

**UNIVERSIDAD SAN PEDRO**  
**FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD**  
**PROGRAMA PROFESIONAL DE ENFERMERÍA**



**Factores asociados al bajo peso al nacer en recién nacidos.**  
**Hospital Víctor Ramos Guardia, Huaraz. 2017**

Tesis para obtener el título profesional de Licenciada en Enfermería

**Autora:**

**Toledo Santillana, Susan Nataly**

**Asesora:**

**Soto García, Yrma Rosario**

Huaraz-Perú

2017

**Palabras clave:**

**Tema:** Factores Bajo peso

**Especialidad:** Enfermería

**Keyword:**

**Theme:** Low weight factors

**Specialty:** Nursing

**Línea de Investigación:** Salud Pública

## **TÍTULO**

Factores Asociados Al Bajo Peso Al Nacer En Recién Nacidos. Hospital Víctor Ramos

Guardia, Huaraz. 2017

## **RESUMEN**

El propósito del presente estudio es identificar los factores maternos que están asociados con el bajo peso de recién nacidos a término como edades extremas de la madre, el peso pre gestacional inadecuado, controles prenatales ausentes o inadecuados, periodo intergenésico corto y anemia materna en la gestación, tiene como objetivo determinar la relación entre factores asociados y bajo peso al nacer. Hospital Víctor Ramos Guardia, Huaraz. 2017, será aplicado en las puérperas y recién nacidos atendidos en el Hospital Víctor Ramos Guardia, y que cumplan los criterios de inclusión establecido. La metodología que se usará es de tipo cuantitativo, no experimental, descriptivo de corte transversal. El instrumento que se usará para las variables factores asociados y bajo peso al nacer es ficha de recolección de datos elaborado por Lazo (2014); instrumento válido. Para el procesamiento de datos se empleará el programa Microsoft Excel.

## **ABSTRACT**

The purpose of the present study is to identify the maternal factors that are associated with the low birth weight of full-term infants such as extreme ages of the mother, inadequate pre-gestational weight, absent or inadequate prenatal controls, short intergenetic period and maternal anemia in pregnancy, its objective is to determine the relationship between associated factors and low birth weight. Víctor Ramos Guardia Hospital, Huaraz. 2017 will be applied to postpartum women and newborns treated at the Víctor Ramos Guardia Hospital, and who meet the established inclusion criteria. The methodology that will be used is a quantitative, non-experimental, descriptive cross-sectional type. The instrument that will be used for the variables associated factors and low birth weight is data collection data prepared by Lazo (2014); valid instrument. The Microsoft Excel program will be used for data processing

## Indice

Palabra clave.....	i
Título.....	ii
Resumen.....	iii
Abstract.....	iv
Índice .....	v
1. Introducción	
1.1 Antecedentes.....	6
1.2 Fundamentación Científica.....	9
1.3 Justificación.....	32
1.4 Problema.....	33
1.5 Operacionalización de variables.....	34
1.6 Hipótesis.....	36
1.7 Objetivos.....	36
1.7.1 Objetivo General.....	36
1.7.2 Objetivos Específicos.....	36
2. Metodología de la Investigación.....	36
2.1 Tipo y diseño de investigación.....	36
2.2 Población.....	38
2.3 Técnicas e instrumentos de investigación.....	38
2.4 Procesamiento y análisis de la información.....	40
3. Resultados.....	41
4. Análisis y discusión de los resultados.....	47
5. Conclusiones y recomendaciones.....	51
5.1 Conclusiones.....	51
5.2 Recomendaciones.....	52
6. Referencias bibliográficas.....	53
7. Agradecimientos.....	57
8. Anexos y apéndices.....	58

## 1. INTRODUCCION

### 1.1 Antecedentes

#### **Ámbito internacional:**

Cruz y Llivicura (2012), Ecuador en su estudio denominado Factores de riesgo perinatales para peso bajo en recién nacidos a término del hospital gineco – obstétrico Isidro Ayora, tuvo como objetivo determinar la influencia de factores de riesgo perinatales en los recién nacidos a término de peso bajo, realizaron su estudio en una población de 118 neonatos a término de peso bajo al nacimiento. Y sus madres son comparadas con 118 neonatos a término de peso adecuado, el estudio, fue de tipo Epidemiológico analítico retrospectivo de caso y control. Utilizó como instrumento una entrevista a la madre para obtener las variables perinatales de estudio, a las madres y neonatos: mediciones antropométricas. Resultados: Existe 8.48% de peso bajo en los neonatos a término del HGOIA, 70.3% de retardo de crecimiento asimétrico y 28% simétrico. Los factores de riesgo son: Peso materno postparto  $\leq 55$  Kg (OR: 3.04 , IC 95% 1.60 - 5.77,  $p < 0.0001$ ), índice masa corporal postparto ( $p < 0.0001$ ), XV amenaza de parto prematuro (OR: 2.83 , IC 95% 1.57 - 5.08,  $p < 0.0001$ ), antecedente de bajo peso al nacer (OR: 2.48, IC 95% 0.98 - 6.29,  $p < 0.048$ ), edad ( $p = 0.047$ ), primiparidad (OR: 1.675 , IC 95% 0.99 - 2.8,  $p = 0.05$ ) y hemoglobina materna ( $p < 0.04$ ). Concluyeron que los factores de riesgo perinatales encontrados, en su mayoría son prevenibles, por lo que se recomienda informar a la madre gestante, comunidad y equipo de salud, para que se realicen las intervenciones pertinentes.

Rivas y Solís (2014), Nicaragua, en su estudio denominado Factores de riesgo asociados a bajo peso al nacer en recién nacidos de madres atendidas en el Hospital Escuela Asunción de Juigalpa, tuvo como objetivo identificar los factores de riesgo asociados al bajo peso al nacer, realizaron su estudio

en una población de 232, con una muestra de 116 casos con una proporción 1:1 con controles, su estudio fue de tipo analítico de caso y controles retrospectivo. Utilizó como instrumento expedientes de mujeres atendidas. Todas las mujeres con bajo peso durante el embarazo tuvieron hijos con BPN, el 100% de las mujeres con periodo Intergenésico menor de 2 años tuvieron hijos con BPN. De todas las mujeres q tuvieron SHG durante el embarazo todas presentaron BPN. Del total de mujeres que se realizaron más de 4 controles prenatales el 54.4% tuvieron BPN, Se identificó que el 72% del total de casos y controles se realizaron más de 4 CPN. Concluyendo que el 70% de las mujeres analfabetas tuvieron hijos con bajo peso al nacer dato alarmante ya que representa un gran porcentaje de la población estudiada, siendo ya un factor reconocido internacionalmente para el BPN.

Portilla y Navarrete (2013), Ecuador en su estudio denominado Factores predisponentes que indican en la embarazada en el bajo peso del recién nacido, tuvo como objetivo determinar los factores predisponentes que inciden en la embarazada en el bajo peso al nacer y el conocimiento de las madres sobre esta enfermedad, realizaron su estudio en una población de 50 madres que tuvieron recién nacidos con peso inferior a los 2500gr (bajo peso), atendidas en el Hospital General Dr. Liborio Panchana Sotomayor, Utilizó como instrumento una entrevista a la madre para obtener las variables perinatales de estudio, el estudio fue de tipo cuantitativa, descriptiva, Retrospectiva porque definió, con resultados como falta de control prenatal en un 82%, sin suministro de hierro y/o ácido fólico un 78%, bajo peso de la madre 52%, sin ganancia de peso en un 70%, falta de conocimiento 74%, etc. Concluyendo que son los factores predisponentes en la incidencia del bajo peso al nacer afectando la calidad de vida de las pacientes, la propuesta se fundamenta en las teorías que nos ayudaron a cumplir el rol que ejerce el profesional de enfermería ante esta problemática, como la educación y prevención de la misma, por medio de un programa educativo para lograr un embarazo planificado, controlado, y prevenir el



bajo peso al nacer, en la península de Santa Elena.

### **Ámbito Nacional:**

Gonzales (2014), Trujillo en su estudio denominado edad materna como factor de riesgo para bajo peso del recién nacido a término, tuvo como objetivo determinar si la edad materna es un factor de riesgo para bajo peso del recién nacido a término en el Hospital Belén de Trujillo, realizó su estudio en una población de 192 recién nacidos, su estudio fue de tipo retrospectivo, de casos y controles. Utilizó como instrumento historias clínicas, seleccionadas al azar, de recién nacidos a término. Al comparar el primer subgrupo (A y B) se obtuvo como resultado un valor de  $p < 0,05$ , OR de 3,18 con un IC de 95% (1,11 – 9,11). En la comparación del segundo subgrupo se obtuvo un valor de  $p > 0,05$ , OR de 0,66 con un IC de 95% (0,22 – 2,03). Concluyendo que en el Hospital Belén de Trujillo las madres menores de 19 años son un factor de riesgo para el bajo peso de los recién nacidos a término en comparación con las madres mayores de 35 años que no lo son.

Lazo (2014), Huancayo en su estudio denominado Factores asociados al bajo peso en recién nacidos a término, tuvo como objetivo determinar los factores maternos que están asociados con el bajo peso de recién nacidos a término atendidos en el Hospital Docente Materno Infantil “El Carmen”, realizó su estudio en 252 recién nacidos a término, su estudio fue de tipo observacional, transversal, retrospectivo y de nivel correlacional. Utilizó como instrumento una ficha de recolección de datos a partir de la hoja CLAP; tabulación y análisis. Resultados: existe 8.3% de recién nacidos a término tuvieron BPN. Los factores de riesgo maternos son: Edad mayor a 34 años (OR=2.42), escolaridad (OR=2.19), control prenatal (OR=2.02), antecedente de aborto (OR=2.39), gran múltipara (OR=7.55), período intergenésico corto (OR=2.14), antecedente de tener un RNBP (OR=2.42) y

anemia materna durante la gestación (OR=2.36). Concluyendo que los principales factores de riesgo son: Ser gran multípara, edad mayor a 34 años, antecedente de aborto y anemia materna durante la gestación. El peso pre gestacional inadecuado no tuvo diferencia estadística.

**Ámbito Local: No se reportan estudios.**

## **1.2 Fundamentación Científica**

### **Bajo peso al nacer**

El bajo peso al nacer (BPN) ha sido definido por la organización, mundial de la salud (OMS) 1960, como el peso del neonato menor de 2 500 gr, durante la primera hora de vida. El BPN tiene una probabilidad de morir 20 veces mayor que un recién nacido de peso mayor. (Allpas, Raraz y Raraz 2014).

Esto significa que el BPN evidencia la salud materna fetal durante la gestación, y es un factor directamente relacionado con la morbilidad y mortalidad neonatal e infantil y con el bienestar de la madre y su hijo en la etapa posparto, donde tiene un reconocido impacto. (Gonzales 2014). Por otro lado, diversos estudios describen la asociación del BPN con diversos trastornos durante el primer año de vida, entre los que destacan el retraso de desarrollo neurológico, la hemorragia cerebral, alteraciones respiratorias, el riesgo de presentar asfixia al momento de su nacimiento y otras enfermedades que obligan a una hospitalización prolongada. (Allpas 2014).

Guevara et al., (2009) menciona, los que sobreviven tienen disminuidas las funciones del sistema inmunológico y, recientemente, se ha asociado con la aparición de padecimientos similares en adultos, como diabetes mellitus y enfermedades coronarias.

Según el informe del Estado Mundial de la Infancia (2009), del Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF), en el mundo la incidencia de bajo peso al nacer fue de 14%; América Latina y el Caribe con 9% y el Perú

con 10%. A nivel de Perú, en el documento Plan Nacional de Acción por la Infancia y la Adolescencia, el año (2012), se presentó que la proporción de niñas y niños con bajo peso al nacer a nivel nacional fue de 7.4% en el año (2012), mientras que en el año (2011) fue de 7.1%. Las cifras en el periodo 2011 y 2012 muestran una disminución con relación al año 2010, en que alcanzó el 8.0%. (Lazo, 2014).

(Gonzales, 2014) atribuye, que algunos autores señalan como factores de riesgo preconceptionales las edades extremas de la vida reproductiva por su inmadurez o envejecimiento, el espacio intergenésico corto por su incidencia en la mortalidad perinatal, la multiparidad y el embarazo no deseado, el efecto adverso del bajo nivel socioeconómico, la desnutrición, el nivel intelectual y cultural deficiente, las madres solteras, entre otros actúan nocivamente sobre el proceso reproductivo y neonato.

### **Clasificación del recién nacido de bajo peso**

Cruz y Llivicura (2012) mencionan, que el BPN, es clasificado como:

- Bajo peso, entre > 1500 y < 2500 gramos.
- Muy Bajo Peso, entre > 1000 y 1499 gramos.
- Extremo Bajo Peso, < 1000 gramos al nacer.

