Antes de las 28 semanas, luego de las 20 semanas | El presente estudio es: retrospectivo, No experimental Descriptiva Es correlacional Cuantitativo | La población. Estuvo constituida por 30 historias clínicas de los casos de niño prematuros del servicio de Neonatología del hospital Simón Bolívar, Cajamarca. |
| | Específicos. Identificar los factores de riesgo maternos, asociados a la prematuridad del neonato atendido en el servicio de neonatología Identificar los factores de | Hipótesis específicas. 1. Existe relación directa entre factores de riesgo maternos y prematuridad en neonatos atendidos en el servicio de neonatología del | Neonatales: | <ul style="list-style-type: none"> • Sexo del recién nacido • Peso al nacer • Puntaje de APGAR al minuto | Diseño de investigación. El de diseño no experimental y de corte transversal  <p>Donde:</p> | La muestra Estuvo conformada por las 30 historias clínicas de los niños prematuro nacido en el año 2022 y que cumplan con los criterios de inclusión |

| | | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|---|
| | <p>riesgos fetales asociados a la prematuridad del neonato atendido en el servicio de neonatología</p> <p>Identificar los cuidados de enfermería en prematuridad en el neonato del servicio de neonatología.</p> | <p>Hospital Simón Bolívar, Cajamarca, 2023.</p> <p>2. No existe relación directa entre factores de riesgo fetales y prematuridad en neonatos del servicio de neonatos atendidos en el Hospital Simón Bolívar, Cajamarca, 2023.</p> | | | <p>M=muestra</p> <p>OV₁: Factores de riesgo</p> <p>OV₂: Partos Prematuros</p> <p>r: relación entre variables</p> | <p>Técnicas e instrumentos de recolección de datos:</p> <p>Observación</p> <p>Ficha de recolección de datos</p> |
|--|--|--|--|--|--|---|

ANEXO N° 02

**SOLICITUD PARA AUTORIZACIÓN DE REVISIÓN DE HISTORIAS CLINICAS
HOSPITAL SIMÓN BOLIVAR.**

SOLICITA: PERMISO PARA LA RECOLECCIÓN DE
INFORMACIÓN EN HISTORIAS CLINICAS

Sr. Dr.

DIRECTOR DEL HOPITAL II ESSALUD CAJAMARCA

Yo Mariza Marcela Vásquez Revilla, identificada con DNI N° ----- Licenciada en Enfermería, de la Segunda Especialidad de la Escuela de la Escuela Académico Profesional de Enfermería de la Facultad Ciencias de la Salud, de la Universidad Nacional de Cajamarca, y con domicilio legal en....., ante usted con el debido respeto me presento y expongo:

Que, teniendo que desarrollar la Tesis titulada “Factores de riesgo asociados a la prematuridad y Cuidados de Enfermería en el Neonato del servicio de Neonatología del Hospital Simón Bolívar, 2023”, por lo que acudo a su despacho para solicitar autorice a quien corresponda facilite el permiso correspondiente para revisar las historias clínicas de los Neonatos Prematuros. en la institución que usted tan eficientemente dirige y recolectar la información necesaria para el desarrollo de la investigación antes indicada, asegurándole que dicha información será exclusivamente con fines de la investigación y de absoluta confidencialidad.

Por lo expuesto.

ES JUSTICIA QUE ESPERO ALCANZAR

Cajamarca, de 2022

.....

Lic. Marixa Marcela Vásquez Revilla

Anexo 3

FICHA DE RECOLECCIÓN DE DATOS FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS A PREMATURIDAD EN RECIÉN NACIDOS

HOSPITAL SIMÓN BOLÍVAR, CAJAMARCA. 2023

Nº de historia clínica:

II. Factores maternos:

Edad de la madre:

Paridad: Nulípara () Multípara ()

Antecedente de Preeclampsia: Sí () No ()

Número de Controles pre natales:

III. Factores neonatales:

Sexo M () F ()

Peso al nacer:gr

Peso para la edad: Extremadamente bajo peso: () Muy bajo peso: () Bajo peso al nacer: ()

Puntaje de APGAR al minuto:

IV. Prematuridad

- Prematuro tardío: de 32 a 36 semanas.
- Muy prematuros: de 28 a 31 semanas.
- Extremadamente prematuro (antes de las 28 semanas, luego de las 20 semanas)

ANEXO 4

CASO CLINICO

PROCESO DE ATENCIÓN EN ENFERMERÍA PARA PLAN DE CUIDADOS DE ENFERMERIA (53)

