



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

**TRABAJO DE TITULACIÓN PRESENTADO
COMO REQUISITO PARA OPTAR POR EL
GRADO DE MÉDICO**

TEMA:

**NEONATOS PRETERMINOS Y SUS COMPLICACIONES
FRECUENTES, HOSPITAL UNIVERSITARIO DE GUAYAQUIL.
PERIODO MAYO 2014- MAYO 2015**

AUTOR

SARA MARIA FIENCO PARRALES

TUTOR

DR: PEDRO DAVILA TAPIA

GUAYAQUIL – ECUADOR

AÑO 2015 - 2016



Presidencia
de la República
del Ecuador



Plan Nacional
de Ciencia, Tecnología,
Innovación y Saberes



SENESCYT

Secretaría Nacional de Educación Superior, Ciencia,
Tecnología e Innovación

REPOSITORIO NACIONAL EN CIENCIA Y TECNOLOGÍA

FICHA DE REGISTRO DE TESIS

TITULO Y SUBTITULO: NEONATOS PRETERMINOS Y SUS COMPLICACIONES FRECUENTES, HOSPITAL UNIVERSITARIO DE GUAYAQUIL. PERIODO MAYO 2014- MAYO 2015

AUTOR/ES:
SARA MARIA FIENCO PARRALES

REVISORES:
DR PEDRO DAVILA TAPIA

INSTITUCIÓN:
Universidad de Guayaquil

FACULTAD:
Facultad de Ciencias Medicas

CARRERA:
Medicina

FECHA DE PUBLICACIÓN:

N. DE PAGS:

ÁREAS TEMÁTICAS:

PALABRAS CLAVE:

RESUMEN:

El propósito de este trabajo de titulación es determinar las complicaciones que presentaron los neonatos pretermino en el Hospital Universitario de Guayaquil durante el periodo Mayo 2014 – Mayo 2015.

Luego de concluir con los cuadros estadísticos tabulados y guiados con Excel confirmamos que durante el periodo Mayo 2014 – a – Mayo 2015 fueron registrados 241 casos de neonatos pretermino, de los cuales todos presentaron complicaciones, pero la más predominante fue el caso de sepsis bacteriana con un 36% de los casos, luego tenemos el caso de dificultad respiratoria con un 27% de los casos, seguido de la de la ictericia con un 23% de los casos y finalmente neonatos pretermino que presentaron enterocolitis con un 14% de los casos.

N. DE REGISTRO (en base de datos):

N. DE CLASIFICACIÓN:

DIRECCIÓN URL (tesis en la web):

ADJUNTO URL (tesis en la web):

ADJUNTO PDF:

SI NO

CONTACTO CON AUTOR/ES:
SARA MARIA FIENCO PARRALES

Teléfono:
0988722209

E-mail:
Sary_mary2571@hotmail.com

CONTACTO EN LA INSTITUCION:

Nombre: UNIVERSIDAD DE GUAYAQUIL

Teléfono: (04)229-3598

E-mail: www.ug.edu.ec

CERTIFICADO DEL TUTOR

EN MI CALIDAD DE TUTOR DEL TRABAJO DE TITULACIÓN PARA OPTAR EL TITULO DE MEDICO DE LA FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS.

CERTIFICO QUE: HE DIRIGIDO Y REVISADO EL TRABAJO DE TITULACIÓN PRESENTADO POR LA ESTUDIANTE: **SARA MARIA FIENCO PARRALES**

CUYO TEMA DE TRABAJO DE TITULACIÓN ES:

NEONATOS PRETERMINOS Y SUS COMPLICACIONES FRECUENTES, HOSPITAL UNIVERSITARIO DE GUAYAQUIL. PERIODO MAYO 2014- MAYO 2015

REVISADO Y CORREGIDO QUE FUE EL TRABAJO DE TITULACIÓN, SE APROBÓ EN SU TOTALIDAD, LO CERTIFICO:

DR: PEDRO DAVILA TAPIA
TUTOR



UNIVERSIDAD DE GUAYAQUIL
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS
ESCUELA DE MEDICINA

Este Trabajo de Titulación cuya autoría corresponde a **SARA MARIA FIENCO PARRALES** ha sido aprobado, luego de su defensa pública, en la forma presente por el Tribunal Examinador de Grado Nominado por la Escuela de Medicina, como requisito parcial para optar por el título de Médico.

PRESIDENTE DEL TRIBUNAL

MIEMBRO DEL TRIBUNAL

MIEMBRO DEL TRIBUNAL

MIEMBRO DEL TRIBUNAL

SECRETARIA
ESCUELA DE MEDICINA

DEDICATORIA

Dedico este Trabajo de Titulación primeramente a Dios y a la Virgen María quienes son mis protectores día a día, quienes me han brindado la sabiduría para realizarlo y me han guiado por el mejor sendero.

A mis padres quienes me han dado su apoyo incondicional, quienes me han sabido guiar, aconsejar y darme su mano frente a cualquier obstáculo que se me ha presentado, además de ser un ejemplo de lucha y de vida.

AGRADECIMIENTO

Agradezco primeramente a Dios todopoderoso quien me ha iluminado y ha sido mi guía durante estos años de formación profesional.

A mis padres quienes han sido un ejemplo de vida, quienes a pesar de sus adversidades pudieron apoyarme y hacerme crecer día a día, y lograr llegar hasta donde estoy.

A mi Hospital Universitario y al personal que lo conforma por ser mi segundo hogar, brindarme sus apoyos y sus enseñanzas, al personal de estadística quien aportó con la información necesaria para realizar dicha investigación.

Al Dr. Pedro Dávila por ser mi guía y asesorarme a realizar la misma.

RESUMEN

El propósito de este trabajo de titulación es determinar las complicaciones que presentaron los neonatos pretermino en el Hospital Universitario de Guayaquil durante el periodo Mayo 2014 – Mayo 2015.

Luego de concluir con los cuadros estadísticos tabulados y guiados con Excel confirmamos que durante el periodo Mayo 2014 – a – Mayo 2015 fueron registrados 241 casos de neonatos pretermino, de los cuales todos presentaron complicaciones, pero la más predominante fue el caso de sepsis bacteriana con un 36% de los casos, luego tenemos el caso de dificultad respiratoria con un 27% de los casos, seguido de la de la ictericia con un 23% de los casos y finalmente neonatos pretermino que presentaron enterocolitis con un 14% de los casos.