### **Recién nacido con bajo peso**

Lazo (2014) menciona, que es el producto de la concepción con peso corporal al nacimiento menor de 2,500 gramos, independientemente de su edad de gestación.

### **Recién nacido vivo**

Se trata de todo producto de la concepción proveniente de un embarazo de 21 semanas o más de gestación que después de concluir su separación del

organismo materno manifiesta algún tipo de vida, tales como movimientos respiratorios, latidos cardiacos o movimientos definidos de músculos voluntarios.

### **Recién nacido prematuro**

Pava, L. C. (2013) afirma, que lo recién nacidos prematuro presenta problemas que reflejan el grado de inmadurez de los sistemas para adaptarse a la vida postnatal y que van aparejados con el grado de prematurez. Por consiguiente, la prematurez y el bajo peso se asocian a variables socioeconómicos - culturales, a condiciones biológicas de la madre y a diversos procesos de salud que afectan a la madre y al feto. Un prematuro es un neonato que nace antes de la semana 37 de gestación sin haber completado el ciclo de maduración, se dice que ha nacido prematuramente, esta condición permite que el bebé presente problemas de adaptación al medio extrauterino; a diferencia del recién nacido de bajo peso, cuyo peso al nacimiento, está por debajo del percentil 10, de las curvas de crecimiento y éste es inferior a 2500g. El peso del niño al nacer es un indicador útil para evaluar la supervivencia infantil y la salud durante el primer año de vida.

Por lo tanto, el cuidado de niños pequeños y prematuros amerita cuidados especiales por un equipo de salud entrenado y posteriormente por las madres, quienes deben contar con el acompañamiento del equipo de salud, para conservar su sobrevivencia. El nacimiento de niños prematuros como consecuencia de uno o varios factores de riesgo, ambientales, familiares, maternos o fetales implica compromiso de los sistemas respiratorio, cardiocirculatorio y dificultades en la regulación de temperatura, nutrición y alimentación, infecciones, hemorragia intracraneana e Hiperbilirrubinemia los cuales, ponen rápidamente en peligro sus vidas.

### **Recién nacido a término**

Producto de la concepción de 37 semanas a 41 semanas de gestación,

equivalente a un producto de 2,500 gramos o más.

### **Factor**

Está especialmente vinculado a dos cuestiones bien distintas entre sí. Por un lado, se usa para referirse al elemento o al condicionante que contribuye a la producción o el logro de un resultado. (Gonzales, 2014).

### **Factores asociados al bajo peso al nacer**

Lazo (2014), menciona, que dentro de los factores asociados del bajo peso al nacer se han encontrado con mayor frecuencia en estudios realizados por diferentes autores los siguientes:

- Edad gestacional
- Desnutrición de la madre (bajo peso para la talla y ganancia insuficiente de peso durante la gestación).
- Hábito de tóxicos.
- Antecedentes obstétricos.
- Hipertensión arterial durante el embarazo.
- Embarazos gemelares.
- Anemia.

Otros factores además identificados fueron los abortos provocados, edad de la madre y la baja escolaridad de los padres entre otros.

### **Factores socio-demográficos, pre- gestacional, gestacional y conductuales**

Corasma (2002), menciona, “La salud física y mental de la futura madre, sus antecedentes patológicos, su entorno social y cultural, su actitud y

comportamiento, influyen en la procreación y el resultado final que es el producto de la concepción”; por lo tanto, como ya ha sido expuesto, muchos autores coinciden en que los factores nutricionales de la madre son los principales responsables del retraso en el crecimiento intrauterino, ya sea en países en vías de desarrollo o en países desarrollados.

### **Factores Socio – demográficos:**

#### **Edad de la madre**

La edad materna extrema, es un factor biológico asociado con bajo peso al nacer. A menor edad en la mujer mayor probabilidad de un neonato prematuro o de bajo peso. La inmadurez biológica, anatómica, funcional y ginecológica.

#### **Estado civil**

La familia es la célula de la sociedad, en su seno nace el ser humano y de su adecuada función depende la salud materna infantil. Una familia funcional promueve la salud integral del binomio madre - hijo, pero una disfuncional deviene en un alto riesgo para ambos, genera estrés y propende alteraciones psicológicas del comportamiento y enfermedades.

#### **Instrucción materna**

Las posibilidades alimentarias de una población, familia o de una comunidad también se relacionan con el modo en que se aprovechan o utilizan los propios recursos y capacidades, es por ello que la falta de información o la información errónea y confusa influyen notablemente sobre los hábitos dietéticos de una población. Todo esto demuestra que el grado de instrucción de los padres, puede tener un rol como causa indirecta en la existencia de los problemas alimentarios.

## **Factores Pre-Gestacionales:**

### **Periodo intergenésico**

Se define como el espacio de tiempo que existe entre la culminación de un embarazo y la concepción del siguiente embarazo. En las pacientes multíparas, el riesgo de presentar complicaciones tales como labor de parto pre término, trastorno hipertensivo del embarazo, óbito, diabetes gestacional, sufrimiento fetal agudo y bajo peso al nacer aumenta a razón de un intervalo intergenésico menor a 24 o mayor de 60 meses, independientemente de otras variables como la edad.

### **Paridad**

Se ha comprobado que el peso del primer hijo es menor que el de los subsiguientes. Así como también que la curva de crecimiento intrauterino para primogénitos, muestran en las 38 semanas de amenorrea, un peso promedio de 100 g menos que las curvas de neonatos hijos de madres segundigestas. (Niswander y Gordon) observan que el peso promedio de los productos va aumentando, desde el segundo hijo hasta el quinto, descendiendo a partir del sexto.

### **Talla Materna**

Lazo (2014), menciona, que la talla materna es un indicador que puede determinar el peso del recién nacido, en un embarazo normal, pues si existe mayor talla materna se puede considerar que existe mayor espacio para la cavidad uterina que conlleve un mejor y mayor peso fetal, siempre y cuando la madre también cumpla con las exigencias nutricionales mínimas que demanda el embarazo.

La supervivencia del recién nacido depende principalmente del peso al nacer; varios investigadores han demostrado la influencia de la talla materna sobre el peso del RN. Se conoce por varios estudios que la talla menor de

150 cm se asocia con RN de peso inferior a 3.000 g, y cuando se asocian dos o más factores de riesgo como la talla baja y la edad materna, el riesgo de RN con peso inferior a 2.500 es mayor.

### **Antecedentes de abortos**

Cruz y Llivicura (2012), mencionan que las mujeres que han abortado, corren un riesgo importante de tener un hijo con bajo peso al nacimiento si el período intergenésico es de siete meses o menor, y en el caso de más de un aborto, el riesgo se incrementa sólo si el intervalo es menor a doce meses. 33,34 La información relacionada con la repercusión del intervalo entre embarazos posterior a una pérdida gestacional es escasa; la mayor parte de las recomendaciones que se hacen acerca del tiempo necesario de espera para un nuevo embarazo posterior al aborto, no cuenta con un sustento científico que la soporte.

### **Creencias**

Ramírez (2012) menciona, las creencias se basan en la fe y es creada por la mente, idealizándose su interpretación, aun desconociendo su demostración, la creencia está apoyada en la incertidumbre científica, muchas personas piensan que sus creencias son universalmente ciertas esperando que los demás la compartan, sin darse cuenta que estas son exclusivamente personal y en muchos casos diferente del de los demás, elaborándola mentalmente, haciendo de la vida un mar de esperanzas con ricas alternativas o inevitable sufrimiento, dependiendo de su mente dando significado a un modelo del mundo.

### **Costumbres**

Una costumbre es una práctica social arraigada. Generalmente se distingue entre buenas costumbres que son las que cuentan con aprobación social, y las malas costumbres, que son relativamente comunes, pero no cuentan con



aprobación social, y a veces las leyes han sido promulgadas para tratar de modificar la conducta.

### **Factores gestacionales:**

#### **Controles prenatales**

La atención prenatal adecuada, suele ser una meta importante en cualquier programa de salud de la mujer, ya que se considera la forma más rentable de mejorar los resultados del embarazo.

Con esta estrategia se procura atraer a los servicios de salud a las mujeres de escasos recursos, dada la estrecha relación entre las barreras socioeconómicas y el acceso a una atención prenatal satisfactoria.

Rivas y Solís (2014), mencionan, que es eficiente cuando cumple los siguientes criterios:

- **Precoz o temprano:** Tratando que sea desde el primer trimestre del embarazo, ya que permite identificar tempranamente los embarazos de alto riesgo.
- **Periódico o continuo:** Se refiere a la frecuencia de los controles prenatales, que varía según la condición del embarazo.
- **Completo o integral:** Debe garantizar las acciones de fomento, protección, recuperación y rehabilitación de la salud.
- **Extenso o de amplia cobertura:** Se refiere a la cantidad de la población que reciba la cobertura, ya que, a mayor población con cobertura, mayor posibilidad de reducir las tasas de morbilidad materna e infantil.

## **Estado nutricional de la embarazada**

Cruz y Llivicura (2012), mencionan, algunos datos en humanos apoyan la teoría de que la malnutrición materna es uno de los factores que influyen en la programación fetal. Se ha observado que una disminución de la ingestión materna o de la capacidad de absorción puede causar un crecimiento fetal menor. Sin embargo, la variabilidad individual en la respuesta a la restricción energética y proteica es grande. La malnutrición durante el embarazo puede producir reducción del número de células de los tejidos, la modificación estructural de los órganos, la selección de ciertos clones de células y la modificación en el ajuste de ejes hormonales claves. El impacto a largo plazo dependerá del estadio en el que se produzca la malnutrición, de su duración e intensidad. Cada órgano y tejido tiene un periodo crítico o sensible de mayor replicación celular, durante el cual se verá más afectado.

La hiperglucemia y la hipoglucemia en la embriogénesis pueden asociarse a un bajo peso al nacer. Si se produce una deficiencia en nutrientes en la mitad de la gestación, sobre todo si es moderada, afecta al feto, pero no a la placenta. La hipertrofia placentaria es un mecanismo de adaptación para mantener el aporte de nutrientes. Al final de la gestación, el efecto de la malnutrición materna es inmediato: se retrasa el crecimiento fetal y se altera la relación entre el feto y la placenta.

El estado nutricional pre gestacional de la madre y la ganancia de peso durante la gestación, son los factores más importantes relacionados directamente con el peso al nacer, el cual es el parámetro que se relaciona más estrechamente con la morbilidad y mortalidad perinatal, crecimiento antropométrico y el desarrollo mental ulterior del recién nacido. El estado nutricional pre gestacional y la ganancia de peso durante la gestación son variables independientes y completamente aditivas o sustractivas para el peso del recién nacido, estableciendo relaciones lineales directas entre ambas y el peso al nacer. Así, las mujeres delgadas y con pobre ganancia

ponderal durante la gestación tienden a procrear niños con bajo peso al nacer y las embarazadas obesas o con ganancia ponderal excesiva, niños macrosómicos. La OMS, toma como referencia las recomendaciones realizadas por el Instituto de Medicina de los Estados Unidos en 1990 sobre la ganancia ponderal durante el embarazo basado en el estado nutricional pre gestacional. Se recomienda para las mujeres delgadas una ganancia ponderal total de 12.5 a 18 kg, para mujeres con índice de masa corporal normal entre 11.5 a 16 kg y para mujeres con sobrepeso y obesas 7 a 11.5 kg respectivamente.

### **Frecuencia del consumo de alimentos**

Montero (2016) menciona, cada uno de los grupos de alimentos contribuye con sustancias específicas para la salud de la mujer embarazada y, en su conjunto, aportan los nutrientes necesarios para la nutrición adecuada. No es necesario que consuma todos los alimentos que conforman un grupo todos los días, sino más bien es importante evaluar el consumo de algunos de esos alimentos cada día. Es importante que se consuma por lo menos un alimento de cada grupo cada día (en las cantidades adecuadas) para que la alimentación sea completa y que se alternen los alimentos dentro de cada grupo para que la alimentación sea variada. Los grupos de alimentos que deben ser consumidos diariamente por la mujer embarazada para asegurar una adecuada nutrición son: cereales y derivados; frutas y vegetales; leche, yogur y quesos; carnes y huevos; aceites vegetales (no grasas); y agua potable. La gestante debe comer más veces que antes; además de las tres comidas principales (desayuno, almuerzo, cena) es necesario incluir un refrigerio al día.

### **Consumo de alimentos ricos en proteínas**

Durante el embarazo, las proteínas se necesitan para cubrir las necesidades del crecimiento de feto, de la placenta y de los tejidos maternos. Cuando existe un balance energía/proteínas adecuado (cuando el consumo de

proteínas no supera el 25% de la energía total), se consigue mayor peso del niño al nacer y un menor riesgo de muerte fetal y neonatal. Por ello es importante que las gestantes consuman aproximadamente 25 g adicionales a los requerimientos previos al embarazo. Estas pueden ser de origen: animal como las carnes, el pescado, la leche y huevos o de origen vegetal como la levadura, los frijoles, la soya, los maníes, las harinas, etc.