1. VALORACION

1.1 Datos de filiación

- Nombre del paciente: NN
- Edad: 1 día
- Sexo: masculino
- Fecha de nacimiento: 16/03/23
- Lugar de nacimiento: Cajamarca
- Lugar de procedencia: Cajamarca
- Servicio: Neonatología
- N° de cama: 3
- Peso: 2585 gramos
- Talla: 38 cm
- Edad gestacional por Capurro: 36 semanas
- Apgar: 6
- Fecha de ingreso al servicio: 16/03/23
- Hora de nacimiento: 18:12 horas
- N° de historia clínica: 137617

Motivo de consulta

Recién nacido inmediato, ingreso al servicio de neonatología, procedente de sala de partos, de parto por cesárea, doble circular ajustado, presentación cefálica, Apgar 5 al minuto y puntaje de 7 a los 5 minutos, con presencia de líquido meconial fluido (se extrajo 25cc), se le realiza lavado gástrico, secado rápido, saturación de 82 % con oxígeno a flujo libre por campana.

Enfermedad actual

Recién nacido con bajo Apgar al nacimiento.

Antecedentes

Perinatales

Nombre de la madre: Zelada Rojas Elizabeth

Edad de la madre: 18 años

Gestaciones: 1

Controles de embarazo: 4

Peso de la madre: 79 kilos

Talla: 1.54 cm

Grado de instrucción: secundaria completa

Infecciones maternas: ITU en el tercer trimestre recibe tratamiento.

Parto: prolongado

Tipo de parto: Cesárea

Líquido amniótico: meconial

Cordón umbilical: circular doble

Placenta: normal

Antecedentes familiares

Ninguno

Antecedentes personales

Ninguno

Antecedentes socioeconómicos y culturales

Factor social y familiar: padres son convivientes, el padre es mayor por 7 años, tienen 2 hijos, la relación con la pareja es distanciada ya que él trabaja lejos y provee el dinero.

Factor económico: el proveedor del dinero es el varón, los recursos económicos con los que cuenta no son suficientes para la familia, el recién nacido, los hijos los gastos de la vivienda, vestido, alimentación.

Factor cultural: su madre y abuela tuvieron partos domiciliarios, razón por la cual

realizó solo 4 controles prenatales. No tomo suplementos alimenticios ni siguió ninguna dieta alimenticia.

Examen físico

- a) Signos vitales T°: 36.3 FR: 62 x' FC: 158 X' SPO2 : 80%
- b) Piel: Color cianosis distal
- c) Cabeza:
 - ✓ Fontanelas: normotensas
 - ✓ Suturas: moldeadas.
 - ✓ Orejas: simetría
 - ✓ Nariz: presencia de secreciones
 - ✓ Boca: normal
 - ✓ Cuello: cilíndrico y móvil
- d) Tórax: simetría, permeabilidad esofágica
- e) Abdomen: 1 vena y 2 arterias, blando depresible.
- f) Genito urinario: sexo masculino, permeabilidad anal
- g) Columna vertebral: simetría de vertebras
- h) Extremidades: simetría
- i) Cadera: abducción total
- j) Valoración neurológica: irritable

Valoración según Modelo de Clasificación de Dominios y Clases (54)

Dominio I: Promoción de la salud

Clase 1 Toma de conciencia de la salud. No evaluable

Clase 2 Gestión de la salud. No evaluable

Dominio II: Nutrición

Clase 1 Ingestión: reflejo de succión débil.

Clase 2 Digestión: lavado gástrico se extrajo 25 cc liquido meconial

Clase 3 Absorción: no evaluable

Clase 4 Metabolismo: Riesgo de nivel de glucemia inestable, glucosa:42

Clase 5 Hidratación: piel hidratada, no signos de pliegue

Dominio III: Eliminación

Clase 1 Función urinaria: presencia de orina en pañales

Clase 2 Función gastrointestinal: lavado gástrico se extrajo liquido meconial

Clase 3 Función tegumentaria: piel elástica.

Clase 4 Función respiratoria: saturación de 82 % con oxígeno aflujo libre por campana.

Frecuencia respiratoria de 62 x´

Dominio IV: Actividad / reposo

Clase 1 Reposo / sueño: irritable Clase 2

Actividad / ejercicio: hipoactivo

Clase 3 Equilibrio de la energía: no evaluable

Clase 4 Respuestas cardiovascular / pulmonar: saturación de 82%

Clase 5 Autocuidado: paciente completamente dependiente

Dominio VII: Rol / relaciones

Clase 1 Roles de cuidador: No evaluable

Clase 2 Relaciones familiares: padres pendientes de las necesidades

Dominio VIII: Sexualidad

Clase 1 Identidad sexual: no evaluable

Clase 2 Función sexual: no evaluable

Clase 3 Reproducción: paciente con embarazo no planificado, madre joven.