PALABRAS CLAVES: Neonato pretermino, complicaciones

SUMMARY

The purpose of this work is to determine the degree presented complications preterm infants at the University Hospital of Guayaquil during the period May 2014 - May 2015.

After concluding the statistical tables tabulated and guided with Excel we confirm that during the May 2014 period - a - May 2015 were registered 241 cases of preterm infants, all of whom had complications, but the most predominant was the case of bacterial sepsis 36% of cases, then we have the case of respiratory distress in 27% of cases, followed by jaundice with 23% of cases and finally preterm infants who developed enterocolitis with 14% of cases.

KEYWORDS: Preterm Neonate, complications

DECLARACIÓN DE AUTENTICIDAD Y RESPONSABILIDAD

Declaro que los resultados obtenidos en la investigación que se presenta como requisito a la obtención del título son absolutamente originales, auténticos y personales, las responsabilidades que pudieran derivarse de este trabajo competen exclusivamente al autor.

SARA MARIA FIENCO PARRALES

INDICE

Introducción.....	1
CAPITULO I. EL PROBLEMA	
Planteamiento del problema.....	3
Justificación.....	3
Formulación del problema.....	3
Determinación del problema.....	3
Formulación de objetivos generales y específicos.....	3
Objetivo general.....	4
Objetivos específicos.....	4
CAPITULO II. MARCO TEÓRICO	
Fundamentación legal.....	5
Bases teoricas	7
Neoneto pretermino	7
Muerte neonatal.....	7
Prematuros extremos	7
Carácter multifactoral	8
Inicio del parto	8
Colonización del tracto genital	8
Etiología del parto prematuro	9
Clínica del parto prematuro	9
El trabajo de parto pretermino.....	10
Prevención de partos preterminos	11
Prevención primaria	11
Prevención secundaria	12

Antibióticos	12
Incompetencia cervical y cerclaje	13
Prevención terciaria	13
Neonato pretermino	13
Complicaciones del neonato pretermino	14
Sepsis del neonato pretermino	14
Patología respiratoria	15
Oftalmológicos	15
Cardiovasculares	15
Inmunológicos	16
Hematológicos	17
Endocrinos	17
Pronostico neonatal	18
Secuelas y seguimientos	18
Vacunación del pretermino	19
Elaboración de hipótesis	19
Variables de investigación	19
Variables independientes	19
Variables dependientes	19
Variables intervinientes	19

CAPITULO III. MATERIALES Y METODOS

Metodología	20
Lugar de investigación.....	20
Periodo de investigación.....	20

Recursos empleados.....	20
Talento humano.....	20
El universo	21
Muestra	21
Métodos	21
Tipo de investigación	22
Diseño de la investigación	22
Técnicas de la investigación	23
Operacionalizacion de las variables	23
CAPITULO IV. ANALISIS E INTERPRETACION DE RESULTADOS	
Análisis de la información.....	25
Cuadro 1.....	26
Resultados	26
Cuadro 2.....	27
Resultados	27
Cuadro 3	28
Resultados.....	28
CAPITULO V. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES	
Conclusiones.....	29
Recomendaciones.....	29
CAPITULO VI.	
Propuesta.....	30
CAPITULO VII	
Bibliografía.....	31
Anexos.....	36

INTRODUCCIÓN

El neonato pretérmino ha sido y continúa siendo uno de los mayores problemas de morbilidad y mortalidad neonatal. Las complicaciones médicas durante la gestación, como las infecciones del tracto genital, de las vías urinarias, la anemia, preeclampsia o la ruptura prematura de membranas, aumentan las probabilidades de terminar el embarazo antes de la semana 37, del nacimiento de un niño prematuro con bajo peso y, consecuentemente, del incremento en la mortalidad neonatal. **(Velasco-Murillo, 2012)**

El trabajo de parto pretérmino se considera un síndrome caracterizado por el borramiento y dilatación del cuello uterino, o por aumento de la irritabilidad uterina a causa de diversos factores que varían según la edad gestacional, como la infección sistemática e intrauterina, la isquemia uteroplacentaria, la excesiva distensión del útero y las respuestas inmunológicas anormales del feto o la madre. **(Saling.E, 2012)**

La ruptura prematura de membranas es quizá la patología más asociada al parto pretérmino y a complicaciones neonatales, sobre todo cuando hay complicaciones infecciosas que desencadenan corioamnionitis y septicemia neonatal.

Las infecciones del tracto genital y urinario frecuentemente están relacionadas con aumento en la morbilidad materna y perinatal; las más comunes son el trabajo de parto pretérmino, la ruptura prematura de membranas, la anemia hipocrómica y la prematuridad **(Leyva. F, 2009)**

El estudio de neonato pretérmino y sus complicaciones su propósito es medir la prevalencia en el Hospital Universitario por ser un Hospital de referencia donde acuden usuarios del norte y noreste de la ciudad de Guayaquil como también de diferentes provincias del Ecuador. La ruptura prematura de membranas desencadena trabajo de parto espontáneo en más de 90 % de los casos dentro de las primeras 24 horas.

El problema, los neonatos pretérmino, las principales complicaciones neonatales que afrontan son el síndrome de membrana hialina, la hemorragia interventricular y la retinopatía, entre otras **(Mancilla.J, 2010)**

La metodología del estudio será retrospectiva, observacional descriptivo, **El universo** lo conformaran todos los neonatos preterminos suscitados en el periodo estimado para el estudio en el Hospital Universitario de la ciudad de Guayaquil. La muestra estará conformada por todos los neonatos a pretérmino y a término. En lo estadístico en la

presente investigación se procederá a la tabulación de datos, procesamiento y análisis de la información obtenida.

Modelación: como resultado principal de las actividades de investigación se realizan recomendaciones que sirven de base para el desarrollo de nuevas acciones de investigación que pueden contribuir al control y la disminución de nacimiento pretérmino como de los efectos y consecuencias que acarrear al neonato.

