

UNIVERSIDAD SAN PEDRO
VICERRECTORADO ACADÉMICO



FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA PROFESIONAL DE ENFERMERÍA

**Factores asociados al bajo peso al nacer del recién nacido. Hospital San Juan
de Dios. Caraz, 2017**

Informe de tesis para obtener el título profesional
de Licenciado en enfermería

AUTOR:

Huapaya López Fred Michael

ASESORA:

Mg. Morán Silva, Rosa María

Caraz- Perú

2018

Palabras clave:

Tema	Factores, bajo peso
Especialidad	Enfermería

Keywords

Theme	factors, low weight
specialty	Nursing

Línea de investigación

Salud publica

DEDICATORIA

Este presente trabajo está dedicado principalmente a Dios, por habernos dado vida, salud y permitirnos haber llegado hasta este momento tan importante de nuestra formación profesional.

A mis padres, Pablo y María que fueron nuestros guías en este largo camino, por brindarnos sus amor, apoyo, comprensión y educación durante esta hermosa carrera, porque nos enseñaron que con trabajo y perseverancia se encuentra el éxito profesional.

A nuestros familiares en general, por el apoyo que siempre nos brindaron día a día en el transcurso de cada año de nuestra carrera universitaria.

El autor

AGRADECIMIENTO

En primera instancia agradezco a nuestros formadores profesionales, personas de gran sabiduría, quienes se han esforzado por ayudarme a llegar al punto en el que me encuentro.

Sencillo no ha sido el proceso, pero gracias a las ganas de transmitirnos sus conocimientos y dedicación que los ha regido, hemos logrado importantes objetivos como culminar el desarrollo de nuestra tesis con éxito y obtener una afable titulación profesional.

El autor

DERECHO DE AUTORIA

Se reserva esta propiedad intelectual y la información de los derechos de los autores en el DECRETO LEGISLATIVO 822 de la República del Perú. El presente informe no puede ser reproducido ya sea para venta o publicaciones comerciales, sólo puede ser usado total o parcialmente por la Universidad San Pedro para fines didácticos. Cualquier uso para fines diferentes deberá ir con la autorización previa de las autoras.

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

El autor

PRESENTACIÓN

En este informe, el **primer capítulo** corresponde a la introducción, en donde se muestra antecedentes de investigaciones a nivel internacional, nacional y local, así como la fundamentación científica incluye la justificación, el problema, la hipótesis, los objetivos y la definición y la Conceptuación y operacionalización de las variables, en el **segundo capítulo** se presenta la metodología desarrollada durante el estudio donde se manifiesta el tipo diseño, población y muestra, instrumentos así como el Procesamiento y análisis de la información, en el **tercer capítulo** se presentan los resultados, los cuales fueron tabulados estadísticamente y agrupados en tablas de doble entrada, con el propósito de poder analizarlos posteriormente, así como presentamos su respectivas expresiones gráficas con el propósito de visualizar las tendencias obtenidas es este estudio; se presenta también la discusión de los resultados y en **cuarto capítulo** las conclusiones y recomendaciones, así como las referencias bibliográficas y anexos correspondientes. Esperamos que el presente trabajo de investigación aporte en la realidad de la población de Caraz para que tomen conciencia sobre las consecuencias de tener a un recién nacido con bajo peso al nacer ante el contexto vivido así mismo que sirva de referencia para futuros estudios y líneas de investigación.

INDICE DE CONTENIDOS

PRELIMINARES	Pág.
Dedicatoria	iii
Agradecimiento	iv
Derecho de autoría	v
Presentación	vi
Índice de contenidos	vii
Índice de figuras	viii
Resumen	ix
Abstrac	X
Capítulo I: Introducción	11
1.1. Antecedentes y fundamentación científica	11
1.2. Justificación	28
1.3. Problema	29
1.4. Conceptuación y operacionalización de las variables	31
1.5. Objetivos	31
1.6. hipótesis	31
Capítulo II: Metodología	34
2.1. Tipo y Diseño de investigación	34
2.2. Población y muestra	34
2.3. Técnicas e instrumentos	31
2.4. Procedimiento de recolección de información	35
2.5. Procesamiento y análisis de la información	36
2.6. Protección de los derechos humanos	36
Capítulo III: Análisis y Discusión de Resultados	38
3.1. Análisis de resultados	38
3.2. Discusión de resultados	46
Capítulo IV: Conclusiones y recomendación	52
4.1. Conclusiones	52
4.2 Recomendaciones	53
Capítulo V: Referencias bibliográficas	54
Anexos	56

ÍNDICE DE TABLAS

	Pág.
Tabla 1.	
Distribución de frecuencia del tipo de bajo peso al nacer del recién nacidos.	
Hospital San Juan de Dios. Caraz.	
2017.....	24
Tabla 2.	
Asociación entre los factores biológicos neonato y el bajo peso al nacer del recién nacido. Hospital San Juan de Dios. Caraz.	
2017.....	25
Tabla 3.	
Asociación entre los factores socioculturales maternos y el bajo peso al nacer del recién nacido. Hospital San Juan de Dios. Caraz.	
2017.....	26
Tabla 4.	
Asociación entre los factores conductuales maternos y el bajo peso al nacer del recién nacido. Hospital San Juan de Dios. Caraz.	
2017.....	27

FACTORES ASOCIADOS AL DESEMPEÑO LABORAL EN EL PROFESIONAL DE ENFERMERÍA. HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS. CARAZ, 2017.

Huapaya López Fred Michael ¹
Mg. Morán Silva Rosa María²

RESUMEN

La presente investigación fue de enfoque cuantitativo tuvo por objetivo determinar los factores asociados al bajo peso al nacer del recién nacidos en el Hospital San Juan de Dios. Caraz. 2017, fue de tipo descriptivo con diseño correlacional. La población estuvo constituida por 41 historias clínicas de los recién nacidos con bajo peso al nacer, utilizando el muestreo de la totalidad de las historias clínicas los cuales tuvieron como hipótesis factores que se asocian al bajo peso al nacer del recién nacido. Hospital San Juan de Dios. Caraz. 2017, para lo cual se utilizó como instrumento un cuestionario y la técnica que se utilizo fue la observación, se realizó el análisis descriptivo a través del programa estadístico SSPS v23. En conclusión, los resultados obtenidos permitieron concluir que el 90.2% de los recién nacidos presentan un bajo peso al nacer y el 9.8% presenta muy bajo peso al nacer. Respecto al factor biológico del neonato si existe asociación estadística con el factor apgar (p-valor= 0,035; $p < 0.005$) y no existe asociación con el factor sexo (p-valor= 0,959; $p > 0,005$). Referente al factor sociocultural materno los factores que se asocian al bajo peso al nacer fueron edad materna (p-valor= 0,008) factor grado de instrucción materna (p-valor= 0,000) y los factores que no hay asociación fueron ocupación materna (p-valor= 0,782), estado civil materna (p-valor= 0,718) y la procedencia materna (p-valor= 0,176; $p > 0.05$) Los factores conductuales maternos se asocian estadísticamente con el bajo peso al nacer tanto el factor del consumo de tabaco (p-valor= 0,000) y el factor consumo de alcohol (p-valor= 0,013).

**FACTORS ASSOCIATED WITH LABOR PERFORMANCE IN THE
NURSING PROFESSIONAL. SAN JUAN DE DIOS HOSPITAL. CARAZ,
2017**

Huapaya López Fred Michael
Mg. Morán Silva Rosa María

ABSTRAC

The objective of the present investigation was a quantitative approach to determine the factors associated with low birth weight of newborns at the San Juan de Dios Hospital. Caraz. 2017, it was a descriptive type with correlational design. The population consisted of 41 clinical histories of newborns with low birth weight, using the sampling of all the clinical histories which hypothesized factors associated with the low birth weight of the newborn. San Juan de Dios Hospital. Caraz. 2017, for which a questionnaire was used as an instrument and the technique that was used was the observation, the descriptive analysis was carried out through the statistical program SSPS v23. In conclusion, the results obtained allowed concluding that 90.2% of newborns have a low birth weight and 9.8% have very low birth weight. Regarding the biological factor of the newborn if there is a statistical association with the apgar factor (p-value = 0.035, $p < 0.005$) and there is no association with the sex factor (p-value = 0.959, $p > 0.005$). Regarding the maternal socio-cultural factor, the factors associated with low birth weight were maternal age (p-value = 0.008) factor maternal education degree (p-value = 0.000) and the factors that are not associated were maternal occupation (p-value). value = 0.782), maternal marital status (p-value = 0.718) and maternal origin (p-value = 0.176; $p > 0.05$) Maternal behavioral factors are statistically associated with low birth weight, both the smoking factor (p-value = 0.000) and the alcohol consumption factor (p-value = 0.013).

CAPÍTULO I

INTRODUCCIÓN

1.1. ANTECEDENTES Y FUNDAMENTACIÓN CIENTÍFICA

1.1.1. Antecedentes

En el ámbito internacional se reporta los siguientes estudios:

En Nicaragua, Rivas y Solís (2014), realizan un estudio denominado 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, cuyo objetivo fue identificar los factores de riesgo asociados al bajo peso al nacer en hijos de madres atendidas en el Hospital Escuela Asunción de Juigalpa de enero 2014 a enero 2015. Utilizó una población / muestra de 116 casos, la metodología que usó fue un estudio descriptivo correlacional. Concluye que el 70% de las mujeres analfabetas tuvieron hijos con bajo peso al nacer. Los periodos intergenésicos menores de 2 años tuvieron hijos con bajo peso al nacer. El síndrome Hipertensivo Gestacional es uno de los principales factores para el desarrollo del bajo peso al nacer

En Nicaragua, Cuba y Martínez (2014), realizan un estudio denominado factores de riesgo asociados a recién nacidos con bajo peso al nacer atendidos en el Hospital Victoria Motta de Jinotega de julio a diciembre 2014, cuyo objetivo fue analizar los factores de riesgo asociados a recién nacidos con bajo peso al nacer atendidos en el Hospital Victoria Motta de Jinotega, la muestra fue 42 recién nacido con bajo peso. La metodología que uso fue un estudio descriptivo correlacional, Como resultado se obtuvo que los factores de riesgo las madres de procedencia rural, números de bajo peso al nacer realizados menor a 4, Como factor protector se encontró un periodo intergenésico mayor de 5 años.

Igualmente se encontró que los recién nacidos con bajo peso al nacer presentaron mayor riesgo de requerir atención en sala de neonatología, Fallecer y presentar complicaciones tales como asfixia, Sepsis neonatal y alteración metabólicas.

En Ecuador, Montero (2015); realizó un estudio denominado bajo peso al nacer en el Hospital José María Velasco Ibarra. Marzo 2014 – Abril 2015; cuyo objetivo fue diseñar una estrategia educativa para disminuir los principales factores de riesgo que influyen en el bajo peso al nacer en el Hospital José María Velasco Ibarra en el periodo de Marzo del 2014 – Abril del 2015; realizó un estudio en una población/ muestra las mujeres que dieron a luz un recién nacido de bajo peso (140). La metodología que uso fue un estudio descriptivo correlacional. El resultado fue que un 50% de la madres investigadas son menores de 17 años , el 70 % de raza indígena, habitan en áreas rurales un 64% de la provincia de napo, de estado civil, unión libre en un 53%, presentan un índice de masa corporal de peso bajo un 59 %, se encontró la ingesta de bebidas alcohólicas y tabaco en un 21%, mientras que en un 72% de mujeres no completaron el número eficaz de controles prenatales; tuvieron un periodo intergenésico corto el 40% de las madres, y otras tuvieron enfermedades como infección de las vías urinarias 67%; o enfermedades infecciosas tales como la vaginosis y vaginitis en un 56%.

En el ámbito nacional se reporta los siguientes estudios:

En Trujillo, Gonzales (2014); realizó un estudio denominado edad materna como factor de riesgo para bajo peso del recién nacido a término; cuyo objetivo fue 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/muestra de 192 historias clínicas. La metodología que usó fue un estudio descriptivo correlacional. Concluye 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.

En Huancayo, Lazo (2012); realiza un estudio denominado factores maternos asociados a bajo peso en recién nacidos a término; cuyo objetivo fue identificar los factores maternos que están asociados con el bajo peso de recién nacidos a término (edades extremas de la madre, peso pre gestacional inadecuado, controles prenatales ausentes o inadecuados, periodo intergenésico corto y anemia materna en la gestación) atendidos en el Hospital Docente Materno Infantil el Carmen durante el periodo Enero a Junio del año 2012. Realiza su estudio en una población / muestra a 252 recién nacidos a término. La metodóloga que uso fue un estudio descriptivo correlacional. Concluye 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.

En el ámbito local no se reportan estudios relacionados con el tema de investigación.

