



Universidad de Guayaquil

**UNIVERSIDAD DE GUAYAQUIL
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS
ESCUELA DE MEDICINA**

TESIS:

**“FACTORES DE RIESGO PERINATALES EN LOS RECIÉN
NACIDOS PRETERMINO INGRESADOS EN LA UCIN”**

PREVIO A LA OBTENCION DEL TITULO COMO MEDICO

AUTOR:

ROBERT ANTONIO DIAZ ALVAREZ

TUTOR:

DR. CHRISTIAN VICENTE CONTRERAS SANCHEZ

GUAYAQUIL-ECUADOR

MAYO AÑO 2018



Universidad de Guayaquil

**UNIVERSIDAD DE GUAYAQUIL
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS
ESCUELA DE MEDICINA**

TESIS:

**“FACTORES DE RIESGO PERINATALES EN LOS RECIÉN
NACIDOS PRETERMINO INGRESADOS EN LA UCIN”**

PREVIO A LA OBTENCION DEL TITULO COMO MEDICO

AUTOR:

ROBERT ANTONIO DIAZ ALVAREZ

TUTOR:

DR. CHRISTIAN VICENTE CONTRERAS SANCHEZ

GUAYAQUIL-ECUADOR

MAYO AÑO 2018



ANEXO 10

REPOSITORIO NACIONAL EN CIENCIA Y TECNOLOGÍA

FICHA DE REGISTRO DE TESIS/TRABAJO DE TITULACIÓN			
TEMA Y SUBTEMA:	“FACTORES DE RIESGO PERINATALES EN LOS RECIÉN NACIDOS PRETERMINO INGRESADOS EN LA UCIN DEL HOSPITAL GINECO-OBSTETRICO ISIDRO AYORA DE ENERO A DICIEMBRE DEL 2017”		
AUTOR(ES)	ROBERT ANTONIO DIAZ ALVAREZ		
REVISOR(ES)/TUTOR(ES)	TUTOR: DR. CHRISTIAN VICENTE CONTRERAS SÁNCHEZ REVISOR: DR. MITE VIVAR MIGUEL ANGEL		
INSTITUCIÓN:	Universidad de Guayaquil		
FACULTAD:	Ciencias Medicas		
CARRERA:	Medicina		
TITULO OBTENIDO:	Médico		
FECHA DE PUBLICACIÓN:	MAYO DEL 2018	No. DE PÁGINAS: 82	OCHENTA Y DOS
ÁREAS TEMÁTICAS:	Neonatología		
PALABRAS CLAVES/KEYWORDS:	Recién nacido Pre término, Factores de Riesgo		
RESUMEN/ABSTRACT:	<p>La prematuridad constituye una causa importante de morbilidad y mortalidad en los recién nacidos. Este estudio cuantitativo, busca definir los factores de riesgo perinatales que influyen en los recién nacido pretérmino a ser ingresados en la UCIN. Las tasas de incidencias y mortalidad son relativamente disminuidas en nuestro medio a diferencia de las incidencias globales. Dentro de los factores de riesgo, recabados y relevantes, tenemos: la edad materna mayor de 30 años, las infecciones de vías urinarias, el número de gestas mayor de 3, y los controles prenatales insuficientes o nulos. Se debe motivar a la prevención mediante el control del embarazo, y la planificación familiar, para así poder detectar desde el embarazo factores de riesgo que pudieran asociarse a la prematuridad.</p>		
ADJUNTO PDF:	<input checked="" type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
CONTACTO CON AUTOR:	Teléfono: 0996070889	E-mail: robertdiaz0791@gmail.com	
CONTACTO CON LA INSTITUCIÓN (COORDINADOR DEL PROCESO UTE)::	Nombre: Universidad de Guayaquil-Facultad de Ciencias Medicas		
	Teléfono: +593-4-22390311		
	E-mail: www.ug.edu.ec		
SECCIÓN PARA USO DE BIBLIOTECA			
Nº. DE REGISTRO (en base a datos):			
Nº. DE CLASIFICACIÓN:			
DIRECCIÓN URL (tesis en la web):			



Universidad de Guayaquil

**FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS
ESCUELA/CARRERA DE MEDICINA
UNIDAD DE TITULACION**

CERTIFICADO DE APROBACIÓN DEL TUTOR REVISOR

Habiendo sido nombrado **DR. MIGUEL ÁNGEL MITE VIVAR**, tutor revisor de trabajo de titulación, **FACTORES DE RIESGO PERINATALES EN LOS RECIÉN NACIDOS PRETERMINO INGRESADOS EN LA UCIN DEL HOSPITAL GINECO-OBSTETRICO ISIDRO AYORA DE ENERO A DICIEMBRE DEL 2017** certifico que el presente trabajo de titulación, elaborado por **ROBERT ANTONIO DIAZ ALVAREZ C.I 0923265367**, con mi respectiva supervisión como requerimiento parcial para la obtención de título de **MEDICO** en la carrera de Medicina, Facultad de Ciencias Médicas ha sido **REVISADO Y APROBADO** en todas sus partes, encontrándose apta para su sustentación.

TUTOR REVISOR
DR. MIGUEL ÁNGEL MITE VIVAR
C.I. 0905212676



Universidad de Guayaquil

**FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS
ESCUELA/CARRERA DE MEDICINA
UNIDAD DE TITULACION**

ANEXO 12

LICENCIA GRATUITA INTRANSFERIBLE Y NO EXCLUSIVA PARA EL USO NO COMERCIAL DE LA OBRA CON FINES NO ACADEMICOS

Yo, **ROBERT ANTONIO DIAZ ALVAREZ** portadora de Ci. 0923265367 declaro la tesis que presentamos sobre el tema de: “**FACTORES DE RIESGO PERINATALES EN LOS RECIÉN NACIDOS PRETERMINO INGRESADOS EN LA UCIN DEL HOSPITAL GINECO-OBSTETRICO ISIDRO AYORA DE ENERO A DICIEMBRE DEL 2017**” son de mi absoluta propiedad y responsabilidad Y SEGÚN EL ARTICULO 114 DEL CODIGO ORGANICO DE LA ECONOMIA SOCIAL DE LOS CONOCIMIENTOS, CREATIVIDAD E INNOVACION, autorizo el uso de una licencia gratuita intransferible y no exclusiva para el uso no comercial de la presente obra con fines no académicos, en favor de la Universidad de Guayaquil, para que haga uso del mismo, como fuera pertinente.

ROBERT ANTONIO DIAZ ALVAREZ

CI: 0923265367

*CÓDIGO ORGÁNICO DE LA ECONOMÍA SOCIAL DE LOS CONOCIMIENTOS, CREATIVIDAD E INNOVACIÓN (Registro Oficial n. 899 - Dic./2016) Artículo 114.- De los titulares de derechos de obras creadas en las instituciones de educación superior y centros educativos.- En el caso de las obras creadas en centros educativos, universidades, escuelas politécnicas, institutos superiores técnicos, tecnológicos, pedagógicos, de artes y los conservatorios superiores, e institutos públicos de investigación como resultado de su actividad académica o de investigación tales como trabajos de titulación, proyectos de investigación o innovación, artículos académicos, u otros análogos, sin perjuicio de que pueda existir relación de dependencia, la titularidad de los derechos patrimoniales corresponderá a los autores. Sin embargo, el establecimiento tendrá una licencia gratuita, intransferible y no exclusiva para el uso no comercial de la obra con fines académicos.



Universidad de Guayaquil

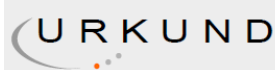
**FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS
ESCUELA/CARRERA DE MEDICINA
UNIDAD DE TITULACION**

ANEXO 6

CERTIFICADO DE PORCENTAJE DE SIMILITUD

Habiendo sido nombrado **DR. CHRISTIAN VICENTE CONTRERAS SÁNCHEZ**, tutor del trabajo de titulación certifico que el presente trabajo de titulación ha sido elaborado por **ROBERT ANTONIO DIAZ ALVAREZ, CI: 0923265367**, con mi respectiva supervisión como requerimiento parcial para la obtención del título de MEDICO.

Se informa que el trabajo de titulación: **“FACTORES DE RIESGO PERINATALES EN LOS RECIÉN NACIDOS PRETERMINO INGRESADOS EN LA UCIN DEL HOSPITAL GINECO-OBSTETRICO ISIDRO AYORA DE ENERO A DICIEMBRE DEL 2017”**, ha sido orientado durante todo el periodo de ejecución en el programa antiplagio “URKUND” quedando el 6% de coincidencia.



Urkund Analysis Result

Analysed Document:	RECIEN NACIDO PRETERMINO - ROBERT DIAZ.docx (D37898930)
Submitted:	4/24/2018 5:43:00 AM
Submitted By:	miguel.mitev@ug.edu.ec
Significance:	6 %

Sources included in the report:

<http://www.bibliotecasdelecuador.com/Record/ir-:3317-818>
<http://www.dspace.uce.edu.ec/handle/25000/11205>
http://repositorio.upeu.edu.pe/bitstream/handle/UPEU/767/Aura_Trabajo_Investigaci%C3%B3n_2017.pdf?sequence=7&isAllowed=y

Instances where selected sources appear:

**DR. CHRISTIAN VICENTE CONTRERAS SÁNCHEZ
C.I. 0917362782
TUTOR DEL TRABAJO DE TITULACION**



Universidad de Guayaquil

ANEXO 4

**FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS
ESCUELA/CARRERA DE MEDICINA
UNIDAD DE TITULACION**

CERTIFICADO DEL TUTOR DE TESIS

**Sr. Dr. Cecil Flores Balseca
DIRECTOR (A) DE LA CARRERA/ESCUELA
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS
UNIVERSIDAD DE GUAYAQUIL
Ciudad.-**

De mis consideraciones:

Envío a Ud., el informe correspondiente a la tutoría realizada al Trabajo de Titulación **“FACTORES DE RIESGO PERINATALES EN LOS RECIÉN NACIDOS PRETERMINO INGRESADOS EN LA UCIN DEL HOSPITAL GINECO-OBSTETRICO ISIDRO AYORA”** de la estudiante **ROBERT ANTONIO DIAZ ALVAREZ**, indicando que ha cumplido con todos los parámetros establecidos de la normativa vigente.

- El trabajo es el resultado de una investigación.
- El estudiante demuestra conocimiento profesional integral.
- El trabajo presenta una propuesta en el área de conocimiento.
- El nivel de argumentación es coherente con el campo de conocimiento.

Adicionalmente, se adjunta el certificado de porcentaje de similitud y la valoración del trabajo de titulación con la respectiva calificación.

Dando por concluida esta tutoría de trabajo de titulación, CERTIFICO, para los fines pertinentes, que la(los) estudiante (s) está (n) apta (s) para continuar con el proceso de revisión final.

Atentamente,

**DR. CHRISTIAN VICENTE CONTRERAS SÁNCHEZ
C.I. 0917362782
TUTOR DEL TRABAJO DE TITULACION**

DEDICATORIA

A Dios y a mi familia quienes han demostrado ser incondicionales sobre todo circunstancia o adversidad.

Robert Antonio Diaz Alvarez

AGRADECIMIENTO

A mi Dios, quien por su gracia me ha permitido culminar esta meta

A mi madre y a mi padre, con cuyo esfuerzo y perseverancia me han animado a continuar paso a paso hasta concluir este trayecto.

A mis hermanos, por ser mi mayor ejemplo.

A mi querida Maria Augusta, por toda la paciencia y comprensión.

A mi Alma Mater, Universidad de Guayaquil, por todo lo entregado.

Al hospital Isidro Ayora por abrirme las puertas.

A mis colegas de Guayaquil, quienes a pesar de la distancia se esmeraron en apoyarme.

Robert Antonio Díaz Alvarez

TABLA DE CONTENIDOS

REPOSITORIO NACIONAL EN CIENCIA Y TECNOLOGÍA.....	1
FICHA DE REGISTRO DE TESIS/TRABAJO DE TITULACIÓN.....	1
CERTIFICADO DE APROBACIÓN DEL TUTOR REVISOR.....	2
LICENCIA GRATUITA INTRANSFERIBLE Y NO EXCLUSIVA PARA EL USO NO COMERCIAL DE LA OBRA CON FINES NO ACADEMICOS	3
CERTIFICADO DE PORCENTAJE DE SIMILITUD	4
CERTIFICADO DEL TUTOR DE TESIS	5
DEDICATORIA	6
AGRADECIMIENTO	7
TABLA DE CONTENIDOS	8
ÍNDICE DE TABLAS.....	10
ÍNDICE DE GRAFICOS.....	12
ÍNDICE DE ANEXOS	14
RESUMEN	15
ABSTRACT	16
INTRODUCCION	17
CAPITULO I	19
1. EL PROBLEMA	19
1.1. – PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	19
1.2. – FORMULACION DEL PROBLEMA	20
1.3. – OBJETIVOS DE LA INVESTIGACION	20
1.3.1. – OBJETIVO GENERAL.....	20
1.2.2. – OBJETIVO ESPECIFICOS	20
1.4. – JUSTIFICACION	20
1.5. – DELIMITACION DEL PROBLEMA	21
1.6. – VARIABLES.....	21
1.6.1. – VARIABLE INDEPENDIENTE	21
1.6.2. – VARIABLES DEPENDIENTES	21
1.7. – HIPOTESIS.....	22
CAPÍTULO II	23
2. MARCO TEÓRICO	23
2.1. – OBJETO DE ESTUDIO	23

2.1.1. – RECIÉN NACIDO PRETÉRMINO.....	23
2.2. – CAMPO DE INVESTIGACIÓN	25
2.3. – REFERENTES INVESTIGATIVOS.....	26
CAPITULO III	27
3.1. – MARCO METODOLÓGICO	27
3.1.1. – METODOLOGÍA.....	27
3.1.2. – CARACTERIZACIÓN DE LA ZONA DE TRABAJO	27
3.1.3. – UNIVERSO Y MUESTRA	27
3.1.4. – VIABILIDAD.....	27
3.1.5. – DEFINICION DE LAS VARIABLES DE INVESTIGACIÓN	27
3.1.6. – TIPO DE INVESTIGACIÓN	28
3.1.7. – RECURSOS HUMANOS Y FÍSICOS.....	28
3.1.8. – INSTRUMENTOS DE EVALUACION O RECOLECCION DE LA DATA:.....	29
3.1.9. – METODOLOGÍA PARA EL ANÁLISIS DE LOS RESULTADOS:	29
3.1.10. – CONSIDERACIONES BIOÉTICAS:.....	29
CAPITULO IV	30
4.1. – RESULTADOS.....	30
4.1.1. – PRIMER OBJETIVO ESPECÍFICO.....	30
4.1.2. – SEGUNDO OBJETIVO ESPECÍFICO.....	31
4.1.3. – TERCER OBJETIVO ESPECÍFICO	62
4.2. – DISCUSIÓN	63
CAPITULO V	65
5.1. – CONCLUSIONES	65
5.2. – RECOMENDACIONES	65
CAPITULO VI	66
BIBLIOGRAFIA	66
ANEXOS	70
ANEXO 1. – OPERACIONALIZACION DE LAS VARIABLES	70
ANEXO 2. – CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES.....	76
ANEXO 3. – HOJA DE RECOLECCIÓN DE DATOS	77