CAPITULO I

EL PROBLEMA

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

En los neonatos pretérmino son mucho más frecuentes las complicaciones como el síndrome de dificultad respiratoria, la enterocolitis necrotizante, la hemorragia intraventricular y discapacidades de largo plazo como la parálisis cerebral, la ceguera y la pérdida de la audición, (MJNC, 2013). Por consiguiente, el nacimiento pretérmino se relaciona con gastos importantes de salud pública.

JUSTIFICACIÓN

El estudio del parto pretérmino y las complicaciones que conlleva el neonato con relación a los factores de riesgo. Servirá como guía para la educación de las embarazadas para que aprendan a detectar los signos de alarma de un parto pretérmino para disminuir las complicaciones de los neonatos pretérmino.

DETERMINACIÓN DEL PROBLEMA

Tema: Neonatos pretérminos y sus complicaciones frecuentes, hospital universitario de Guayaquil.

Objeto de estudio: Los neonatos pretérmino

Campo de acción: complicaciones en los neonatos pretérmino en relación a los factores de riesgo y sus condiciones

Área: Hospital Universitario de Guayaquil área de maternidad

Período: Mayo 2014-mayo-2015

FORMULACIÓN DEL PROBLEMA

¿Cuáles son las complicaciones frecuentes en los neonatos pretérminos en el hospital universitario de Guayaquil en el periodo mayo 2014- mayo 2015?

FORMULACIÓN DE OBJETIVOS

OBJETIVO GENERAL

Determinar las complicaciones de los neonatos pretérminos en el Hospital Universitario de la ciudad de Guayaquil en el periodo 2014 mayo 2015

OBJETIVOS ESPECÍFICOS:

1. Caracterizar la población de las madres con nacimientos de neonatos pretérminos.
2. Calcular la cantidad de neonatos pretérmino.
3. Establecer a la significancia entre factores de riesgo y complicaciones de los neonatos pretérmino.

CAPITULO II

MARCO TÉORICO

ANTECEDENTES DE INVESTIGACIÓN

El parto pretérmino: detección de riesgos y tratamientos preventivos en el estudio realizado por (Althabe. F, 2009) Publica en los registros del sistema de salud público de la ciudad de Rosario, Argentina, la cifra correspondiente a nacimientos pretérmino — definidos como los que ocurren antes de la 37.a semana de gestación— ha llegado hasta 78%.

La información originada en países industrializados revela valores similares, con nacimientos pretérmino que contribuyen de 69 a 83% de las muertes neonatales(MJNC, 2013) Gran parte de la morbilidad perinatal grave también se asocia con esos nacimientos

En el estudio: Factores de riesgo materno asociados al parto pretérmino realizado por (Calderón .J, 2005) no hubo diferencia estadísticamente significativa en la edad, vía de interrupción del embarazo e incidencia de preeclampsia-eclampsia. Los factores asociados al parto pretérmino con diferencia significativa ($p \leq 0.05$) fueron el peso y la talla materna, la ruptura prematura de membranas, la cervicovaginitis, la hiperemesis gravídica, la infección de vías urinarias y la anemia. Y concluye que: con excepción del síndrome de preeclampsia-eclampsia, la incidencia de parto pretérmino así como sus factores asociados fueron similares a los encontrados en la literatura

El parto pretérmino se divide en tres subgrupos según (Keril G, 2010) : a) Edad gestacional entre 32 y 37 semanas, 70% de los casos; b) Edad entre 28 y 32 semanas, 20%; c) Edad menor de 28 semanas (recién nacidos inmaduros), 10%. En la actualidad la incidencia de bajo peso al nacer en Centroamérica es del 10,4% y en Costa Rica es del 7,0%. (Keril G, 2010)

El parto prematuro es la principal causa de mortalidad neonatal y morbilidad neurológica a corto y largo plazos. Este problema de salud tiene un costo económico y social considerable para las familias y los gobiernos. Según (Villanueva E, 2008)Su

frecuencia varía entre 5 y 12% en las regiones desarrolladas del mundo, pero puede ser de hasta 40% en las regiones más pobres. Tiene muchas causas y el principal factor de riesgo es el antecedente de parto prematuro, además de la vaginosis bacteriana que se asocia con corioamnionitis. No obstante que varias características maternas se relacionan con el padecimiento, en muchos casos sus causas no son claras; sin embargo, la influencia de las enfermedades infecciosas, sobre todo las intrauterinas, es muy importante.

El acceso a un control prenatal temprano y adecuado es particularmente relevante para muchas mujeres con alto riesgo de parto prematuro: madres jóvenes, pobres y sin apoyo social. Palabras clave: parto prematuro, epidemiología, factores de riesgo, costos(Villanueva E, 2008)

Se realizó un estudio de casos y controles por (Fajardo R, 2008) en el Hospital Ginecoobstétrico "América Arias", que abarcó el período 2004-2006, con el objetivo de identificar la asociación del bajo peso al nacer con algunos factores de riesgo conocidos de esta entidad. El grupo de estudio estuvo constituido por 108 mujeres residentes en Centro Habana, que parieron un recién nacido vivo bajo peso, y el grupo control por 216 mujeres, que tuvieron un neonato normopeso. De los recién nacidos bajo peso, un 65 % fueron pretérmino, un 39 % CIUR y un 4 % presentó la combinación de ambas entidades.

Se demostró(Fajardo R, 2008) que existe relación entre el bajo peso al nacer y las edades maternas menor de 20 (14,8 % de los casos) y mayor de 35 años (23,1 % de los casos), la baja talla materna (15,7 % de los casos), la baja escolaridad (17,5 % de los casos), el antecedente materno de hijo con bajo peso (13,8 % de los casos), el período intergenésico corto (69,4 % de los casos), el hábito de fumar (60,1 % de los casos), la desnutrición materna al inicio de la gestación (58,3 % de los casos) y la ganancia materna insuficiente de peso durante el embarazo (54,6 % de los casos).

El asma bronquial (13,8 %), la hipertensión arterial crónica (12,9 %), la preeclampsia (18,5 %) y la anemia (18,5 %) fueron las enfermedades más frecuentes encontradas en el grupo de estudio.(Fajardo R, 2008)

BASES TEÓRICAS

NEONATO PRETÉRMINO

La Organización Mundial de la Salud (OMS) define el neonato pretérmino (NPT) como aquel que acontece antes de las 37 semanas completas o 259 días desde la fecha de última regla. A pesar de los notables avances en medicina perinatal, este constituye todavía la principal causa de morbilidad y mortalidad perinatales.