### **Hidratos de Carbono**

Son conocidas las situaciones de hipoglucemia durante el embarazo sobre todo después de periodos de ayuno. Se atribuyen a que la glucosa es un que atraviesa la placenta con mucha eficacia y, aunque el proceso de gluconeogénesis (producción de glucosa a partir de las reservas de grasa) aumenta durante la gestación, no es suficiente para compensar la transferencia de glucosa al feto (Herrera 2015).

### **Consumo de frutas y verduras**

Montero (2016), añade que debido a que no todos los vegetales y frutas aportan los mismos nutrientes es indispensable asegurar que se elija tanta variedad como sea posible, priorizando los productos de estación que son beneficiosos desde el punto de vista económico como así también desde la calidad nutricional. Algunas vitaminas y minerales se pierden en los procesos de cocción, por ello es aconsejable el consumo de por lo menos una porción en crudo cada día. Las frutas y verduras de todas las variedades y sus jugos naturales son fuente de gran variedad de vitaminas y minerales, como así también de fibra.

### **Alimentos ricos en fibra**

La disminución de la motilidad intestinal, inactividad física y presión que ejerce el peso del útero a nivel de los intestinos, ocasionan con frecuencia que las mujeres gestantes sufran de estreñimiento durante los últimos meses

de gestación. El aumento del consumo de agua, otros líquidos y alimentos ricos en fibra ayudan a prevenir el estreñimiento en la mujer gestante, por ello es recomendable el consumo de cereales de granos enteros, productos integrales, frijoles, frutas y verduras que son los que tienen un alto contenido de fibra.

### **Agua**

Medina (2015) añade, este es un nutriente esencial para la salud de los seres humanos. Siempre debe consumirse agua potable o adecuadamente potabilizada para evitar el contagio de enfermedades y es recomendable que la embarazada consuma agua a voluntad, ya que es la bebida ideal.

### **Consumo de sal**

Herrera (2015) menciona, Debido a que algunos productos animales y vegetales no contienen las cantidades de yodo necesarios para satisfacer los requerimientos del cuerpo, es recomendable que la población haga uso de la de sal yodada en sus alimentos para cubrir los requerimientos nutricionales. No obstante, es importante consumir las cantidades necesarias, sin exceso.

### **Enfermedades asociadas y dependientes de la gestación**

#### **Síndrome hipertensivo gestacional**

Rivas y Solís (2014), describe, que el Síndrome Hipertensivo Gestacional (SHG) constituye la complicación médica más frecuente del embarazo que afecta al 5%-15% de las embarazadas y está asociado a un aumento significativo de la morbi-mortalidad materna y perinatal.

Por otro lado, Lazo (2014), menciona, que la complicación más probable de la preclamsia es la eclampsia, definida por la aparición de convulsiones o estado de coma al final del embarazo o en el puerperio inmediato con hipertensión arterial, edema y proteinuria.

## **Preclamsia**

Huerta (2014) añade, en la preclamsia la hipertensión es generalmente leve o moderada, en la mayoría de los casos no excede valores de 160/110 mmHg. La proteinuria es considerada patológica cuando la concentración de proteínas es mayor a 300 mg en orinas de 24 Hs. El edema es la expresión del encharcamiento del espacio intersticial: consecutivamente aparece oliguria mantenida. Cuando se presente elevación tensional durante el embarazo, aun cuando no se documente la presencia de proteinuria, si se acompaña de cefaleas, visión borrosa, dolor abdominal o alteraciones en las pruebas de laboratorio se debe considerar como muy probable la preclamsia.

La alteración hepática usualmente es subclínica, aunque puede manifestarse con náuseas, vómitos y dolor epigástrico o en hipocondrio derecho y con menos frecuencia ictericia, esto, secundario a la distensión de la cápsula de Glisson.

## **Eclampsia**

La presencia de convulsiones tónicas clónicas focales o generalizadas define la existencia de eclampsia en pacientes que cursan con HTA inducida por el embarazo. La mayor parte de las mismas ocurren durante el trabajo de parto o el puerperio inmediato. La gravedad no resulta de la extensión y topografía de las lesiones cerebrales, sino de la persistencia de las convulsiones, del compromiso multiorgánico y de la activación de la coagulación, las complicaciones intracraneales más temidas son los hematomas y el edema cerebral difuso con hipertensión endocraneana.

## **Síndrome de Hellp**

Gonzales (2015) añade, patología asociada a la pre eclampsia, caracterizada por: Presencia de hemólisis, elevación de enzimas hepáticas y plaquetas disminuidas. Es un trastorno severo del estado gestacional y puerperal

relacionado con las formas graves de pre eclampsia y eclampsia. Se admite la posibilidad de que este cuadro se presente, sin relación con la pre eclampsia, esto implica que existe una disfunción útero placentaria secundaria a la incompleta invasión trofoblástica de arterias espirales, que se limita al segmento decidual del vaso mientras el segmento miometrial conserva íntegra su estructura de pared, incluida su inervación simpática lo que impide crear un sistema vascular de baja resistencia capaz de garantizar la irrigación sanguínea a dichas estructuras - Parto (70%), postparto (30%), Pre eclampsia severa (70%), Leve(30%)-asociado a CID>30%,Asociado a hematoma subscapular hepático.

### **Oligohidramnios**

Es la disminución patológica del líquido amniótico para una determinada edad gestacional. En el embarazo a término se considera que existe oligohidramnios cuando el volumen de líquido amniótico es inferior a 500ml. Puede ser causado por una variedad de condiciones, en las que la producción de orina fetal está disminuida.

El oligohidramnios es casi siempre evidente cuando hay obstrucción de las vías urinarias o agenesia renal fetal. Por tanto, la anuria casi con certeza tiene participación causal en tales casos. Una pérdida crónica por un defecto en las membranas fetales puede disminuir de manera apreciable el volumen de líquido, pero con frecuencia máxima pronto se presenta trabajo de parto (Bermúdez, 2017).

### **Poli hidramnios**

El poli hidramnios es una cantidad excesiva de líquido amniótico dentro de la cavidad amniótica. La etiología del poli hidramnios puede ser idiopática, la consecuencia de anomalías estructurales fetales, o la consecuencia de diversas afecciones fetales y maternas.

El volumen de líquido normal alrededor del feto aumenta gradualmente hasta ser aproximadamente 800 a 1000 cc a las 36 ó 37 semanas de embarazo.

El diagnóstico de poli hidramnios se hace cuando el IFA muestra un nivel de líquido mayor a 25 centímetros (o por encima del percentil 95), o una profundidad del pozo vertical máxima simple (MVPD) de > 8 cm, o si el nivel de fluido observado es de 2 000 cc.

La asociación entre el poli hidramnios y la morbilidad tanto materna como perinatal, han sido abordadas por el efecto que traen consigo, provocando un impacto negativo en el feto o la sospecha de alteraciones de un desarrollo normal.

### **Infecciones vaginales**

Cencho y Condori (2015), menciona, el síntoma de secreción vaginal se presenta en las mujeres cuando tienen vaginitis (infección en la vagina), cervicitis (infección del cuello del útero) o ambas. Es importante diferenciar estas dos afecciones porque la cervicitis provoca complicaciones graves y plantea la necesidad de tratar a las parejas sexuales.

Las tres infecciones más frecuentemente asociadas al Síndrome de Flujo Vaginal son:

- La Trichomoniasis.
- La Vaginosis Bacteriana.
- Candidiasis.

Y con menor frecuencia:

- La infección por *Neisseria gonorrhoeae*.



- Chlamydia trachomatis.

### **Trichomoniasis**

- Flujo abundante, espumoso, verdoso y maloliente.
- Prurito vulvar y perineal, molestias urinarias: disuria y polaquiuria.
- Eritema y edema de mucosas
- Cérvix rojizo en “fresa”.

### **Trichomoniasis y Gestación:**

- Los factores de virulencia de la Tricomona están relacionados a complicaciones prenatales como:
  - Amenaza de parto pre término.
  - Rotura prematura de membranas.

### **Vaginosis Bacteriana**

- Flujo homogéneo, fluido, adherente, blanco grisáceo, algo espumoso, fétido, con olor a "pescado".
- Prurito y ardor discretos.
- Microscopía: cocobacilo Gram (-), "cluecells". Vive a Ph> 4.5.

### **Vaginosis Bacteriana y Gestación**

- Causa más común de infección cervico vaginal (con Candidiasis), independientemente de hábitos y costumbres sexuales (17 a 30%, con leve predominio en gestantes).
- Complicaciones durante el embarazo:

- Corioamnionitis.
- Rotura prematura de membranas.
- Los microorganismos aislados del corion son los de la vaginosis bacteriana y responsables de la inflamación de las membranas fetales con riesgo de septicemia y muerte fetal y neonatal.
- Las variaciones del pH o las grandes cantidades de fosfolipasa A2, producida por la vaginosis bacteriana (especies de Bacteroides y Peptostreptococcus) favorecen la ruptura prematura de membrana y puede activar a las prostaglandinas (E2, F2 alfa) y desencadenar el parto pretérmino.

### **Candidiasis**

- Flujo blanquecino, acuoso o denso, Prurito vulvar intenso, irritación y laceración.
- Eritema y edema vulvar, dispareunia y disuria "en salpicadura".
- Vagina eritematosa, cérvix normal.

### **Gonorrea**

- Flujo abundante purulento, amarillo verdoso. Cervicorrea, endocervitis.
- Disuria, polaquiuria, dolor pélvico, salpingitis, Bartolinitis.
- En recto: prurito, irritación, dolor al defecar, estreñimiento y secreción.

### **Gonorrea y Gestación**

- Embarazo ectópico.
- Bajo peso al nacer.

- Aborto espontáneo, aborto séptico.
- Ruptura prematura de membrana y Corioamnionitis.
- Parto prematuro.
- Endometritis postparto o postaborto.
- Transmisión fetal en el parto puede dar: ceguera, infección articular, uretritis, vaginitis o sepsis neonatal.

### **Chlamydiasis**

- Flujo mucopurulento.
- Generalmente asintomático.
- Cervicorreas, uretritis, endometritis.
- Postaborto y postparto, ruptura prematura de membrana.
- Microscopía: germen intracelular obligado

### **Chlamydiasis y Gestación**

- Prevalencia 2-37% en gestantes.
- El 40% de las gestantes con Gonorrea tiene también Chlamydia.
- En la gestante antes de la fusión de corion y decidua (12 semanas), puede ocurrir la infección genital ascendente
- Toda mujer debe hacerse despistaje al inicio del embarazo y en 3º trimestre.
- Riesgos en el embarazo: ruptura prematura de membrana y parto pretérmino; Bajo peso al nacer, infección materna (endometritis post

parto o post aborto, salpingitis) e infección perinatal.

- El tratamiento de la infección genital por chlamydia trachomatis en gestantes.
- Transmisión Madre-niño en el parto: oftalmia (15-25%) y neumonitis (5-15%) del recién nacido.
- Endometritis puerperal (riesgo no precisado).

### **Infección urinaria**

Lazo (2014), menciona, que infección de vías urinarias, es una de las complicaciones médicas más frecuentes en el embarazo, los cambios fisiológicos asociados al embarazo predisponen al desarrollo de complicaciones que pueden afectar significativamente a la madre y al feto. A pesar del desarrollo de nuevos antibióticos la infección de vías urinarias continúa asociándose a morbilidad y mortalidad elevada a nivel materno y fetal. La relación entre infección de vías urinarias, parto prematuro y bajo peso al nacer está ampliamente documentada.

### **Amenaza de parto pre término**

Cruz y Llivicura (2012), añade, el parto pretérmino es responsable del 75 % de las muertes perinatales y del 50 % de las anormalidades neurológicas de la infancia. El antecedente de amenaza de parto pretérmino, está identificado como un factor de riesgo para bajo peso al nacer.

### **Anemia**

Corasma (2002), menciona que la anemia, es una de las complicaciones más frecuentes relacionadas con el embarazo especialmente en los países subdesarrollados. Con frecuencia se inicia el embarazo con bajas reservas de hierro, asociando a una dieta deficiente en hierro y proteínas.

La anemia en gestantes se ha asociado con muerte fetal tardía, partos pre término y recién nacidos pequeños para edad gestacional (PEG). Así mismo recientemente se estableció que no es necesario corregir los valores de Hg para las gestantes residentes en altura.

### **Diabetes gestacional**

Rivas y Solís (2014) mencionan, que la diabetes gestacional es la intolerancia a los hidratos de carbono de intensidad variable, de comienzo o primer reconocimiento durante la gestación. Esta definición se aplica independientemente del tipo de tratamiento utilizado para conseguir el control metabólico y de su persistencia una vez finalizada la gestación.