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1. – Incidencia De Recien Nacido Pretermino En La Unidad De Cuidados Intensivo Neonatal Del Hospital Gineco-Obstetrico Isidro Ayora De Enero A Diciembre Del 2017.	30
Tabla 2. – Factores De Riesgo En Recien Nacido Pretermino En La Unidad De Cuidados Intensivo Neonatal En El Hospital Gineco-Obstetrico Isidro Ayora De Enero A Diciembre Del 2017.	31
Tabla 3. – Frecuencia De Edad Gestacional En El Recien Nacido Pretermino Del Hospital Gineco-Obstetrico Isidro Ayora De Enero A Diciembre Del 2017.	33
Tabla 4. – Frecuencia De Sexo En El Recien Nacido Pretermino Del Hospital Gineco-Obstetrico Isidro Ayora De Enero A Diciembre Del 2017.	35
Tabla 5. – Frecuencia De Peso Al Nacer En El Recien Nacido Pretermino Del Hospital Gineco-Obstetrico Isidro Ayora De Enero A Diciembre Del 2017.....	37
Tabla 6. – Frecuencia De Apgar Al Nacer En El Recien Nacido Pretermino Del Hospital Gineco-Obstetrico Isidro Ayora De Enero A Diciembre Del 2017.....	38
Tabla 7. – Frecuencia De Edad De La Madre En El Recien Nacido Pretermino Del Hospital Gineco-Obstetrico Isidro Ayora De Enero A Diciembre Del 2017.	40
Tabla 8. – Frecuencia De Tipo De Parto En El Recien Nacido Pretermino Del Hospital Gineco-Obstetrico Isidro Ayora De Enero A Diciembre Del 2017.....	42
Tabla 9. – Frecuencia De Gestas De La Madre En El Recien Nacido Pretermino Del Hospital Gineco-Obstetrico Isidro Ayora De Enero A Diciembre Del 2017.	44
Tabla 10. – Frecuencia De Controles Prenatales De La Madre En El Recien Nacido Pretermino Del Hospital Gineco-Obstetrico Isidro Ayora De Enero A Diciembre Del 2017.	46
Tabla 11. – Frecuencia De Polihidramnios En El Recien Nacido Pretermino Del Hospital Gineco-Obstetrico Isidro Ayora De Enero A Diciembre Del 2017.	48
Tabla 12. – Frecuencia De Antecedentes De Parto Pretermino De Las Madres Del Recien Nacido Pretermino Del Hospital Gineco-Obstetrico Isidro Ayora De Enero A Diciembre Del 2017.	50

Tabla 13. – Frecuencia De Infeccion Uterina Em Las Madres Del Recien Nacido Pretermino Del Hospital Gineco-Obstetrico Isidro Ayora De Enero A Diciembre Del 2017.	52
Tabla 14. – Frecuencia De Ruptura Prematura De Membranas En Las Madres Del Recien Nacido Pretermino Del Hospital Gineco-Obstetrico Isidro Ayora De Enero A Diciembre Del 2017.	54
Tabla 15. – Frecuencia De Infeccion De Vias Urinarias En Las Madres Del Recien Nacido Pretermino Del Hospital Gineco-Obstetrico Isidro Ayora De Enero A Diciembre Del 2017.	56
Tabla 16. – Frecuencia De Patologia Materna En El Recien Nacido Pretermino Del Hospital Gineco-Obstetrico Isidro Ayora De Enero A Diciembre Del 2017.	58
Tabla 17. – Frecuencia De Hospitalizacion Prolongada En El Recien Nacido Pretermino Del Hospital Gineco-Obstetrico Isidro Ayora De Enero A Diciembre Del 2017.	60
Tabla 18. – Factores De Riesgo Mas Frecuente Entre Los Recien Nacido Pretermino De La Unidad De Cuidados Intensivo Neonatal Del Hospital Gineco-Obstetrico Isidro Ayora De Enero A Diciembre Del 2017.	62

ÍNDICE DE GRAFICOS

Grafico 1. – Factores De Riesgo En Recien Nacido Pretermino En La Unidad De Cuidados Intensivo Neonatal En El Hospital Gineco-Obstetrico Isidro Ayora De Enero A Diciembre Del 2017.	32
Grafico 2. – Frecuencia De Edad Gestacional En El Recien Nacido Pretermino Del Hospital Gineco-Obstetrico Isidro Ayora De Enero A Diciembre Del 2017.	34
Grafico 3. – Frecuencia De Sexo En El Recien Nacido Pretermino Del Hospital Gineco-Obstetrico Isidro Ayora De Enero A Diciembre Del 2017.	36
Grafico 4. – Frecuencia De Peso Al Nacer En El Recien Nacido Pretermino Del Hospital Gineco-Obstetrico Isidro Ayora De Enero A Diciembre Del 2017.	37
Grafico 5. – Frecuencia De Apgar Al Nacer En El Recien Nacido Pretermino Del Hospital Gineco-Obstetrico Isidro Ayora De Enero A Diciembre Del 2017.	39
Grafico 6. – Frecuencia De Edad De La Madre En El Recien Nacido Pretermino Del Hospital Gineco-Obstetrico Isidro Ayora De Enero A Diciembre Del 2017.	41
Grafico 7. – Frecuencia De Tipo De Parto En El Recien Nacido Pretermino Del Hospital Gineco-Obstetrico Isidro Ayora De Enero A Diciembre Del 2017.....	43
Grafico 8. – Frecuencia De Gestas De La Madre En El Recien Nacido Pretermino Del Hospital Gineco-Obstetrico Isidro Ayora De Enero A Diciembre Del 2017.	45
Grafico 9. – Frecuencia De Controles Prenatales De La Madre En El Recien Nacido Pretermino Del Hospital Gineco-Obstetrico Isidro Ayora De Enero A Diciembre Del 2017.	47
Grafico 10. – Frecuencia De Polihidramnios En El Recien Nacido Pretermino Del Hospital Gineco-Obstetrico Isidro Ayora De Enero A Diciembre Del 2017.	49
Grafico 11. – Frecuencia De Antecedentes De Parto Pretermino De Las Madres Del Recien Nacido Pretermino Del Hospital Gineco-Obstetrico Isidro Ayora De Enero A Diciembre Del 2017.	51
Grafico 12. – Frecuencia De Infeccion De Vias Uterina En Las Madres Del Recien Nacido Pretermino Del Hospital Gineco-Obstetrico Isidro Ayora De Enero A Diciembre Del 2017.	53

Grafico 13. – Frecuencia De Ruptura Prematura De Membranas En Las Madres Del Recien Nacido Pretermino Del Hospital Gineco-Obstetrico Isidro Ayora De Enero A Diciembre Del 2017.	55
Grafico 14. – Frecuencia De Infeccion De Vias Urinarias En Las Madres Del Recien Nacido Pretermino Del Hospital Gineco-Obstetrico Isidro Ayora De Enero A Diciembre Del 2017.	57
Grafico 15. – Frecuencia De Patologia Materna En El Recien Nacido Pretermino Del Hospital Gineco-Obstetrico Isidro Ayora De Enero A Diciembre Del 2017.	59
Grafico 16. – Frecuencia De Hospitalizacion Prolongada En El Recien Nacido Pretermino Del Hospital Gineco-Obstetrico Isidro Ayora De Enero A Diciembre Del 2017.	61

ÍNDICE DE ANEXOS

REPOSITORIO NACIONAL EN CIENCIA Y TECNOLOGÍA (ANEXO 10)	1
CERTIFICADO DE APROBACIÓN DEL TUTOR REVISOR (ANEXO 11)	2
LICENCIA GRATUITA INTRANSFERIBLE Y NO EXCLUSIVA PARA EL USO NO COMERCIAL DE LA OBRA CON FINES NO ACADÉMICOS (ANEXO 12)	3
CERTIFICADO DE PORCENTAJE DE SIMILITUD (ANEXO 6)	4
CERTIFICADO DEL TUTOR DE TESIS (ANEXO 4)	5
ANEXOS	70
ANEXO 1. – OPERACIONALIZACIÓN DE LAS VARIABLES	70
ANEXO 2. – CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES.....	76
ANEXO 3. – HOJA DE RECOLECCIÓN DE DATOS	77

“FACTORES DE RIESGO PERINATALES EN LOS RECIÉN NACIDOS
PRETERMINO INGRESADOS EN LA UCIN”

**ESTUDIO A REALIZAR EN EL HOSPITAL ISIDRO AYORA DE
ENERO A DICIEMBRE DEL 2017**

AUTORES: ROBERT ANTONIO DIAZ ALVAREZ

TUTOR: DR. CHRISTIAN VICENTE CONTRERAS SANCHEZ

RESUMEN

La prematuridad constituye una causa importante de morbilidad y mortalidad en los recién nacidos. Este estudio cuantitativo busca definir los factores de riesgo perinatales que influyen en los recién nacido pretérmino a ser ingresados en la UCIN. Las tasas de incidencias y mortalidad son relativamente disminuidas en nuestro medio a diferencia de las incidencias globales. Dentro de los factores de riesgo relevantes tenemos la edad materna mayor de 30 años, las infecciones de vías urinarias, el número de gestas mayor de 3, y los controles prenatales insuficientes o nulos. Se debe motivar a la prevención mediante el control del embarazo, y la planificación familiar, para así poder detectar desde el embarazo factores de riesgo que pudieran asociarse a la prematuridad.

**“PERINATAL RISK FACTORS IN PRETERMINE NEWBORNS
ADMITTED TO THE NICU”**

**THIS STUDY WAS CARRIED OUT AT THE ISIDRO AYORA
HOSPITAL FROM JANUARY TO DECEMBER OF 2017**

AUTHORS: ROBERT ANTONIO DIAZ ALVAREZ

TUTOR: DR. CHRISTIAN VICENTE CONTRERAS SANCHEZ

ABSTRACT

Prematurity is a major cause of morbidity and mortality in newborns. This quantitative study seeks to define the perinatal risk factors that influence preterm newborns to be admitted to the NICU. Incidence and mortality rates are relatively low in our environment, unlike global incidences. Among the risk factors collected and relevant we have the maternal age over 30 years, urinary tract infections, the number of gestations greater than 3, and insufficient or no prenatal controls. Prevention should be motivated through pregnancy control and family planning, to detect risk factors that could be associated with prematurity since pregnancy.

INTRODUCCION

Se calcula que cada año aproximadamente 15 millones de recién nacidos en todo el mundo nace pretérmino. En Estados Unidos, la tasa de recién nacido pretérmino es de 9.6% de todos los nacidos vivos en el 2016 (1). A nivel global la prevalencia oscila entre el 5 y el 18% en 184 países, existiendo las tasas más altas en África y en Asia en las cual corresponde a la mitad de los nacidos vivos (2).

Aproximadamente cada año en América Latina unos 35,000 niños y niñas mueren por complicaciones del nacimiento prematuro. Brasil encabeza la lista de países con el mayor número de bebés que mueren por complicaciones del parto prematuro en la región, con 9.000 cada año, seguido por México (6.000), Colombia (3.500), Argentina (2.400), Venezuela (2.200), Perú (2.000), Guatemala (1.900), Bolivia (1.600), Ecuador (1.500) y Honduras (1.100). Ecuador se encuentra entre los países con incidencias más bajas correspondiente al 5,1 % a nivel mundial.

La prematuridad constituye una de las principales causas de mortalidad neonatal (1). El riesgo de muerte debido a la prematuridad y sus complicaciones es 12 veces mayor para un recién nacido africano que para un recién nacido europeo (2).

En un estudio retrospectivo se analizó a 298 embarazadas que tuvieron recién nacidos pretérminos y se determinó que los factores de riesgo asociado a la prematuridad más frecuentes fueron el embarazo gemelar actual 2,4%, controles prenatales inadecuados (<6 controles) 3,2%, ausencia de control prenatal 3,0%, antecedentes de parto pretérmino 3,7% y preeclampsia 1,9% (5).

En el Hospital Gineco-Obstétrico Isidro Ayora de manera empírica se ha observado una incidencia elevada de recién nacidos prematuros que se encuentran hospitalizados en la Unidad de Cuidado Intensivo Neonatal, por ende, es fundamental conocer de manera real la magnitud total del problema, para poder tomar medidas preventivas y con esto aportar con un perfil

epidemiológico de los factores de riesgo perinatales del recién nacido pretérmino ingresado en la UCIN.

CAPITULO I

1. EL PROBLEMA

1.1. – PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

El parto prematuro es un problema de salud perinatal importante en todo el mundo. Los países en desarrollo, especialmente de África y Asia meridional, son los que sufren la carga más alta en términos absolutos, pero en América del Norte también se observa una tasa elevada. En los Estados Unidos, ha habido un aumento del 21% en la proporción general de partos prematuros desde 1990, que alcanzó su punto máximo en 2006 con el 12,8% de todos los nacidos vivos <37 semanas.

Unos 35,000 niños y niñas mueren cada año en América Latina por complicaciones del nacimiento prematuro. Brasil encabeza la lista de países con el mayor número de bebés que mueren por complicaciones del parto prematuro en la región, con 9.000 cada año, seguido por México (6.000), Colombia (3.500), Argentina (2.400), Venezuela (2.200), Perú (2.000), Guatemala (1.900), Bolivia (1.600), Ecuador (1.500) y Honduras (1.100). En América Latina, las tasas de mortalidad infantil en menores de cinco años por complicaciones del nacimiento prematuro son: Costa Rica y Chile, 27.2 y 27.1 por ciento, respectivamente; Argentina, 26.0 por ciento; Venezuela, 24.6 por ciento; Honduras y Paraguay, 24 y 23.9 por ciento, respectivamente; Colombia, 23.1 por ciento; Brasil, 21.9 por ciento; Nicaragua, 20.6 por ciento; Ecuador y Perú, 19.7 y 19.6 por ciento respectivamente; México, 18.5 por ciento; Uruguay, 17.6 por ciento; El Salvador, 17.5 por ciento; Panamá, 15.9 por ciento; Bolivia, 15.3 por ciento; y Guatemala, 12.6 por ciento [2]

Ecuador se encuentra entre los países con incidencias más bajas correspondiente al 5,1 %, seguido de Letonia (5,3 %), Finlandia, Croacia y Samoa (las tres con 5,5 %), Lituania y Estonia (ambas con 5,7 %), Antigua y Barbuda (5,8 %), y Japón y Suecia (5,9% en ambos casos) [3].