Por ello, uno de los objetivos prioritarios de la asistencia perinatal es la prevención de la prematuridad, tanto desde el punto de vista de la identificación de las gestantes de riesgo como en la mejoría en el control y tratamiento de las gestantes con amenaza de parto pretérmino. (Cabero.L, 2014)

MUERTE NEONATAL

Como se describe en la bibliografía, la prematuridad continúa siendo la causa más frecuente de muerte neonatal y representa aproximadamente 75 % de la mortalidad en esta etapa, así como cerca de la mitad de la morbilidad neurológica a largo plazo. Así, en América Latina nacen cada año unos 12 millones de niños: 400 000 mueren antes de cumplir 5 años; 270 000 en el primer año de vida; 180 000 durante el primer mes y 135 000 por parto prematuro.(Goldenberg RL, 2008)

PREMATUROS EXTREMOS

La situación es aún más grave en los prematuros extremos (menos de 32 semanas de embarazo), entre quienes una quinta parte no sobrevive el primer año y hasta 60 % de los supervivientes tiene discapacidades neurológicas(Stacy Beck DW, 2010) (problemas de lenguaje y aprendizaje, trastorno por déficit de atención, dificultades socioemocionales, deterioro sensorial, visual y auditivo, retraso mental y parálisis

cerebral), de lo anterior, además de la pérdida de vidas, el nacimiento prematuro representa costos económicos y emocionales considerables para las familias y las comunidades

CARÁCTER MULTIFACTORIAL

Se conoce que el nacimiento pretérmino tiene un carácter multifactorial, puesto que en su ocurrencia intervienen enfermedades maternas, embarazos múltiples originados por técnicas de reproducción asistida e inductores de la ovulación, infecciones, estilos de vida y diferentes situaciones sociales, elementos básicos en su génesis.(Méndez, 2013)

La colonización del tracto genital femenino y la consiguiente respuesta inflamatoria están relacionadas en la amenaza de parto pretérmino, rotura prematura de membranas y parto pretérmino.(Feneite.P, 2013)

EL INICIO DEL PARTO

El inicio del parto se debe, en parte, a la liberación de prostaglandinas (PG) localmente en la interfase corion-decidual que actúan sobre el miometrio y provoca las contracciones uterinas. Estas PG proceden del amnios, de la decidua y, en los casos de infección, de los gérmenes productores de fosfolipasa A2 que las liberan al actuar sobre el ácido araquidónico y del sistema inmune monocitomacrófago que se activa en la infección.

LA COLONIZACIÓN DEL TRACTO GENITAL

De hecho, la colonización del tracto genital por determinados gérmenes como estreptococo beta hemolítico, Bacteroides fragilis, Gardnerella vaginalis, Chlamydia, Trichomonas vaginalis y anaerobios, se correlaciona con una mayor incidencia de rotura prematura de membranas y PPT.(Castillo V, 2011)El trabajo que se presenta tiene como finalidad mostrar la incidencia del parto pretérmino, las principales causas que lo ocasionan, así como la morbilidad y mortalidad neonatales que genera. (Cabero.L, 2014)

ETIOLOGÍA DEL PARTO PREMATURO

La prematuridad es el resultado de tres entidades clínicas, cada una de las cuales es responsable de alrededor de un tercio del total de partos prematuros:

1. Parto prematuro idiopático que resulta del inicio espontáneo del trabajo de parto.
2. Rotura prematura de membranas (RPM).
3. Parto prematuro por indicación médica o iatrogénico, que resulta de la interrupción prematura del embarazo por patología materna y/o fetal.

La evidencia clínica y de laboratorio sugiere que distintos procesos patológicos llevan a una vía final común que resulta en un parto prematuro.

Los procesos mejor identificados son:(Donoso B, 2012)

1. Activación del eje hipotalámico-hipofisario-adrenal materno (el stress se asocia a este proceso).
2. Infección intraamniótica (es el factor causal mejor estudiado y que ha servido de modelo para el estudio de los otros procesos identificados).
3. Hemorragia decidual o isquemia (reducción del flujo sanguíneo a la unidad uteroplacentaria).
4. Sobredistensión uterina.
5. Disfunción del cuello uterino.
6. Anormalidad inmunológica que altera la compatibilidad antigénica feto-materna.
7. Drogas y toxinas.(Donoso B, 2012)

CLÍNICA DELPARTO PREMATURO

El síntoma o amenaza de nacimiento prematuro es una de las causas más frecuentes de hospitalización durante el embarazo, pero identificar dentro de este grupo de pacientes al subgrupo que efectivamente tendrá un parto de pretérmino es un gran desafío. En una revisión sistemática se encontró que en alrededor del 30% de los casos las contracciones cesaban espontáneamente. Otros autores han reportado que alrededor del 50% de los ingresos por este diagnóstico terminan en un parto de término(Donosos B, 2012)

Los criterios diagnósticos de trabajo de parto prematuro según las guías conjuntas de cuidado perinatal de la American Academy of Pediatrics y American College of Obstetricians and Gynecologists son: contracciones uterinas dolorosas (4 en 20 minutos u 8 en 60 minutos), acompañadas de cambios cervicales (borramiento cervical de al menos 80% o dilatación mayor o igual a 2 cm).(Donoso B, 2012)

La detección de modificaciones cervicales (orificio cervical interno dilatado) mediante tacto vaginal en el segundo trimestre del embarazo es considerado el factor de riesgo único más importante para parto prematuro. En años recientes, la medición ultrasonográfica de la longitud cervical ha reemplazado a la evaluación digital, porque ha demostrado ser un mejor predictor de parto prematuro y porque permite su comparación entre diferentes observadores, así como evaluar sus cambios a lo largo del tiempo.(Donoso B, 2012)

La longitud cervical ha demostrado tener mejor valor predictivo para parto prematuro en todas las poblaciones estudiadas, incluso en mujeres asintomáticas, con conizaciones previas, malformaciones müllerianas o legrados uterinos en embarazos anteriores(Donosos B, 2012)

A continuación una serie de condiciones que constituyen factores predisponentes para neonato prematuro (ver Tabla I).