La importancia del diagnóstico de diabetes gestacional estriba en que este trastorno tiene inmediatas consecuencias para el desarrollo del embarazo e implicaciones a largo plazo tanto para el recién nacido como para la madre.

Existen una serie de razones para identificar a estas mujeres durante la gestación; entre las más importantes se encuentran las siguientes:

- Algunas mujeres gestantes presentan una hiperglucemia importante y requieren tratamiento insulínico de inmediato.
- Los fetos tienden a presentar macrosomía, además de alteraciones tales como: hipoglucemia neonatal, hipocalcemia, policitemia e hiperbilirrubinemia, lo que se traduce en una mayor morbimortalidad.
- Los recién nacidos tienen tendencia a la obesidad, dislipemia y diabetes en la edad adulta.
- Las madres presentan una mayor incidencia de diabetes en años posteriores: entre un 25 y un 70 % de mujeres diabéticas gestacionales padecerán diabetes mellitus a los 25 años de seguimiento.

## **Factores conductuales**

### **Ocupación materna**

Rivas y Solís (2014) mencionan, el incremento del riesgo de parto pre término observado entre las agricultoras ya se ha descrito en la literatura. Probablemente puede explicarse por el exceso de carga física que implica el trabajo en el campo. El esfuerzo físico ha sido consistentemente relacionado con los partos pre término. El levantamiento, el descenso, el empuje, el arrastre y la manipulación de cargas aumentan la presión intraabdominal y provocan contracciones uterinas y disminución del flujo sanguíneo placentario, estimulando el parto. Otra posible razón que explicaría este resultado sería la exposición a productos químicos (en el caso de las trabajadoras agrícolas, principalmente plaguicidas) que pueden alterar la función reproductiva. Posiblemente estos argumentos expliquen en cierta medida los resultados observados en las trabajadoras del sector servicios.

### **Hábito de fumar**

Este factor influye tanto en el parto pre término como en el crecimiento intrauterino retardado. Se ha demostrado que los hijos de las mujeres fumadoras pesan al nacer un promedio de 200 a 300 g menos que los descendientes de mujeres no fumadoras. Las madres fumadoras tienen dos veces más probabilidades de tener un recién nacido bajo peso.

### **Consumo de bebidas alcohólicas**

Aunque es un factor poco conocido, no por ello deja de ser un importante factor de riesgo de bajo peso al nacer.

El alcohol y sus metabolitos atraviesan la placenta y actúan sobre el feto, produciendo en el 85 % de los casos deficiencias del crecimiento pre y posnatal que no solo explican el recién nacido con peso inferior a la edad gestacional, sino también la pobre respuesta a la intervención nutricional

durante toda la infancia.

Es probable que los 160 g menos de peso promedio vinculados a la ingestión de una taza diaria de alcohol se expliquen en términos de restricción del crecimiento celular durante períodos críticos y su repercusión en el desarrollo normal del cito esqueleto celular.

### **Consumo de drogas**

Numerosos estudios han señalado que tanto el alcohol como su asociación con otras drogas durante la gestación causan diversos problemas para la madre y el niño, no solamente durante el periodo embrionario y fetal, sino también durante el resto de sus vidas con alteraciones en los procesos de aprendizaje y conductuales. Las consecuencias de estos consumos tóxicos han sido observadas en la placenta, embrión y feto. Entre las más frecuentes se ha destacado el bajo peso al nacer (menor a 2.500 g, OMS), resultado de la influencia de estas sustancias en una gestación de pre término (antes de la semana 37) o en una restricción del crecimiento intrauterino.

### **Violencia en el embarazo**

Valenzuela (2004) menciona, la violencia en la mujer durante el embarazo constituye un problema de salud pública que trasciende la esfera social, puesto que va más allá de la agresión física y es causa de hemorragias, abortos, infecciones, anemias, partos prematuros y bajo peso del producto al nacer.

En las mujeres embarazadas la violencia tiene consecuencias sobre el producto, es decir complicaciones durante el embarazo y parto, tanto para la madre como para el producto. (Correa, 2006).

Cruz y Llivicura (2012), añade, que la mujer embarazada que vive situaciones de maltrato, tiene cuatro veces más riesgo de tener hijos de bajo peso. La presencia de la violencia en el embarazo de hecho es más común

que la presencia de diabetes, placenta previa y otra complicación de orden biológico.

Correa (2006), Afirma que los cambios en el ritmo cardiaco asociado al estrés de las mujeres embarazadas, junto con unos niveles elevados de presión arterial y ansiedad crónica, pueden afectar al ritmo cardiaco del feto en desarrollo, en conclusión, los efectos del estrés incrementan los niveles de hormonas tales como: ACTH y cortisol que restringen el flujo de sangre hacia la placenta, privando al feto de oxígeno y nutrientes, dando como resultado un recién nacido de bajo peso.

### **Teoría Adopción del rol maternal de la teórica Ramona Mercer**

Ramona Mercer con su teoría Adopción del Rol Maternal, propone la necesidad de que los profesionales de enfermería tengan en cuenta el entorno familiar, la escuela, el trabajo, la iglesia y otras entidades de la comunidad como elementos importantes en la adopción de este rol. El cual es entendido como un proceso interactivo y evolutivo que se produce durante cierto periodo de tiempo, en el cual la madre involucra una transformación dinámica y una evolución de la persona-mujer en comparación de lo que implica el logro del rol maternal.

El modelo de la adopción de Mercer se sitúa en los círculos concéntricos de Bronfenbrenner del microsistema, meso sistema y el macro sistema.

**El microsistema:** Es el entorno inmediato donde se produce la adopción del rol maternal, que incluye la familia y factores con el funcionamiento familiar, las relaciones entre la madre y el padre, el apoyo social y el estrés. Mercer amplió los conceptos iniciales y el modelo para destacar la importancia del padre en la adopción del rol, ya que este ayuda a "difuminar la tensión en la dualidad madre- niño". La adopción del rol maternal se consigue en el microsistema por medio de las interacciones con el padre, la madre y el niño <sup>(5)</sup>.



**El meso sistema:** Agrupa, influye e interactúa con las personas en el microsistema. Las interacciones del meso sistema pueden influir en lo que ocurre al rol maternal en desarrollo y el niño. Incluye el cuidado diario, la escuela, el lugar de trabajo y otras entidades que se encuentran en la comunidad más inmediata.

**El macro sistema:** Incluye las influencias sociales, políticas y culturales sobre los otros dos sistemas. El entorno de cuidado de la salud y el impacto del actual sistema de cuidado de la salud sobre la adopción del rol maternal origina el macro sistema. Las leyes nacionales respecto a las mujeres y a los niños y las prioridades sanitarias que influyen en la adopción del rol materna

### **1.3 Justificación**

El presente trabajo de investigación es necesario ya que el bajo peso al nacer es una prioridad de la salud pública a nivel mundial y constituye un poderoso instrumento para la reducción de la mortalidad infantil, el peso de un niño al nacer es la determinante más importante en la posibilidad de que sobreviva; y el bajo peso (inferior a 2.500 g) representa en la actualidad uno de los problemas prioritarios de la salud pública, asociado en la mayoría de las defunciones de niños menores de un año e influye en la calidad de vida futura.

Se realiza este estudio que nos permitirá aportar conocimientos de los factores asociados al bajo peso al nacer y estrategias para prevenirlas.

Desde el punto de vista académico, los resultados de esta investigación pueden aportar conocimientos de los factores asociados al bajo peso al nacer y estrategias para prevenirlas.

Desde el punto de vista metodológico los resultados obtenidos servirán como antecedentes para futuras investigaciones relacionadas con el tema en

estudio; por otra parte, se ha de fortalecer el desarrollo de líneas de investigación sobre el tema en estudio, en la Escuela de Enfermería.

Desde el punto de vista práctico, los resultados de este estudio enmarcados en la línea de investigación de Enfermería, contribuirán en beneficio de los recién nacidos en el Hospital Víctor Ramos Guardia, como a los mismos profesionales que laboran en ella, ya que puede permitir establecer estrategias del control y de esta manera mejorar el pronóstico de los recién nacidos.

Desde el punto de vista teórico, la investigación se fundamenta en la teoría adopción del rol maternal de Ramona Mercer, ella planteo que la enfermera debe valorar y tener en cuenta el entorno familiar, la escuela el trabajo, la iglesia y otras entidades de la comunidad como elementos importantes en la adopción de este rol. Este estudio es de gran importancia para las licenciadas en enfermería como para los pacientes y para la institución, ya que la investigación puede identificar de manera temprana los factores que constituyen un eje importante en la práctica clínica, que permitirá al personal de salud establecer medidas preventivas y de control que beneficiarán tanto a la madre como al recién nacido.

#### **1.4. Problema**

##### **Formulación del Problema:**

¿Factores Asociados al Bajo Peso al Nacer en Recién Nacidos? Hospital Víctor Ramos Guardia, Huaraz. 2017

### 1.5. Operacionalización de las Variables

VARIABLE	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	DEFINICION OPERACIONAL	DIMENSIÓN	INDICADORES	ESCALA
<b>Variable de estudio</b>  <b>FACTORES ASOCIADOS</b>	Los factores asociados son las circunstancias o características de las personas que hace que exista una mayor probabilidad de adquirir	Son circunstancias que influyen de forma negativa durante la gestación, siendo los principales responsables del retraso en el crecimiento intrauterino.	Factores Socio-demográfico	Edad	
				Grado de instrucción	
				Procedencia	
				Ocupación	
			Factores Pre-Gestacionales	Periodo intergenesico	
				Paridad	
			Factores	Controles prenatales	
	Enfermedades Asociadas				

	múltiples patologías.		Gestacionales	a la Gestación		
			Factores Conductuales	Consumo de Sustancias Tóxicas	SI	NO
<b>Variable de estudio</b>  <b>BAJO PESO AL NACER EN RECIEN NACIDOS</b>	Bajo peso al nacer es un término utilizado para describir a los bebés que nacen con un peso inferior a los 2500 gr.	Es el peso del neonato, menos de 2500gr. Durante la primera hora de vida, el BPN evidencia la salud materna, fetal durante la gestación	Peso al Nacer	>2500gr	Adecuado	
				<2500 gr	Inadecuado	

## **1.6 Hipótesis:**

- Hi: Los factores asociados tienen relación al bajo peso del recién nacido.
- Ho: Los factores asociados no tienen relación con el bajo peso del recién nacido.

## **1.7 Objetivos:**

### **1.7.1 Objetivo General:**

- Identificar los factores asociados al bajo peso al nacer, Hospital Víctor Ramos Guardia, Huaraz. 2017.

### **1.7.2 Objetivos Específicos:**

- Identificar los factores Socio-demográficos asociados al bajo peso del recién nacido.
- Identificar los factores Pre - Gestacionales asociados al bajo peso al recién nacido.
- Identificar los factores Gestacionales asociados al bajo peso al recién nacido.
- Identificar los factores Conductuales asociados al bajo peso del recién nacidos.

## **2. METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN:**

### **2.1. Tipo y Diseño de investigación**

#### **Tipo de investigación:**

- **Según la naturaleza del estudio:** El presente trabajo, según su naturaleza es una investigación cuantitativa porque permitirá

recolectar datos de los recién nacidos con respecto a las variables de estudio: Factores Asociados al Bajo Peso al Nacer en Recién Nacidos, las cuales serán medidas y analizadas estadísticamente.

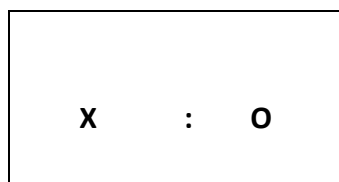
- **Según el tiempo que se desea alcanzar:** Estudio transversal: La investigación transaccional o transversal recolecta datos en un solo momento, en un tiempo único. Su propósito es describir variables y analizar su incidencia e interrelación en un momento dado. (Sampieri, Collado & Lucio, 2006). El presente estudio de investigación, es de tipo transversal porque se recolectará datos en un solo momento y sin interrupciones.

### **Diseño de investigación**

- La investigación no experimental o *expost facto* es cualquier investigación en la que resulta imposible manipular variables o asignar aleatoriamente a los sujetos o a las condiciones. (Kerlinger, 1979).

El trabajo de investigación presenta un diseño de tipo no experimental porque no se manipulará arbitrariamente la variable de estudio.

El trabajo de investigación, responde al siguiente esquema:



Donde:

X: Madres con recién nacidos de peso inferior a los 2 500 gr.

O: Factores Asociados.

## 2.2 Población y Muestra:

- **Población:** La población está conformada por 40 madres con recién nacidos de peso inferior a los 2500 gr, del Hospital Víctor Ramos Guardia, Huaraz.2017.