Por tanto, es necesario comprender mejor las causas de la prematuridad y obtener estimaciones más precisas de la incidencia y complicaciones de ese

problema en nuestro país si se desea mejorar el acceso a una atención obstétrica y neonatal eficaz.

Este estudio se basa en dar a conocer los factores de riesgo perinatales en los recién nacidos pretérminos ingresados en la Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales en el Hospital Isidro Ayora durante enero a diciembre del 2017

1.2. – FORMULACION DEL PROBLEMA

¿Cuáles son los factores de riesgo perinatales en los recién nacidos pretérminos ingresados en la Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales en el Hospital Gineco-obstétrico Isidro Ayora de enero hasta diciembre del 2017?

1.3. – OBJETIVOS DE LA INVESTIGACION

1.3.1. – OBJETIVO GENERAL

Establecer los factores de riesgo perinatales presentes en los recién nacido pretérmino ingresados en la unidad de cuidados intensivos neonatales en el Hospital Gineco-obstétrico Isidro Ayora de enero hasta diciembre del 2017.

1.2.2. – OBJETIVO ESPECIFICOS

- Determinar el porcentaje de los neonatos pretérminos ingresados a la unidad de cuidados intensivos neonatales.
- Describir cuales son los factores de riesgos de los neonatos pretermino ingresados en la Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales.
- Identificar el número de factores de riesgo más frecuentes en los recién nacidos pretérmino ingresados en la Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales.

1.4. – JUSTIFICACION

Esta investigación tiene como objetivo principal determinar los diversos factores perinatales que influyen directa o indirectamente en los ingresos a la unidad de cuidados intensivos neonatales de los productos pretérmino, condiciones que se presenta con alta frecuencia en este grupo etario del hospital gineco-obstétrico Isidro Ayora de la ciudad de Quito.

Esto puede ser útil para que las instituciones del ministerio de Salud pública del Ecuador encargadas de dar apoyo a la población más susceptible, en este caso las madres y los neonatos, ayuden a resolver y prevenir problemas

relacionados con las complicaciones y secuelas de los partos pretérminos. Por tanto, la importancia de esta investigación radica, en el impacto social que pudiera tener en un futuro ya que la información obtenida se va a canalizar a las autoridades competentes.

1.5. – DELIMITACION DEL PROBLEMA

La investigación realizada aportará con conocimiento en el campo clínico del área de neonatología, por lo dicho el tema es: factores de riesgo perinatales presentes en los recién nacido pretérmino ingresados en la unidad de cuidados intensivos neonatales en el Hospital Gineco-obstétrico Isidro Ayora de enero hasta diciembre del 2017.

1.6. – VARIABLES

1.6.1. – VARIABLE INDEPENDIENTE

Prematurez. – Es definida como el nacimiento antes de las 37 semanas de gestación.

1.6.2. – VARIABLES DEPENDIENTES

Sexo. – se define como una condición orgánica que distingue a hombres y mujeres.

Edad gestacional. – Se define como las semanas de gestación que tuvo el neonato hasta su nacimiento.

Bajo peso al nacer. – Se define como extremadamente bajo peso al nacer, al peso inferior de 1.000 gramos, muy bajo peso al nacer al peso entre 1.000-1.499 gramos, y bajo peso al nacer al peso entre los 1.500-2.499 gramos.

APGAR. – Se define como un examen rápido que se realiza al recién nacido al minuto y a los 5 minutos. Valora la apariencia, el pulso, la gesticulación (respuesta a estímulos), la actividad (tono muscular), y la respiración.

Edad Materna. – Es la edad que presentaba la madre en el momento del parto.

Parto. Proceso por el que la mujer da por finalizado su embarazo

Número de gestas. – Cantidad de embarazos previos hasta el actual.
Polihidramnios. – Cantidad aumentada del líquido amniótico, mayor a 2000 ml.

Controles Prenatales. – Acciones y procedimientos, sistemáticos o periódicos, destinados a la prevención, diagnóstico y tratamiento de los factores que pueden condicionar la Morbilidad y Mortalidad materna y perinatal.

Antecedentes de Parto Pretérmino. – La presencia de partos pretérmino previos.

Infecciones Uterinas. – Infección causada por hongos, bacterias o virus.

Patología Materna. – Enfermedad sistémica diagnosticada a la madre a partir de la semana 20 de gestación.

Ruptura Prematura de Membrana. – Se define como una fuga de líquido amniótico antes del inicio de la labor de parto.

Infección de Vías Urinarias. – Es definida como el aislamiento de bacterias en al menos 1×10^5 unidades formadoras de colonia por mililitro de cultivo de orina en la presencia de signos y síntomas de infección del tracto urinario.

Hospitalización Prolongada. – Se define como el tiempo de estancia del neonato en una casa de salud.

1.7. – HIPOTESIS

Establecer cuáles son los factores de riesgo perinatales que influyen en la tasa de perfil epidemiológico en recién nacido pretérmino ingresados en la Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales en el Hospital Gineco-obstétrico Isidro Ayora de enero hasta diciembre del 2017.

CAPÍTULO II

2. MARCO TEÓRICO

2.1. – OBJETO DE ESTUDIO

2.1.1. – RECIÉN NACIDO PRETÉRMINO

2.1.1.1. – *Introducción*

La Organización Mundial de la Salud (OMS) definió el nacimiento prematuro como el nacimiento que sucede después de las 20 semanas y antes de las 37 semanas de gestación (4).

Según esta, se calcula que cada año aproximadamente 15 millones de recién nacidos en todo el mundo nace pretérmino. En Estados Unidos, la tasa de recién nacido pretérmino es de 9.6% de todos los nacidos vivos en el 2016 (1). A nivel global la prevalencia oscila entre el 5 y el 18% en 184 países, existiendo las tasas más altas en África y en Asia en las cual corresponde a la mitad de los nacidos vivos (2).

La prematurez constituye una de las principales causas de mortalidad neonatal (1), constituyendo un factor importante que influye en los resultados de salud a largo plazo. El riesgo de muerte debido a la prematuridad y sus complicaciones es 12 veces mayor para un recién nacido africano que para un recién nacido europeo (2). En el 2015, el 17% de las muertes infantiles correspondieron a la prematurez y al bajo peso al nacer (3).

Se ha visto una disminución durante los últimos años de las tasas de recién nacido pretérmino durante el año 2007 a 2014. Según el Centro for Disease Control and Prevention muestra que estas tasas se han reducido debido a la reducción de embarazo en madres adolescente (3).

En un estudio de caso realizado en la región urbana de África concluyo que los factores asociado con un parto prematuro fueron edad materna avanzada (> 30 años), antecedentes de abortos provocados, estrés elevado, muy pocas visitas de atención prenatal, fiebre durante el embarazo, ruptura prematura de membranas, infecciones urinarias, y amenaza de parto prematuro (6).

En Perú, un estudio retrospectivo de casos analizó a 298 embarazadas en el grupo de casos dando como resultado que los factores de riesgo asociados a la prematuridad más frecuentes fueron el embarazo gemelar actual 2,4%, controles prenatales inadecuados (<6 controles) 3,2%, ausencia de control prenatal 3,0%, antecedentes de parto pretérmino 3,7% y preeclampsia 1,9% (5).

La edad materna, en un metaanálisis realizado en Georgia, Estados Unidos concluyó que la edad media con la que frecuentemente se asocia la prematuridad fue de $30,2 \pm 5,2$ años, siendo el 74% de las mujeres de raza blanca, el 86% casadas y el 44,3% de primigesta (7). Por lo tanto, la edad avanzada es un factor de riesgo significativo para la prematuridad del recién nacido.

El embarazo múltiple y el polihidramnios se asocia a prematuridad por la sobre distensión del útero, el cual sobrepasa su capacidad de estiramiento de las fibrillas uterinas y sus puentes de unión, lo cual estimula a la liberación de oxitocina y la síntesis de prostaglandinas causando así un parto prematuro. En un estudio de casos se vio que las tasas fueron de 5,5% y 4,8% correspondientemente (8) (12).

La preeclampsia, constituye otro de los factores de riesgo para la prematuridad. García, en su estudio concluyó que las embarazadas con preeclampsia fue más frecuente el parto prematuro. Así mismo en el estudio de Osorno concluyeron que era más frecuente el riesgo de parto prematuro en este grupo de mujeres, con unas tasas que oscilan entre el 95% (8).

La relación entre la infección y la prematuridad ha sido bien descrita durante estos últimos tiempos. Ha existido aproximadamente 15% de las gestantes con partos pretérminos en los cultivos de líquido amniótico bacterias positivas en él. Así mismo se ha visto que el 50% de la rotura prematura de membrana se ha asociado con la prematuridad. Además, también se ha visto una relación con la que la infección uterina, la corioamnionitis, el síndrome de respuesta inflamatoria fetal (9) (10).

Bajo peso al nacer, se clasifica como extremadamente bajo peso al nacer, al peso inferior de 1.000 gramos, muy bajo peso al nacer al peso entre 1.000-1.499 gramos, y bajo peso al nacer al peso entre los 1.500-2.499 gramos (14). A pesar de los avances que han mejorado la supervivencia del niño con bajo

peso al nacer, los riesgos de desarrollar sepsis neonatal son altos, se estima que hasta un 20% de todas las muertes infantiles con bajo peso al nacer (22), y es la que a menudo se le atribuye parte del deterioro neurológico.

Procedimientos invasivos, entre los cuales están la intubación endotraqueal prolongada, colocación de catéteres intravasculares, nutrición parenteral, drenajes pleurales (11) fueron los datos más relevantes.

Hospitalización prolongada, esta se asocia a peores resultados en el desarrollo y aumentos en los costos (22). En un estudio de se encontró que el tiempo medio de hospitalización entre neonatos con posibles complicaciones postparto era de $43,6 \pm 34,4$ días, y que esto se asociaba a mientras más tiempo de permanencia en la unidad de cuidados intensivos neonatales mayor es la incidencia de desarrollar morbi-mortalidades (18), así como también aumenta la posibilidad de recurrencia, convirtiéndose así en factores de riesgo independiente (14).

2.2. – CAMPO DE INVESTIGACIÓN

De casi dos mil quinientos recién nacido pretérmino que nacieron durante el año 2017 y que fueron estudiado durante 12 meses arrojaron los siguientes datos: el 13% de estos pacientes se hospitalizan en la Unidad de Cuidados Intensivo Neonatal, siendo de predominio el sexo femenino en comparación con el masculino (8).

En recién nacidos pretérmino los factores de riesgo asociado a la prematuridad más frecuentes fueron el embarazo gemelar actual 2,4%, controles prenatales inadecuados 3,2%, ausencia de control prenatal 3,0%, antecedentes de parto pretérmino 3,7% y preeclampsia 1,9% (8).

En Ecuador se estima que la incidencia corresponde al 5,1 % de la población general (18).

2.3. – REFERENTES INVESTIGATIVOS

Con respecto a la epidemiología en Ecuador se estima que la incidencia es de 5,1%, que solo reflejaría un 0.1% de la población general (18). En un estudio realizado en latino américa reflejo que la edad materna avanzada, antecedentes de abortos provocados, estrés elevado, muy pocas visitas de atención prenatal, fiebre durante el embarazo, ruptura prematura de membranas, infecciones urinarias, y amenaza de parto prematuro fueron los factores de riesgo más importante (6).

En contraste con los factores de riesgo asociado al ingreso hospitalario se ha visto que las tasas a nivel nacional sobre el tema no reflejan dichos valores, por ende es fundamental desarrollar esta investigación acerca de este tema, que aporte mayor información a los datos estadísticos en el Ecuador

CAPITULO III

3.1. – MARCO METODOLÓGICO

3.1.1. – METODOLOGÍA

El presente estudio realizado en el Hospital Gineco-obstétrico Isidro Ayora, en la Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales, es un estudio con enfoque cuantitativo.

3.1.2. – CARACTERIZACIÓN DE LA ZONA DE TRABAJO

La zona de trabajo de este presente estudio será la Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales del Hospital Gineco-obstétrico Isidro Ayora.

3.1.3. – UNIVERSO Y MUESTRA

El universo lo constituirán los recién nacidos pretérmino hospitalizados en la Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales del Hospital Gineco-obstétrico Isidro Ayora. La población será todos los recién nacido pretérmino del año 2017.

3.1.3.1 – CRITERIOS DE INCLUSIÓN:

Todos los recién nacidos pretermino de la unidad de cuidados intensivos neonatales del Hospital Gineco-obstétrico Isidro Ayora.

3.1.3.2. – CRITERIOS DE EXCLUSIÓN:

Los neonatos de la unidad de cuidados intensivos neonatales del Hospital Gineco-obstétrico Isidro Ayora, a término o postérmino.

3.1.4. – VIABILIDAD

Este estudio ha sido capaz de realizarse sin ningún contratiempo, puesto que la información que se presenta se encuentra en la base de datos estadísticos del Hospital en mención

3.1.5. – DEFINICION DE LAS VARIABLES DE INVESTIGACIÓN

INDEPENDIENTES

- Recién Nacido Prematuro

DEPENDIENTES

- Edad Gestacional
- Sexo
- Apgar
- Peso al Nacer
- Edad Materna
- Tipo de Parto
- Numero de Gestas
- Polihidramnios
- Controles Prenatales
- Antecedente de parto pretérmino
- Infección Uterina
- Patología Materna
- Ruptura Prematura de Membrana
- Infección de Vías Urinarias
- Hospitalización Prolongada

3.1.6. – TIPO DE INVESTIGACIÓN

La presente investigación será un estudio realizado a los recién nacido pretérmino en la Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales del Hospital Gineco-obstétrico Isidro Ayora en el periodo 2017.

3.1.7. – RECURSOS HUMANOS Y FÍSICOS

3.1.7.1 – RECURSOS HUMANOS

- Investigador.
- Tutor.
- Estadística.

3.1.7.2 – RECURSOS FÍSICOS

- Computadora.
- Impresora.
- Papel bond.
- Bolígrafos.
- Programa estadístico SPSS.
- Google Drive (Base de datos)

3.1.8. – INSTRUMENTOS DE EVALUACION O RECOLECCION DE LA DATA:

La recolección de datos se hará mediante la hoja de recolección de datos, que recolecta información en base a la historia clínica. La tabulación y análisis de datos se la realizará en el programa SPSS, la base de datos y la elaboración de gráficos con las tablas de registro en el mismo programa. Los tipos de variables serán cuantitativa y cualitativas.

3.1.9. – METODOLOGÍA PARA EL ANÁLISIS DE LOS RESULTADOS:

La metodología empleada en este estudio se realizará mediante tablas, gráficos, formulas en la plataforma de Excel.