1.1.2. Fundamentación científica

Bajo peso al nacer

De acuerdo con UNICEF, cada año en el mundo nacen aproximadamente 20 millones de niños con bajo peso (menos de 2,5 kg), lo que corresponde al 14% de todos los nacidos vivos, generalmente como consecuencia de una deficiente salud y nutrición de la madre, siendo este uno de los principales factores de riesgo de muerte neonatal. Más del 96% de los casos de bajo peso al nacer ocurren en los países en desarrollo. Las principales causas de bajo peso al nacer son infecciones y anemia que en la mayoría de los casos son consecuencia de desnutrición materna, así como el embarazo adolescente, ambos ligados al desarrollo y factores socioeconómicos como el salario y la educación. (UNICEF, 2014)

Se estima que cada año nacen unos 15 millones de niños prematuros (antes de que se cumplan las 37 semanas de gestación). Esa cifra está aumentando. Las complicaciones relacionadas con la prematuridad, principal causa de defunción en los niños menores de cinco años, provocaron en 2015 cerca de un millón de muertes. Tres cuartas partes de esas muertes podrían evitarse con intervenciones actuales, eficaces y poco onerosas. En los 184 países estudiados, la tasa de nacimientos prematuros oscila entre el 5% y el 18% de los recién nacidos. (OMS, 2016)

Se define bajo peso al nacer, al recién nacido con un peso menor de 2500 gramos, medido en la primera hora después del parto; y puede clasificarse también como: en bajo peso al nacer (1500 a 2499 g); peso muy bajo al nacer (menos de 1500 g) y peso extremadamente bajo (menos de 1000 g).

El crecimiento intrauterino normal es el resultado de la calidad de vida materna, dada por las adecuadas condiciones en su nutrición, salud reproductiva y psicológica; saneamiento básico y ambiental óptimo, vivienda digna, relaciones laborales y remuneración económica, así como, por una división y crecimiento celular desarrollados en condiciones normales; una alteración en cualquiera de los aspectos mencionados, alterará el desarrollo del feto, con el consiguiente retardo del crecimiento intrauterino y bajo peso al nacer. Para la Organización Mundial de la Salud, la incidencia de bajo peso al nacer es un indicador de gran utilidad para vigilar el progreso de las naciones hacia el logro de la meta de Salud para todos y sobre todo para la salud infantil, y continúa siendo relevante en las estrategias que se plantean para los objetivos del milenio, al destacar la necesidad de avanzar en la reducción de la mortalidad en menores de cinco años, incrementar la calidad y expectativa de vida, reducir las disparidades y lograr un acceso universal sostenible. En tal sentido la OMS define al bajo peso al nacer (BPN)

como un peso al nacer inferior a 2.500 gramos, independientemente de su edad gestacional. (Hurtado, 2017)

Los recién nacidos antes de tiempo (también llamados recién nacidos prematuros), son aquellos que nacen antes de la semana 37 del embarazo. Más del 60% de los recién nacidos con peso bajo son prematuros. Cuanto antes nace un neonato, menos probable es que pese lo suficiente y mayor es el riesgo de que tenga problemas de salud.

Los recién nacidos con bajo peso al nacer son mucho más pequeños que los que nacen con un peso normal. Son muy delgados, con tejido adiposo escaso y su cabeza se ve más grande que el resto del cuerpo.

El bajo peso al nacer también se asocia con alteraciones del desarrollo infantil y existen informes de que más del 50% de la morbilidad neurológica crónica es atribuible a este trastorno. Recientemente se ha asociado el bajo peso al nacer con irregularidades del crecimiento fetal y con algunos trastornos del adulto, tales como la enfermedad coronaria, diabetes, hipertensión arterial y obesidad (Montero, 2015)

En cuanto a la sobrevivencia, el recién nacido de bajo peso al nacer tiene un mayor riesgo de enfermar y morir durante la etapa perinatal y el primer año de vida. Es una condición individual muy importante que determina la probabilidad que un recién nacido sobreviva y tenga un adecuado crecimiento y desarrollo. Los neonatos con bajo peso al nacer corren un mayor riesgo de morbilidad y mortalidad neonatal y sus índices de crecimiento y desarrollo neurológico postnatales anormales son más altos que en el grupo de peso normal al nacer.

El bajo peso al nacer es el índice predictivo más importante de la mortalidad infantil pues se ha demostrado que al menos la mitad del total de muertes perinatales ocurren en recién nacidos con bajo peso. Se enfatiza en que para alcanzar tasas de mortalidad infantil inferiores a 10 x 1 000 nacidos vivos es indispensable un índice de BPN inferior al 6 %, del cual el 60 % debe corresponder a los nacidos entre las 21 y las 37 sem. De gestación (pre términos) y un 40 % a los que nacen con un peso

inferior al que le corresponde para su edad gestacional, conocido por múltiples sinonimias, de ellas, la más comúnmente usada es el crecimiento intrauterino retardado. Por ello, cabe esperar que los factores relacionados con el bajo peso al nacer representen una confluencia de las causas básicas del parto pre término y del retraso del crecimiento intrauterino. Pese a los continuos adelantos médicos, el conocimiento de las causas básicas de estos trastornos sigue siendo parcial. (Rivas y Solís, 2014)

En el caso de países subdesarrollados, la nutrición materna es un factor importante a tomar en cuenta. La tasa de desnutrición tiende a ser alta, aumentando así la probabilidad de tener niños con bajo peso al nacer, provocando un aumento en posibles alteraciones físicas y psíquicas en el Recién Nacido. (Montero, 2015)

Según la normativa 108 guía clínica para la atención del neonato define el peso al nacer como la primera medida del peso del feto o recién nacido hecha después del nacimiento, preferiblemente dentro de la primera hora de vida y lo clasifica como:

- Peso bajo al nacer: Menos de 2500g (hasta 2499 g inclusive).
- Peso muy bajo al nacer: Menos de 1500 g (hasta 1499 g inclusive).
- Peso extremadamente bajo al nacer: menos de 1000g (hasta 999 g inclusive).

El término bajo peso al nacer está íntimamente relacionado con los recién nacido pequeño para la edad gestacional y los recién nacido con restricción del crecimiento intrauterino.

De tal manera que los recién nacidos de bajo peso engloban tanto a los Nacidos prematuros cuyo crecimiento en el útero ha sido Deficiente. (Cuba y Martínez, 2014)

Factores: Son a aquellos elementos que pueden condicionar al bajo peso al nacer, volviéndolos causantes de la evolución o transformándolos en el

problema.

Bajo peso al nacer

Factores socioculturales maternos

Edad Materna: Existe una asociación entre las edades maternas extremas (menores de 15 años y mayores de 35 años) y al bajo peso al nacer la edad óptima para la reproducción oscila entre los 20 y los 35 años. El riesgo relativo de tener un recién nacido con bajo peso al nacer en madres adolescentes o menores de 15 años de edad con respecto a las madres en la edad óptima reproductiva entre 20 – 35 años es 22 veces mayor. Este factor generalmente está asociado a otros factores como bajo nivel socioeconómico, baja escolaridad, soltería y con ausencia de controles prenatales. Además, las adolescentes gestantes son más bajas y delgadas que el resto de las gestantes y además quizás no practiquen buenos hábitos de salud. Es evidente que la adolescencia no es un factor de riesgo independiente, pero si asociados a otros atributos desfavorables. (Rivas y Solís ,2014)

Se ha observado que una edad materna de menos de 20 años y entre los periodos de 35 a 40 años parece aumentar el riesgo para que los recién nacidos tengan menos de 2500g. Adicional, los BPN provienen con mayor frecuencia de madres en las cuales las condiciones económicas son menos favorables, es decir asociada a estratos socioeconómicos bajo. (Cuba y Martínez, 2016)

Es un factor que incrementa los riesgos de la salud en la madre y el niño; pues no se ha concretado la necesaria maduración biopsicosocial. A la adolescencia se asocian otros factores sociales que repercuten en el bajo peso al nacer, como el embarazo no deseado, la madre soltera, el bajo nivel educacional, y el momento de la gestación en que se realiza la afinidad. (Montero, 2015)

Estado civil: En la actualidad se da poca significación al estudio del estado civil en su asociación con el bajo peso del recién nacido, sin embargo, se ha visto como pierde importancia cuando se aborda desde el

punto de vista de un determinado estado civil, ya que es notorio como las gestantes en unión consensual son mayoría en relación con las casadas (en ambos grupos) pero no constan como tales; es sabido la necesidad espiritual y material de tener un compañero que sea capaz de darle apoyo emocional y económico durante el embarazo y el parto y al futuro recién nacido. No obstante, la aparición del embarazo en la adolescencia hace que la soltería se incremente, por lo tanto, es importante que se tenga un trato diferenciado y especial a estas pacientes por parte del equipo de salud, puesto que requieren de información y orientación que probablemente no tienen y que, quizás teniéndola, lleguen a tener una maternidad feliz y un parto satisfactorio con un recién nacido, al menos, de peso normal.

Escolaridad: La mayor escolaridad influye en el conocimiento de la mujer sobre la necesidad de proporcionarse cuidados prenatales y alimentación adecuados, lo cual explicará el resultados de que a mayor escolaridad y mejor ingreso económico hay menor porcentaje de recién nacidos con bajo peso al nacer, lo cual concuerda con lo encontrado por otros autores. (Rivas y Solís ,2014)

Sin embargo, en términos absolutos se ha incrementado. Cabe mencionar que los mayores porcentajes de adolescentes que son madres o están embarazadas se presentan entre las mujeres que no tienen acceso a la educación, y por lo general residen en las zonas rurales. (Montero, 2015)

Procedencia de la madre: La procedencia de la madre que es el lugar geográfico donde reside o habita la madre tiene una asociación en el bajo peso al nacer, ya que según un estudio realizado en 1995 había un riesgo de un 5% mayor en madres que habitaban en el sector rural que en el urbano pero esto no era un factor aislado sino que estaba asociado a otros factores propios de la comunidad rural tales como bajo nivel económico, escolar, pobre higiene y salubridad y el más importante inaccesibilidad a los servicios de salud. (Rivas y Solís ,2014)

Factores conductuales de la madre:

Ocupación de la madre. Las mujeres que experimentan demasiado estrés en su trabajo y otros problemas sociales, económicos o psicológicos y las que son víctimas de abusos domésticos, o que están en contacto diario con sustancias tóxicas que son perjudiciales durante su gestación, corren el riesgo de dar a luz un recién nacido de bajo peso. (Montero, 2015)

Tabaco: La nicotina es el principal constituyente psicoactivo del tabaco, se absorbe rápidamente por las mucosas, desde donde pasa al torrente circulatorio; en 7 segundos llega al cerebro donde estimula los receptores nicotínicos, en 20 segundos llega a las zonas más distantes. No existe ninguna otra droga que llegue con tanta rapidez al sistema nervioso: el máximo efecto en el menor tiempo. Esta sustancia, produce estimulación del sistema nervioso central y causa la liberación de catecolaminas desde la médula adrenal y las células nerviosas determinando vasoconstricción, elevación de la frecuencia cardíaca y de la tensión arterial.

El monóxido de carbono se absorbe a nivel de los pulmones y pasa rápidamente al aparato circulatorio. La afinidad del monóxido de carbono por la hemoglobina, es cerca de 300 veces más alta que la del oxígeno, es decir, el monóxido se une a la hemoglobina sustituyendo al oxígeno. Produce hipoxemia, que se traduce en hipoxia para los tejidos. Cuando esto se produce en una mujer gestante, los niveles de carboxi-hemoglobina fetal, se elevan hasta un 10-15 % del total de la hemoglobina circulante

Cuando una mujer gestante fuma, la hipoxia en la placenta producida por la presencia de monóxido y la vasoconstricción placentaria producida por la nicotina, pueden causar una insuficiencia placentaria. A su vez, provocará que el feto se desarrolle con mayor dificultad, el peso del recién nacido será menor del esperado y la susceptibilidad a padecer

enfermedades durante los primeros meses de vida aumenta. (Millamor, 2013)

Está comprobado que fumar unos pocos cigarrillos por día expone al feto a más de 7.000 sustancias tóxicas y dañinas que pueden afectar su desarrollo y crecimiento.

Cuando hay humo de tabaco en el ambiente, el feto recibe menos oxígeno, aumentan los latidos de su corazón y se altera el crecimiento de sus pulmones. También disminuye la circulación de sangre por la placenta, por lo que el feto recibe menos nutrientes.

Los bebés de madres fumadoras tienen mayor riesgo de contraer infecciones y de tener otros problemas de salud como ser: - Nacer con algunas malformaciones congénitas entre ellas labio leporino, paladar hendido y malformaciones cardíacas. - Tener síndrome de abstinencia a la nicotina al nacer (sobre todo en las mujeres que fuman mucho): los bebés nacen muy irritable. - Morir de muerte súbita del lactante (los recién nacidos de madres fumadoras tienen el doble de riesgo de muerte blanca o muerte en la cuna).

Drogas:

El riesgo del consumo de drogas es evidente pero más, si cabe, en las mujeres embarazadas. Las cuatro drogas ilegales más consumidas son: marihuana, éxtasis y otras anfetaminas, heroína y cocaína. Su consumo cuando se está embarazada puede conllevar diferentes riesgos para la mujer y su bebé.

Generalmente las drogas pueden hacer que haya un mayor riesgo de aborto, que el bebé tenga bajo peso, que se adelante el parto, que haya malformaciones congénitas, problemas de aprendizaje y de conducta, y que el bebé presente síndrome de abstinencia.

A) Efectos del cannabis

El hachís y la marihuana atraviesan la barrera placentaria y se acumulan en la leche, por lo que llegan al bebé durante la gestación y en la lactancia. El consumo habitual de estas sustancias durante el embarazo puede provocar:

- Bajo peso en el recién nacido
- Alteraciones en las funciones cognitivas y mentales del bebé
- Aparición de trastornos de atención e hiperactividad

El consumo de marihuana en el embarazo puede retrasar el crecimiento del feto y puede aumentar la posibilidad de un parto prematuro y de complicaciones obstétricas, sobre todo en mujeres que consumen frecuentemente.