Sexo	Número de RN bajo peso
<b>Femenino</b>	22
<b>Masculino</b>	18
<b>Total</b>	40

### **Criterios de Inclusión:**

- Madres de recién nacidos con bajo peso (inferior a 2500gr), que acepten ser parte del estudio a través del consentimiento informado.
- Madres que acuden a realizar labor de parto en el hospital Víctor Ramos guardia.
- Madres que presenten factores asociados al bajo peso del recién nacido.
- Madres y recién nacidos con historia clínica.

## 2.3 Técnicas e instrumentos de investigación

**Nombre del Instrumento:** Factores Asociados al Bajo Peso al Nacer en Recién Nacidos. Hospital Víctor Ramos Guardia, Huaraz. 2017.

**Descripción:** Consiste en la revisión de historias clínicas, en los meses Julio a octubre, la cual consiste en identificar a los recién nacidos con

bajo peso y aquellos que presentan peso adecuado e identificar a las respectivas madres de ambos grupos para la posterior revisión de la ficha de registro de atención prenatal, la cual está constituida por una serie de sectores que contienen la documentación referida a acontecimientos obstétricos y del recién nacido en el período neonatal y transcribirlos a la hoja de recolección de datos. Se listan preguntas que en su casi totalidad se contestan con respuestas cerradas.

**Objetivo:** Identificar los Factores Asociados al Bajo Peso al Nacer en Recién Nacidos. Hospital Víctor Ramos Guardia, Huaraz. 2017

**Autor:** Lazo Chucos, Vanessa Esteffani (2014).

**Factores que mide:** El instrumento está constituido por tres partes:

El componente factor socio-demográfico; está relacionada a los aspectos socioculturales de la madre (estado civil, edad materna grado de instrucción); el componente factor pre-gestacional, está relacionado a las condiciones en las que se produjo el embarazo (periodo intergenesico, paridad, talla materna, antecedentes de aborto); el componente factor gestacional, aquí se ve como se llevó el embarazo (controles prenatales de la embarazada), dentro de esta encontraremos las enfermedades asociadas y dependientes de la gestación (enfermedad hipertensiva del embarazo, diabetes gestacional, anemia, amenaza de parto pre término, ITU), el componente factor conductual; está relacionado a la conducta y al consumo de sustancias tóxicas en la gestación (hábitos de fumar, ocupación materna, consumo de bebidas alcohólicas, consumo de drogas).

**Tiempo de resolución:** Para el llenado del instrumento necesitareé aproximadamente 20 minutos.



#### **2.4 Procesamiento y análisis de la información:**

Para el procesamiento de los datos se utilizó el programa de Office Microsoft Excel, que permitió el análisis de datos que facilitaron la interpretación y análisis de los resultados.

### 3. RESULTADOS:

**Tabla N° 01**

#### **Factor Sociodemográfico: Edad y Grado de Instrucción**

<b>EDAD</b>	<b>FRECUENCIA</b>	<b>PORCENTAJE</b>
15-19	8	20.0%
20-25	15	37.5%
26-31	12	30.0%
32-39	5	12.5%
<b>GRADO DE INSTRUCCIÓN</b>		
PRIMARIA	1	2.5%
SECUNDARIA	9	22.5%
SIN ESTUDIOS	14	35.0%
SUPERIOR NO UNIVERSITARIO	1	2.5%
SUPERIOR TECNICO	8	20.0%
SUPERIOR UNIVERSITARIO	7	17.5%

Fuente: Encuesta aplicada a madres de recién nacidos con bajo peso al nacer. Hospital Víctor Ramos Guardia, Huaraz. 2017

**Tabla N° 02**

**Factor Sociodemográfico: Procedencia de la Madre**

<b>PROCEDENCIA</b>	<b>FRECUENCIA</b>	<b>PORCENTAJE</b>
URBANA	31	78%
RURAL	9	22%

Fuente: Encuesta aplicada a madres de recién nacidos con bajo peso al nacer.

Hospital Víctor Ramos Guardia, Huaraz. 2017

**Tabla N° 03**

**Factor Sociodemográfico: Ocupación de la Madre**

<b>OCUPACION</b>	<b>FRECUENCIA</b>	<b>PORCENTAJE</b>
AMA DE CASA	22	55.0%
EMPLEADA	13	32.5%
COMERCIANTE	3	7.5%
ESTUDIANTE	2	5.0%

Fuente: Encuesta aplicada a madres de recién nacidos con bajo peso al nacer.  
Hospital Víctor Ramos Guardia, Huaraz. 2017

**Tabla N° 04**

**Factor Pre Gestacional: Paridad y Periodo Intergenésico**

<b>PARIDAD</b>	<b>FRECUENCIA</b>	<b>PORCENTAJE</b>
PRIMIPARA	26	65.0%
MULTIGESTA	13	32.5%
GRAN MULTIPARA	1	2.5%
<b>PERIODO INTERGENESICO</b>		
MENOS DE 2 AÑOS	12	30.0%
MAYOR 5 AÑOS	2	5.0%
NINGUNO	26	65.0%

Fuente: Encuesta aplicada a madres de recién nacidos con bajo peso al nacer.

Hospital Víctor Ramos Guardia, Huaraz. 2017

**Tabla N° 05**

**Factor Gestacional: Controles Prenatales y Enfermedades**

**Asociadas a la Gestación**

<b>CONTROL PRENATAL</b>	<b>FRECUENCIA</b>	<b>PORCENTAJE</b>
04 CONTROLES	7	17.5%
05 CONTROLES	7	17.5%
06 CONTROLES	18	45.0%
10 CONTROLES	2	5.0%
NINGUN CONTROL	6	15.0%
<b>ENFERMEDAD ASOCIADA A LA GESTACION</b>	<b>FRECUENCIA</b>	<b>PORCENTAJE</b>
DIABETES	2	5.0%
INFECCIONES VAGINALES	8	20.0%
ITUS	17	42.5%
OLIOGHIDRANIOS	2	5.0%
POLIHIDRANIOS	2	5.0%
PRECLAMPICIA	9	22.5%
CON ANEMIA	7	17.5%
SIN ANEMIA	33	82.5%

Fuente: Encuesta aplicada a madres de recién nacidos con bajo peso al nacer.

Hospital Víctor Ramos Guardia, Huaraz. 2017

**Tabla N° 06**

**Factor Conductual: Sustancias Tóxicas que ingirió  
la Madre Gestante**

<b>FUMADORA</b>	<b>FRECUENCIA</b>	<b>PORCENTAJE</b>
SI	7	17%
NO	33	83%
<b>ALCOHOLICA</b>		
SI	00	0 %
NO	40	100%
<b>VIOLENCIA FAMILIAR</b>		
SI	9	22%
NO	31	78%

Fuente: Encuesta aplicada a madres de recién nacidos con bajo peso al nacer.  
Hospital Víctor Ramos Guardia, Huaraz. 2017

#### 4. ANALISIS Y DISCUSION

**TABLA N° 1:** Del 100% (40) encuestadas, un 37.5% (15) de madres tienen edades entre 20-25 años, que el 12.5% (5) madres con edades de 32 – 39 años, en el presente trabajo de investigación la edad que más predomina es la de 20-25 siendo esta la edad donde las madres tuvieron los niños con bajo peso y en menor porcentaje se observa las edades, de 32- 39 por ser esta etapa donde las mujeres están en alto riesgo de gestación por los factores biológicos, sociales, demográficos.

Como sabemos la edad es un factor muy importante para la procreación el cual trae como consecuencia el bajo peso al nacer, la preparación para ser madre es un proceso en la cual interviene, el aspecto psicológico, el aspecto biológico, el aspecto social, para evitar el nacimiento de niños con bajo peso, según Cruz y Llivicura (2012)

En tal sentido Gonzales (2014), manifiesta que la edad materna considerada como extrema ( $< 20$  años y  $\geq 35$  años), es un factor biológico asociado con bajo peso al nacer. En la medida que la mujer es adolescente tiene mayor probabilidad de tener niños prematuros o de bajo peso lo mismo sucede con las mujeres mayores de 35 años, con las consecuencias de mayor morbilidad y mortalidad neonatal. La inmadurez biológica puede ser la explicación de estos resultados del bajo peso.

Según los resultados encontrados y los antecedentes investigados, las pacientes mayores y las adolescentes presentaron porcentajes mínimos, entonces se determinó que la edad de la madre no representó un factor importante en el bajo peso del recién nacido, ya que el mayor número de nacimientos ocurrió en las edades óptimas para la reproducción (Gonzales 2014).

Así mismo en relación al grado de instrucción la población encuestada el 35. % (14) de madres no tienen ningún tipo de estudio, comparado con el 2.5% (1) de madres que tienen primaria y superior no universitario. Esto permitió establecer una relación entre el bajo peso al nacer y un deficiente nivel de escolaridad.



Los resultados de Rivas y Solís (2014), tienen similitud con los hallazgos en lo que respecta a las madres sin estudios y el nacimiento de niños con bajo peso.

Como podemos ver según Cruz y LLivicura (2012), menciona que el bajo peso al nacer generalmente se da por el deficiente nivel de escolaridad de las madres por el desconocimiento de la mujer acerca de la necesidad de cuidados prenatales y alimentación adecuada, el mejor nivel educativo de los padres asegurara un nacimiento con adecuado peso del recién nacido.

**TABLA 02:** Del 100% (40) madres encuestadas, en su mayoría con un 78% (31) de madres viven en zonas urbanas y solo el 22% (9) madres viven en zonas rurales por lo que las madres que viven en zonas urbanas tuvieron recién nacidos con bajo peso, teniendo en cuenta el factor económico, cultural y socio demográfico.

**TABLA N° 3:** Del 100% (40) de la población encuestada el 55 % (22) de madres son amas de casa y el 5% (2) son estudiantes, esto permitió establecer una relación entre el bajo peso al nacer y las múltiples funciones en el hogar de una ama de casa, teniendo en cuenta el esfuerzo físico que ejerce. Se observa que un 5% (2) madres son estudiantes y pasan largas horas sentadas o paradas dependiendo la carrera que sigan, así como las horas que tienen que estudiar y no descansan las horas suficientes (Portilla y Navarrete, 2013).

Corasma, U. V. (2002), menciona que las amas de casa presentan un exceso de riesgo tanto para el bajo peso al nacer, Por otra parte, el trabajo que realizan las mujeres dedicadas a las labores del hogar requiere un gran esfuerzo físico a lo largo de todo el día, con escasas recompensas materiales o psicológicas que contribuyan a amortiguar ese estrés. Así pues, es posible que una mayor exposición a factores pudiera contribuir al mayor riesgo de parto pre término y bajo peso en recién nacidos en las amas de casa.

**TABLA N° 4:** Del 100% (40) encuestadas, un 65% (26) de madres son primíparas y el 2.5% (1) son gran multíparas, en el presente trabajo de investigación el que más predomina son las madres primíparas con un 65% donde tuvieron hijos con bajo peso

seguido de las madres gran multíparas con un 2.5% siendo esta un gran riesgo para tener hijos de bajo peso al nacer por los factores nutricionales, biológicos, sociales, psicológicos.

Como sabemos la paridad es un factor muy importante para la gestación el cual puede traer como consecuencia niños con bajo peso al nacer, según Cruz y Llivicura (2012).

Lazo (2014) añade que se ha comprobado que el peso del primer hijo es menor que el de los subsiguientes. El peso promedio de los productos va aumentando, desde el segundo hijo hasta el quinto, descendiendo a partir del sexto, además considera que las primíparas presentan con más frecuencia toxemia, enfermedad que está asociada con mayor incidencia a recién nacidos con bajo peso.

Así mismo en relación al periodo intergenesico de las madres encuestadas el 65 % (26) de madres primíparas, al igual que el 32.5% (13) de madres tienen más de 2 años de periodo intergenesico. Esto permitió establecer una relación entre el bajo peso al nacer y el ser madre primípara, por falta de experiencia y conocimientos en cómo prepararse física y psicológicamente para llevar un buen embarazo y asegurar un nacimiento con un peso adecuado del recién nacido (Rivas y Solís, 2014).

**TABLA 05:** Del 100% (40) encuestadas, un 45% (18) de madres tienen 6 controles perinatales, el 5% (2) madres con 10 controles, como podemos ver la mayoría de madres solo tienen 6 controles prenatales el cual conlleva a poner en riesgo al nacimiento de niños con bajo peso. Como sabemos los controles perinatales son muy importantes durante el embarazo, ya que permiten detectar cualquier problema que tenga la madre durante el embarazo por parte del personal de salud, quien realizara una valoración integral e identificar problemas en el binomio madre – niño, para así tomar medidas ante el riesgo de tener recién nacidos con bajo peso y la probabilidad de muerte materna y fetal.