Tabla I.

Condiciones que constituyen factores predisponentes para neonatos pretermino.

Factores de riesgo	Condiciones
Stress	Soltera Bajo nivel socioeconómico y/o educacional Ansiedad o depresión Eventos estresantes (divorcio, muerte, etc.) Cirugía abdominal durante el embarazo
Fatiga ocupacional	Trabajo de pie Uso de maquinaria industrial Agotamiento físico
Sobredistensión uterina	Embarazo múltiple Polihidroamnios Malformaciones uterinas o miomas Diethylstilbestrol

Factores cervicales	Historia de aborto del segundo trimestre Historia de cirugía cervical Dilatación o borramiento cervical prematuro
Infección	Enfermedades de transmisión sexual Pielonefritis Infección sistémica Bacteriuria Enfermedad periodontal
Patología placentaria	Placenta previa Abruptio placentae Sangrado vaginal
Misceláneas	Parto prematuro previo Abuso de sustancias y/o tabaquismo Edad materna (< 18 o > 40 años) Raza afroamericana Desnutrición Control prenatal inadecuado Anemia (hemoglobina < 10g/dl) Excesiva contractibilidad uterina
Factores fetales	Malformaciones congénitas Restricción del crecimiento intrauterino

Fuente:(Donoso B, 2012)

EL TRABAJO DE PARTO PRETÉRMINO

El trabajo de parto pretérmino es un síndrome estípula (Espinoza.J, 2008) que puede estar asociado a infección, injurias vasculares, sobredistensión uterina, un reconocimiento alogeneico anormal, estrés, alteraciones hormonales u otro proceso patológico aún no descrito. Las intervenciones orientadas a corregir el incremento en la contractibilidad uterina (tocólisis), cambios cervicales (cerclaje) o activación de las membranas y/o decidua en pacientes con parto pretérmino, sin considerar los mecanismos subyacentes, han sido responsables del limitado avance en la prevención y tratamiento del parto pretérmino.

LA PREVENCIÓN DE PARTOS PRETÉRMINO

PREVENCIÓN PRIMARIA

Representa lo que debe hacerse en toda la población de embarazadas con el objetivo de reducir la ocurrencia de parto prematuro. Ella incluye la determinación de factores de

riesgo en la población general y el control prenatal adecuado, así como la consejería y la educación que correspondan.

En cuanto a exámenes complementarios la práctica de urocultivo para el diagnóstico de infección urinaria asintomática o bacteriuria asintomática es fundamental. A partir del año 2011 algunos autores han propuesto la realización de ultrasonografía transvaginal para medir rutinariamente la longitud del cuello uterino. Esto es discutible y no todos participamos de esta idea.

PREVENCIÓN SECUNDARIA

Corresponde a las medidas a implementar en la población de alto riesgo de parto prematuro, seleccionada así por la presencia de factores de riesgo (ver Tabla I).

Las medidas generales incluyen control especializado (especialistas en medicina materno-fetal), educación pertinente, reducción de actividad física y laboral, y control de los factores de riesgo presentes susceptibles de ser modificados.

En este grupo se han evaluado la utilización de marcadores bioquímicos (fibronectinacérvico-vaginal) y la monitorización electrónica de la actividad uterina, pero ellos no constituyen parte del manejo habitual y su utilidad real ha sido discutida en la literatura de la especialidad.(Nagy S, 2013)

Antibióticos

Deben usarse antibióticos según (Leigh J, 2012) en casos de: infección urinaria, vaginosis bacteriana, *Chlamydia trachomatis*, *Mycoplasma hominis* y *Ureaplasma urealyticum*. El tratamiento de la enfermedad periodontal forma parte de los programas de salud vigentes en Chile, si bien la asociación de ella con parto prematuro y la eventual reducción de éste con su tratamiento, son hoy discutidos y considerados inciertos.(Romero R, 2011)

Incompetencia cervical y cerclaje

La incompetencia cervical se caracteriza por la dilatación progresiva del cuello uterino en ausencia de contracciones uterinas. Esta condición es causa de aborto de segundo trimestre y parto prematuro.(Doren. V, 2012)

Progesterona

La progesterona ha sido conocida tradicionalmente como la hormona responsable de la mantención del embarazo. Hoy sabemos que en pacientes con parto prematuro previo o con cuello uterino menor de 15 mm de largo, su uso como caproato de hidroxiprogesterona IM o como progesterona micronizada intravaginal reduce en un 50% el riesgo de un nuevo parto prematuro, cuando se utiliza desde las 18 a 22 semanas de embarazo hasta las 36 semanas aproximadamente.(Meis PJ, 2013)

PREVENCIÓN TERCIARIA

El tratamiento clásico de la amenaza de parto prematuro o trabajo de parto prematuro consiste en reposo, tocolíticos (sustancias inhibidoras de las contracciones uterinas) e inducción de madurez pulmonar fetal. La terapia tocolítica generalmente frena la dinámica uterina en forma temporal, pero no remueve la causa o estímulo que inició el proceso del trabajo de parto, por lo que no es esperable que ella prolongue el embarazo por semanas.(Royal College of Obstetricians and Gynaecologists, 2008)

NEONATO PRETERMINO

Recién nacidos prematuros tardíos, nacidos en 34-36 + 6 semanas de gestación, son fisiológicamente más inmaduro que recién nacidos a término. Como consecuencia, tienen un mayor riesgo de morbilidad y mortalidad. Desde los resultados de salud de la prematuridad puede cambiar dependiendo de factores locales que hemos propuesto determinar los problemas médicos a corto plazo de estos recién nacidos en nuestro hospital(Rojas.F, 2011)