Dominio IX: Afrontamiento / Tolerancia al Estrés

Clase 1 Respuesta postraumática: no evaluable

Clase 2 Respuestas de afrontamiento no evaluable

Clase 3 Estrés neurocompartimental: no evaluable

Dominio X: Principios vitales

Clase 1 Valores: no evaluable

Clase 2 Creencias: no evaluable

Clase 3 Congruencia de las acciones con los valores / creencias: noevaluable

Dominio XI: Seguridad / protección

Clase 1 Infección: afebril, no uso de catéter periférico, no uso de SNG.

Clase 2 Lesión física: no úlceras

Clase 3 Violencia: no evaluable

Clase 4 Peligros ambientales: temperatura adecuada, no corrientes de aire

Clase 5 Procesos defensivos: no evaluable

Clase 6 Termorregulación: temperatura adecuada

Dominio XII: Confort

Clase 1 Confort físico: adecuado, no facie de dolor.

Clase 2 Confort ambiental: adecuado

Clase 3 Confort social: adecuado

Dominio XIII: Crecimiento / desarrollo

Clase 1 Crecimiento: no evaluable

Clase 2 Desarrollo: no evaluable

DIAGNOSTICO DE ENFERMERIA

Lista de hallazgos significativos

- Recién nacido con saturación de oxígeno de 82%
- Presencia de secreciones nasofaríngeas
- Frecuencia respiratoria de 62 x´
- Cianosis distal
- Irritable
- Presencia de líquido meconial se extrajo 25 cc.
- Débil reflejo de succión
- Hipoactivo
- Glucosa: 42 mg/ dl

DIAGNOSTICO DE ENFERMERIA SEGÚN DATOS SIGNIFICATIVO

- Limpieza ineficaz de las vías aéreas
- Deterioro del intercambio gaseoso
- Patrón de alimentación ineficaz del lactante
- Riesgo de nivel de glucemia inestable

ESQUEMA DE DIAGNOSTICO DE ENFERMERIA

| PROBLEMA | FACTOR RELACIONADO | EVIDENCIA | DIAGNOSTICO |
|--|---|---|--|
| Incapacidad para eliminar las secreciones u obstrucciones del tracto respiratorio para mantener la vía aérea permeable | Retención de secreciones nasofaríngeas | Aumento de la frecuencia respiratoria | Limpieza ineficaz de las vías aéreas relacionada con retención de secreciones nasofaríngeas evidenciado por aumento de la frecuencia respiratoria. |
| Neonato irritable | Desequilibrio en la ventilación-perfusión | Saturación de oxígeno de 82% Cianosis distal | Deterioro del Intercambio gaseoso r/c desequilibrio en la ventilación- perfusión evidenciado por saturación de oxígeno de 82%, cianosis e irritabilidad. |
| Incapacidad para coordinar la succión, la deglución y la respiración. | Dificultad respiratoria | Reflejo de succión débil | Patrón de alimentación ineficaz r/c dificultad respiratoria evidenciado con débil reflejo de succión |
| Aporte dietético inadecuado | Utilización rápida de las reservas de glucógeno | Hipotonía | Riesgo de nivel de glucemia inestable r/c utilización de las reservas de glucógeno evidenciado con la hipotonía |

PLANIFICACION

Esquema de planificación

| DIAGNOSTICO DE ENFERMERIA | OBJETIVO | INTERVENCION DE ENFERMERIA NIC | EVALUACION NOC |
|--|---|---|--|
| Limpieza ineficaz de las vías aéreas relacionada con retención de secreciones nasofaríngeas evidenciado por aumento de la frecuencia respiratoria. | Estado respiratorio: permeabilidad de las vías respiratorias (41) | Manejo de las vías aéreas(3410) <ul style="list-style-type: none"> - Eliminar las secreciones bucales, nasales y traqueales. - Realizar la aspiración endotraqueal o naso traqueal. - Mantener la permeabilidad de las vías aéreas. - Colocar al paciente en la posición que permita que el potencial de ventilación sea el máximo posible. - Auscultar sonidos respiratorios, observando las áreas de disminución o ausencia de ventilación y la presencia de sonidos adventicios. - Vigilar el estado respiratorio y la oxigenación | Recién nacido con permeabilidad de vías aéreas y frecuencia respiratoria de 48 ventilaciones por minuto. |
| Deterioro del Intercambio gaseoso r/c desequilibrio en la ventilación-perfusión evidenciado por saturación de oxígeno de 82%, cianosis. | Estado respiratorio: ventilación (403) | Oxigenoterapia (3320) <ul style="list-style-type: none"> - Administrar oxígeno libre por campana. - Vigilar el flujo de litro de oxígeno. - Comprobar la posición del dispositivo de aporte de oxígeno. - Comprobar periódicamente el dispositivo de aporte de oxígeno para asegurar que se administra la concentración prescrita. - Controlar la eficacia de la oxigenoterapia (pulsioxímetro, gasometría en sangre arterial). - Comprobar la capacidad del paciente para tolerar la suspensión de la administración de oxígeno. - Observar si hay signos de hipoventilación inducida por oxígeno. | Recién nacido con equilibrio de ventilación-perfusión. Saturación de oxígeno de 98%, color de piel rosado. |