El presente resultado tiene mediana relación con lo de Rivas y Solís, 2014, donde menciona que las madres con más de 4 controles prenatales el 54.4% tuvieron recién

nacido con bajo peso al nacer además se identificó que el 72% del total de casos y controles se realizaron más de 4 Controles pre natales, pero pese a eso los recién nacidos tuvieron bajo peso. El cual se asemeja con nuestro resultado donde las madres tuvieron entre 6 y 10 controles perinatales, quedando demostrado que los controles prenatales no es un factor determinante para el nacimiento con bajo peso.

Como sabemos el programa materno perinatal es una estrategia del ministerio de Salud (MINSA) donde vienen establecido el número de controles, según fecha última de menstruación (FUM) para evitar muertes maternas a futuro y evitar problemas en el recién nacido, según trimestre gestacional, ya que últimamente se han registrado muertes maternas, motivo por el cual son indicadores trazadores en los PPR.

En relación a las enfermedades asociadas a la gestación de 40 madres encuestada, el 82.5% (33) de madres no presentaron anemia, el 5% (2) presentaron Diabetes, el 5% (2) Oligohidramnios, 5% (2) Poli hidramnios, estos resultados hacen ver que estas enfermedades gestacionales no están relacionadas al bajo peso.

El presente resultado no tiene similitud con el estudio de Lazo (2014), ya que el menciona que la anemia si es un factor que predispone al bajo peso al nacer. Concluyendo que los principales factores de riesgo son: Ser gran multípara, edad mayor a 34 años, antecedente de aborto.

**TABLA 06:** En relación a las conductas de la madre durante gestación, de 40 madres encuestadas, el 83% (33) de madres son no fumadoras, y el 17% (7) fueron madres que era fumadoras, estos resultados permiten llegar a la conclusión de que este patrón conductual no se relaciona al bajo peso en recién nacidos.

Como sabemos el tabaquismo es uno de los causantes del retardo en el crecimiento y desarrollo fetal.

Se observa también que el 100 % (40) de madres encuestadas no consumieron alcohol durante su gestación. Esto permitió ver que este patrón conductual no se relaciona al bajo peso en el recién nacido.

Así mismo observamos que el 78% (31), son madres que no sufrieron ningún tipo de violencia durante la gestación, sin embargo, el 23% (9) de madres fueron víctimas de violencia familiar durante su gestación. Esto nos permite ver que este patrón conductual no se relaciona al bajo peso en recién nacidos, pero no se deja de lado que aún existe violencia a madres gestantes.

## **5. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES**

### **5.1 CONCLUSIONES**

- En la Dimensión Factores Sociodemográficos las madres que están entre las edades de 20-25 años tuvieron en su mayoría niños con bajo peso al nacer con un porcentaje del 37.5% (15). Según grado de instrucción las madres no tienen estudios con un 35.0% (14); y el 78% (31) de las madres encuestadas proceden de zonas urbanas.
- En la Dimensión Pre Gestacional se observa que la mayoría de las madres son primíparas con un 65% (26). Por ser madres primíparas en su mayoría no se pudo determinar el periodo intergenesico, sin embargo, existe un 30% (12) de madres multíparas cuyo periodo intergenesico fue menor de 2 años.
- En la Dimensión Gestacional la mayoría de las madres solo acudieron a 06 controles pre natales con un 45% (18). Y la enfermedad asociada a la gestación que más prevalencia tuvo fue la infección del tracto urinario con una 42.5 % (17), seguido de preclampsia con un 22.5 % (9). Cabe resaltar en esta dimensión que la mayoría de las madres no presentaron anemia durante su embarazo con un 82.5% (33).
- En la Dimensión Conducta de la Madre un 83% (33) no fumaron durante su gestación; un 78% (31) fueron madres que no sufrieron violencia familiar y un 100% (40) no consumieron alcohol.

## 5.2 RECOMENDACIONES

- Se recomienda a los profesionales del área de materno que sensibilicen a las jóvenes durante la etapa de gestación para que lleven estilos de vida saludable y reducir de esa manera recién nacidos con bajo peso.
- El profesional de enfermería debe de implementar un área de orientación y consejería sobre todo para las gestantes adolescentes y hacerles entender la importancia del periodo intergenesico para disminuir recién nacidos con bajo peso.
- Se debe de sensibilizar a las gestantes en el primer contacto sobre la importancia de acudir a los controles pre natales para poder identificar riesgos durante su embarazo, así como enfermedades asociadas a la gestación para su pronto diagnóstico y tratamiento oportuno.
- El profesional encargado del programa adolescente debe de trabajar con los colegios para tratar temas de problemas sociales (alcoholismo, drogadicción, violencia, etc.) e ir sensibilizando desde esta etapa para que cuando lleguen a la juventud y adultez no tengan problemas de salud en general.

## 6. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS:

- Allpas, Raraz y Raraz (2014), *Factores asociados al bajo peso al nacer en un hospital de Huánuco*. (Tesis para obtener el título de magister de enfermería). Universidad Ricardo Palma.
- Bermúdez, M. S. (2017). *Comportamiento clínico y manejo del oligohidramnios en embarazadas con más de 28 semanas, ingresadas en la sala de ARO II del HEODRA, León. Mayo 2014 a mayo 2016*. (Tesis para optar al Título de Especialista en Ginecología y Obstetricia). Universidad Nacional Autónoma de Nicaragua Facultad de Ciencias Médicas Unan León.
- Castro, U. M. (2015). *Poli hidramnios como factor asociado de morbilidad perinatal en el hospital Belén de Trujillo*. (Tesis para optar el título de médico cirujano). Universidad privada Antenor Orrego – Trujillo.
- Ccencho, R. y Condori. D. (2015). *Síndrome de flujo vaginal y hábitos de higiene en gestantes del Centro de Salud de ascensión Huancavelica -2015*. (Tesis para obtener el título profesional de: licenciada (o) en enfermera). Universidad Nacional de Huancavelica.
- Corasma, U. V. (2002). *Factores que se asocian con el bajo peso del recién nacido*. Cuenca, Ecuador: Publicia.
- Correa, L. M. (2006). *La violencia física, psicológica y sexual durante el embarazo y su relación con el peso del recién nacido en gestantes atendidas en el Instituto Nacional Materno Perinatal – 2006*. (Tesis para obtener el título de licenciada en obstetricia). Universidad Mayor de San Marcos.
- Cruz, M y Llivicura, M. (2012), *Factores de riesgo perinatales para peso bajo en recién nacidos a término del hospital gineco – obstétrico isidro ayora, quito 2012*. (Tesis para obtener especialidad). Universidad Central del Ecuador.

- Gonzales, C. B. (2015). *Enfermedad hipertensiva del embarazo hospital san José – Callao*. (Tesis para obtener segunda especialidad en atención obstétrica de la emergencia y cuidados críticos). Universidad privada de Ica.
- Gonzales, S. J. (2014). *Edad materna como factor de riesgo para bajo peso del recién nacido a término*. Madrid, España: ERGON.
- Guevara, Montero, Fernández, Cordero y Villamil (2009), *Factores de riesgo del bajo peso al nacer en el hospital materno de Palma Soriano durante un trienio*. (Tesis para obtener título de enfermería). Universidad de Colina Facultad de Medicina México.
- Herrera, R. V. (2015). “*Relación entre la ganancia ponderal de la gestante y el peso del recién nacido en el Centro Materno Infantil “César López Silva” del Distrito de Villa El Salvador – Lima – Perú 2011*”. (Tesis para obtener el grado académico de Magister en Nutrición Mención Aspectos Biológicos de la Nutrición). Universidad Nacional Mayor de San Marcos.
- Huerta, B. G. (2014). *Detección oportuna de preclamsia en una unidad de medicina familiar*. (Tesis para obtener el título de especialista en medicina familiar). Universidad de Veracruz.
- Lazo, CH.V. (2014). *Factores maternos asociados a bajo peso en recién nacidos a término*. (Tesis para obtener el título de médico cirujano). Universidad Peruana de los Andes.
- Luis, G. G. (23 de noviembre del 2011). Factores asociados al bajo peso al nacer. *Revista cubana de salud pública. Volumen (38), p. 12*.
- Maturell, Muñiz, Cuevas y Lalondrys. (2014, 20 de abril). Calidad de la ejecución del programa de bajo peso al nacer en un área de salud urbana. *Medisan*.
- Medina, F. A. (2015). “*Asociación de hábitos alimentarios y estado nutricional con el nivel socioeconómico en gestantes atendidas en el instituto nacional*”

*materno perinatal durante mayo –julio del 2015".* (Tesis para Para optar el Título Profesional de Licenciada en Obstetricia). Universidad Mayor de San Marcos.

Montero, M. J. (2016). *Estado nutricional y prácticas alimentarias durante el embarazo en las gestantes a término atendidas en el Instituto Nacional Materno Perinatal durante enero - febrero del 2016.* (Tesis para optar el Título Profesional de Licenciada en Obstetricia). Universidad Nacional Mayor de San Marcos.

Pava, L. C. (2013). *Prácticas de cuidado con el recién nacido prematuro o bajo peso, que ofrecen las madres en el hogar.* (Tesis para obtener el título de magister en enfermería). Universidad nacional de Colombia.

Portilla, G y Navarrete M. (2013), *Factores predisponentes que inciden en la embarazada en el bajo peso del recién nacido. Hospital general “Dr. Liborio Panchana Sotomayor Santa Elena” 2012 -2013.* (Tesis para obtener el título le enfermería). Universidad Estatal Península de Santa Elena.

Ramírez, F. E. (2012). *Mitos, creencias y costumbres de las madres en el cuidado al recién nacido en el centro poblado Pallalla-districto Acoria Huancavelica-2012.* (Tesis para optar el Título de Especialista en Enfermería en Neonatología). Universidad Nacional Mayor de San Marcos.

Rivas C y Solís V. (2014), *Factores de riesgo asociados a bajo peso al nacer en recién nacidos de madres atendidas en el Hospital Escuela Asunción de Juigalpa de enero 2014 a enero 2015.* (Tesis para obtener título de enfermería). Universidad Nacional Autónoma de Nicaragua unan-Managua recinto Universitario “Rubén Darío” Facultad de Ciencias Médicas.



San José, M y R. (2011, 15 de julio). Factores maternos relacionados con el bajo peso al nacer. *Revista cubana de Obstetricia y Ginecología*.

## **7. AGRADECIMIENTO:**

A Dios porque me ha bendecido en este largo camino, cuidándome, guiándome y dándome fortaleza para continuar en cada pasó que doy, logrando mis objetivos y haber llegado hasta este momento tan importante de mi formación profesional.

A mi madre Ana Alcira Santillana, que más que ser una buena madre ha sido mi mejor amiga, por ser el pilar más importante y por demostrarme siempre su cariño y apoyo incondicional y sobre todo porque ha sabido corregir mis errores. A mi padre Félix Julio Toledo Torres, que me guía desde el cielo, a pesar de nuestra distancia física, siento que está conmigo siempre y aunque nos faltaron muchas cosas por vivir juntos, sé que este momento hubiera sido tan especial para tí como lo es para mí, gracias por siempre haber estado a mi lado

A mi hermano Julio Jesús E. Toledo Santillana, con cariño y amor, que hizo todo para poder apoyarme y cumplir con mis sueños. A la Lic. Edith Ysabel Pacheco Zúñiga, a quien considero una gran amiga, por sus consejos y su apoyo en los momentos difíciles.

8.- ANEXOS Y APÉNDICE:

Anexo 01



**USP**  
UNIVERSIDAD SAN PEDRO

FACULTAD DE CIENCIAS DE  
LA SALUD

Dr.  
Edgar Mauro Depaz Salazar  
**Director Ejecutivo**  
Hospital Víctor Ramos Guardia - Huaraz  
Presente.



**Asunto: Solicito autorización para  
aplicación de instrumento de  
investigación.** 1627

Es grato dirigirme a Ud. para expresarle mi cordial saludo institucional y el de manera particular y a la vez presentarle a la egresada de la escuela de Enfermería de la Universidad San Pedro: **Toledo Santillana Susan Nataly**, quien ha proyectado el trabajo de investigación denominado: **Factores Asociados al Bajo Peso al nacer en recién nacido Hospital Víctor Ramos Guardia, Huaraz. 2017.** con fines de titulación.

Por lo que solicito Ud. Tenga a bien autorizar la aplicación del instrumento de investigación los mismos que están dirigidos a las madres de los recién nacidos del Hospital Víctor Ramos Guardia, turnos mañana y tarde. La duración de la aplicación del instrumento tiene un estimado de aproximadamente 15 minutos y se ejecutara bajo principios éticos y científicos, durante el mes de marzo.

Una vez culminado el trabajo de investigación, cuyo proyecto adjunto, se estará alcanzando una copia del informe final con los resultados obtenidos.

Seguro de contar con su autorización, aprovecho la oportunidad para expresarle mi admiración.