3.1.10. – CONSIDERACIONES BIOÉTICAS:

En este estudio se mantuvo la confidencialidad de los pacientes involucrados, las historias clínicas revisadas únicamente se las utilizo con el propósito informativo de este estudio.

CAPITULO IV

4.1. – RESULTADOS

4.1.1. – PRIMER OBJETIVO ESPECÍFICO

TABLA 1. – INCIDENCIA DE RECIEN NACIDO PRETERMINO EN LA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVO NEONATAL DEL HOSPITAL GINECO-OBSTETRICO ISIDRO AYORA DE ENERO A DICIEMBRE DEL 2017.

AÑO	TOTAL, DE NEONATOS PRETERMINO	TOTAL, DE NUEVOS PACIENTES INGRESADOS A LA UCIN	INCIDENCIA X 1.000 PACIENTES
2017	2500	325 pacientes	13

Fuente. – Departamento de estadística del Hospital Gineco-Obstétrico Isidro Ayora.

Elaborado por. – Robert Antonio Díaz Álvarez

Análisis. – Durante el periodo de enero a diciembre del año 2017 donde se realizó este estudio se vio que de los 2500 neonatos pretérmino que nacieron en el Hospital Gineco Obstétrico Isidro Ayora, solo 325 pacientes fueron los que ingresaron en la Unidad de Cuidados Intensivo Neonatal, con una incidencia de 13% de neonatos pretérmino

4.1.2. – SEGUNDO OBJETIVO ESPECÍFICO

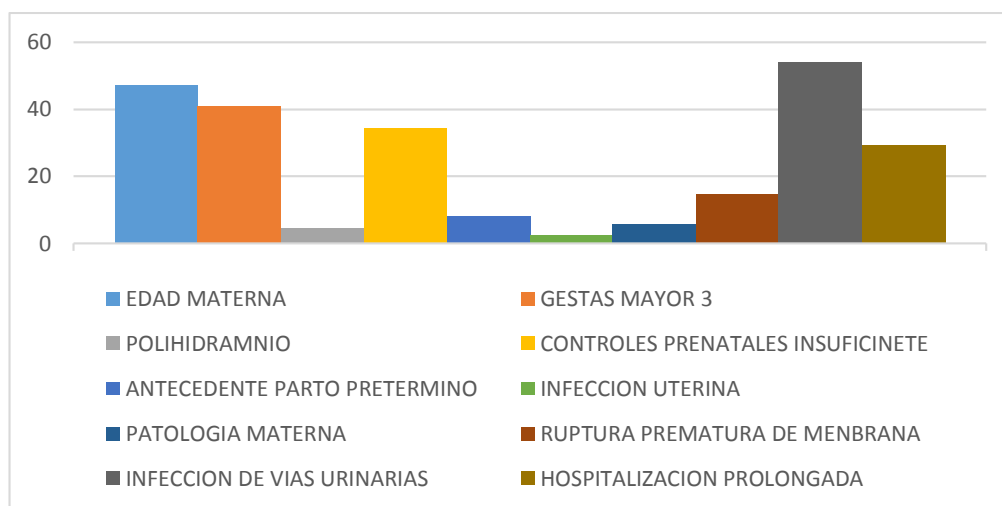
TABLA 2. – FACTORES DE RIESGO EN RECIEN NACIDO PRETERMINO EN LA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVO NEONATAL EN EL HOSPITAL GINECO-OBSTETRICO ISIDRO AYORA DE ENERO A DICIEMBRE DEL 2017.

FACTORES DE RIESGO PERINATALES	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Edad materna 30 años	154	47,3%
Numero de gestas 3	134	41,2%
Polihidramnios	15	4,6%
Controles prenatales menor de 3	112	34,4%
Antecedentes de parto pretérmino	27	8,3%
Infección uterina	8	2,4%
Patología materna	19	5,8%
Ruptura prematura de membrana	48	14,7%
Infección de vías urinarias	176	54,1%
Hospitalización prolongada	95	29,3%
Población estudiada	325	100%

Fuente. – Departamento de estadística del Hospital Gineco-Obstétrico Isidro Ayora.

Elaborado por. – Robert Antonio Diaz Álvarez

GRAFICO 1. – FACTORES DE RIESGO PERINATALES EN RECIEN NACIDO PRETERMINO EN LA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVO NEONATAL EN EL HOSPITAL GINECO-OBSTETRICO ISIDRO AYORA DE ENERO A DICIEMBRE DEL 2017.



Fuente. – Departamento de estadística del Hospital Gineco-Obstétrico Isidro Ayora.

Elaborado por. – Robert Antonio Díaz Álvarez

Análisis. – Durante el año 2017 observamos se atendieron en el Hospital Gineco-Obstétrica 2.500 recién nacido pretérmino de los cuales 325 neonatos ingresaron a la Unidad de Cuidados Intensivo Neonatal; dando así una prevalencia de 13 por 1.000 pacientes del hospital.

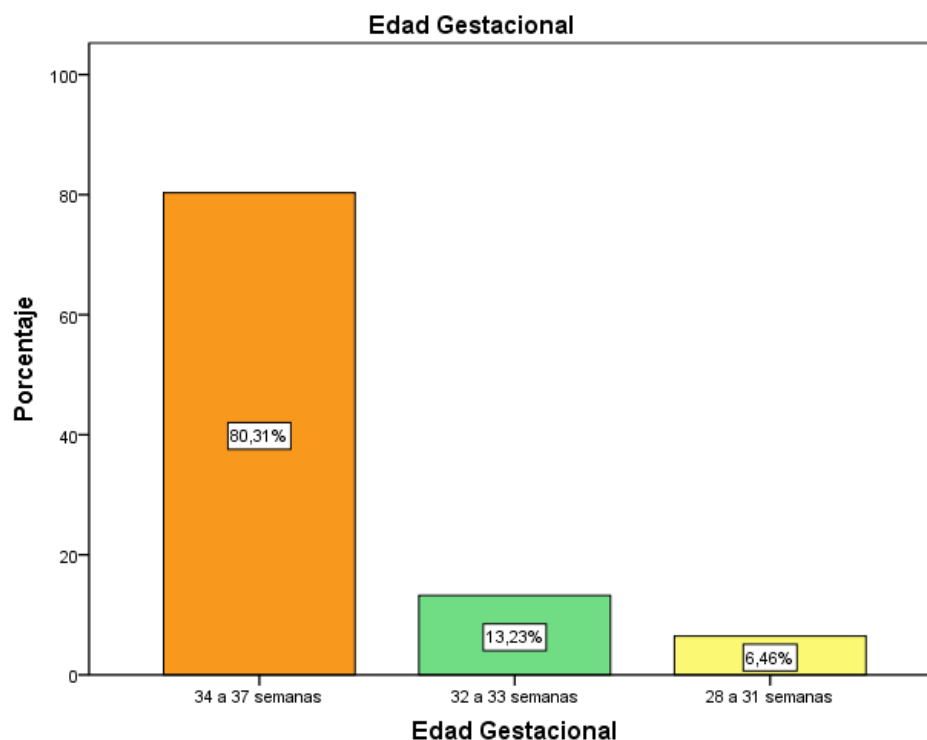
TABLA 3. – FRECUENCIA DE EDAD GESTACIONAL EN EL RECIEN NACIDO PRETERMINO QUE INGRESÓ A LA UCIN DEL HOSPITAL GINECO-OBSTETRICO ISIDRO AYORA DE ENERO A DICIEMBRE DEL 2017.

EDAD GESTACIONAL		
34 A 37 SEMANAS	261	80,3%
32 A 33 SEMANAS	43	13,2%
28 A 31 SEMANAS	21	6,5%
TOTAL	325	100,0%

Fuente. – Departamento de estadística del Hospital Gineco-Obstétrico Isidro Ayora.

Elaborado por. – Robert Antonio Díaz Álvarez

GRAFICO 2. – FRECUENCIA DE EDAD GESTACIONAL EN EL RECIEN NACIDO PRETERMINO QUE INGRESÓ A LA UCIN DEL HOSPITAL GINECO-OBSTETRICO ISIDRO AYORA DE ENERO A DICIEMBRE DEL 2017.



Fuente. – Departamento de estadística del Hospital Gineco-Obstétrico Isidro Ayora.

Elaborado por. – Robert Antonio Díaz Álvarez

Análisis. – Durante el año 2017 observamos que de los 325 recién nacidos pretérmino atendidos en la Unidad de Cuidado Intensivo Neonatales del Hospital Gineco-Obstétrica, la edad gestacional más frecuente fue de 34 a 37 semanas

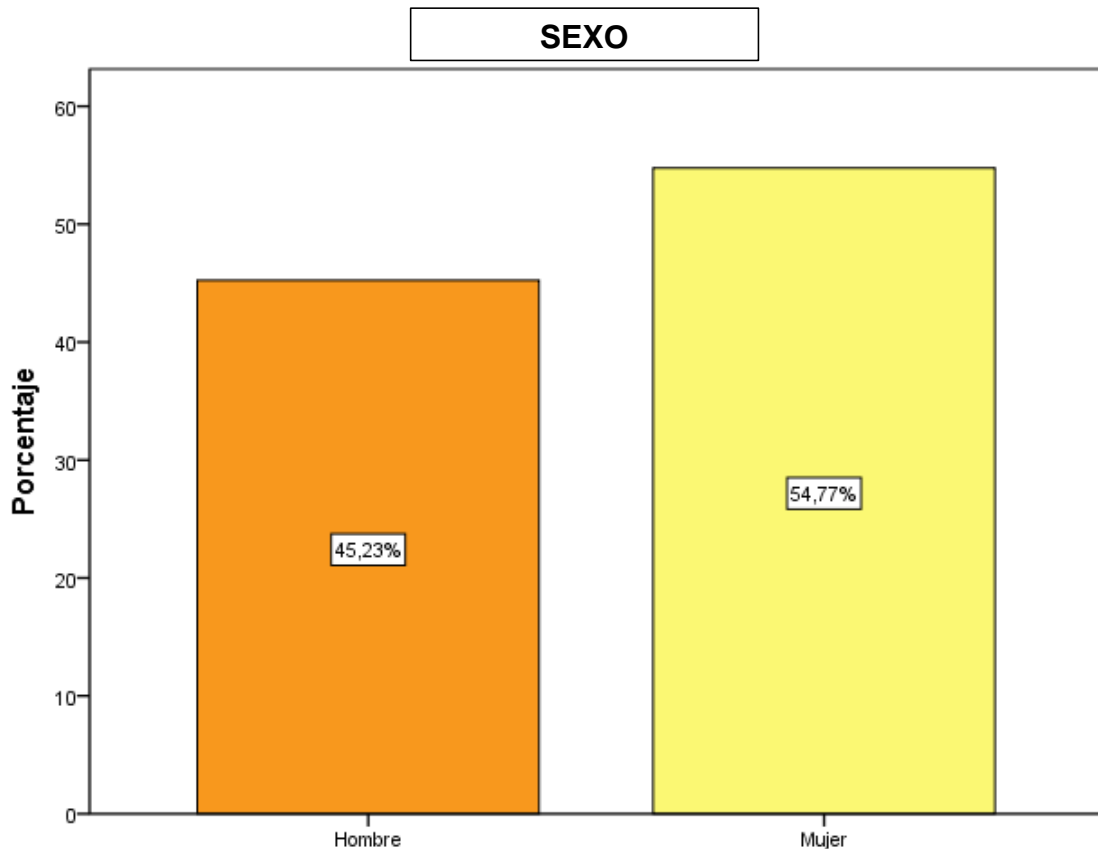
TABLA 4. – FRECUENCIA DE SEXO EN EL RECIEN NACIDO PRETERMINO DEL HOSPITAL GINECO-OBSTETRICO ISIDRO AYORA DE ENERO A DICIEMBRE DEL 2017.

SEXO DEL NEONATO		
HOMBRE	147	45,2%
MUJER	178	54,8%
TOTAL	325	100%

Fuente. – Departamento de estadística del Hospital Gineco-Obstétrico Isidro Ayora.

Elaborado por. – Robert Antonio Diaz Álvarez

GRAFICO 3. – FRECUENCIA DE SEXO EN EL RECIEN NACIDO PRETERMINO DEL HOSPITAL GINECO-OBSTETRICO ISIDRO AYORA DE ENERO A DICIEMBRE DEL 2017.



Fuente. – Departamento de estadística del Hospital Gineco-Obstétrico Isidro Ayora.

Elaborado por. – Robert Antonio Díaz Álvarez

Análisis. – Durante el año 2017 observamos que de los 325 recién nacidos pretérmino atendidos en la Unidad de Cuidado Intensivo Neonatales del Hospital Gineco-Obstétrica, el sexo que predominó fue el femenino con relación 54,7 a 45,2.

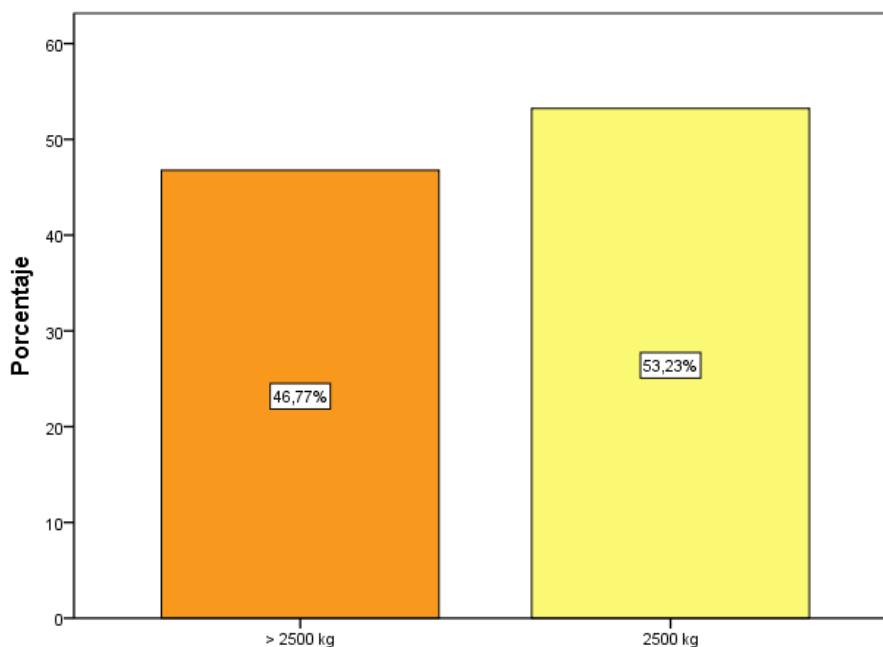
TABLA 5. – FRECUENCIA DE PESO AL NACER EN EL RECIEN NACIDO PRETERMINO DEL HOSPITAL GINECO-OBSTETRICO ISIDRO AYORA DE ENERO A DICIEMBRE DEL 2017.