B) Efectos de la cocaína:

En los primeros meses de embarazo la cocaína puede aumentar el riesgo de aborto espontáneo y en los últimos un parto prematuro con inmadurez fetal.

En lo que respecta a la madre, el consumo de cocaína puede causar desprendimiento de placenta. De ocurrir esto, se daría una mala circulación sanguínea y riesgo de que al bebé no le llegara oxígeno suficiente. (Salgado, 2016)

Efectos del bajo peso al nacer sobre la salud del recién nacido.

Efectos en el periodo neonatal:

La mortalidad perinatal en los niños pequeños para la edad gestacional es de 10-20 veces mayor que en los niños con un peso adecuado para su edad gestacional. Las causas de esta Morbimortalidad se deben principalmente a las consecuencias de la hipoxia y anomalías congénitas. Presentan con mayor frecuencia policitemia, hiperbilirrubinemia e hipoglucemia.

Los pequeños para la edad gestacional como consecuencia de la hipoxia y secundario incremento de Eritropoyetina, presenta un mayor volumen de plasma y masa de glóbulos rojos circulante, produciendo mayor viscosidad sanguínea, lo cual exacerba la hipoxia, favorece la hipoglucemia y aumenta el riesgo de enterocolitis necrosante.

Los niños pequeños para la edad gestacional son más propensos a presentar hipoglucemia en ayuno, sobre todo los primeros días de vida; en estos niños el depósito hepático de glucógeno está agotado, principal fuente de glucosa para el niño recién nacido.

Efectos sobre el crecimiento:

La mayoría del pequeño para la edad gestacional presenta el denominado crecimiento recuperador o “catch-up”, que se define como una velocidad de crecimiento mayor que la media para la edad cronológica y sexo durante un periodo definido de tiempo, después de una etapa de inhibición del crecimiento. Este fenómeno favorece que el niño alcance su canal de crecimiento determinado genéticamente.

El niño pequeño para la edad gestacional que persiste bajo con más de dos años de vida tiene un riesgo aumentado de presentar talla baja en la edad adulta, de manera que el riesgo es 5 veces mayor en el que ha presentado peso bajo. Aproximadamente el 20% de la población adulta con talla baja fueron niños nacidos pequeños para su edad gestacional, representando un 8-10% de los niños pequeño para la edad gestacional.

Efectos sobre el metabolismo hidrocarbonado y sistema

Cardiovascular:

Estos niños presentan unos niveles elevados de colesterol total y LDL, así como una resistencia aumentada a la insulina. Además, sus cifras de tensión arterial sistólica son más altas que los niños sin este problema. Por lo tanto, el niño PEG tiene un riesgo aumentado de presentar es (hipertensión arterial, diabetes mellitus tipo 2, hiperlipidemia).

La hipotensión arterial precoz es más frecuente cuanto menor es el peso. Esta hipotensión puede estar relacionada con la incapacidad del sistema nervioso autónomo para mantener adecuado tono vascular o con otros factores como la hipovolemia, la sepsis y /o disfunción cardiaca.

La persistencia del ductus arterioso es una patología prevalente en los Pre términos, debido por una parte a la insensibilidad al aumento de la oxigenación y por otra parte a la caída anticipada de la presión pulmonar que hace que el shunt izquierda derecha se establezca precozmente.

Efectos sobre el sistema respiratorio:

La función pulmonar del pre término está comprometida por diversos factores entre los que se encuentran la inmadurez neurológica central y debilidad de la musculatura respiratoria, asociada a un pulmón con escaso desarrollo alveolar, déficit de síntesis de surfactante y aumento del grosor de la membrana alveolo capilar. La vascularización pulmonar tiene un desarrollo incompleto con una capa muscular arteriolar de menor grosor y disminución del número de capilares.

La patología respiratoria es la primera causa de morbimortalidad del pre término y viene representada por el distres respiratorio por déficit de surfactante o enfermedad de Membrana Hialina, seguida de las apneas del pre término y la displasia broncopulmonar en secuencia cronológica de su aparición. Otras neuropatías posibles son evolutivas como el neumotórax, la hipertensión pulmonar, atelectasia, enfisema intersticial, neumatoceles, edema de pulmón, neumonías infecciosas o espirativas etc.

Efectos sobre el sistema neurológico:

La inmadurez es la constante del sistema nervioso central del pre término, que afecta a un sistema con escasa capacidad de adaptación postnatal por tener una cronología madurativa relativamente fija. La estructura anatómica está caracterizada por la fragilidad de la estructura vascular a nivel de la matriz germinal y escasa migración neuronal, pobre

mielinización de la sustancia blanca y crecimiento exponencial de la sustancia gris. La susceptibilidad a la hipoxia, a los cambios de la osmolaridad y tensionales, hacen que el sangrado a nivel subependimario sea frecuente con la producción de la hemorragia intraventricular y su forma más grave de infarto hemorrágico. La leucomalacia periventricular representa el daño hipoxico de la sustancia blanca y su incidencia es del 1-3 % en los pre términos de muy bajo peso.

La permeabilidad aumentada de la barrera hematoencefálica puede producir Kernicterus con cifras de bilirrubinemia relativamente bajas. La inmadurez hepática y la demora del tránsito digestivo hacen que sea más frecuente la Hiperbilirrubinemia.

Efectos Gastrointestinales:

La maduración de succión y de su coordinación con la deglución se completa entre las 32-34 semanas; existen trastornos de tolerancia con escasa capacidad gástrica, reflujo gastroesofágico y evacuación lenta. La motilidad del intestino es pobre y con frecuencia se presentan retrasos de la evacuación y meteorismo.

Efectos oftalmológicos:

La detención de la vascularización de la retina que produce el nacimiento pre término y el posterior crecimiento desordenado de los neo vasos, es el origen de la retinopatía del pre término (ROP); las formas severas aparecen con edad gestacional inferior a 28 semanas y pesos inferior a 1000grs.

Efectos sobre el sistema inmunológico:

El sistema inmune del recién nacido pre término, es incompetente respecto al recién nacido a término. La inmunidad inespecífica o general es ineficaz, con vulnerabilidad de la barrera cutánea, mucosa e intestinal, disminución de la reacción inflamatoria e incompleta fagocitosis y función bactericida de los neutrófilos y macrófagos. La incapacidad de

limitar la infección a un territorio orgánico, hace que la infección neonatal sea sinónimo de sepsis (Cuba y Martínez 2014)

Base teórica

Modelo de déficit del autocuidado Dorothea Elizabeth Orem

Esta teoría idéntica a la idea de persona como agente, es básica en la teoría de enfermería del déficit del autocuidado. El auto-cuidado se refiere a las acciones con el fin de promover y mantener la vida, la salud y el bienestar, se conceptualiza como una forma de acción deliberada.

Dorothea también hace énfasis respecto a la enfermería como ciencia práctica que consta de dos componentes: el especulativo y el práctico.

El componente práctico es de naturaleza teórica, mientras que el componente práctico indica la acción, quiere decir que la teoría de enfermería del déficit del autocuidado representa un conocimiento práctico, derivando dos conjuntos de ciencias enfermeras prácticas: las ciencias de la práctica enfermera y las ciencias que sirven de fundamentos. Además de estos dos componentes, el conocimiento científico necesario para ejercer la enfermería incluye conjuntos de ciencias aplicadas y ciencias básicas no enfermeras, proporcionando un marco para desarrollar un cuerpo de conocimiento para la formación de las enfermeras y para ofrecer asistencia enfermera en situaciones concretas de la práctica enfermera.

METAPARADIGMAS:

Persona: Concibe al ser humano como un organismo biológico, racional y pensante. Como tal es afectado por el entorno y es capaz de acciones predeterminadas que le afecten a él mismo, a otros y a su entorno, condiciones que le hacen capaz de llevar a cabo su auto-cuidado además es un todo complejo y unificado, objeto de la naturaleza en el sentido de que está sometido a las fuerzas de la misma, lo que le hace cambiante. Es una persona con capacidad para conocerse, con facultad para utilizar las ideas, las palabras y los símbolos para pensar, comunicar y guiar sus

esfuerzos, capacidad de reflexionar sobre su propia experiencia y hechos colaterales, a fin de llevar a cabo acciones de auto-cuidado y el cuidado dependiente. Significa integridad física, estructural y funcional; ausencia de defecto que implique deterioro de la persona, desarrollo progresivo e integrado del ser humano como unidad individual, acercándose a niveles de integración cada vez más altos.

Cuidado de enfermería:

Es proporcionar a las personas y o grupos, asistencia directa en su auto-cuidado según sus requerimientos, debido a las incapacidades que tienen por sus situaciones personales.

Los cuidados de enfermería se definen como “ayudar al individuo a llevar a cabo y mantener, por sí mismo acciones de auto cuidado, para conservar la salud y la vida, recuperarse de la enfermedad y afrontar las consecuencias producidas por esta.”

Los métodos de asistencia de enfermería que D. Orem propone, se basan en la relación de ayuda y/o suplencia de la enfermera hacia el paciente, y son:

- Actuar en lugar de la persona, por ejemplo, en el caso del enfermo inconsciente.
- Ayudar u orientar a la persona ayudada, como por ejemplo en el de las recomendaciones sanitarias a las mujeres embarazadas.
- Apoyar física y psicológicamente a la persona ayudada. Por ejemplo, aplicar el tratamiento médico que se haya prescrito.
- Promover un entorno favorable al desarrollo personal, como por ejemplo las medidas de higiene en las escuelas.
- Enseñar a la persona que se ayuda; por ejemplo, la educación a un enfermo en cuanto a la higiene que debe realizar.

Salud: La Salud es un estado que para la persona significa cosas diferentes en sus distintos componentes. Significa integridad física, estructural y funcional; ausencia de defecto que implique deterioro de la persona; desarrollo progresivo e integrado del ser humano como una unidad individual, acercándose a niveles de integración cada vez más altos. El hombre trata de conseguir la Salud utilizando sus facultades para llevar a cabo acciones que le permitan integridad física, estructural y de desarrollo.

Entorno: Es entendido en este modelo como todos aquellos factores, físicos, químicos, biológicos y sociales, ya sean familiares o comunitarios, que pueden influir e interactuar en la persona.

Supuestos teóricos o Fundamentos teóricos

Teoría de los sistemas enfermeros:

El modelo define como sistemas de enfermería a la serie y secuencias de acciones prácticas deliberadas que realizan las enfermeras para satisfacer las demandas de auto-cuidado terapéutico de sus pacientes. Señala que la enfermería es una acción humana; los sistemas enfermeros son sistemas de acción formados por enfermeras mediante el ejercicio de su actividad enfermera, con personas con limitaciones derivadas o asociadas a su salud en el auto-cuidado o en el cuidado dependiente. Las actividades de enfermería incluyen los conceptos de acción deliberada, que abarcan las intenciones y las actividades de diagnóstico, la prescripción y la regulación. Los sistemas enfermeros pueden ser elaborados para personas, para aquellos que constituyen una unidad de cuidado dependiente, para grupos cuyos miembros tienen necesidades terapéuticas de auto-cuidado con componentes similares o limitaciones similares que les impide comprometerse o desempeñar un auto-cuidado o el cuidado dependiente y para familias u otros grupos multipersonales.

Teoría del déficit del auto-cuidado: El segundo componente de la teoría general de enfermería describe y explica las causas que pueden provocar

dicho déficit. Los individuos sometidos a limitaciones a causa de su salud o relaciones con ella, no pueden asumir el auto-cuidado o el cuidado dependiente. Determina cuándo y por qué se necesita de la intervención de la enfermera. El déficit de auto-cuidado es la relación entre la demanda de auto-cuidado terapéutico y la actividad auto asistencial en la que las actividades de auto-cuidado no son eficaces o no son suficientes para conocer y/o satisfacer parte o la totalidad de componentes de la demanda existente o potencial del paciente. El déficit del auto-cuidado es un término que expresa la relación entre las capacidades de acción de las personas y sus necesidades de cuidado. Es un concepto abstracto que, cuando se expresa en términos de limitación, ofrece guías para la selección de los métodos que ayudaran a comprender el papel del paciente en el auto-cuidado.

Teoría del auto-cuidado: Es una función reguladora del hombre que las personas deben llevar a cabo deliberadamente por si solas o deben de haber llevado a cabo para mantener su vida, salud, desarrollo y bienestar. El auto-cuidado es un sistema de acción. La elaboración de dos conceptos de auto-cuidado y la actividad de auto-cuidado ofrece la base para entender los requisitos de la acción y las limitaciones de acción de personas que podrían beneficiarse de la enfermería. El auto-cuidado se debe aprender y se debe desarrollar de manera deliberada y continua, y conforme con los requisitos reguladores de cada persona. Estos requisitos están asociados con sus periodos de desarrollo y crecimiento, estados de salud, características específicas de la salud o estados de desarrollo, niveles de desgaste de energía y factores medioambientales (Calle, 2013)

1.2. JUSTIFICACION

En el presente trabajo de investigación es importante porque se podrá observar que hay muchos factores presentes que llevan al recién nacido a tener bajo peso ya que por eso hay muchos nacimientos prematuros y que puedan presentar riesgos más adelante.