Atentamente



MEMORANDUM Nro. **00468** -2018-RA-DIRES-A-H"VRG"-HZ/UADEI.

Asunto : *Autorización de Proyecto de Investigación.*  
 A : *Dr. A. Juan Cerna Carbajal*  
*Jefe del Departamento de Gineco-Obs.*  
 REF. : *Proveido No.009-2018-RA-DIRES-A-H"VRG"-HZ/PCEI.*  
 Fecha : *Huaraz, 13 MAR 2018*

*Por el presente se hace de su conocimiento que, en atención al documento de la referencia se autoriza la realización del Proyecto de Investigación titulado "Factores Asociados al bajo peso al nacer en los recién nacidos Hospital "Victor Ramos Guardia"-Huaraz, 2017, por lo que se solicita brindar las facilidades a doña Susan Nataly Toledo Santillana, asimismo la responsable en el informe de tesis deberá especificar Confidencialidad de los datos recogidos del Hospital, y dejará una copia de dicho estudio a la Unidad de capacitación. Proceder en consecuencia.*

*Atentamente,*



*RA jrc.*  
*C. Sec. Dirección*  
*G.O.*  
*Interesada*  
*C. Capacitación*  
*H: 13-03-2018*



## Anexo 02

### CUESTIONARIO

#### “FACTORES ASOCIADOS AL BAJO PESO AL NACER EN RECIEN NACIDOS. HOSPITAL VÍCTOR RAMOS GUARDIA, HUARAZ.2017”

**INSTRUCCIONES:** A continuación, se presenta una serie de preguntas que se relacionan con los factores asociados al bajo peso al nacer en recién nacidos, las cuales serán recopiladas de historias clínicas y según la siguiente escala:

#### FICHA DE RECOLECCIÓN DE DATOS

N<sup>a</sup> De Historia Clínica: \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

##### 1. Datos del recién nacido

A. Sexo: Varón  Mujer

B. Peso: \_\_\_\_\_ grs.

C. Talla: \_\_\_\_\_ cm

D. Perímetro cefálico: -----

E. fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_

##### Factor Socio- Demográficas Maternas:

2. Edad Materna: \_\_\_\_\_

##### 3. Nivel de instrucción:

A. Sin estudios

B. Primaria

C. Secundaria

D. Superior no universitaria

E. Superior universitaria

F. Superior técnico

**4. Estado civil:** \_\_\_\_\_

**5. Procedencia:** \_\_\_\_\_

**6. Ocupación de la madre:**

A. Ama de casa

B. Comerciante

C. Empleada

D. Otros \_\_\_\_\_

**Factores Pre - Gestacionales:**

**7. Paridad:**

A. Primípara

B. (2 - 4 hijos)

C. (5 a más hijos)

**8. Periodo intergenésico:**

A. < 2 años

B. 2-4 años

C.  $\geq$  5 años

## **Factores Gestacionales:**

### **9. Número de Controles Prenatales:**

- A. Ninguno
- B. 10 Controles
- C. 6 Controles
- D. 5 Controles
- E. 4 Controles

### **10. Durante este embarazo presento alguna de las siguientes enfermedades:**

- A. HTA: Si\_\_\_ No\_\_\_
- B. Infección de vías Urinaria: Si\_\_\_ No\_\_\_
- C. Diabetes Gestacional: Si\_\_\_ No\_\_\_
- D. Amenaza de parto prematuro o antes de tiempo: Si\_\_\_ No\_\_\_
- E. Pre eclampsia: Si\_\_\_ No\_\_\_
- F. Eclampsia: Si\_\_\_ No\_\_\_
- G. Síndrome Hellp: Si\_\_\_ No\_\_\_
- H. Oligohidramnios: Si\_\_\_ No\_\_\_
- J. Poligohidramnios: Si\_\_\_ No\_\_\_
- K. Infecciones Vaginales: Si\_\_\_ No\_\_\_

### **11. Presento Anemia durante su embarazo: Si\_\_\_ No\_\_\_**

**Factores Conductuales:**

A. Madre fumadora: Si\_\_\_ No\_\_\_

B. Madre Alcohólica: Si\_\_\_ No\_\_\_

E. Madre Drogadicta: Si\_\_\_ No\_\_\_

**13. Fue víctima de Violencia Familiar durante su embarazo: Si\_\_\_ No\_\_\_**

**14. Sabe los cuidados que debe tener durante la gestación: Si\_\_\_ No\_\_\_**

(Buena alimentación, higiene, no hacer esfuerzos físicos en exceso).



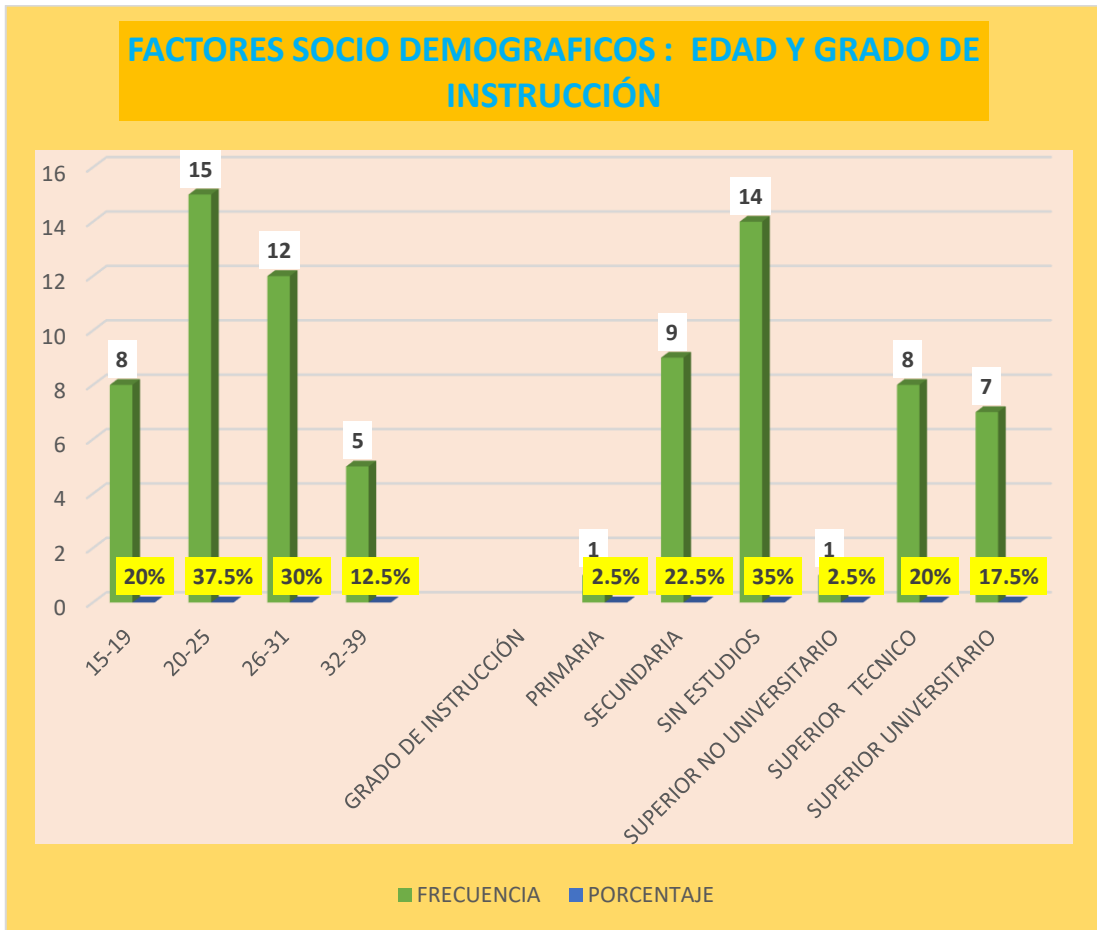
## **DERECHO DE AUTORIA**

Se reserva esta propiedad intelectual y la información de los derechos del autor en el Decreto Legislativo N° 822 de la República del Perú. El presente informe no puede ser reproducido ya sea para venta o publicaciones comerciales, solo puede ser usado total o parcialmente por la Universidad San Pedro para fines didácticos. Cualquier uso para fines diferentes debe tener antes nuestra autorización correspondiente.

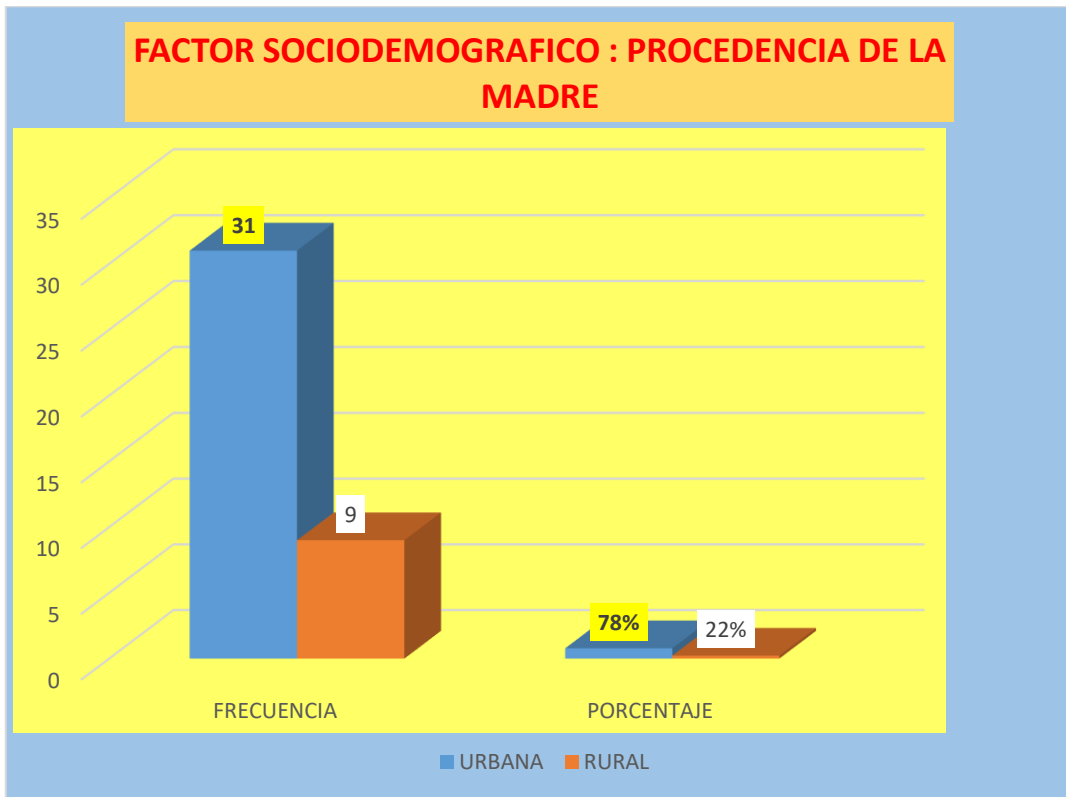
La Escuela Profesional de Enfermería de la Facultad Ciencias de la Salud de la Universidad San Pedro ha tomado las precauciones razonables para verificar la información contenida en esta publicación.