PESO AL NACER		
> 2500 kg	152	46,8%
2500 kg	173	53,2%
TOTAL	325	100%%

Fuente. – Departamento de estadística del Hospital Gineco-Obstétrico Isidro Ayora.

Elaborado por. – Robert Antonio Diaz Álvarez

GRAFICO 4. – FRECUENCIA DE PESO AL NACER EN EL RECIEN NACIDO PRETERMINO DEL HOSPITAL GINECO-OBSTETRICO ISIDRO AYORA DE ENERO A DICIEMBRE DEL 2017.



Fuente. – Departamento de estadística del Hospital Gineco-Obstétrico Isidro Ayora.

Elaborado por. – Robert Antonio Diaz Álvarez

Análisis. – Durante el año 2017 observamos que los recién nacido con 2500 predominaron con un 53,2%, por otro lado, el 46,7% restante estuvieron menor de 2500.

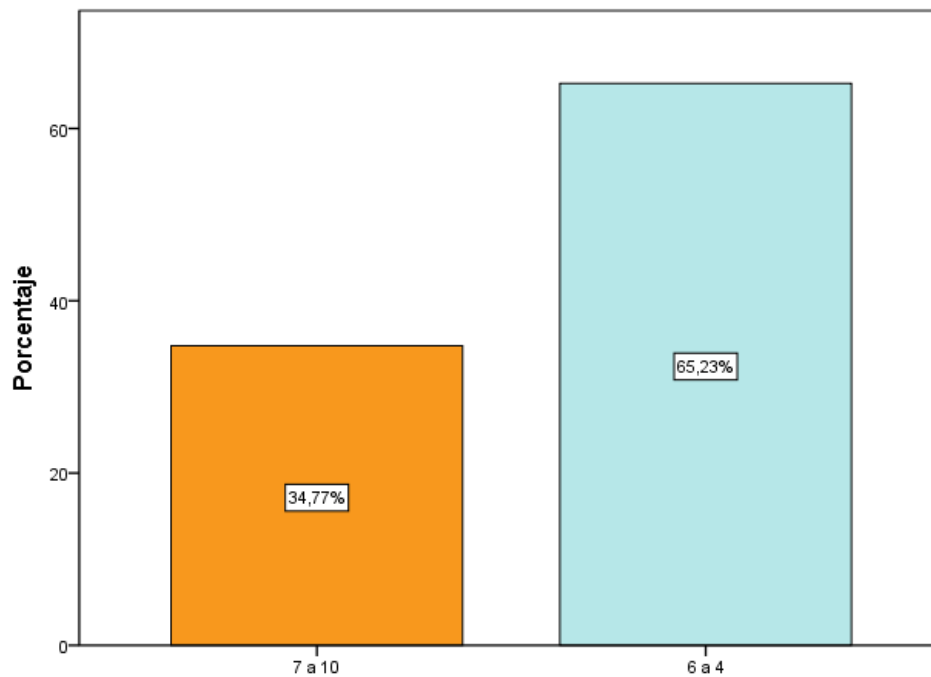
TABLA 6. – FRECUENCIA DE APGAR AL NACER EN EL RECIEN NACIDO PRETERMINO DEL HOSPITAL GINECO-OBSTETRICO ISIDRO AYORA DE ENERO A DICIEMBRE DEL 2017.

APGAR AL NACER		
7 a 10	113	34,8%
6 a 4	212	65,2%
TOTAL	325	100%

Fuente. – Departamento de estadística del Hospital Gineco-Obstétrico Isidro Ayora.

Elaborado por. – Robert Antonio Díaz Álvarez

GRAFICO 5. – FRECUENCIA DE APGAR AL NACER EN EL RECIEN NACIDO PRETERMINO DEL HOSPITAL GINECO-OBSTETRICO ISIDRO AYORA DE ENERO A DICIEMBRE DEL 2017.



Fuente. – Departamento de estadística del Hospital Gineco-Obstétrico Isidro Ayora.

Elaborado por. – Robert Antonio Díaz Álvarez

Análisis. – Durante el año 2017 observamos que los recién nacido con un apgar de 6-4 predominaron con un 34,7%, por otro lado, el 34,7% restante estuvieron un apgar de 7-10

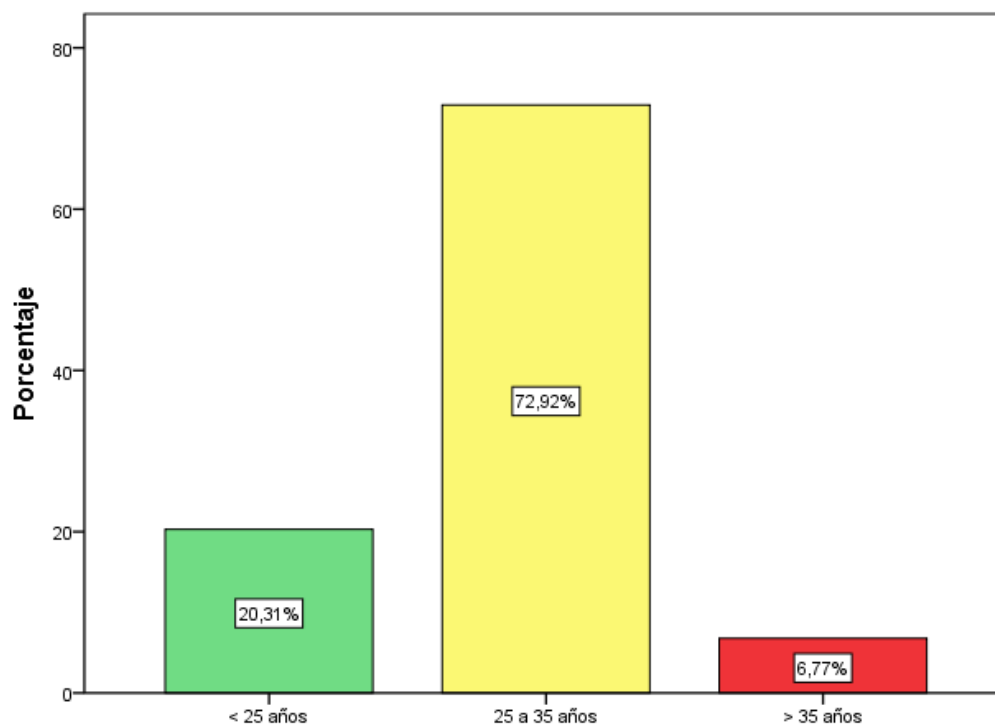
TABLA 7. – FRECUENCIA DE EDAD DE LA MADRE EN EL RECIEN NACIDO PRETERMINO DEL HOSPITAL GINECO-OBSTETRICO ISIDRO AYORA DE ENERO A DICIEMBRE DEL 2017.

EDAD DE LA MADRE		
< 25 AÑOS	66	20,3%
25 A 35 AÑOS	237	72,9%
> 35 AÑOS	22	6,8%
TOTAL	325	100%

Fuente. – Departamento de estadística del Hospital Gineco-Obstétrico Isidro Ayora.

Elaborado por. – Robert Antonio Diaz Álvarez

GRAFICO 6. – FRECUENCIA DE EDAD DE LA MADRE EN EL RECIEN NACIDO PRETERMINO DEL HOSPITAL GINECO-OBSTETRICO ISIDRO AYORA DE ENERO A DICIEMBRE DEL 2017.



Fuente. – Departamento de estadística del Hospital Gineco-Obstétrico Isidro Ayora.

Elaborado por. – Robert Antonio Díaz Álvarez

Análisis. – Durante el año 2017 observamos que de los 325 recién nacidos pretérmino atendidos en la Unidad de Cuidado Intensivo Neonatales del Hospital Gineco-Obstétrica, que la edad materna que predominó fue de 25 a 35 años con un porcentaje de 72,9%, mientras que las edades menores de 25 años obtuvieron 20,3% y mayor de 35 años fue de 6,7%

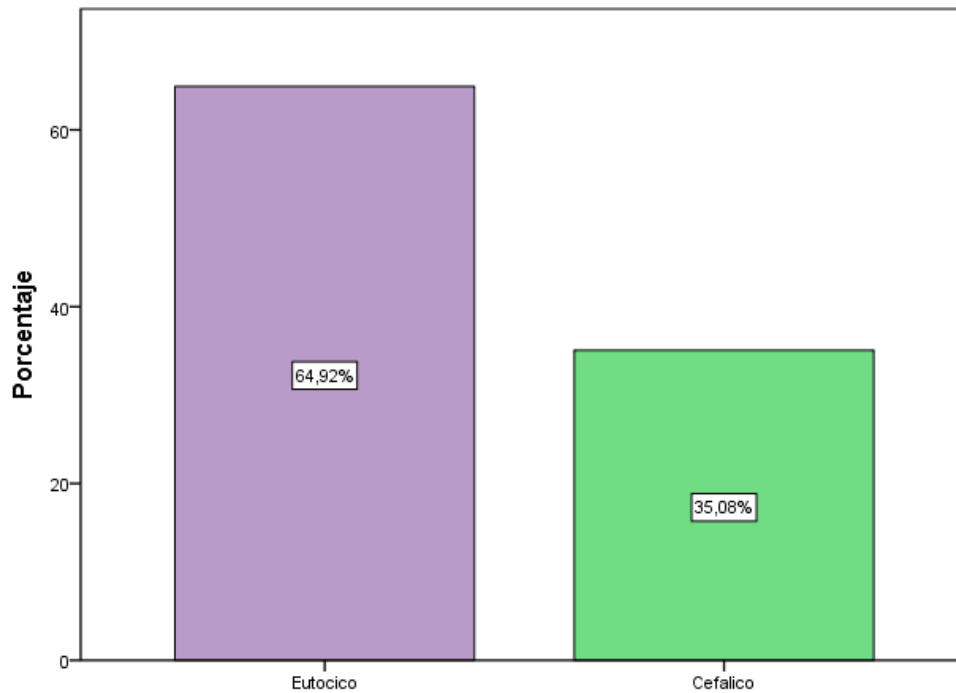
TABLA 8. – FRECUENCIA DE TIPO DE PARTO EN EL RECIEN NACIDO PRETERMINO DEL HOSPITAL GINECO-OBSTETRICO ISIDRO AYORA DE ENERO A DICIEMBRE DEL 2017.

TIPO DE PARTO		
EUTOCICO	211	64,9%
CEFALICO	114	35,1%
TOTAL	325	100%

Fuente. – Departamento de estadística del Hospital Gineco-Obstétrico Isidro Ayora.

Elaborado por. – Robert Antonio Díaz Álvarez

GRAFICO 7. – FRECUENCIA DE TIPO DE PARTO EN EL RECIEN NACIDO PRETERMINO DEL HOSPITAL GINECO-OBSTETRICO ISIDRO AYORA DE ENERO A DICIEMBRE DEL 2017.



Fuente. – Departamento de estadística del Hospital Gineco-Obstétrico Isidro Ayora.

Elaborado por. – Robert Antonio Diaz Álvarez

Análisis. – Durante el año 2017 observamos que de los 325 recién nacidos pretérmino atendidos en la Unidad de Cuidado Intensivo Neonatales del Hospital Gineco-Obstétrica, el tipo de parto eutócico predominó con un 64,9% en comparación con la cefálico que se presentó en 35%

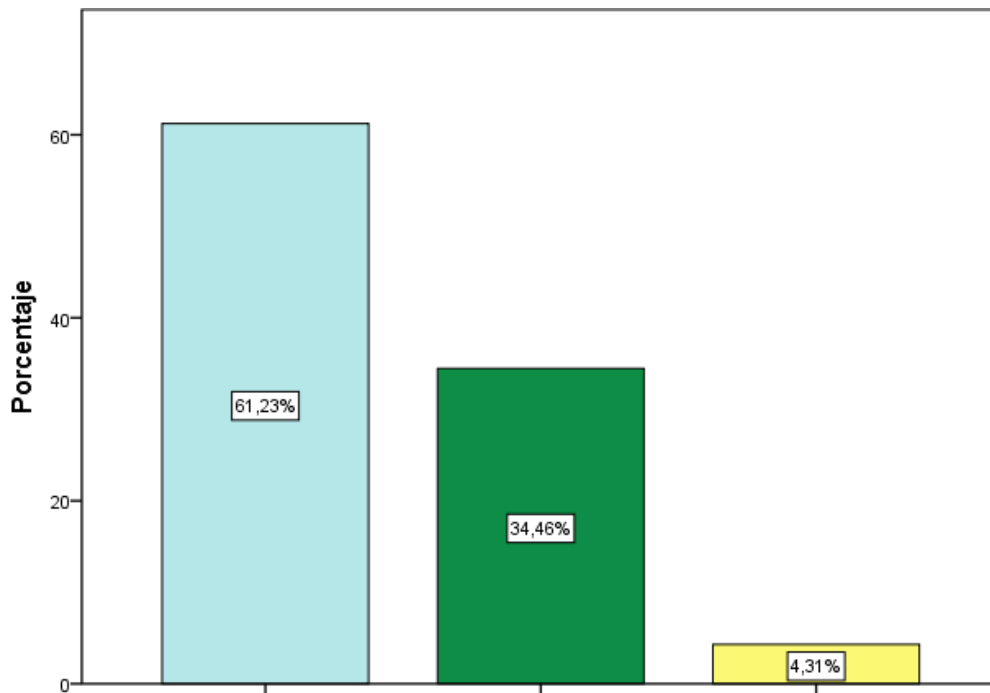
TABLA 9. – FRECUENCIA DE GESTAS DE LA MADRE EN EL RECIEN NACIDO PRETERMINO DEL HOSPITAL GINECO-OBSTETRICO ISIDRO AYORA DE ENERO A DICIEMBRE DEL 2017.

GESTAS DE LA MADRE		
> 5	199	61,2%
3 a 4	112	34,5%
1 a 2	14	4,3%
TOTAL	325	100%

Fuente. – Departamento de estadística del Hospital Gineco-Obstétrico Isidro Ayora.

Elaborado por. – Robert Antonio Diaz Álvarez

GRAFICO 8. – FRECUENCIA DE GESTAS DE LA MADRE EN EL RECIEN NACIDO PRETERMINO DEL HOSPITAL GINECO-OBSTETRICO ISIDRO AYORA DE ENERO A DICIEMBRE DEL 2017.



Fuente. – Departamento de estadística del Hospital Gineco-Obstétrico Isidro Ayora.

Elaborado por. – Robert Antonio Díaz Álvarez

Análisis. – Durante el año 2017 observamos que de los 325 recién nacidos pretérmino atendidos en la Unidad de Cuidado Intensivo Neonatales del Hospital Gineco-Obstétrica, el número de gestas de las madres que predominó con un 61,23% fue mayor de 5, mientras que con un 34,4% fueron las madres con 3 a 4 gestas y con un 4,3% fueron las madres con 1 a 2 gestas.