| | | | |
|--|--|--|---|
| <p>Patrón de alimentación ineficaz r/c dificultad respiratoria evidenciado con débil reflejo de succión</p> | <p>Estado nutricional : ingestión alimentaria y de líquidos (1008)</p> | <ul style="list-style-type: none"> - Evaluar los signos vitales. Alimentación con leche materna extraída. - Fomentar la succión estimulando el reflejo del instinto. - Vigilar peso del recién nacido a intervalos regulares. - Realizar el balance hídrico. - Iniciar lactancia materna una vez que haya superado la fase de peligro. - Facilitar la comodidad y la intimidad en los primeros intentos de dar el pecho. | <p>Recién nacido con adecuada ingesta alimentaria con buen reflejo de succión y deglución, sin dificultad respiratoria en alojamiento conjunto.</p> |
| <p>Riesgo de nivel de glucemia inestable r/c utilización de las reservas de glucógeno evidenciado con la hipotonía</p> | <p>Mantener un nivel de glucosa en sangre adecuado</p> | <ul style="list-style-type: none"> - Monitorización de glucemia. - Monitorización de la presencia de signos de hipoglicemia. <ul style="list-style-type: none"> - Alimentar con leche materna - Proporcionar a la madre el contacto con el recién nacido para que le dé el pecho. | <p>Neonato activo con niveles de glucemia normales.</p> |

EJECUCION Y EVALUACION

REGISTRO DE ENFERMERIA: SOAPIE

- S** • No evaluable.
- O** • Recién nacido se encuentra en el servicio de Neonatología del Hospital Simón Bolívar con retención de secreciones nasofaríngeas, frecuencia respiratoria de 62 x', saturación de oxígeno de 82%, cianosis distal, irritable, débil reflejo de succión, hipoactivo, glucosa: 42 mg/ dl.
- A** • Limpieza ineficaz de las vías aéreas relacionada con retención de secreciones nasofaríngeas evidenciado por el aumento de la frecuencia respiratoria.
- Deterioro del Intercambio gaseoso r/c desequilibrio en la ventilación-perfusión evidenciado por saturación de oxígeno de 82%, cianosis.
 - Patrón de alimentación ineficaz r/c dificultad respiratoria evidenciado con débil reflejo de succión.
 - Riesgo de nivel de glucemia inestable r/c utilización de las reservas de glucógeno evidenciado con la hipotonía.

- P**

 - Recién nacido mantendrá la permeabilidad de las vías respiratorias y equilibrio de la ventilación-perfusión, Estado nutricional con adecuada ingestión alimentaria y de líquidos; y se conservará un nivel de glucosa en sangre adecuado.