**Toledo Santillana Susan Nataly**

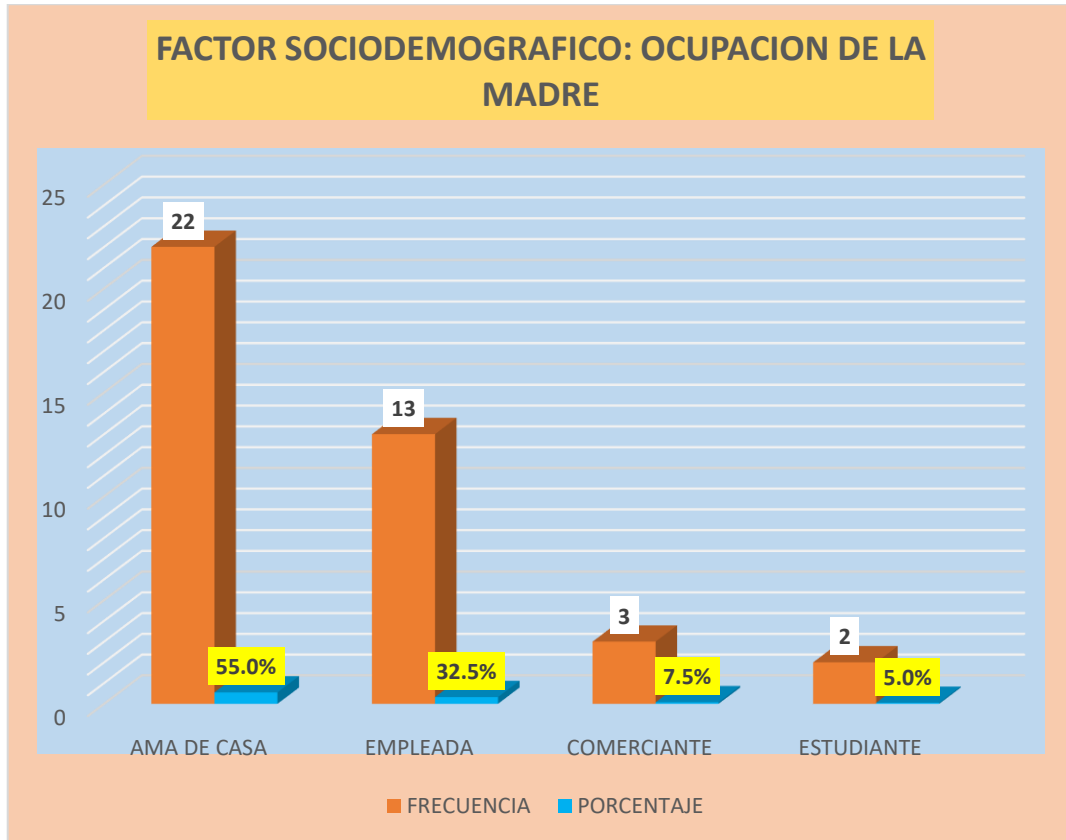
**Anexo 03**  
**GRAFICO N° 01**



**GRAFICO N° 02**



**GRAFICO N° 03**



**GRAFICO N° 04**

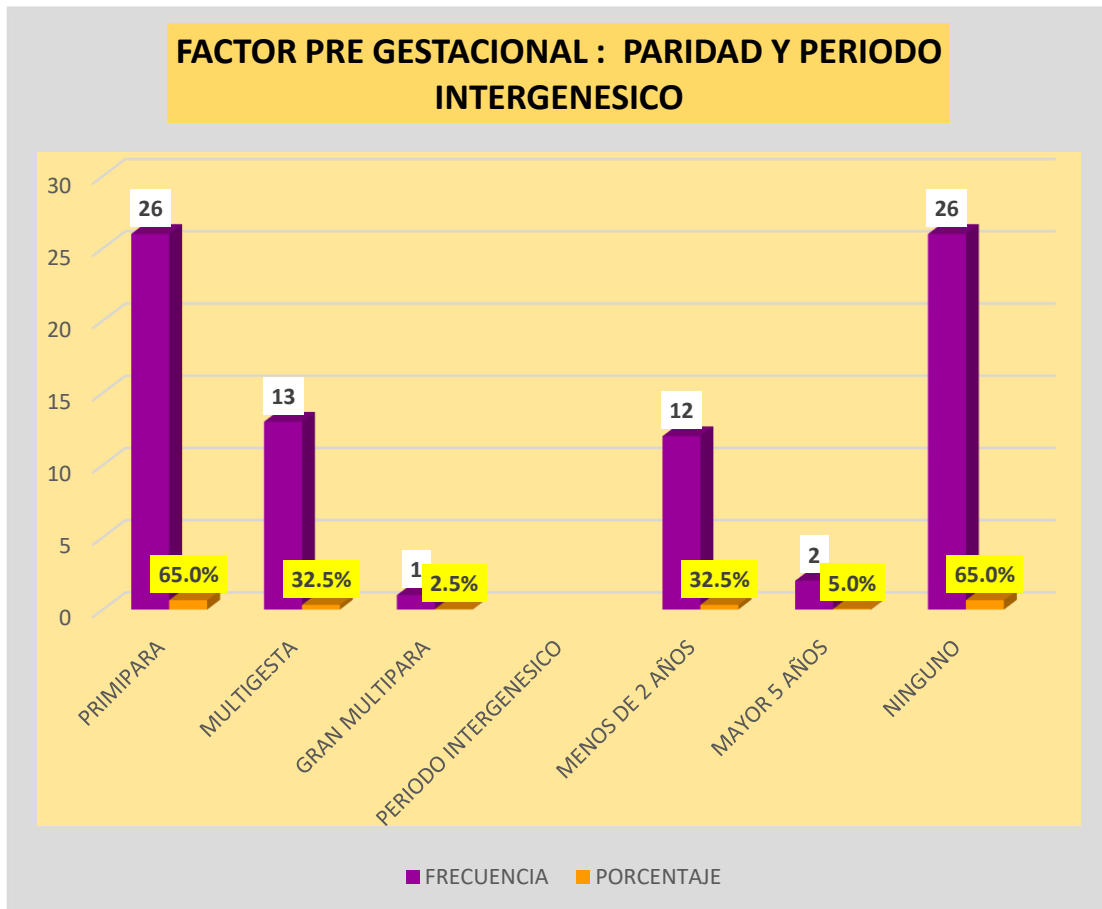
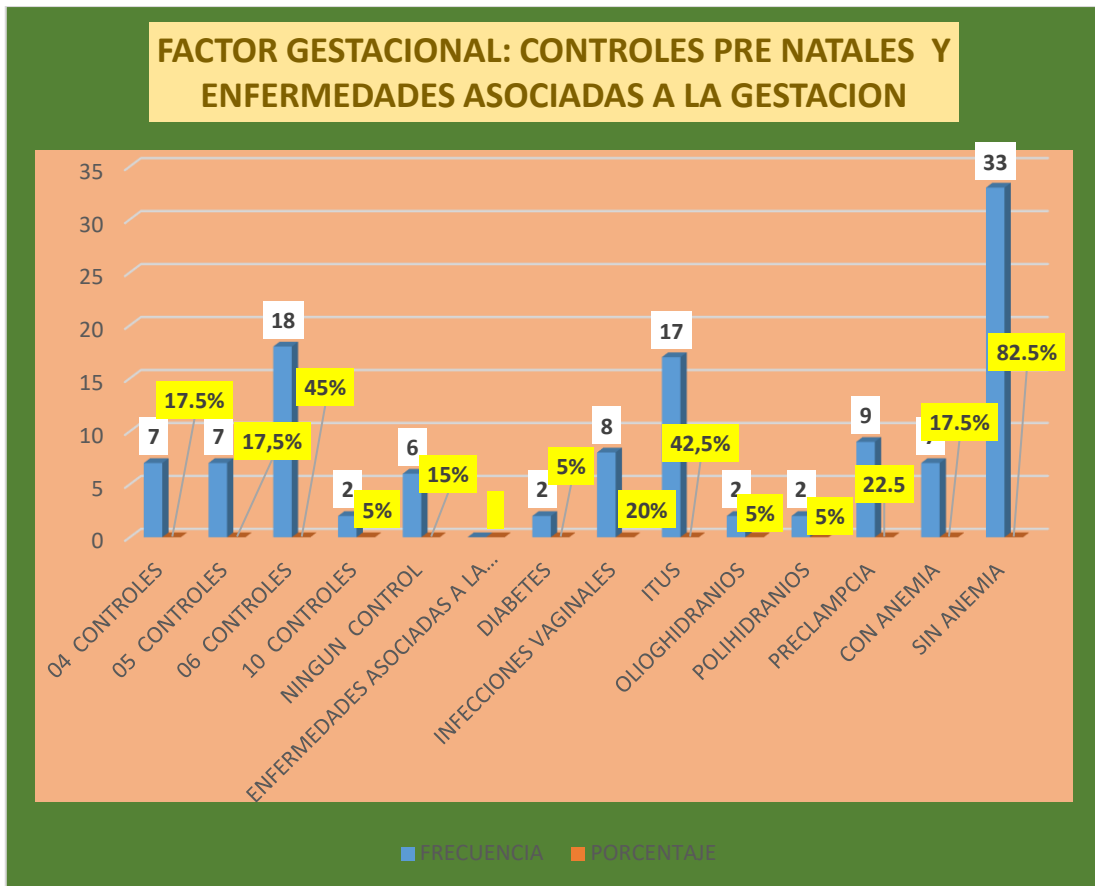
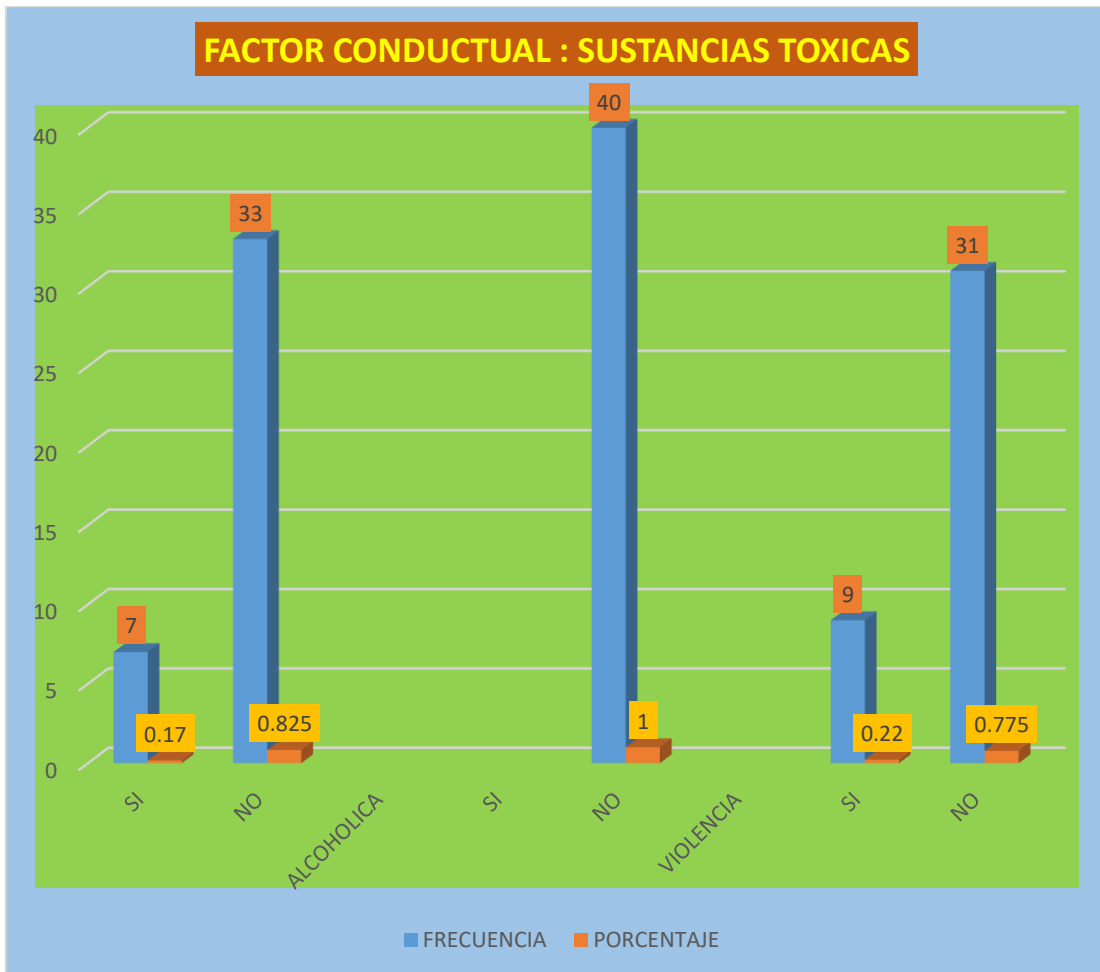


GRAFICO N° 05



**GRAFICO N° 06**



## MATRIZ DE CONSISTENCIA

Problema	Objetivos	Hipótesis	Variables	Metodología
<p>Cuáles son los factores asociados al bajo peso al nacer en recién nacidos. Hospital Víctor Ramos Guardia, Huaraz .2017</p>	<p><b>Obj. General:</b> Identificar los factores asociados al bajo peso al nacer en recién nacidos. Hospital Víctor Ramos Guardia, Huaraz .2017</p> <p><b>Obj. Específicos:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>•Identificar los factores socio-demográficos asociados al bajo peso al nacer en recién nacidos.</li> <li>•Identificar los factores pre-gestacionales asociados al bajo peso al nacer en recién nacidos.</li> <li>•Identificar los factores gestacionales asociados al bajo peso al nacer en recién nacidos.</li> <li>•Identificar los factores conductuales asociados al bajo peso al nacer en recién nacidos.</li> </ul>	<p><b>Hi:</b> los factores que están asociados al bajo peso al nacer en recién nacidos. Hospital Víctor Ramos Guardia, Huaraz.2017</p> <p><b>Ho:</b> los factores que no están asociados al bajo peso al nacer en recién nacidos. Hospital Víctor Ramos Guardia, Huaraz.2017</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Factores asociados</li> <li>• Bajo peso al nacer en recién nacidos</li> </ul>	<p><b>Tipo:</b> cuantitativo, transversal</p> <p><b>Diseño de Investigación:</b> X ----- O</p> <p><b>X:</b> Factores asociados.</p> <p><b>O:</b> Bajo peso al nacer.</p>