Este estudio que nos permitirá aportar conocimientos de los factores causales que conllevan al bajo peso al nacer, así como las maneras poder prevenirlas y así buscar el bienestar de las madres permitiéndoles mejorar en sus actividades domésticas, personales y laborales

Desde el punto de vista académico, los resultados de esta investigación pueden aportar conocimientos de los factores que determinan el bajo peso al nacer, así como sus consecuencias que puedan ser de utilidad para proponer estrategias que permita prevenirlo logrando obtener el bienestar de las mismas y por lo tanto lograr tener recién nacidos con buen peso al nacer, objeto de la profesión.

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 salud pública en la Escuela de Enfermería.

Desde el punto de vista práctico, los resultados de este estudio enmarcados en la línea de investigación de Enfermería, tributará en beneficio de las profesionales de enfermería del hospital San Juan de Dios, ya que puede permitir establecer estrategias para prevenir el bajo peso al nacer como las capacitaciones, sesiones educativas a las madres obteniendo bienestar en su vida personal.

Desde el punto de vista teórico, la investigación se fundamenta en la teoría del Autocuidado de Dorothea E. Orem, ella enfatizó que el autocuidado es una actividad aprendida por los individuos, orientada hacia un objetivo. Es una conducta que existe en situaciones concretas de la vida, dirigida por las personas sobre sí mismas, hacia los demás o hacia el entorno, para regular los factores que afectan a su propio desarrollo y funcionamiento en beneficio de su vida, salud o bienestar.

Este estudio es de gran importancia para las licenciadas en enfermería como para los pacientes y para la institución, ya que la investigación puede mejorar la salud emocional del personal y del paciente, por ello es importante conocer los resultados para saber cómo influyen en el bajo peso al nacer el para así tomar medidas y proponer estrategias para su mejora.

El presente proyecto de investigación es viable y factible porque se cuenta con los recursos personales, académicos y administrativos para cumplir con el objetivo trazado en el estudio.

1.3. PROBLEMA

Entre los indicadores de salud que anuncian la calidad de vida de la población, destaca el peso al nacer, como uno de los más importantes (Franceschini, Priore, Pequeno, Silva, & Sigulem, 2003). Se considera bajo peso al nacer (BPN), según la Organización Mundial de la Salud (OMS), todo recién nacido con menos de 2.500 Kg (OMS, 2012)

Este bajo peso incrementa el riesgo de muerte neonatal. Los bebés que nacen con un peso de 2.000 a 2.499 gramos enfrentan un riesgo de muerte neonatal que cuadruplica el de aquellos que pesan entre 2.500 y 2.999 gramos, y es 10 a 14 veces superior respecto de los que pesan al nacer entre 3.000 y 3.499 gramos. En distintos estudios se observa que la desnutrición es el mayor contribuyente de la mortalidad infantil y de la niñez en edad preescolar (50-60%) (Convenio de cooperación técnica entre el Programa Mundial de Alimentos (PMA) y la Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL), 2016).

Cada año nacen más de 20 millones de niños con un peso inferior a 2500 g, lo que equivale al 17% de todos los nacimientos del mundo en desarrollo, es decir, una tasa que duplica el nivel de los países industrializados (7%). Los bebés con bajo peso al nacer corren un riesgo mayor de morir durante los primeros meses y años. Los que sobreviven son propensos a sufrir alteraciones del sistema inmunológico y a presentar, más adelante en la vida, una mayor incidencia de enfermedades crónicas, como diabetes y cardiopatías (OMS, 2015).

Con respecto a la incidencia de bajo peso al nacer: Asia meridional, presenta la incidencia más alta, mientras que un 31% de todos los bebés presentan este problema al nacer, en Asia Oriental y solo un 7% en el Pacífico siendo la incidencia más baja de bebés que nacen con bajo peso. En la India se registra aproximadamente el 40% de todos los nacimientos de bajo peso del mundo en desarrollo. Un 14% de los lactantes de África subsahariana, y un 15% de los de Oriente Medio y África del Norte, nacen también con bajo peso.

Dado que en el mundo en desarrollo no se pesa tan pronto como nacen al 58% de los bebés, llevar un control fiable de este indicador vital es muy difícil. Las proporciones más altas corresponden a Asia meridional (74%) y a África subsahariana (65%) (Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia & Organización Mundial de la Salud, 2004) .

Por otro lado, los niños que viven en los hogares más pobres tienen 3,6 más probabilidades de sufrir bajo peso que los niños que viven en los hogares más acomodados. Los coeficientes entre los sectores pobres y ricos en Bolivia, Brasil, Nicaragua y Paraguay son incluso más elevados (de 3.8 a 7.3 veces más) (UNICEF, 2006).

En el departamento de Áncash específicamente se han estudiado pero no identificado plenamente los factores que están asociados a este problema, mes por ello que con el presente estudio se pretende responder a la siguiente interrogante:

¿Cuáles son los factores asociados al bajo peso al nacer del recién nacidos en el Hospital San Juan de Dios de Caraz, 2017?

1.4. CONCEPTUALIZACIÓN Y OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES

1.4.1. CONCEPTUALIZACIÓN DE LAS VARIABLES

Factores

Definición conceptual

Son a aquellos elementos que pueden condicionar al bajo peso al nacer, volviéndolos causantes de la evolución o transformándolos en el problema.

Bajo peso al nacer

Definición conceptual

Se utiliza para describir a los recién nacidos que nacen con un peso menor a los 2.500 gramos. Los recién nacidos con bajo peso al nacer son mucho más pequeños que los que nacen con un peso normal.

1.5. HIPÓTESIS

Hipótesis alternativa:

Existen factores que se asocian al bajo peso al nacer del recién nacido. Hospital San Juan de Dios. Caraz. 2017

Hipótesis nula:

Los factores no se asocian al bajo peso al nacer del recién nacido en el Hospital San Juan de Dios. Caraz. 2017

1.6. OBJETIVOS**1.6.1. Objetivo general:**

- Determinar los factores asociados al bajo peso al nacer del recién nacidos. hospital San Juan de Dios. Caraz. 2017

1.6.2. Objetivos específicos:

- Identificar los factores biológicos neonatales que se asocian al Bajo Peso al Nacer en el Hospital San Juan de Dios. Caraz. 2017.
- Identificar los factores socioculturales maternos que se asocian al Bajo Peso al Nacer en el Hospital San Juan de Dios. Caraz. 2017.
- Identificar los factores conductuales maternos que se asocia al Bajo Peso al Nacer en el Hospital San Juan de Dios. Caraz. 2017.

1.6.3. OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLE

VARIABLE	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	DEFINICIÓN OPERACIONAL	DIMENSIÓN	INDICADORES	ITENS	VARIABLE
Factores asociados	Son a aquellos elementos que pueden condicionar al bajo peso al nacer, volviéndolos causantes de la evolución o transformándolos en el problema.	La variable se operacionalizará según las dimensiones: factores sociodemográficos y factores conductuales.	Factores biológicos neonatales	Sexo	Masculino	NOMINAL
					femenino	
				Apgar	Menor de 3	
					4-6	
			7-10			
			factores socioculturales maternos	Ocupación de la madre	Ama de casa	
					Domestica	
					comerciante	
				Edad	Menor de 18	
			19 -34			
			Mayor de 34			
			Estado civil	Soltera		
				casada		
			Escolaridad	Ninguna		
Primaria						
Secundaria						
superior						
factores conductuales maternos	Consumo de tabaco	Si				
		No				
	Consumo de tabaco	Si				
		No				
Bajo peso al nacer	Se utiliza para describir a los recién nacidos que nacen con un peso menor de 2.500 gramos. Los	La variable se operacionalizará según el peso del Recién Nacido:	Bajo peso al nacer	Peso bajo al nacer	Menor de 2.500gr	
				Peso muy bajo al nacer	Menor de 1.500 gr	
				Peso extremadamente bajo al nacer	Menor de 1000 gr	

	<p>recién nacidos con bajo peso al nacer son mucho más pequeños que los que nacen con un peso normal.</p>	<p>-Menor de 2499gr bajo peso -Peso muy bajo al nacer menor de 1500 gr -Peso extremadamente bajo al nacer menor de 1000 gr</p>				
--	---	--	--	--	--	--

CAPÍTULO II

METODOLOGÍA

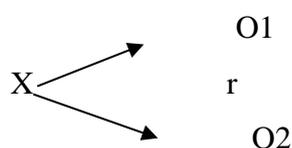
2.1. TIPO Y DISEÑO DE INVESTIGACIÓN

2.1.1. Tipo de investigación

- **Según la naturaleza de estudio:** fue una investigación cuantitativa, porque permitió recolectar los datos de manera estadística.
- **Según el nivel que desea alcanzar:** El presente estudio de investigación fue de tipo analítico, retrospectivo por que pretende encontrar la relación entre los factores asociados y bajo peso y porque fue tomado los datos de enero a diciembre de las historias clínicas
- **Según el tiempo de ejecución:** El presente estudio de investigación fue de tipo correlacional por que se recolecto los datos en un solo momento.

2.1.2. Diseño de investigación

- **Diseño de la investigación no experimental:** El presente estudio de investigación no pretende de forma intencional manipular a las variables de estudio, responde al siguiente esquema:



X: niños con Bajo Peso al Nacer.

O1: factores.

r: asociación

O2: Bajo Peso al Nacer

2.2. POBLACION Y MUESTRA:

2.2.1. Población

Estuvo conformado por 41 historias clínicas de recién nacidos con bajo peso al nacer en el Hospital San Juan de Dios de Caraz entre los meses de enero a diciembre del 2017.

2.2.2. La muestra

La muestra estuvo constituida por la población total de 41 historias de los recién nacidos.

- **Unidad de análisis:** Historias clínicas de los recién nacidos atendidos en hospital San Juan de Dios que presentaron bajo peso al nacer.

Criterios de inclusión y exclusión

Criterios de inclusión

- Todo recién nacido vivo atendido en el Hospital San Juan de Dios de Caraz
- Con un peso al nacer de menor de 2,500 gramos
- Cualquier sexo
- Parto eutócico o distócico
- Sin importa la edad gestacional

Criterios de exclusión

- Todo recién nacido vivo que fue atendido en ESSALUD
- Con un peso al nacer que tenga 3000 kg
- Todo recién nacido vivo que tenga alguna enfermedad
- Todo recién nacido vivo que sea hijo de madres diabéticas.

2.3. TECNICAS E INSTRUMENTO DE INVESTIGACIÓN.

Instrumentos: cuestionario

Técnica: observación.

Autores:

- Br. Mijaíl Adán Rivas Cruz
- Br. Ricardo Martín Solís Velásquez

Dimensiones:

- factores socioeconómicos
- factores conductuales

Duración de la aplicación: Será de 2 semanas del 22 de Enero hasta el 5 de Febrero del 2017

2.4. PROCEDIMIENTO DE RECOLECCIÓN DE INFORMACIÓN

Petición de permiso: se envió una solicitud dirigido al jefe del establecimiento del Hospital San Juan de Dios de Caraz para acceder al permiso correspondiente y así se logró obtener los datos necesarios para la investigación, cerciorándose que la investigación no afecte al usuario, ya que además se sacó la información de las historias de los recién nacidos con bajo peso.

Firma de consentimiento informado: se solicitó el permiso correspondiente a la directora del Hospital San Juan de Dios. Caraz para poder acceder a las historias clínicas de los recién nacidos con bajo peso al nacer previa a la recolección de datos, se solicitó la firma de consentimiento informado ya que es fundamental para la protección de las personas que participaron como voluntarios en las investigaciones, luego se realizó la recolección de datos mediante los instrumentos de investigación.

Recolección de datos: el instrumento fue aplicado por el investigador, para lo que se tomó en cuenta los criterios de inclusión y exclusión considerando los derechos de anonimato, libre participación confidencialidad.

2.5. PROCESAMIENTO, ANÁLISIS DE LA INFORMACIÓN

El procesamiento y análisis estadístico se realizó mediante la clasificación, ordenamiento y enumeración codificada para cada respuesta del instrumento posteriormente fueron ingresados estos datos, en una matriz elaborada en Microsoft Excel 2013. Para luego ser procesadas en el programa estadístico: SPSS/info/software versión 23.0.

Se realizó el análisis descriptivo, obteniendo las medidas de tendencia central los resultados están representados en tablas simples y doble entrada en, gráficos, cifras absolutas y relativas y para el análisis inferencial se utilizó la prueba estadística chi cuadrado.

Se discutió los resultados con la revisión de bibliográfico referente a la variable de estudio, con el objeto de discutir la concordancia o diferencia de los resultados obtenidos.

2.6. PROTECCIÓN DE LOS DERECHOS HUMANOS

Ética de la investigación.

Durante la aplicación del instrumento de medición se respetó y se dará cumplimiento a los siguientes principios éticos:

Anonimato: El cuestionario se realizó y se obtendrá de la historias clínicas de los recién nacidos con bajo peso al nacer y que los resultados fue tomado como referencia solo para presente investigación.

Privacidad: toda la información obtenida en el presente estudio se mantuvo en secreto y se evitó exponerlo.

Honestidad: se pedirá permiso a la dirección del Hospital San Juan de Dios de Caraz para poder sacar dar aplicación de mi cuestionario en las historias clínica de los recién nacidos con bajo peso al nacer y que los resultados tienen por finalidad conocer los factores del por qué el recién nacido nace con bajo peso.