COMPLICACIONES DEL NEONATO PRETERMINO

En la literatura se define al neonato pretérmino extremadamente bajo peso (RNPT-EBP) como al menor de 1 000 g al nacer. La contribución de este hecho a la morbilidad y mortalidad es alta, debido a las características fisiológicas y anatómicas de estos, entre ellas, la deficiente termorregulación, la dificultad en su nutrición, las necesidades especiales de líquidos y electrolitos, el deficiente control metabólico, la falta de madurez orgánica (especialmente pulmonar) y la mayor susceptibilidad a las infecciones. Sin embargo, las alternativas actuales de tratamiento, como el uso prenatal de corticoides o el uso de surfactante pulmonar exógeno, contribuyen a mejorar la supervivencia y la calidad de vida de estos y a reducir la edad mínima de viabilidad a 23 semanas de gestación.(Christensson K, 2011)

En las estadísticas mundiales se reporta que 1 de cada 10 recién nacidos bajo peso son RNP-EBP y que es muy bajo el porcentaje de todos los nacimientos (menos de 0,7 %). Sin embargo, este grupo constituye el 20 a 50 % de todos los niños que fallecen antes del año de vida.(Fanaroff AA, 2011)

SEPSIS NEONATO PRETERMINO

Algunos autores, como *Mc Court*¹² y *Fleisher*,¹⁰ justifican la elevada incidencia de sepsis en estos niños tan pequeños e inmaduros, condicionadas por la infección perinatal, la inmadurez del sistema inmunitario, la disminución de las defensas naturales, la prolongada hospitalización, las complicaciones iatrogénicas relacionadas con la terapia intensiva y los estados prolongados, dada la enfermedad de base.(Gracia .Y, 2012)

PATOLOGÍA RESPIRATORIA

La función pulmonar del pretérmino 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 patología respiratoria es la primera causa de morbi-mortalidad del pretérmino y viene representada por el distres respiratorio por déficit de surfactante o enfermedad de Membrana Hialina. Otras patologías neumopáticas posibles son evolutivas como el neumotorax, la hipertensión pulmonar, aclectasia, enfisemas intersticial, neumatoceles, edema de pulmón, neumonías infecciosas o aspirativas etc., (Mellor A, 2010)

PATOLOGÍA NEUROLÓGICA

La inmadurez es la constante del SNC del pretérmino, 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 (Lopez Maestro M, 2006)

Su frecuencia en pretérmino con peso inferior a 750 gr. supera el 50%, mientras que baja al 10% en los de peso superior a 1250 gr. (Romero R, 2011)

OFTALMOLÓGICOS

Los pretérmino son una población de riesgo oftalmológico por el potencial daño de las áreas visuales centrales y por la prevalencia de alteraciones de la refracción, por lo que deben de ser revisados periódicamente.

En los datos del Grupo SEN 1500, (Solimano, 2007) existe algún grado de ROP en el 11% de los pretérmino con peso inferior a 1500 gr, pero solo requiere tratamiento quirúrgico un 4,4 %; datos similares son publicados en años anteriores y series amplias hospitalarias. (Solimano, 2007)

CARDIOVASCULARES

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 cardíaca. La tensión arterial media debe ser igual o superior a la EG, del pretérmino como regla general. El controvertido tratamiento actual incluye el uso de drogas vasoactivas (Dopamina o Dobutamina o Adrenalina y /o hidrocortisona)) y de suero fisiológico como expansor de volumen (10- 20 ml /kg), ambos usados con indicación estricta. (Maisels J.F, 2010)

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. La prematuridad es el factor de riesgo individual más importante para la presentación de Enterocolitis Necrotizante en cuya patogenia se mezclan factores madurativos, vasculares, hipoxémicos e infecciosos. La gravedad de esta entidad hace necesario su diagnóstico y tratamiento precoz.(Bogges KA, 2005)

INMUNOLÓGICOS

El sistema inmune del recién nacido pretérmino, 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. Las infecciones antenatales, de origen vírico (citomegalovirus, rubéola, herpes...), bacteriano (lues , tuberculosis) o parasitario (toxoplasmosis) forman un capítulo que se encuentra asociado con cierta frecuencia a neonatos de bajo peso, acompañando de sintomatología específica propia, a menudo séptica o pseudoséptica.(Mellor A, 2010)

INMUNOLÓGICOS

La termorregulación está afectada por un metabolismo basal bajo con escasa producción de calor, disminución de la reserva grasa corporal, un aumento de la superficie cutánea relativa y deficiente control vasomotor, que condicionan una conducta poiquiloterma con mayor tendencia a la hipotermia que a la hipertermia.

Metabolismo hidrosalino: El agua representa más del 80% del peso corporal del recién nacido pretérmino, que es portador de inmadurez renal que le impide la reabsorción correcta del sodio y agua filtrada, junto con incompetencia para la excreción de valencias ácidas y el adecuado equilibrio de la excreción de fósforo y calcio. Las necesidades hídricas son elevadas y deben manejarse los aportes controlados, porque las sobrecargas se encuentran implicadas broncodisplasia (Goldenberg R L, 2003)

HEMATOLÓGICOS

La serie roja del pretérmino tiene valores promedios inferiores a los del recién nacido a término, con una tasa de eritroblastos aumentada. Se produce un descenso progresivo de los hematíes, producida por la hemólisis fisiológica sumada a las extracciones hemáticas repetidas. La reposición periódica con aliquotas de concentrado de hematíes es frecuentemente requerida en los preterminos de muy bajo peso. La anemia tardía del pretermino, más allá de los 15 días de vida asocia a la iatrogénica un componente hiporregenerativo medular. La serie blanca del recién nacido pretermino es muy variable y sus alteraciones no son específicas. Las plaquetas al nacimiento están en rango de la normalidad. La plaquetopenia evolutiva se asocia a la sepsis y puede ser signo precoz de candidemia en preterminospaucisintomáticos. (Perez Rodriguez, 2007)

ENDOCRINOS

Tiroides: se detectan signos de hiperfunción tiroidea, que puede encubrir un hipotiroidismo subyacente; Así mismo en preterminos gravemente enfermos se puede producir un hipotirosinemia transitoria. Debe realizarse un cribaje tiroideo a los 3 días de vida y repetirlo con un mes de intervalo, como práctica asistencial rutinaria. Existe

diferencias en otras glándulas endocrinas, como la suprarrenal, la hipófisis, el desarrollo gonadal etc., que se encuentran en estadios madurativos incompletos. La trascendencia clínica es variable, como la inadecuada secreción de esteroides suprarrenales que puede ser responsable de las alteraciones hidroelectrolíticas.(Vidaeff A, 2006)