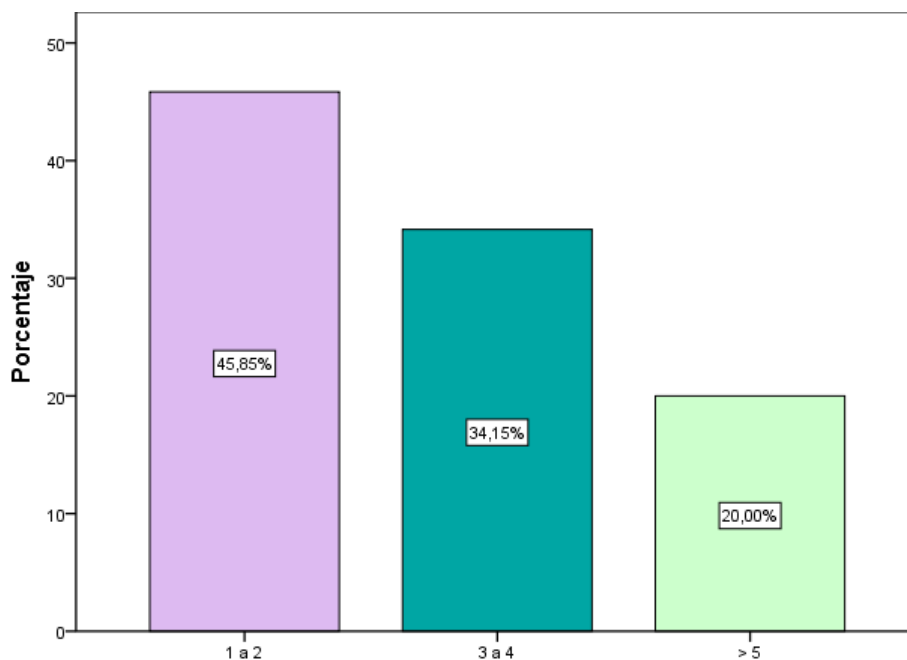
TABLA 10. – FRECUENCIA DE CONTROLES PRENATALES DE LA MADRE EN EL RECIEN NACIDO PRETERMINO DEL HOSPITAL GINECO-OBSTETRICO ISIDRO AYORA DE ENERO A DICIEMBRE DEL 2017.

CONTROLES DE LA MADRE		
1 a 2	149	45,8%
3 a 4	111	34,2%
> 5	65	20,0%
TOTAL	325	100%

Fuente. – Departamento de estadística del Hospital Gineco-Obstétrico Isidro Ayora.

Elaborado por. – Robert Antonio Diaz Álvarez

GRAFICO 9. – FRECUENCIA DE CONTROLES PRENATALES DE LA MADRE EN EL RECIEN NACIDO PRETERMINO DEL HOSPITAL GINECO-OBSTETRICO ISIDRO AYORA DE ENERO A DICIEMBRE DEL 2017.



Fuente. – Departamento de estadística del Hospital Gineco-Obstétrico Isidro Ayora.

Elaborado por. – Robert Antonio Díaz Álvarez

Análisis. – Durante el año 2017 observamos que de los 325 recién nacidos pretérmino atendidos en la Unidad de Cuidado Intensivo Neonatales del Hospital Gineco-Obstétrica, el número de controles prenatales que predominó fue de 1 a 2 con un 45,8%, mientras que con un 34,1% fueron las madres con controles prenatales de 3 a 4 y con un 20% fueron aquellas que tuvieron más de 5 controles.

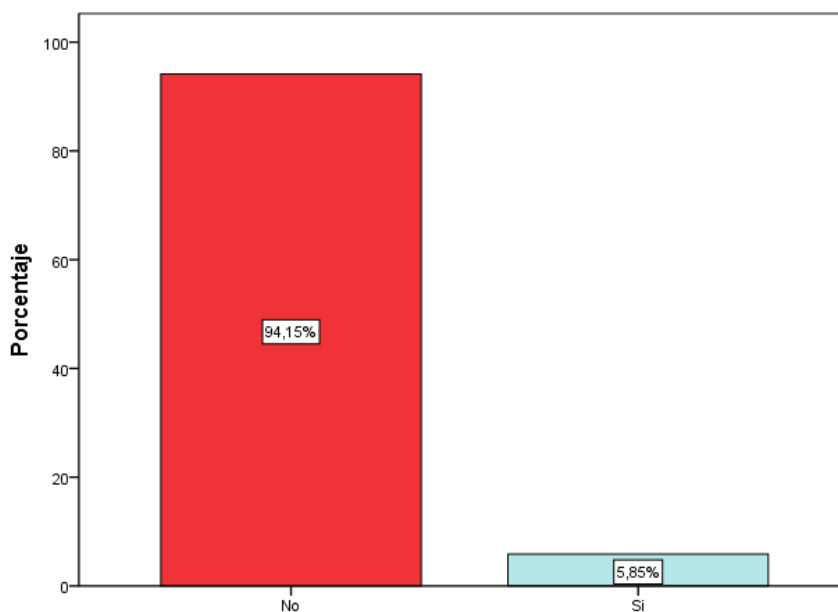
TABLA 11. – FRECUENCIA DE POLIHIDRAMNIOS EN EL RECIEN NACIDO PRETERMINO DEL HOSPITAL GINECO-OBSTETRICO ISIDRO AYORA DE ENERO A DICIEMBRE DEL 2017.

PRESENCIA DE POLIHIDRAMNIOS		
NO	306	94,2%
SI	19	5,8%
TOTAL	325	100%

Fuente. – Departamento de estadística del Hospital Gineco-Obstétrico Isidro Ayora.

Elaborado por. – Robert Antonio Diaz Álvarez

GRAFICO 10. – FRECUENCIA DE POLIHIDRAMNIOS EN EL RECIEN NACIDO PRETERMINO DEL HOSPITAL GINECO-OBSTETRICO ISIDRO AYORA DE ENERO A DICIEMBRE DEL 2017.



Fuente. – Departamento de estadística del Hospital Gineco-Obstétrico Isidro Ayora.

Elaborado por. – Robert Antonio Díaz Álvarez

Análisis. – Durante el año 2017 observamos que de los 325 recién nacidos pretérmino atendidos en la Unidad de Cuidado Intensivo Neonatales del Hospital Gineco-Obstétrica, el 94,1% no presentó polihidramnios, mientras que el 5,8 presentó polihidramnios.

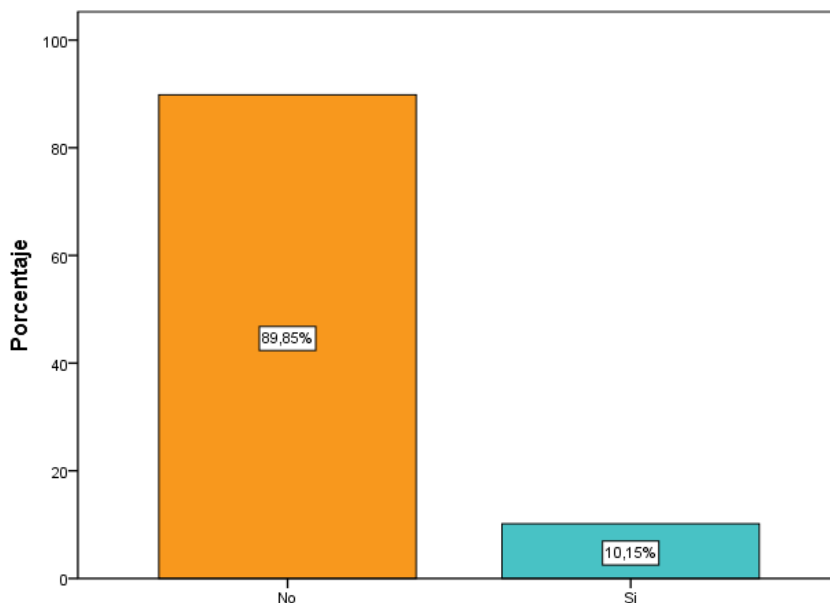
TABLA 12. – FRECUENCIA DE ANTECEDENTES DE PARTO PRETERMINO DE LAS MADRES DEL RECIEN NACIDO PRETERMINO DEL HOSPITAL GINECO-OBSTETRICO ISIDRO AYORA DE ENERO A DICIEMBRE DEL 2017.

ANTECEDENTES DE PARTO PRETERMINO		
NO	292	89,8%
SI	33	10,2%
TOTAL	325	100%

Fuente. – Departamento de estadística del Hospital Gineco-Obstétrico Isidro Ayora.

Elaborado por. – Robert Antonio Díaz Álvarez

GRAFICO 11. – FRECUENCIA DE ANTECEDENTES DE PARTO PRETERMINO DE LAS MADRES DEL RECIEN NACIDO PRETERMINO DEL HOSPITAL GINECO-OBSTETRICO ISIDRO AYORA DE ENERO A DICIEMBRE DEL 2017.



Fuente. – Departamento de estadística del Hospital Gineco-Obstétrico Isidro Ayora.

Elaborado por. – Robert Antonio Díaz Álvarez

Análisis. – Durante el año 2017 observamos que de los 325 recién nacidos pretérmino atendidos en la Unidad de Cuidado Intensivo Neonatales del Hospital Gineco-Obstétrica, el 89,9% de las madres no habían presentado antecedentes de parto pretérmino, mientras el 10,1% de las madres si habían presentado antecedentes de parto pretérmino.

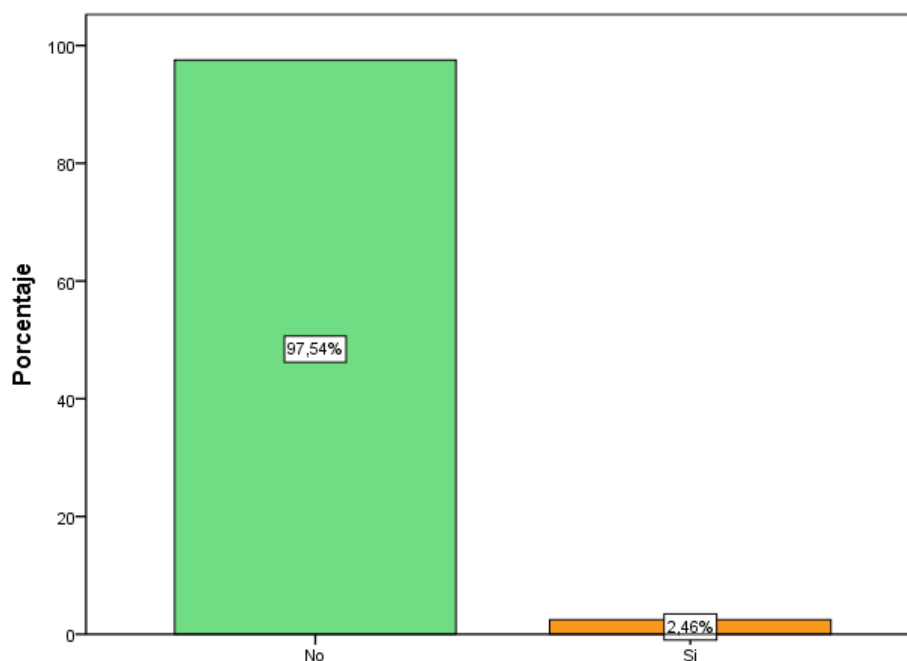
TABLA 13. – FRECUENCIA DE INFECCION UTERINA EN LAS MADRES DEL RECIEN NACIDO PRETERMINO DEL HOSPITAL GINECO-OBSTETRICO ISIDRO AYORA DE ENERO A DICIEMBRE DEL 2017.

INFECCION UTERINA		
NO	317	97,5%
SI	8	2,5%
TOTAL	325	100%

Fuente. – Departamento de estadística del Hospital Gineco-Obstétrico Isidro Ayora.

Elaborado por. – Robert Antonio Diaz Álvarez

GRAFICO 12. – FRECUENCIA DE INFECCION UTERINA EN LAS MADRES DEL RECIEN NACIDO PRETERMINO DEL HOSPITAL GINECO-OBSTETRICO ISIDRO AYORA DE ENERO A DICIEMBRE DEL 2017.



Fuente. – Departamento de estadística del Hospital Gineco-Obstétrico Isidro Ayora.

Elaborado por. – Robert Antonio Díaz Álvarez

Análisis. – Durante el año 2017 observamos que de los 325 recién nacidos pretérmino atendidos en la Unidad de Cuidado Intensivo Neonatales del Hospital Gineco-Obstétrica, el 97,5% de las madres no habían presentado infección uterina, mientras que el 2,4% si habían presentado infección uterina.

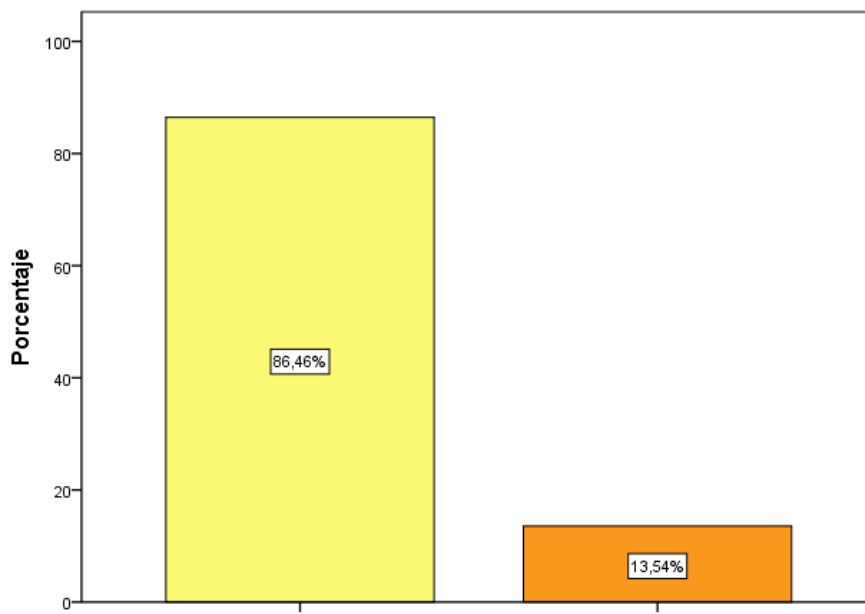
TABLA 14. – FRECUENCIA DE RUPTURA PREMATURA DE MEMBRANAS EN LAS MADRES DEL RECIEN NACIDO PRETERMINO DEL HOSPITAL GINECO-OBSTETRICO ISIDRO AYORA DE ENERO A DICIEMBRE DEL 2017.