Justicia: todas las historias clínicas que fueron considerados en el presente estudio tuvieron las mismas consideraciones y respeto, nadie fue discriminado por la raza, edad, sexo, o posición social.

CAPÍTULO III

RESULTADOS

3.1. Resultados

Tabla 1. Tipos de bajo peso al nacer de los recién nacidos. Hospital San Juan de Dios. Caraz. 2017

Tipos de bajo peso al nacer del Recién Nacido	N	%
Bajo peso	37	90,2%
Muy bajo peso	4	9,8%
Total	41	100%

Fuente: Base de datos de la ficha del cuestionario de bajo peso al nacer de los recién nacidos del Hospital San Juan de Dios. Caraz. 2017

Interpretación. Se observa que del 100 % (41) de la población en estudio, el 90.2% de las historias clínicas de recién nacidos con bajo peso al nacer del hospital San Juan de Dios Caraz presentan un bajo peso y 9.8% un muy bajo peso al nacer.

**FACTORES BIOLÓGICOS NEONATO ASOCIADO AL BAJO PESO AL
NACER DEL RECIÉN NACIDO. HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS. CARAZ.**

2017

Tabla 2. Asociación entre los factores biológicos neonatales y el bajo peso al nacer del recién nacido. Hospital San Juan de Dios. Caraz. 2017

	Bajo peso al nacer del recién nacido						Prueba paramétrica de Chi cuadrado
	Bajo peso		Muy bajo peso		Total		
	N	%	N	%	N	%	
Sexo							X ² = 0,003
Masculino	18	90,0%	2	10,0%	20	100,0%	p-valor= 0,959
Femenino	19	90,5%	2	9,5%	21	100,0%	
Total	37	90,2%	4	9,8%	41	100,0%	
Apgar							X ² = 4,439
Moderado.	4	66,7%	2	33,3%	6	100,0%	p-valor= 0,035
Normal.	33	94,3%	2	5,7%	35	100,0%	(Significativo)
Total	37	90,2%	4	9,8%	41	100,0%	

Fuente: Base de datos de la ficha del cuestionario de bajo peso al nacer de los recién nacidos del Hospital San Juan de Dios. Caraz. 2017

Interpretación. En la presente tabla, se aprecia la distribución numérica porcentual de 41 historias clínicas. Donde se observa que independiente del sexo la mayoría de neonatos presento un bajo peso al nacer (90%) son de sexo masculino y femenino y menos de 10% presento muy bajo peso al nacer. Respecto al apgar se evidencia que los neonatos con apgar moderado presentaron bajo peso (66,7%) y muy bajo peso (33,3%). Al aplicar de la prueba estadística chi cuadrado se obtuvo que sí existe asociación estadística con el factor apgar (p-valor= 0,035; p< 0.005) y no hubo asociación estadística con sexo (p-valor= 0,959; p> 0,005)

FACTORES SOCIOCULTURALES MATERNOS ASOCIADOS AL BAJO PESO AL NACER DEL RECIÉN NACIDO. HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS. CARAZ. 2017

Tabla 3. Asociación entre la edad y el bajo peso al nacer del recién nacido. Hospital San Juan de Dios. Caraz. 2017.

factores socioculturales maternos	Bajo peso al nacer del recién nacido				Total		Prueba paramétrica de Chi cuadrado
	Bajo peso		Muy bajo peso		N	%	
	N	%	N	%			
Edad							
Menor de 18 años	6	100,0%	0	0,0%	6	100,0%	$X^2 = 9,547^a$
De 18 a 34 años	22	100,0%	0	0,0%	22	100,0%	p-valor= 0,008
De 34 a más años	9	69,2%	4	30,8%	13	100,0%	(Significativo)
Total	37	90,2%	4	9,8%	41	100,0%	

Fuente: Base de datos de la ficha del cuestionario de bajo peso al nacer de los recién nacidos del Hospital San Juan de Dios. Caraz. 2017

Referente a la **edad materna**, el 100% de las historias clínicas de las madres menores de 18 años y las madres de 18 a 34 años han presentado recién nacidos con bajo peso (100%), sin embargo, el 30,8% de madres mayores de 34 años presentaron niños con muy bajo peso. Ante la aplicación de la prueba estadística chi cuadrado se obtuvo que si existe asociación estadística con el factor edad materna (p-valor= 0,008; $p < 0.05$)

Tabla 4. Asociación entre el grado de instrucción y el bajo peso al nacer del recién nacido. Hospital San Juan de Dios. Caraz. 2017

factores socioculturales maternos	Bajo peso al nacer del recién nacido				Total		Prueba paramétrica de Chi cuadrado
	Bajo peso		Muy bajo peso				
	N	%	N	%	N	%	
Grado de instrucción							
Sin instrucción	0	0,0%	2	100,0%	2	100,0%	X ² = 21, 313 p-valor=0,000 (Significativo)
Primaria	13	86,7%	2	13,3%	15	100,0%	
Secundaria	18	100,0%	0	0,0%	18	100,0%	
Superior	6	100,0%	0	0,0%	6	100,0%	
Total	37	90,2%	4	9,8%	41	100,0%	

Fuente: Base de datos de la ficha del cuestionario de bajo peso al nacer de los recién nacidos del Hospital San Juan de Dios. Caraz. 2017

Respecto al **grado instrucción**, el 100% de historias clínicas de las madres sin instrucción presentan recién nacidos con muy bajo peso al nacer. El 13,3% de madres con primaria presentan recién nacidos con muy bajo peso al nacer. Sin embargo, el 100% de madres con instrucción secundaria y/o superior presenta recién nacidos con bajo peso al nacer. Ante la aplicación de la prueba estadística chi cuadrado se obtuvo que si existe asociación estadística con el factor grado de instrucción materna (p-valor= 0,000; p< 0.05)

Tabla 5. Asociación entre la ocupación y el bajo peso al nacer del recién nacido.
Hospital San Juan de Dios. Caraz. 2017

factores socioculturales maternos	Bajo peso al nacer del recién nacido				Total		Prueba paramétrica de Chi cuadrado
	Bajo peso		Muy bajo peso		N	%	
	N	%	N	%			
Ocupación							
Ama de casa	7	100,0%	0	0,0%	7	100,0%	X ² = 1,080 ^a p-valor = 0,782
Domestica	14	87,5%	2	12,5%	16	100,0%	
Comerciante	1	100,0%	0	0,0%	1	100,0%	
Otras	15	88,2%	2	11,8%	17	100,0%	
Total	37	90,2%	4	9,8%	41	100,0%	

Fuente: Base de datos de la ficha del cuestionario de bajo peso al nacer de los recién nacidos del Hospital San Juan de Dios. Caraz. 2017

Respecto a la **ocupación de la madre**, del 100% de las historia clínicas de las madres madres con ocupación de ama de casa han presentado recién nacidos con bajo peso al nacer, de igual manera las que tienen una ocupación comerciante (100%), sin embargo, el 12.5% de madres tienen una ocupación domestica que presentaron a su recién nacido con muy bajo peso al nacer, de igual manera las que tienen otras ocupaciones (11.8%). Ante la aplicación de la prueba estadística chi cuadrado se obtuvo que no existe asociación estadística con el factor ocupación materna (p-valor= 0,782; $p > 0.05$)

Tabla 6. Asociación entre el estado civil y el bajo peso al nacer del recién nacido. Hospital San Juan de Dios. Caraz. 2017

factores socioculturales maternos	Bajo peso al nacer del recién nacido				Total		Prueba paramétrica de Chi cuadrado
	Bajo peso		Muy bajo peso		N	%	
	N	%	N	%			
Estado civil							
Soltera	13	86,7%	2	13,3%	15	100,0%	X ² = ,662 ^a p-valor= 0,718
Casada	4	100,0%	0	0,0%	4	100,0%	
Unión libre	20	90,9%	2	9,1%	22	100,0%	
Total	37	90,2%	4	9,8%	41	100,0%	

Fuente: Base de datos de la ficha del cuestionario de bajo peso al nacer de los recién nacidos del Hospital San Juan de Dios. Caraz. 2017

Respecto al **estado civil** de la madre el 100% de las historias clínicas de las madres tienen un estado civil casada han presentado recién nacidos con bajo peso al nacer. Sin embargo, las madres que tienen un estado civil soltera (13.3%) presentan a su recién nacido con muy bajo peso al nacer, de igual manera las madres que tienen un estado civil de unión libre (9.1%) presentan recién nacidos con muy bajo peso al nacer. Ante la aplicación de la prueba estadística chi cuadrado se obtuvo que no existe asociación estadística con el factor estado civil materna (p-valor= 0,718; p> 0.05)

Tabla 7. Asociación entre la procedencia y el bajo peso al nacer del recién nacido.
Hospital San Juan de Dios. Caraz. 2017

factores socioculturales maternos	Bajo peso al nacer del recién nacido				Total		Prueba paramétrica de Chi cuadrado
	Bajo peso		Muy bajo peso		N	%	
	N	%	N	%			
Procedencia							$X^2 = 1,834^a$
Urbano	25	86,2%	4	13,8%	29	100,0%	p-valor = 0,176
Rural	12	100,0%	0	0,0%	12	100,0%	
Total	37	90,2%	4	9,8%	41	100,0%	

Fuente: Base de datos de la ficha del cuestionario de bajo peso al nacer de los recién nacidos del Hospital San Juan de Dios. Caraz. 2017

Respecto a la **procedencia** de la madre el 100% de las historias clínicas de los recién nacidos tienen una procedencia rural pero han presentado a su recién nacido con bajo peso al nacer. De igual manera el 86.2% de madres de procedencia urbana presentaron a su recién nacido con bajo peso. De igual manera el 13.8% de las madres de procedencia urbana presenta a su recién nacido con muy bajo peso al nacer. Ante la aplicación de la prueba estadística chi cuadrado se obtuvo que no existe asociación estadística con el factor procedencia materna (p-valor= 0,176; $p > 0.05$)

**FACTORE CONDUCTUAL MATERNOS ASOCIADOS AL BAJO PESO AL
NACER DEL RECIÉN NACIDO. HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS. CARAZ.**

2017

Tabla 8. Asociación entre los factores conductuales maternos y el bajo peso al nacer del recién nacido. Hospital San Juan de Dios. Caraz. 2017

Factores conductuales maternos	Bajo peso al nacer del recién nacido				Total		Prueba paramétrica de Chi cuadrado
	Bajo peso		Muy bajo peso		N	%	
	N	%	N	%			
Consumo de tabaco							
SI	2	40,0%	3	60,0%	5	100,0%	X ² = 16,328 ^a p-valor = 0,000 (Significativo)
NO	35	97,2%	1	2,8%	36	100,0%	
Total	37	90,2%	4	9,8%	41	100,0%	
Consumo de alcohol							
SI	7	70,0%	3	30,0%	10	100,0%	X ² = 6,156 ^a p-valor = 0,013 (Significativo)
NO	30	96,8%	1	3,2%	31	100,0%	
Total	37	90,2%	4	9,8%	41	100,0%	

Fuente: Base de datos de la ficha del cuestionario de bajo peso al nacer de los recién nacidos del Hospital San Juan de Dios. Caraz. 2017

Interpretación. En la presente tabla, se aprecia la distribución numérica porcentual de 41 historias clínicas. Donde se observa que independiente al consumo de tabaco la mayoría de las madres no consumen tabaco pero presentaron a su neonato con un bajo peso al nacer (97.2%), menos de 60% si consume tabaco por esa razón presenta muy bajo peso al nacer. Respecto al consumo de alcohol se evidencia que las madres que no consumen alcohol presentan neonatos bajo peso (96.8%) y muy bajo peso son de madres que si consumen alcohol (30%). Ante la aplicación de la prueba estadística chi cuadrado se obtuvo que si existe asociación estadística con el factor consumo de tabaco (p-valor= 0,000; p< 0.005) y que también hay una asociación estadística con el factor consumo de alcohol (p-valor= 0,013; p> 0,005).

CAPÍTULO IV

ANÁLISIS Y DISCUSIÓN

4.1. Discusión de resultados

En la tabla 1 se presenta el tipo de bajo peso al nacer del recién nacidos del Hospital San Juan de Dios, Caraz. 2017. Donde se evidencia que del 100 % (41) de recién nacidos, el 90.2% han presentado bajo peso al nacer y el 9.8% restante de recién nacidos muy bajo peso al nacer.

Los resultados obtenidos son concordantes con la estadística presentadas por la UNICEF quien manifiesta que existe una prevalencia significativa de casos recién con bajo peso al nacer, donde el 96% de los casos de bajo peso al nacer ocurren en los países en vías desarrollado, lo cual muestra que son más probables que están en una situación donde se presentan condiciones socioeconómicas de pobreza. En esas condiciones, las mujeres son más propensas a contraer infecciones y a tener una dieta pobre en nutrientes. Así mismo, no es raro que, durante el embarazo, sigan desempeñando laboralmente.

De igual manera Rojas y et al (2015) manifiesta que bajo peso al nacer especialmente en los países en vías de desarrollo, trayendo consigo consecuencias negativas en diversos ámbitos como la educación y la productividad, constituyéndose en uno de los principales mecanismos de transmisión intergeneracional de la pobreza y la desigualdad.