PRONOSTICO NEONATAL

La mortalidad neonatal es aun elevada en el recién nacido pretermino, a pesar de la mejoría de la asistencia perinatal con valores globales del 4-6 %, con una gran variación dependiente del grado de prematuridad. La mortalidad neonatal analizada en nuestro medio, para la última década del siglo XX, fue del 4,22%, el 87 % estaba constituida por recién nacidos pretermino y más del 50% de los neonatos fallecidos presentaban un peso al nacimiento inferior a 1500 gr.(Evans.N, 2006)

En los datos del 2006 (Lopez Maestro M, 2006) la mortalidad varía según el peso y la edad gestacional, alcanzando en los extremos mortalidad superior al 90% para los preterminos con E.G. de 24 s que desciende conforme avanza la EG, a las 28 s. es del 13% e inferiores al 7% con EG superior a 29-30 s. Cuando se establece el peso al nacimiento como referencia, la tasa de mortalidad neonatal es superior al 70 % por debajo de los 750 gr., de 750-1000 gr. el 19 %, y entre 1001-1500 gr desciende al 5.3 %

SECUELAS Y SEGUIMIENTO

Dada la mayor frecuencia de alteraciones del desarrollo en la población de preterminos, se hace necesario establecer programas de seguimiento protocolizados en especial para los preterminos de menor peso. Resumimos a continuación los cuidados que deben seguirse.(Carlos Castesana Y, 2005)

- Atención a la discapacidad motora, sensorial y dificultades para el aprendizaje
- Atención nutricional y seguimiento de su crecimiento
- Integración socio-familiar: a menudo en ambientes problemáticos desde el punto de vista social, económico o cultural, con conductas parenterales variadas que frecuentemente tienden a la sobreprotección.

- Las infecciones respiratorias de vías altas repetidas condicionan frecuentes reingresos, en especial en los pacientes afectos de broncodisplasia
- Mayor incidencia de angiomas cutáneos, tuberosos o en fresa, en crecimiento durante los primeros meses de vida
- La aparición de hernias inguinoescrotales, son más frecuentes cuanto menor es la edad de gestación

VACUNACIONES DEL PRETERMINO

Los niños prematuros, como regla general, deben recibir las vacunas a la misma edad cronológica y con las mismas pautas y dosis que sus coetáneos, cualquiera que sea su edad gestacional.(Cardesa-Garcia J.J., 2009)

ELABORACIÓN DE HIPÓTESIS

Identificando los neonatos pretérmino y las complicaciones más frecuentes en el Hospital Universitario, se podrán aplicar estrategias en atención médica para disminuir las secuelas que causan estas complicaciones.

VARIABLES DE INVESTIGACIÓN

INDEPENDIENTES

Neonato pretérmino.

VARIABLES DEPENDIENTES

Las complicaciones.

VARIABLES INTERVINIENTES

Factores de riesgo y sus condiciones en Grupo de estudio

CAPÍTULO III

MATERIALES Y MÉTODOS

METODOLOGÍA

La presente investigación es de enfoque cuantitativo de diseño no experimental; transversal siguiendo un método observacional y correlacional.

LUGAR DE LA INVESTIGACIÓN

El estudio se realizará En el Hospital Universitario de la ciudad de Guayaquil Vía Perimetral Km 23.5, En el mes de Abril del 2005, se inaugura la primera fase de atención con los servicios de Consulta Externa en la Unidad Gineco Obstétrica Perinatólogica, atendiendo en esta fase únicamente a los servidores universitarios y sus familiares. En Julio del mismo año se realiza la inauguración de los servicios para toda la comunidad. En Enero del 2006, se procede a la transformación de la Unidad Gineco Obstétrica Perinatólogica, en Hospital general. En esta nueva etapa se aperturan nuevos servicios en Consulta Externa, atención extendida e inicia la planificación para la apertura de hospitalización general. El 17 de mayo de 2013 se dio el traspaso, de la Universidad de Guayaquil al Ministerio de Salud Pública, de la administración del Hospital Universitario

PERÍODO DE LA INVESTIGACIÓN

Este estudio se realizara el primer trimestre del año 2016.

RECURSOS EMPLEADOS

Talento Humano

Investigadora – Tutor

Recursos Físicos

Insumos de oficina

Datos estadísticos de la Entidad de salud

EL UNIVERSO

Lo conforma los neonatos pretérminos que se han producido en el periodo 2014- mayo 2015 en el en el área de maternidad del Hospital Universitario.

MUESTRA

Para la obtención de la muestra en el estudio se empleó criterio de inclusión y exclusión en los datos obtenidos de las estadísticas del área de maternidad del hospital.

Criterio de Inclusión.

Todos los neonatos pretérmino que se hayan atendido en el 2014- mayo 2015

Criterio de Exclusión

Todos los neonatos a término que se hayan atendido periodo 2014- mayo 2015

MÉTODOS

Métodos Teóricos

Estos métodos se utilizaron para la construcción y desarrollo de la teoría científica y de esta forma introducirse en el problema científico que se aborda. Se aplicaron los siguientes métodos (Gonzales, Báez, García, & Ruiz, 2012):

Inductivo - deductivo: al abordar los resultados obtenidos de los estudios bibliográficos y documentales que se realizaron, se logró el desarrollo de la investigación propuesta, con lo cual se fueron desarrollando los aspectos básicos de la estructuración del anteproyecto de la tesis, que se hizo realidad con la definición de la variable independiente (Las complicaciones) como indicador para identificar este problema de salud pública en el Hospital Universitario.

Analítico - sintético: este método estará presente a lo largo de toda la investigación, lo que nos permitirá diagnosticar y sintetizar el presente estudio, siendo utilizado desde

la revisión bibliográfica y documental del presente trabajo, hasta la formulación de los aspectos teóricos básicos sobre el tema abordado.

Método del tránsito de lo abstracto a lo concreto: en el presente trabajo de investigación los aspectos parciales y los elementos individuales relacionados entre sí se dirigen al ascenso de lo concreto.