PRESENCIA DE RUPTURA PREMATURA DE MEMBRANA		
SI	281	86,5%
NO	44	13,5%
TOTAL	325	100%

Fuente. – Departamento de estadística del Hospital Gineco-Obstétrico Isidro Ayora.

Elaborado por. – Robert Antonio Diaz Álvarez

GRAFICO 13. – FRECUENCIA DE RUPTURA PREMATURA DE MEMBRANAS EN LAS MADRES DEL RECIEN NACIDO PRETERMINO DEL HOSPITAL GINECO-OBSTETRICO ISIDRO AYORA DE ENERO A DICIEMBRE DEL 2017.



Fuente. – Departamento de estadística del Hospital Gineco-Obstétrico Isidro Ayora.

Elaborado por. – Robert Antonio Díaz Álvarez

Análisis. – Durante el año 2017 observamos que de los 325 recién nacidos pretérmino atendidos en la Unidad de Cuidado Intensivo Neonatales del Hospital Gineco-Obstétrica, el 86,4% de las madres habían presentado ruptura prematura de membrana, mientras que el 13,5% no habían presentado.

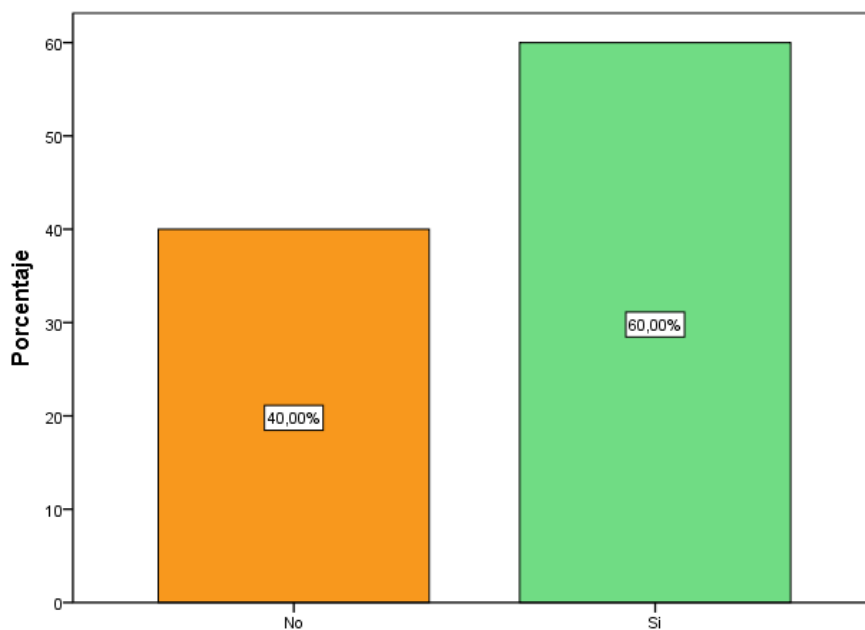
TABLA 15. – FRECUENCIA DE INFECCION DE VIAS URINARIAS EN LAS MADRES DEL RECIEN NACIDO PRETERMINO DEL HOSPITAL GINECO-OBSTETRICO ISIDRO AYORA DE ENERO A DICIEMBRE DEL 2017.

INFECCION DE VIAS URINARIAS		
NO	130	40,0%
SI	195	60,0%
TOTAL	325	100%

Fuente. – Departamento de estadística del Hospital Gineco-Obstétrico Isidro Ayora.

Elaborado por. – Robert Antonio Diaz Álvarez

GRAFICO 14. – FRECUENCIA DE INFECCION DE VIAS URINARIAS EN LAS MADRES DEL RECIEN NACIDO PRETERMINO DEL HOSPITAL GINECO-OBSTETRICO ISIDRO AYORA DE ENERO A DICIEMBRE DEL 2017.



Fuente. – Departamento de estadística del Hospital Gineco-Obstétrico Isidro Ayora.

Elaborado por. – Robert Antonio Díaz Álvarez

Análisis. – Durante el año 2017 observamos que de los 325 recién nacidos pretérmino atendidos en la Unidad de Cuidado Intensivo Neonatales del Hospital Gineco-Obstétrica, el 60% de las madres habían presentado una infección de vías urinarias, al contrario del 40% restante de las madres que no habían presentado infección.

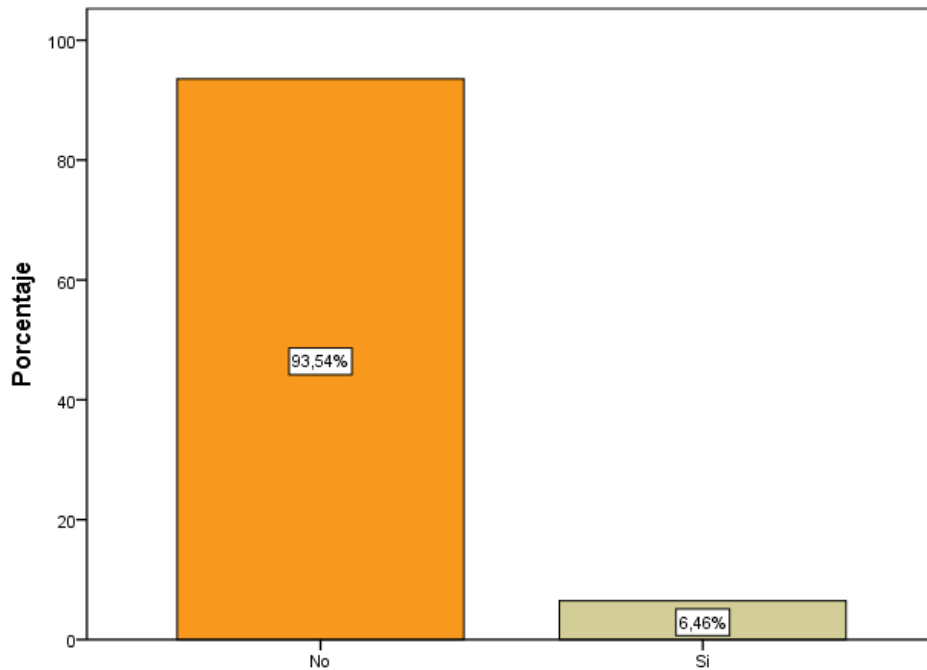
TABLA 16. – FRECUENCIA DE PATOLOGIA MATERNA EN EL RECIEN NACIDO PRETERMINO DEL HOSPITAL GINECO-OBSTETRICO ISIDRO AYORA DE ENERO A DICIEMBRE DEL 2017.

PATOLOGIA MATERNA		
NO	304	93,5%
SI	21	6,5%
TOTAL	325	100%

Fuente. – Departamento de estadística del Hospital Gineco-Obstétrico Isidro Ayora.

Elaborado por. – Robert Antonio Diaz Álvarez

GRAFICO 15. – FRECUENCIA DE PATOLOGIA MATERNA EN EL RECIEN NACIDO PRETERMINO DEL HOSPITAL GINECO-OBSTETRICO ISIDRO AYORA DE ENERO A DICIEMBRE DEL 2017.



Fuente. – Departamento de estadística del Hospital Gineco-Obstétrico Isidro Ayora.

Elaborado por. – Robert Antonio Diaz Álvarez

Análisis. – Durante el año 2017 observamos que de los 325 recién nacidos pretérmino atendidos en la Unidad de Cuidado Intensivo Neonatales del Hospital Gineco-Obstétrica, el 93,5% de las madres no presentaban ninguna patología, mientras que el 6,4% habían presentado alguna patología materna

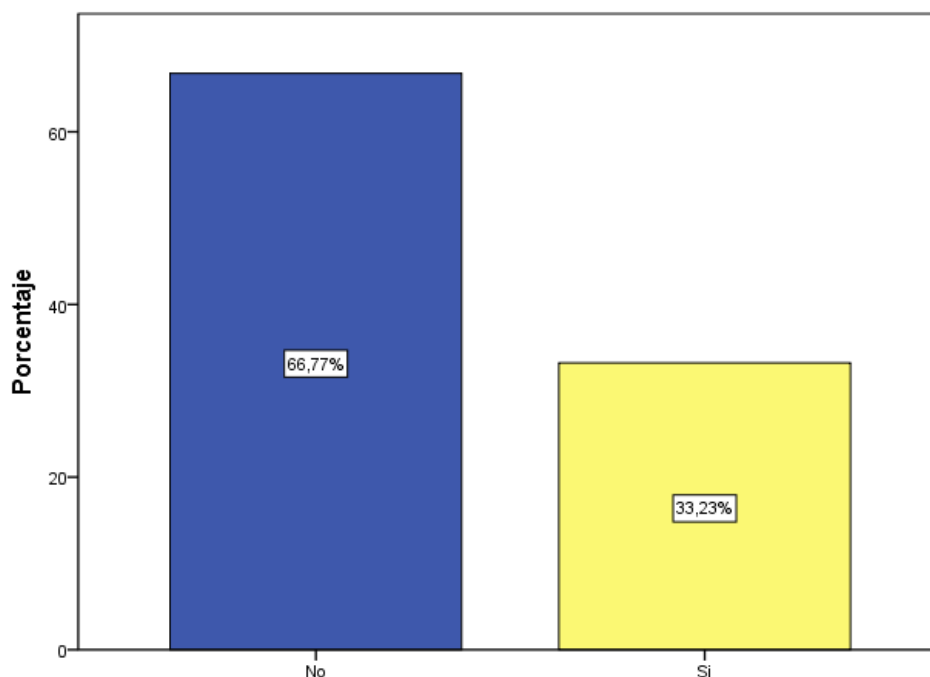
TABLA 17. – FRECUENCIA DE HOSPITALIZACION PROLONGADA EN EL RECIEN NACIDO PRETERMINO DEL HOSPITAL GINECO-OBSTETRICO ISIDRO AYORA DE ENERO A DICIEMBRE DEL 2017.

HOSPITALIZACION PROLONGADA		
NO	217	66,8%
SI	108	33,2%
TOTAL	325	100%

Fuente. – Departamento de estadística del Hospital Gineco-Obstétrico Isidro Ayora.

Elaborado por. – Robert Antonio Diaz Álvarez

GRAFICO 16. – FRECUENCIA DE HOSPITALIZACION PROLONGADA EN EL RECIEN NACIDO PRETERMINO DEL HOSPITAL GINECO-OBSTETRICO ISIDRO AYORA DE ENERO A DICIEMBRE DEL 2017.



Fuente. – Departamento de estadística del Hospital Gineco-Obstétrico Isidro Ayora.

Elaborado por. – Robert Antonio Díaz Álvarez

Análisis. – Durante el año 2017 observamos que de los 325 recién nacidos pretérmino atendidos en la Unidad de Cuidado Intensivo Neonatales del Hospital Gineco-Obstétrica, el 66,7% de los neonatos presentaban una hospitalización prolongada, mientras que el 33,2% no tuvo una hospitalización prolongada.

4.1.3. – TERCER OBJETIVO ESPECÍFICO

TABLA 18. – FACTORES DE RIESGO MÁS FRECUENTE ENTRE LOS RECIEN NACIDO PRETERMINO DE LA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVO NEONATAL DEL HOSPITAL GINECO-OBSTETRICO ISIDRO AYORA DE ENERO A DICIEMBRE DEL 2017.

FACTORES DE RIESGO PERINATALES	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Edad materna 30 años	154	47,3%
Numero de gestas 3	134	41,2%
Controles prenatales menor de 3	112	34,4%
Infección de vías urinarias	176	54,1%
Hospitalización prolongada	95	29,3%

Fuente. – Departamento de estadística del Hospital Gineco-Obstétrico Isidro Ayora.

Elaborado por. – Robert Antonio Díaz Álvarez

Análisis. – Durante este estudio observamos que los factores de riesgo más frecuentes que se presentaron fueron las infecciones de vías urinarias en un 54,1%, la edad materna mayor de 30 años en un 47,3%, un número de gestas mayor de 3 en un 41,2%, los controles prenatales insuficientes en un 34,4% y la hospitalización prolongada en un 29,3%, siendo estos los más frecuentes.

4.2. – DISCUSIÓN

En un estudio realizado en África concluyó que los factores asociados con un parto prematuro fueron edad materna avanzada (> 30 años), antecedentes de abortos provocados, estrés elevado, muy pocas visitas de atención prenatal, fiebre durante el embarazo, ruptura prematura de membranas, infecciones urinarias, y amenaza de parto prematuro (6). En Perú, un estudio retrospectivo dio como resultado que los factores de riesgo asociado a la prematuridad más frecuentes fueron el embarazo gemelar actual 2,4%, controles prenatales inadecuados (<6 controles) 3,2%, ausencia de control prenatal 3,0%, antecedentes de parto pretérmino 3,7% y preeclampsia 1,9% (5).

En este estudio se demostró que los factores de riesgo perinatales en recién nacidos pretérmino que ingresaron a la unidad de cuidados intensivos neonatales fueron la edad materna mayor de 30 años en un 47%, el número de gestas mayor de 3 fue de 41%, y la ausencia o falta de controles prenatales constituyeron un 34%, las infecciones de vías urinarias correspondieron a un 54%.

La edad materna, en un metaanálisis realizado en Georgia, concluyó que la edad media con la que frecuentemente se asocia la prematurez fue de $30,2 \pm 5,2$ años, siendo el 74% de las mujeres de raza blanca, el 86% casadas y el 44,3% de primigesta (7). En este estudio se observó que la edad materna que predominó fue de 25 a 35 años con un porcentaje de 72,9%, mientras que las edades menores de 25 años obtuvieron 20,3% y mayor de 35 años fue de 6,7%.

El embarazo múltiple y el polihidramnios se asocia a prematuridad por la sobre distensión del útero en un estudio de casos se vio que las tasas fueron de 5,5% y 4,8% correspondientemente para este grupo (8) (12). En este estudio se vio el que el 94,1% no presentó polihidramnios, mientras que el 5,8 presentó polihidramnios.

La relación entre la infección y la prematurez ha sido bien descrita durante estos últimos tiempos. Ha existido aproximadamente 15% de las gestantes con partos pretérminos en los cultivos de líquido amniótico bacterias positivas en él.

Así mismo se ha visto que el 50% de la rotura prematura de membrana se ha asociado con la prematuridad. En este estudio se observó que el 60% de las madres habían presentado una infección de vías urinarias, al contrario del 40% restante de las madres que no habían presentado infección, mientras que el 86,4% de las madres habían presentado ruptura prematura de membrana, mientras que el 13,5% no habían presentado.

CAPITULO V

5.1. – CONCLUSIONES

Con este estudio hemos demostrado que la incidencia de recién nacidos pretérmino ingresados en la Unidad de Cuidados Intensivo Neonatal del Hospital Gineco-Obstétrico Isidro Ayora, fue de 13 por 1.000 nacidos pretérmino.