García (2012) señala que los recién nacidos que nacen con un peso de 2 000 a 2 499 gramos enfrentan un riesgo de muerte neonatal que cuadruplica el de aquellos que pesan entre 2 500 y 2 999 gramos, y es 10 a 14 veces superior respecto de los que pesan al nacer entre 3 000 y 3 499 gramos.

En la presente **tabla 2**, se aprecia la distribución numérica porcentual de 41 historias clínicas. Donde se observa que referente al **sexo**, se evidencia

independiente del sexo más del 90% presento un bajo peso al nacer, sin embargo el 9,5 de recién nacidos femeninos presentaron muy bajo peso al nacer. Respecto al **apgar** se evidencia que los recién nacidos con apgar moderado presentaron bajo peso (66,7%) y el 33,3% muy bajo peso. Mientras que los recién nacidos con apgar normal solo el 5,7% presento muy bajo peso al nacer. Ante la aplicación de la prueba estadística chi cuadrado se obtuvo que si existe asociación estadística con el factor apgar (p-valor= 0,035; $p < 0.005$) y no hubo asociación estadística con el factor sexo (p-valor= 0,959; $p > 0,005$)

Los resultados obtenidos guardan relación con Arana (2014) quien en su estudio sobre factores de riesgo asociados a puntaje apgar bajo al nacer en neonatos del hospital belén de Trujillo periodo enero 2009-diciembre 2013 obtuvo respecto al sexo y apgar un 57% son de sexo masculino, pero tuvieron un apgar moderado, mientras que los de sexo femenino presentan un 43% pero también tuvieron un apgar moderado.

En la **tabla 3**, se presenta la asociación entre los factores socioculturales maternos y bajo peso al nacer. Donde se evidencia que de una población de 41 historias clínicas de los recién nacidos (100%). Referente a la **edad materna**, el 100% de madres menores de 18 años han presentado recién nacidos con bajo peso, de igual manera las madres de 18 a 34 años (100%), sin embargo, el 30,8% de madres mayores de 34 años presentaron niños con muy bajo peso. Ante la aplicación de la prueba estadística chi cuadrado se obtuvo que si existe asociación estadística con el factor edad materna (p-valor= 0,008; $p < 0.05$)

Los resultados obtenidos difieren relación con Montero (2015) quien en su estudio bajo peso al nacer en el Hospital José María Velasco Ibarra. Marzo 2014 – Abril 2015 obtuvo respecto al estado civil que el solo el 53% de madres son de unión libre y que han tenido a su neonato con bajo peso al nacer. También difieren respecto al factor edad ya que obtuvo que solo el 50% son de madres de menores de 17 años que tuvieron a su neonato con bajo peso al nacer.

Los resultados obtenidos guardan relación con Lazo (2012) quien en su estudio sobre factores maternos asociados a bajo peso en recién nacidos a término quien concluye que el factor edad es un riesgo ya que a mayor de 34 años se puede tener neonatos con bajo peso al nacer.

Los resultados obtenidos guardan relación con Posada (2014) quien en su estudio sobre Factores de riesgo del recién nacido de bajo peso al nacer en el Hospital Daniel Alcides Carrión - Cerro de Pasco 2014 quien concluye que el factor edad es un riesgo ya que a menor de 20 años y mayor de 34 años se puede tener neonatos con bajo peso al nacer.

Respecto al **grado instrucción**, el 100% de madres sin instrucción presentan recién nacidos con muy bajo peso al nacer. Contexto similar se aprecia al 13.3% de madres con primaria quienes presente recién nacidos con muy bajo peso al nacer. Sin embargo, el 100% de madres con instrucción secundaria y/o superior presenta recién nacidos con bajo peso al nacer. Ante la aplicación de la prueba estadística chi cuadrado se obtuvo que si existe asociación estadística con el factor grado de instrucción materna (p-valor= 0,000; $p < 0.05$)

Los resultados obtenidos difieren relación con Rivas y Solis (2014) quien en su estudio sobre 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 obtuvo respecto al grado de instrucción que el 70% de las madres son analfabéticas por lo cual tuvieron neonatos con bajo peso al nacer.

Los resultados obtenidos difieren relación con Rojas (2017) quien en su estudio sobre factores que condicionan el bajo peso al nacer y las complicaciones de los recién nacidos en el hospital de contingencia Tingo María 2016 obtuvo respecto al grado de instrucción que el 61% de las madres son de instrucción secundaria y que tuvieron a su neonato con bajo peso al nacer.

Respecto a la **ocupación de la madre**, del 100% de las madres con ocupación de ama de casa han presentado recién nacidos con bajo peso al nacer, de igual manera las que tienen una ocupación comerciante (100%), sin embargo, el

12.5% de madres tienen una ocupación doméstica que presentaron a su recién nacido con muy bajo peso al nacer, de igual manera las que tienen otras ocupaciones (11.8%).

La mayor prevalencia de recién nacidos pre término se encuentra en las madres que se dedican a la agricultura (10,8%) y la menor en las profesionales (6,6%). Respecto al bajo peso, la prevalencia más alta se observa en las trabajadoras del sector servicios (3,5%) y del manual de industria y construcción (3,4%); las profesionales son las que muestran menor prevalencia (2,5%). En comparación con las mujeres profesionales, las agricultoras presentan un mayor riesgo de nacimientos pre término (ORa=1,68; IC95%: 1,57-1,80). En relación con el bajo peso, se observan riesgos mayores en las trabajadoras del sector servicios (ORa=1,36; IC95%: 1,30-1,42), las dedicadas a las labores del hogar (ORa=1,30; IC95%: 1,28-1,38), las que trabajaron en la agricultura (ORa=1,29; IC95%: 1,14-1,44) y las trabajadoras manuales en industria y construcción (ORa=1,29; IC95%: 1,21-1,36).

Respecto al **estado civil** de la madre el 100% de las madres tienen un estado civil casada han presentado recién nacidos con bajo peso al nacer. Sin embargo, las madres que tienen un estado civil soltera (13.3%) presentan a su recién nacido con muy bajo peso al nacer, de igual manera las madres que tienen un estado civil de unión libre (9.1%) presentan recién nacidos con muy bajo peso al nacer. Ante la aplicación de la prueba estadística chi cuadrado se obtuvo que no existe asociación estadística con el factor estado civil materna (p-valor= 0,718; $p > 0.05$)

Se menciona también, la importancia del estado marital de los padres como un factor que reduce el riesgo de mortalidad perinatal e infantil, ya que la presencia del padre en el hogar, aumentará la probabilidad de que la madre no intercambie el tiempo destinado al cuidado de su hijo por ir a trabajar. Si bien una madre que trabaja ayuda a aumentar los ingresos familiares, lo cierto es que las

probabilidades de que el niño reciba los cuidados necesarios y que se respete el período de lactancia disminuyen. (Mejía, 2010)

Respecto a la **procedencia** de la madre el 100% tienen una procedencia rural pero han presentado a su recién nacido con bajo peso al nacer. De igual manera el 86.2% de madres de procedencia urbana presentaron a su recién nacido con bajo peso. De igual manera el 13.8% de las madres de procedencia urbana presenta a su recién nacido con muy bajo peso al nacer. Ante la aplicación de la prueba estadística chi cuadrado se obtuvo que no existe relación estadística con el factor procedencia materna (p-valor= 0,176; $p > 0.05$).

Los resultados obtenidos difieren relación con Cuba y Martínez (2014) quien en su estudio sobre factores de riesgo asociados a recién nacidos con bajo peso al nacer atendidos en el Hospital Victoria Motta de Jinotega de julio a diciembre 2014 obtuvo respecto a la procedencia que hay un menor porcentaje de las madres que viven en las zonas rurales.

Los resultados obtenidos guardan relación con Vasques y Sanches (2015) quien en su estudio sobre Factores maternos y obstétricos relacionados al recién nacido de bajo peso en el Hospital III Iquitos de EsSalud de enero a diciembre del 2015 obtuvo respecto a la procedencia que hay un mayor porcentaje de las madres (55.2%) que viven en las zonas urbana.

En la **tabla 4**, se aprecia la distribución numérica porcentual de 41 historias clínicas. Donde se observa que independiente el consumo de tabaco la mayoría de las madres no consumen tabaco pero presentaron a su neonato con un bajo peso al nacer (97.2%), menos de 40% presento muy bajo peso al nacer. Respecto al consumo de alcohol se evidencia que las madres que no consumen alcohol presentan neonatos bajo peso (96.8%) y muy bajo peso son de madres que si consumen alcohol (30%). Ante la aplicación de la prueba estadística chi cuadrado se obtuvo que si existe relación estadística con el factor consumo de tabaco (p-valor= 0,000; $p < 0.005$) y que también hay una relación estadística con el factor consumo de alcohol (p-valor= 0,013; $p > 0,005$)

Los resultados obtenidos difieren relación con Montero (2015) quien en su estudio bajo peso al nacer en el Hospital José María Velasco Ibarra. Marzo 2014 – Abril 2015 obtuvo respecto al consumo de tabaco y al consumo de alcohol que el solo el 21% de madres si consumen y que han tenido a su neonato con bajo peso al nacer.

Los resultados obtenidos guardan relación con Rojas (2017) quien en su estudio sobre factores que condicionan el bajo peso al nacer y las complicaciones de los recién nacidos en el hospital de contingencia tingo maría 2016 obtuvo respecto al consumo de tabaco y al consumo de alcohol nos dice que si hay un valor significativo para los dos factores ($p= 0,000$) por lo cual nos da a entender que si son un factores muy importantes para tener neonatos con bajo peso al nacer.

CAPÍTULO IV

CONCLUSIONES Y RECOMENDACIÓN

5.1. Conclusiones

La mayoría de los recién nacidos presentan un bajo peso al nacer y el mínimo presenta muy bajo peso al nacer.

Respecto al factor biológico del neonato si existe asociación estadística con el factor apgar y no existe asociación con el factor sexo

Referente al factor sociocultural materno los factores que se asocian al bajo peso al nacer fueron edad materna, factor grado de instrucción materna y los factores no se asociación fueron ocupación materna, estado civil materna y la procedencia materna.

Los factores conductuales maternos se asocian estadísticamente con el bajo peso al nacer tanto el factor del consumo de tabaco y el factor consumo de alcohol.

5.2. Recomendaciones

- Compartir los resultados de esta investigación con todo el personal de enfermería del Hospital San Juan de Dios – Caraz para así poder darles a conocer los principales factores que conllevan al bajo peso al nacer.
- A futuras investigaciones de enfermería que tomen como antecedente mi tesis con el objetivo de establecer estrategias y leneas de acción para la mejora de la salud.
- Realizar sesiones educativas de manera periódica para que así entiendan los peligros y consecuencias que puede tener un recién nacido con bajo peso.
- A la universidad San Pedro a seguir efectuando investigaciones similares con otros factores que puedan influir al bajo peso al nacer.

CAPÍTULO V

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Alegría R; Limas M, Ramos, F, Mortalidad perinatal. *Experiencia en el Hospital Nacional Guillermo Almenara Irigoyen 1990-1997*. Ginecol Obstet. (Perú) 2008; 44 (2):110-13.

García-Baños LG. Factores de riesgo asociados al bajo peso al nacer. *Revista Cubana de Salud Pública* 2012;38(2):238-245.

Gaceta Sanitaria(2008, 02 de Junio) *Ocupación materna, duración de la gestación y bajo peso al nacimiento*. Scielo. http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0213-91112009000300003

Lazo CH (2014) *Factores Maternos Asociados a Bajo Peso en Recién Nacidos A termino* (tesis de pregrado). Universidad Peruana de los Andes. Huancayo.

Mejía H. 2010 *Factores de riesgo para muerte neonatal revisión* Rev Soc. Bol. Ped.: 39(3) 104-11

Montero O, (2015) *Bajo Peso al Nacer en el Hospital José María Velasco Ibarra Marzo 2014- Abril 2015* (tesis de pregrado). Universidad Regional Autónoma de los Andes. Ecuador.

Posada A, (2014) *Bajo Peso al Nacer en el Hospital José María Velasco Ibarra Marzo 2014- Abril 2015* (tesis de pregrado). Universidad Regional Autónoma de los Andes. Ecuador.

Rivas C, Solís V (2014) *Factores de riesgo asociado 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 de pregrado). Universidad Nacional Autónoma de Nicaragua. Nicaragua.