- I**

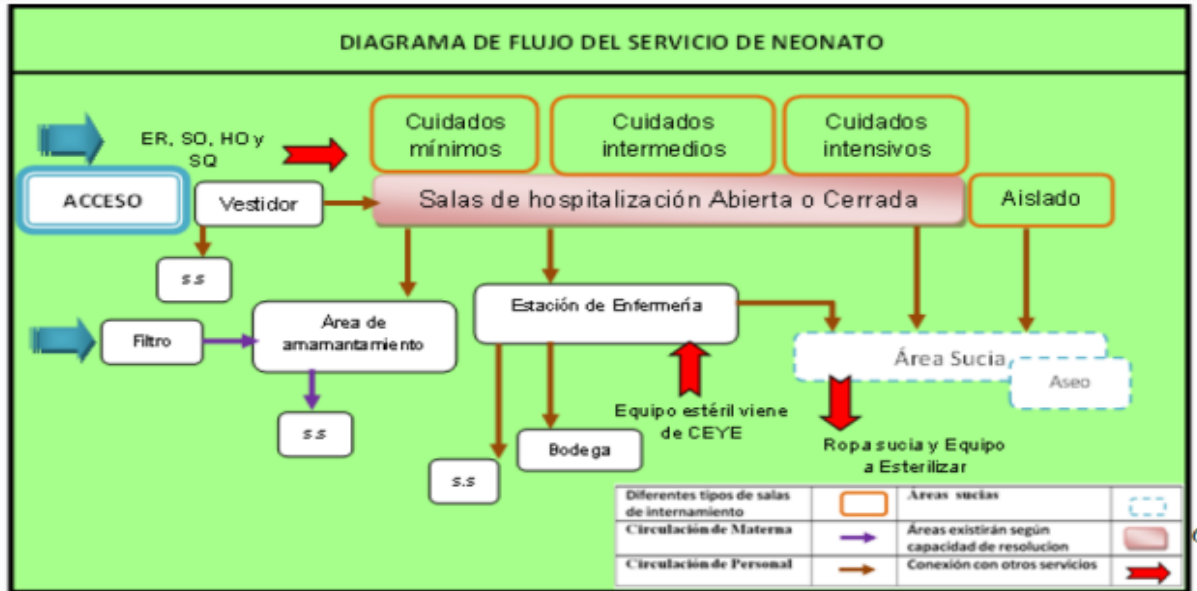
 - Se realizó la aspiración endotraqueal o nasotraqueal, semantener la permeabilidad de las vías aéreas.
 - Se Auscultó sonidos respiratorios, observando las áreas de disminución o ausencia de ventilación y la presencia desonidos adventicios, se Vigiló el estado respiratorio y la oxigenación. Administración de oxígeno libre por campana, monitorizó pulsioximetría, se comprobó la tolerancia a lasuspensión del oxígeno.
 - Monitorizó los signos vitales, se brindó alimentación con lechematerna extraída, Fomentó la succión estimulando el reflejo del instinto, manejo del balance hídrico, Iniciación de lalactancia facilitando la comodidad y la intimidad en los primeros intentos de dar el pecho, Monitorización deglucemia.

- E**

 - Recién nacido con permeabilidad de vías aéreas sin dificultadrespiratoria y con frecuencia respiratoria normal.
 - Mantiene el equilibrio de la ventilación–perfusión, piel rosaday respiración espontanea con 98% de saturación de oxígeno.
 - Neonato con buen reflejo de succión y deglución en alojamiento conjunto, activo con niveles de glucemia normales.

ANEXO 5

DIAGRAMA DE FLUJO DEL SERVICIO DE NEONATOLOGIA SEGÚN NORMA 080 MINSA.



| Área | Superficie |
|--------------------------|---|
| Estación de enfermería | 12 m ² |
| Filtro de neonatología | 2 m ² |
| Vestidor de neonatología | 7.5 m ² c/ vestidor separado por sexo |
| Neonatología cerrada | 4 m ² x cuna, 1 m entre cada cuna y un pasillo de 2.40 |
| Neonatología abierta | 4 m ² x cuna, 1 m entre cada cuna y un pasillo de 2.40 |
| Área de aseo | 3 m ² |
| Área sucia | 4 m ² |
| Área de amamantamiento | 2 m ² por mamá |

ANEXO 6

El Test de APGAR se califica de la siguiente manera:

Tabla.01 Calificación de la escala APGAR

| Factor de APGAR | 2 | 1 | 0 |
|------------------------------------|---|--|---|
| Frecuencia cardíaca | Normal (superior a 100 latidos por minuto) | Inferior a 100 latidos por minuto | Ausente (sin pulso) |
| Esfuerzo Respiratorio | Normal | Respiración lenta e irregular | Ausente (sin respiración) |
| Irritabilidad (Respuesta refleja) | Lo evita, estornuda o tose tras la estimulación | Gesto o mueca facial tras la estimulación | Ausente (sin respuesta a la estimulación) |
| Actividad (Tono muscular) | Activo | Movimientos espontáneos Brazos y piernas flexionados con poco movimiento | Sin movimiento, tonicidad "blanda" |
| Apariencia (Coloración de la piel) | Color normal en todo el cuerpo (las manos y los pies rosados) | Color normal (pero las manos y los pies tiene un tono azulado) | Coloración azulgrisácea o palidez en todo el cuerpo |

Fuente: Cabero L, Rodríguez D. Capítulo Embarazo y Parto. Obstetricia y Medicina Materno Fetal.

Madrid 2007. 2.3.5.

Parámetros del Test de APGAR 2.3.5.1. Puntaje de 7 a 10 (excelente)