Además vimos que los factores de riesgo perinatales en el recién nacido pretérmino más frecuente fueron aquellos factores que se presentaban antes del nacimiento, siendo más frecuente las infecciones de vías urinarias y la edad materna siendo mayor a los 30 años.

Este estudio nos ayuda a valorar la importancia que tiene los controles prenatales, ya que se evitarían algunos factores de riesgo que conllevan a la prematuridad, entre ellas las infecciones de vías urinarias, infecciones uterinas, patologías maternas, además se garantizaría la vida de los recién nacido. En cuanto a los controles prenatales, los pocos controles por sí mismo constituye un factor de riesgo perinatal, dado que esto se asocia a la falta de detección de patologías que ocurren durante el embarazo.

5.2. – RECOMENDACIONES

Recomendamos que este tipo de estudio se realice con una muestra más grande para así tener un perfil epidemiológico de cuáles son los factores de riesgo perinatales que influye en la hospitalización de los recién nacidos pretérminos, y así a su vez tener un dato preciso a nivel nacional

Así mismo se debe motivar a la prevención, mediante el control del embarazo y la planificación familiar para así reducir los factores de riesgo tanto maternos como neonatales que influyen en el desarrollo de hospitalizaciones de los recién nacidos prematuros, además de disminuir las complicaciones y reingresos.

Reducir la estadía hospitalaria de este grupo de pacientes para reducir los costos y a su vez preocupación a sus familiares.

CAPITULO VI

BIBLIOGRAFIA

1. Effects of a supportive care bundle on sleep Variables of preterm infants during Hospitalization [Internet]. Disponible en: <https://sci-hub.tw/10.1002/nur.21865>
2. Wagura P, Wasunna A, Laving A, Wamalwa D, Ng'ang'a P. Prevalence and factors associated with preterm birth at kenyatta national hospital. BMC Pregnancy and Childbirth. diciembre de 2018;18(1):107.
3. Preterm Birth | Maternal and Infant Health | Reproductive Health | CDC [Internet]. 2017. Disponible en: <https://www.cdc.gov/reproductivehealth/maternalinfanthealth/pretermbirth.htm>
4. World Health Organization (WHO). Glossary on assisted reproductive terminology [en línea]. Ginebra; 2010. Disponible en: http://www.who.int/reproductivehealth/publications/infertility/art_terminology_es.pdf
5. Ahumada-Barrios ME, Alvarado GF. Risk Factors for premature birth in a hospital. Revista Latino-Americana de Enfermagem [Internet]. 2016;24(0).
6. Ouattara A, Ouedraogo CM, Ouedraogo A, Lankoande J. Factors associated with preterm birth in an urban African environment: A case-control study at the University Teaching Hospital of Ouagadougou and Saint Camille Medical Center. Médecine et Santé Tropicales. 2015;78(3):296–299.
7. Ross MG, Downey CA, Bemis-Heys R, Nguyen M, Jacques DL, Stanziano G. Prediction by maternal risk factors of neonatal intensive care admissions: Evaluation of >59,000 women in national managed care programs. American Journal of Obstetrics and Gynecology. octubre de 1999;181(4):835-42.
8. Barrios VBG. Factores de riesgo asociados al parto pretérmino Risk factor associated with preterm delivery. DEL NACIONAL. 2012;4:7.

9. Nápoles Méndez D. Consideraciones sobre el síndrome de respuesta inflamatoria fetal. MEDISAN. 2012 ;16(11). Disponible en: http://bvs.sld.cu/revistas/san/vol_16_11_12/san151112.pdf

10. Arreaza Graterol M, Rojas Barrera JD, Molina Giraldo S. Síndrome de respuesta inflamatoria fetal (FIRS): adaptación cardiovascular. Rev Colombiana Obstet Ginecol. 2011; 62(1): 71-81. 14. Utama D, Crowther C. Tratamiento con corticosteroides.

11. Wikstrom A, Cnattingius S, Galanti M, Kieler H, Stephansson O. Effect of Swedish snuff on preterm birth. BJOG. 2010;117(8):1007-8.

12. McCowan L, Dekker G, Chan E, Stewart A, Chappell L, Hunter M, et al. Spontaneous preterm birth and small for gestational age infants in women who stop smoking early in pregnancy: prospective cohort study. BMJ. 2009;338(1):1-6.

13. Ouattara A, Ouegraogo CM, Ouedraogo A, Lankoande J. Factors associated with preterm birth in an urban African environment: A case-control study at the University Teaching Hospital of Ouagadougou and Saint Camille Medical Center. Med Sante Trop. 2015.

14. Morisaki N, Togoobaatar G, Vogel JP, Souza JP, Rowland-Hogue CJ, Jayaratne K et al. Risk factors for spontaneous and provider-initiated preterm delivery in high and low Human Development Index countries: a secondary analysis of the World Health Organization Multicountry Survey on Maternal and Newborn Health. BJOG. 2014;121 Suppl 1:101-9.

15. Rodríguez S, Ramos R, Hernández R. Factores de riesgo para la prematuridad. Estudio de casos y controles. Ginecol Obstet Mex. 2013;81(9):499-503.

16. Pérez J, Panduro G, Quezada C. Factores maternos asociados con nacimiento pretérmino espontáneo versus pretérmino nacido por cesárea. Ginecol Obstet Mex. 2011;79(10):607-12.

17. Peña G, Barbato J. Asociación entre prematuridad y embarazadas en edad avanzada. Rev Obstet Ginecol Venez. 2007;67(1):15-22.

18. Hardy G, Benjamin A, Abenhaim H. Effects of Induced Abortions on Early Preterm Births and Adverse Perinatal Outcomes. *JOGC*. 2013;35(2):138-43.

19. Moreau C, Kaminski M, Ancel PY, Bouyer J, Escande B, Thiriez G, et al. Previous induced abortions and the risk of very preterm delivery: results of the EPIPAGE study. *JOGC*. 2005;112(4):430-7.

20. Hardy G, Benjamin A, Abenhaim, HA Effect of Induced Abortions on Early Preterm Births and Adverse Perinatal Outcomes. *J Obstet Gynaecology Can*. 2013;35(2):138-43.

21. García R, Llera A, Pacheco A, Delgado M, González A. Resultados materno-perinatales de pacientes con preeclampsia. *Rev Cubana Obstet Ginecol*. 2012;38(4):467-77.

22. Arispe C, Salgado M, Tang G, Gonzáles C, Rojas L. Frecuencia de control prenatal inadecuado y de factores asociados a su concurrencia. *Rev Med Hered*. 2011;22(4):169-75. www.eerp.usp.br/rlae 8 *Rev. Latino-Am. Enfermagem* 2016;24:e2750

23. Menard JP, Bretelle F. Bacterial vaginosis and preterm delivery. *Obstet Gynecol Fertil* 2012; 40 (1):48-54. Epub 2011 Dec 20

24. Jin Choi S, Seok Park S, Ho Jang I, Uh Y, Lee A. The Prevalence of Vaginal Microorganisms in Pregnant Women with Preterm Labor and Preterm Birth. *Ann Lab Med*. 2012; 32(3): 194–200.

25. Kirk E, S Bora, Van Calster B, Condous G, Van Huffel S, Timmerman D et al. Chlamydia trachomatis infección en pacientes que acuden a una Unidad de embarazo temprano: prevalencia, sintomatología, localización y viabilidad del embarazo. *Acta Obstet Gynecol Scand*. 2008; 87 (6):601-607.

26. Huertas-Tacchino E, Valladares EA, Gómez CM. Longitud cervical en la predicción del parto pretérmino espontáneo. *Rev Per Ginecol Obstet*. 2010;56:50-56.

27. Sibai BM. Diagnosis and management of gestational hypertension and preeclampsia. *Obstet Gynecol* 2003;102:181-192.

28. Jaramillo Prado JJ, López Giraldo IR, Arango Gómez F. Factores asociados con parto pretérmino en el tercer nivel de atención en salud en Manizales. Julio 2004-Junio 2005. Rev Colomb Obstet Ginecol. 2006;57(2):57-61.

29. Contreras A, Soria C, Pince R, Clark I, Medina M. Preeclampsia: principal factor de riesgo materno para bajo peso del recién nacido pretérmino. Ginecol Obstet Mex. 2008;76(7):398-403.

30. Sánchez R, Pérez P, Vázquez F. Impacto del control prenatal en la morbilidad y mortalidad neonatal. Rev Med Inst Mex Seguro Soc.2005;43(5):377-80.

ANEXOS

ANEXO 1. – OPERACIONALIZACION DE LAS VARIABLES

VARIABLES	DEFINICION	INDICADORES	ESCALA VALORATIVA	FUENTE
INDEPENDIENTES				
PREMATUREZ	Es definida como el nacimiento antes de las 37 semanas de gestación.	<ul style="list-style-type: none"> ● Semanas de gestación 	<ul style="list-style-type: none"> ● < 37 Semanas 	Historia clínica.
DEPENDIENTES				
SEXO	Se define como una condición orgánica que distingue a hombres y mujeres.	<ul style="list-style-type: none"> ● Órgano sexual 	<ul style="list-style-type: none"> ● Hombre ● Mujer 	Historia clínica
EDAD GESTACIONAL	Se define como las semanas de gestación que	<ul style="list-style-type: none"> ● Semanas de gestación 	<ul style="list-style-type: none"> ● Pretérmino ● Tardío 	Historia clínica

	tuvo el neonato hasta su nacimiento.		<ul style="list-style-type: none"> ●Pretérmino Moderado ●Pretérmino Muy prematuro 	
APGAR	Examen rápido que se realiza al primer y quinto minuto después del nacimiento del bebé	<ul style="list-style-type: none"> ● Tiempos. 	Color de la piel, tono muscular, llanto, irritabilidad, esfuerzo respiratorio, frecuencia cardiaca.	Historia clínica.
PESO AL NACIMIENTO	Es el peso tomado inmediatamente después de haber nacido.	<ul style="list-style-type: none"> ● Peso en gramos 	<ul style="list-style-type: none"> ●Prematuro: RNPT < 2500 g peso bajo. RNPT < 1500 g peso muy bajo. RNPT < 1000 g extremadamente bajo. Término Peso 	Historia clínica

			Normal 2500-3750 g.	
EDAD MATERNA	Es la edad que presentaba la madre en el momento del parto	<ul style="list-style-type: none"> • Años 	<ul style="list-style-type: none"> • adolescente • adulta • adulta mayor 	Historia clínica
PARTO	Proceso por el que la mujer da por finalizado su embarazo	<ul style="list-style-type: none"> • Tipos de parto 	<ul style="list-style-type: none"> • Eutócico • Cesárea 	
NÚMERO DE GESTAS	Cantidad de embarazos previos hasta el actual.	Número de embarazos	<ul style="list-style-type: none"> • Primigesta • Multípara 	Historia clínica
POLIHIDRAMNIO	Cantidad aumentada del líquido amniótico	<ul style="list-style-type: none"> • Mas de 2 litros 	<ul style="list-style-type: none"> • Leve • Moderado • Severo 	Historia clínica.
CONTROLES PRENATALES	Acciones y procedimientos, sistemáticos o periódicos, destinados a la prevención,	Número de controles	<ul style="list-style-type: none"> • Sin controles • 1 control 	Historia clínica

	diagnóstico y tratamiento de los factores que pueden condicionar la Morbilidad y Mortalidad materna y perinatal.		<ul style="list-style-type: none"> ● 2 controles ● Todos los controles 	
ANTECEDENTE DE PARTO PRETERMINO	La presencia de partos pretérmino previo	Recién nacido previo	●Previo antecedente	Historia clínica
INFECCION UTERINA	Infección causada por microorganismos	Enfermedad Inflamatoria pélvica	<ul style="list-style-type: none"> ●Bacterias ●Virus ●Hongos 	Historia clínica
PATOLOGIA MATERNA	Enfermedad sistémica diagnosticada a partir de la semana 20 de gestación	●Número de patologías	<ul style="list-style-type: none"> ●Diabetes ●Preeclampsia ●Eclampsia ●Anemia. 	Historia clínica

RUPTURA PREMATURA DE MEMBRANA	Se define como una fuga de líquido amniótico antes del inicio de la labor de parto.	<ul style="list-style-type: none"> • Horas de fuga de líquido amniótico 	<ul style="list-style-type: none"> • > 18 horas • < 18 horas 	Historia clínica
INFECCION DE VIAS URINARIAS	Es definida como el aislamiento de bacterias en al menos 1×10^5 unidades formadoras de colonia por mililitro de cultivo de orina en la presencia de signos y síntomas de infección del tracto urinario.	<ul style="list-style-type: none"> • Cultivo 	<ul style="list-style-type: none"> • Cultivo de orina 	Historia clínica
MALFORMACIONES CONGÉNITAS	Son alteraciones anatómicas que ocurren en la etapa intrauterina	<ul style="list-style-type: none"> • Número de patologías 	<ul style="list-style-type: none"> • Anencefalia • Encefalocele • Espina bífida • Tetralogía de Fallot • Síndrome de Ehlers–Danlos, etc 	Historia clínica,

HOSPITALIZACION PROLONGADA	Se define como el tiempo de estancia del neonato en una casa de salud.	<ul style="list-style-type: none">• Tiempo	<ul style="list-style-type: none">• Horas• Días• Semanas	Historia clínica
---------------------------------------	--	--	--	------------------

ANEXO 3. – HOJA DE RECOLECCIÓN DE DATOS

Nombre: _____ HCL: _____
 Fecha: _____

FACTORES PRENATALES

Estado civil: Casada Soltera Divorciada Viuda Unión libre

Edad: _____ años

Grado de escolaridad _____

Hábitos durante el embarazo: Alcohol Tabaco Drogas

Controles prenatales(CPN): 0 CPN , 1 CPN , ≥ 2 CPN , ≥ 9 CPN

Patología _____ materna:

FACTORES NATALES

Edad Gestacional: _____ SG por FUM Eco

Parto: Cefalovaginal: cesárea

Horas en labor de parto: _____

Tiempo de expulsivo: _____ min

Tiempo de ruptura de membranas: No , <18 , ≥ 18

Atendió parto: Médico Obstetra Enfermera Auxiliar otro _____

Atendió neonato: Médico Obstetra Enfermera Auxiliar otro _____

APGAR: Minuto 1er: _____ 5to: _____

Recibió: Inducto conducción Antibiótico Analgesia Anestesia _____

Sulfato de Mg: No Si por preeclampsia o Eclampsia

FACTORES POSTNATALES

Peso: < 1500 <2500 > 2500

Malformación: No Si Cuál: _____

INGRESO A UCIN

Tiempo de estancia: _____ días

Morbilidad asociada: _____

Mortalidad: No Si Causa: _____

FIRMA (S) DE RESPONSABILIDAD DEL ESTUDIANTE (S) O REPRESENTANTE