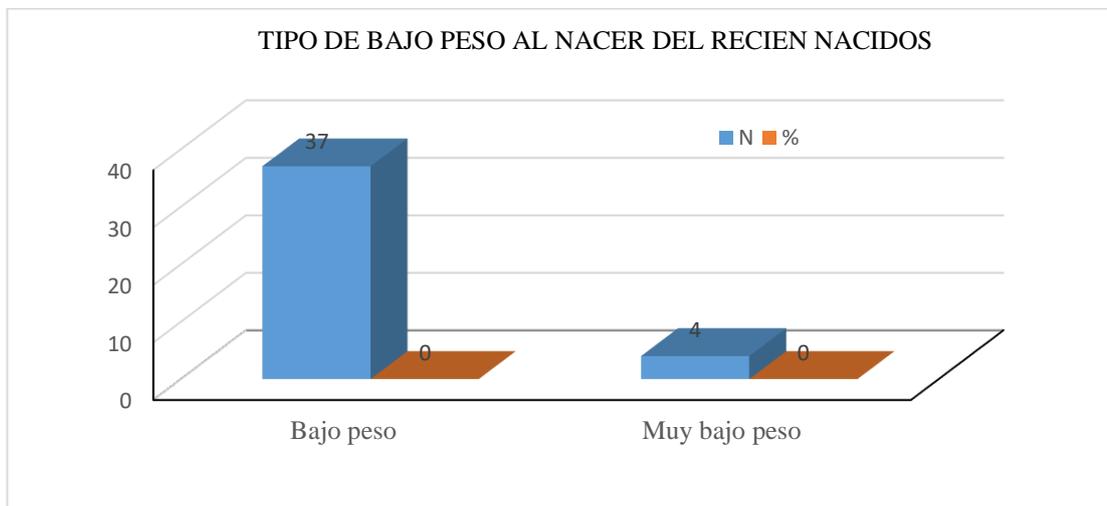
Rojas Salazar, Enrique Gonzalo, Mamani Ortiz, Yercin, Choque Ontiveros, María del Carmen, Abujder Abu-khdeir, Maiza, & Bustamante Meneses, Dayana. (2015). Low birth weight and associated factors in Hospital Materno Infantil Germán Urquidi. Cochabamba, Bolivia. *Gaceta Médica Boliviana*, 38(1), 24-27. Recuperado en 21 de abril de 2018, de http://www.scielo.org.bo/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1012-29662015000100006&lng=es&tlng=en.

Vasquez (2015) *Factores maternos y obstétricos relacionados al recién nacido de bajo peso en el Hospital III Iquitos de EsSalud de enero a diciembre del 2015* (tesis de pregrado). Universidad Nacional de la Amazonia Peruana. Perú.

Anexo 01

DISTRIBUCIÓN DE FRECUENCIA DEL TIPO DE BAJO PESO AL NACER DEL RECIÉN NACIDOS. HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS. CARAZ. 2017

Grafico 1. Distribución de frecuencia del tipo de bajo peso al nacer del recién nacidos. Hospital san juan de dios. Caraz. 2017

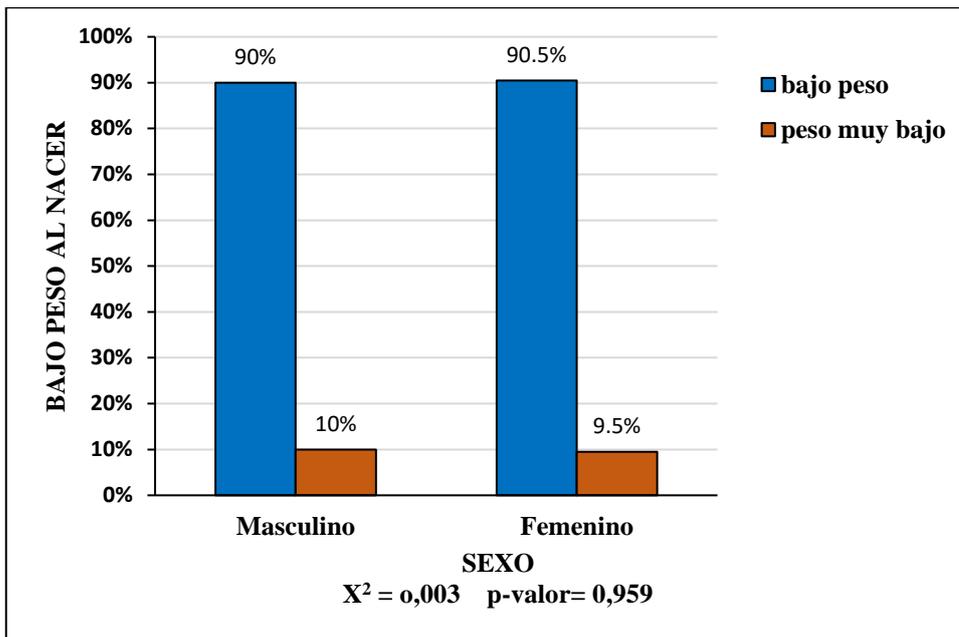


FACTORES BIOLÓGICOS NEONATO ASOCIADO AL BAJO PESO AL NACER DEL RECIÉN NACIDO. HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS. CARAZ.

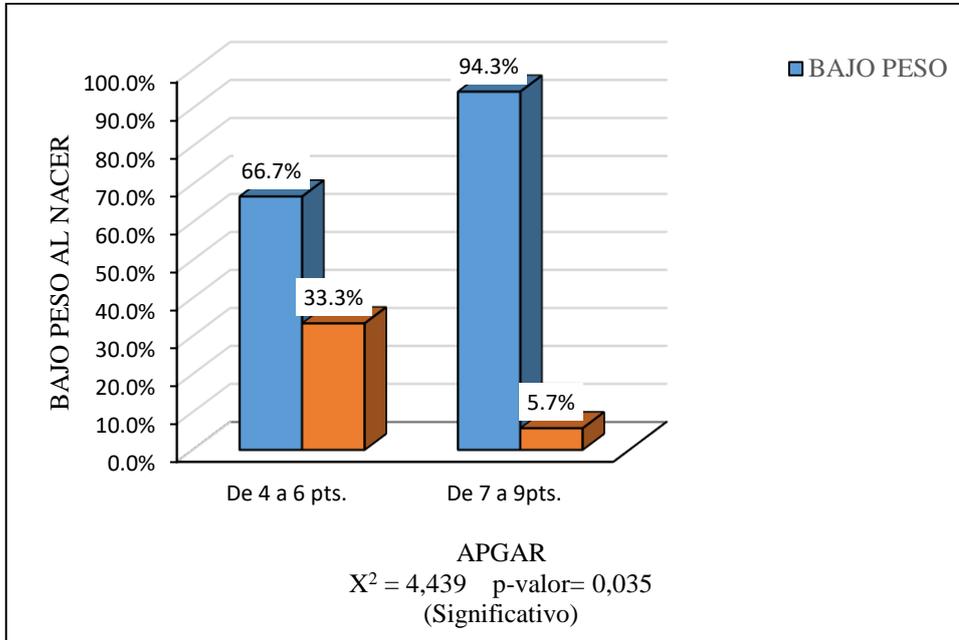
2017

Grafico 2. Asociación entre los factores biológicos neonato y el bajo peso al nacer del recién nacido. Hospital San Juan de Dios. Caraz. 2017

SEXO



APGAR



FACTORES SOCIOCULTURALES MATERNOS ASOCIADOS AL BAJO PESO AL NACER DEL RECIÉN NACIDO. HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS. CARAZ. 2017

Tabla 3. Asociación entre los factores socioculturales maternos (EDAD) y el bajo peso al nacer del recién nacido. Hospital San Juan de Dios. Caraz. 2017.

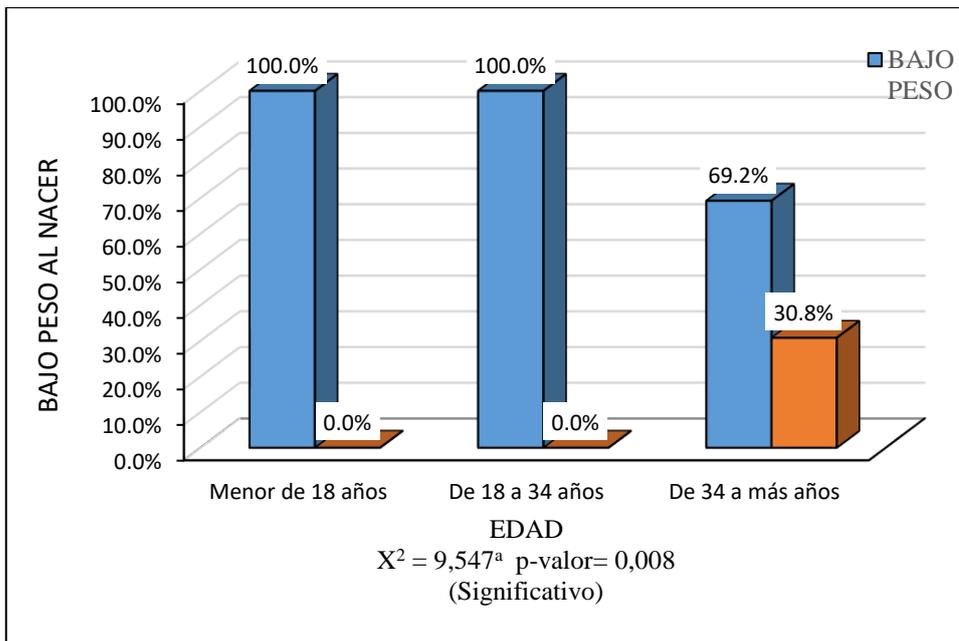


Tabla 4. Asociación entre los factores socioculturales maternos (GRADO DE INSTRUCCIÓN) y el bajo peso al nacer del recién nacido. Hospital San Juan de Dios. Caraz. 2017

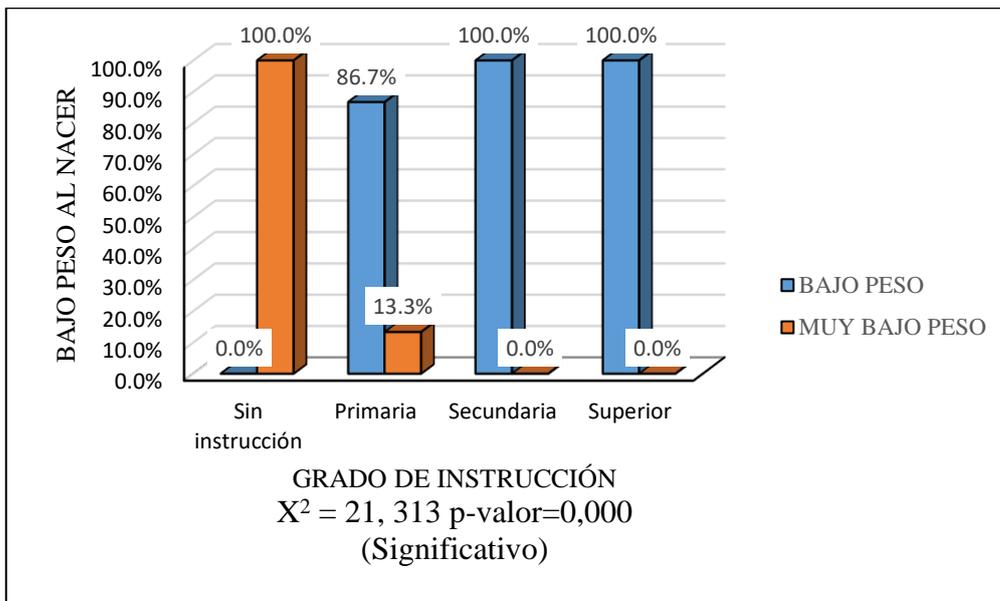


Tabla 5. Asociación entre los factores socioculturales maternos (OCUPACIÓN) y el bajo peso al nacer del recién nacido. Hospital San Juan de Dios. Caraz. 2017

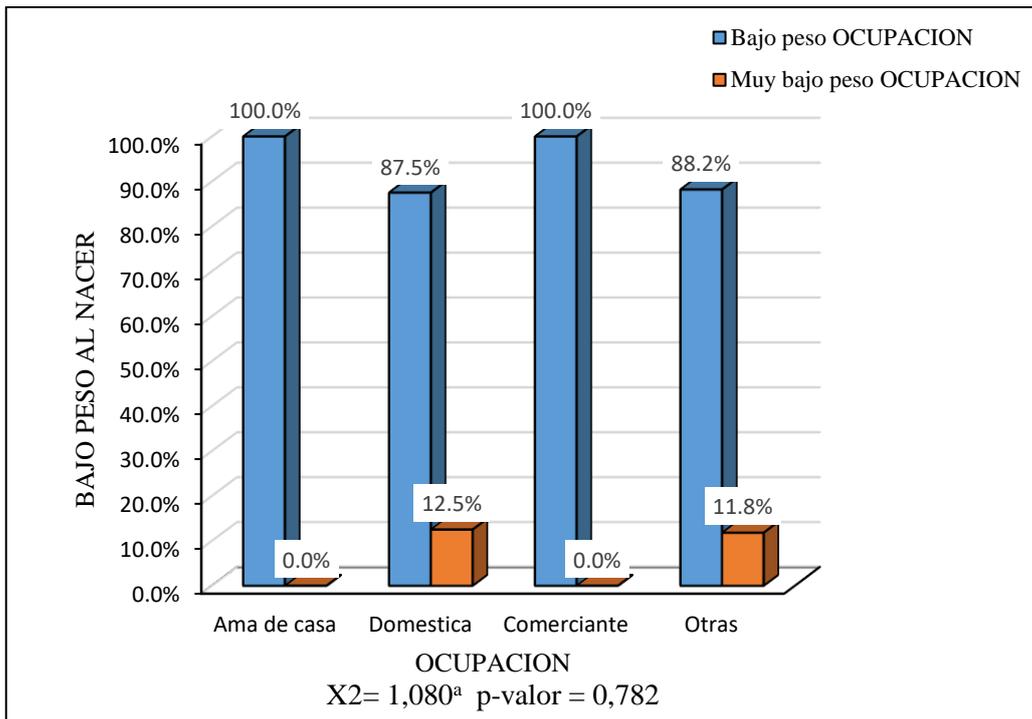


Tabla 6. Asociación entre los factores socioculturales maternos (ESTADO CIVIL) y el bajo peso al nacer del recién nacido. Hospital San Juan de Dios. Caraz. 2017

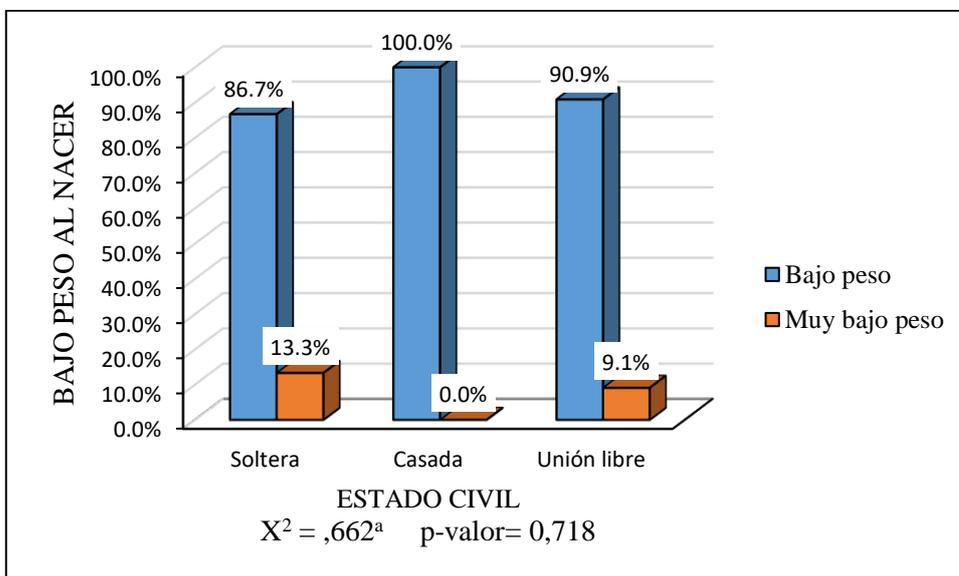
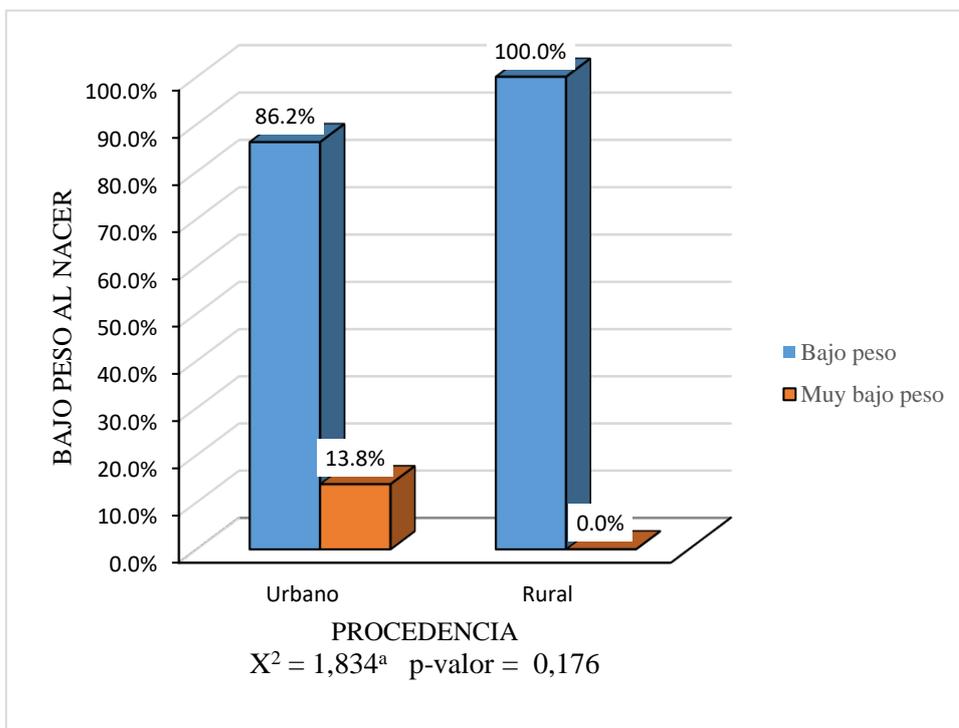


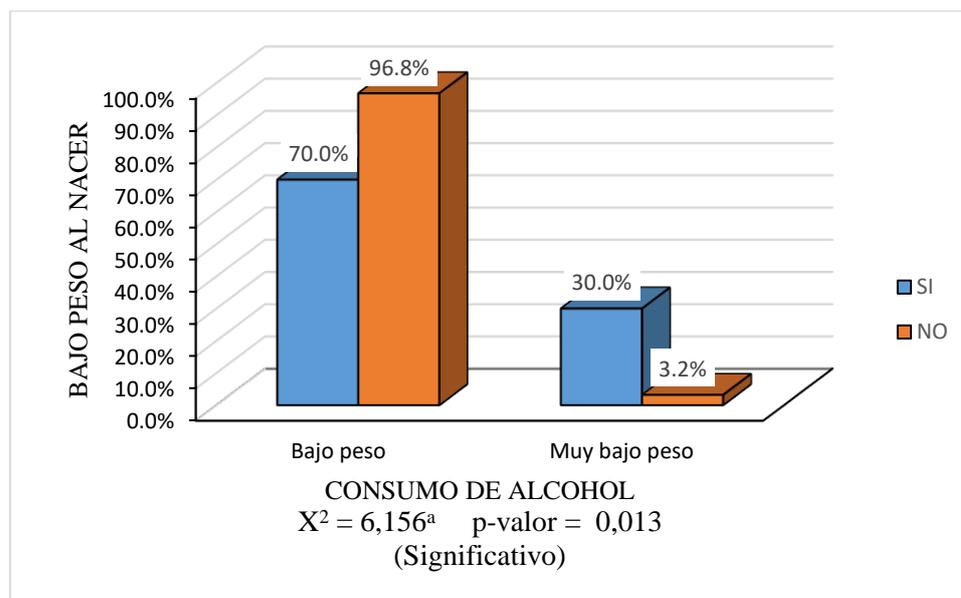
Tabla 7. Asociación entre los factores socioculturales maternos (PROCEDENCIA) y el bajo peso al nacer del recién nacido. Hospital San Juan de Dios. Caraz. 2017



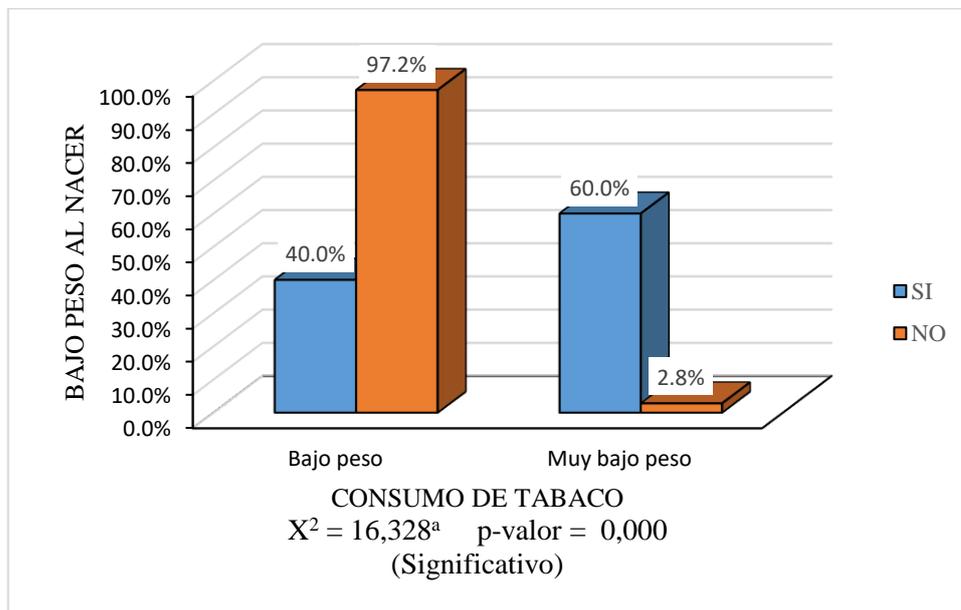
**FACTORE CONDUCTUAL MATERNOS ASOCIADOS AL BAJO PESO AL
NACER DEL RECIÉN NACIDO. HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS. CARAZ.
2017**

Tabla 8. Asociación entre los factores conductuales maternos y el bajo peso al nacer del recién nacido. Hospital San Juan de Dios. Caraz. 2017

CONSUMO DE ALCOHOL



CONSUMO DE TABACO



Anexo 02

CUESTIONARIO

“FACTORES ASOCIADOS AL BAJO PESO AL NACER. HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS. CARAZ.2017”

INSTRUCCIONES: A continuación, se presenta una serie de preguntas que se relacionan con factores asociados al Bajo Peso al Nacer del Recién Nacido. Hospital San Juan de Dios. Caraz.2017,

Factores Sociodemográficos.

1.-Edad materna: <18 18-34 >34

2- Estado civil: Soltera Casada Unión libre

3- Escolaridad: Ninguno Primaria Secundaria Técnico o universitario

4- Procedencia: Urbano Rural

5.- peso del recién nacido: menor de: 2499gr menor de 2000gr

6.-sexo del recién nacido: masculino femenino

7.- ¿con que numero de apgar nació? :

Minuto: menor de 0-3 menor de 4-6 menor de 7-10

Factores Conductuales.

8.- Ocupación de la Madre: Ama de casa Domestica Comerciante

Otras

9.- Tabaco: Si No

10.- Cantidad de cigarrillos al día: Numero

11.- Alcohol: Si No Cantidad

12.- Drogas: Si No Cual

Anexo 03

MATRIZ DE VALIDACIÓN:

Frecuencias		
	valor	
	1	2
El problema planteado describe las variables a estudiar	9	1
Existe concordancia entre el problema planteado con la hipótesis	9	1
Los objetivos planteados son alcanzables con el tiempo y espacio	9	1
Las variables y la unidad de análisis están bien definidas	4	6
Los instrumentos de recolección de datos están en base a los indicadores formulados	9	1
Los datos planteados en instrumentos son contrastables con la base teórica	9	1
La metodología planteada permite a la prueba de hipótesis	8	2

Rangos		
--------	--	--

El diseño de estudio es coherente con el problema planteado	5	5
El tipo de estudio permite el logro de los objetivos planteados	7	3
El proyecto de investigación es trascendente para enfermería	10	0

Para validar la investigación se entregó los resúmenes del proyecto de investigación a diez expertos, después los expertos hicieron una calificación con escala dicotómica (de acuerdo y en desacuerdo) a 10 preguntas formuladas el cual se ingresó en el software SPSS y se calculó el W de Kendall y Q de Cochran, como se muestra en los siguientes resultados:

Estadísticos de prueba	
N	10
Q de Cochran	21,965(a)
Gl	9
Sig. Asintótica	,01

	Rango promedio
El problema planteado describe las variables a estudiar	4,95
Existe concordancia entre el problema planteado con la hipótesis	4,95
Los objetivos planteados son alcanzables con el tiempo y espacio	4,95
Las variables y las unidades de análisis están bien definidas	7,45
Los instrumentos de recolección de datos están en base a los indicadores formulados	4,95
Los datos planteados en instrumentos son contrastables con la base teórica	4,95
La metodología planteada permite a la prueba de hipótesis	5,45
El diseño de estudio es coherente con el problema planteado	6,95
El tipo de estudio permite el logro de los objetivos planteados	5,95
El proyecto de investigación es trascendente para enfermería	4,45

1 se trata como un éxito

Estadísticos de prueba	
N	10
W de Kendall (a)	,244
Chi-cuadrado	21,965
Gl	9
Sig. Asintotica	.01

CONFIABILIDAD DEL INSTRUMENTO

Para la Confiabilidad del cuestionario de preguntas para la recolección de datos, se utilizó el análisis de consistencia Alfa de Cronbach (α), donde,

$$\alpha = \left(\frac{k}{k-1} \right) \left(1 - \frac{\sum \sigma_1^2}{\sigma_x^2} \right)$$

El Alfa de Cronbach que se calcula es por cada instrumento. Al realizar esta prueba, para el instrumento observamos un valor de $\alpha = 0,802$, además el Alfa de Cronbach si se elimina el ítem y podemos apreciar que todos los ítems tienen Alfa de Cronbach superior a 0.7:

Ítems	Medida de escala si el elemento se ha suprimido	Varianza de escala si el elemento se ha suprimido	Correlación total de elementos corregida	Alfa de cronbach si el elemento se ha suprimido
Sexo del recién nacido	116.499	134.185	0.319	0.787
Edad materna	117.439	146.658	0.280	0.827
Estado civil	116.199	134.850	0.309	0.789
Escolaridade	117.159	144.041	0.056	0.819
procedencia	116.239	138.848	0.345	0.799
Peso del recién nacido	116.979	140.667	0.090	0.810
Con que apgar nació	66.551	30.193	0.716	0.731
Ocupación de la madre	116.999	135.933	0.375	0.790
Consume tabaco	117.519	139.829	0.297	0.802
Cantidad de cigarrillos	117.199	143.043	0.058	0.813
Consume alcohol	117.519	145.803	0.202	0.825
Consume drogas	117.199	144.165	0.460	0.818