Modelación: debido a que por el motivo que como resultado principal de las actividades de la investigación se realizan recomendaciones que sirven de base para el desarrollo de nuevas acciones de investigación que pueden contribuir a mejorar la prevención, el control y la disminución de los efectos dañinos causados por esta causa de amplia distribución mundial y de considerable nivel de prevalencia

Histórico - lógico: este método está dado porque se inicia de una revisión exhaustiva de la evolución en el conocimiento que ha tenido los nacimientos pretérmino y las consecuencias que afrontan los neonatos y su entorno familiar desde hace muchos años y se relaciona con el desarrollo desde el inicio de la especie humana

Revisión de la documentación: fue meticulosa, en referencia a la importancia, repercusión, y magnitud de la situación a nivel mundial del problema que se investigara y el interés que significa para lograr conseguir un mejor nivel de vida al neonato y su entorno y disminuir los efectos que acarrea un neonato prematuro

Métodos Estadísticos: Cumplen una función de mucha importancia en la presente investigación que se efectuará, tabulación, procesamiento y análisis de los datos obtenidos en la investigación

TIPO DE INVESTIGACIÓN

Retrospectiva, Observacional, Descriptivo

DISEÑO DE LA INVESTIGACIÓN

No experimental.

TÉCNICA DE LA INVESTIGACIÓN

- La investigación se realizará mediante la revisión de los archivos estadísticas del hospital de historias clínica de los nacimientos a término atendidos en el periodo 2014- mayo 2015
- Se creara una base de datos para la recopilación de la información requerida para el estudio
- Par el análisis estadístico se hará uso del programa estadístico SPS versión 22 de IBM

VIABILIDAD

Este trabajo de titulación es un estudio viable porque tiene la aprobación del Departamento de Docencia e Investigación del Sistema Hospitalario-Docente de la Universidad de Guayaquil, que permitió al acceso a las historias clínicas. Cuenta con el Área de Emergencia y Consulta Externa Pediátrica. Del mismo modo se cuenta con el personal de Salud (Residente, especialistas y enfermeras), equipos, tratamientos y materiales necesarios para dicha investigación. Además laboré en la Institución en calidad de interna de Medicina.

OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES

Variabes	Definición Conceptual	Definición Operacional	Dimensiones	Indicadores
Dependiente Neonatospretérmino	Se considera neonato prematuro o pretérmino todo parto que se produce antes de completarse la semana 37 de gestación	Se denomina neonato a término los neonatos que nacen entre las 37y 40 semanas de gestación	-Nacidos entre 34-30 semanas de gestación denominados pretérmino -Los nacidos entre 37-40 son los nacidos a termino	Semanas de gestación

<p>NDEPENDIENTE</p> <p>Complicaciones neonato pretérmino</p>	<p>Son eventos adversos de morbimortalidad a los que se enfrentan los nacidos pretérmino</p>	<p>Respiratoria- Neurológica- Oftalmológicos- Cardiovasculares- Gastrointestinales: Inmunológicos - Endocrinos- Hematológicos Sepsis</p>	<p>Factores Endógenos (propios del neonato) Exógenos (ligados al ambiente) Predisponentes (que hacen vulnerable al neonato). Precipitantes (que inician el fenómeno patológico)</p>	<p>1-Edad gestacional 2.-Peso neonato</p>
---	--	---	---	---

CAPITULO IV

ANALISIS E INTERPRETACION DE RESULTADOS

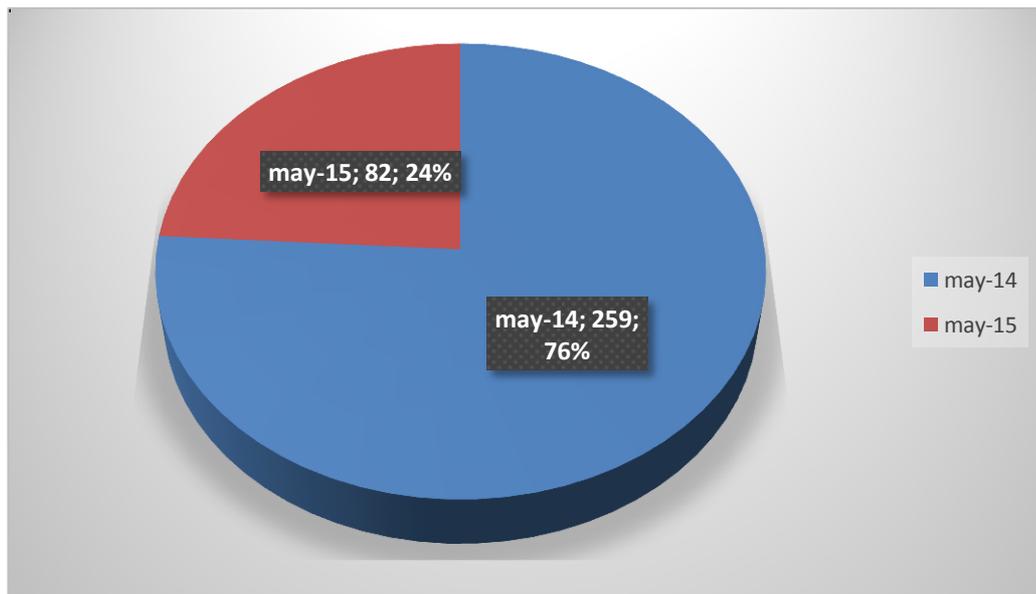
ANÁLISIS DE LA INFORMACIÓN

El presente trabajo de titulación que está diseñado bajo la normativa exigida y con datos estadístico del Hospital Universitario de Guayaquil, se procede a esquematizar encadenados con Excel los diferentes resultados que fueron extraídos del departamento de estadística del Hospital ya mencionado.

Este trabajo de titulación esta basado en la información contenida de las historias clínicas de los pacientes registrados por el Hospital Universitario de Guayaquil dentro del periodo Mayo 2015 – Mayo 2016.

CUADRO 1.

CUADRO RERESPRESENTATIVO EN LA QUE SE DETERMINA EL UNIVERSO TOTAL DE LOS NEONATOS PRETERMINOS REGISTRADOS POR EL HOSPITAL UNIVERSITARIO DE GUAYAQUIL DURANTE EL PERIODO MAYO 2014 – MAYO 2015.



PERIODO	N. DE PACIENTES	PORCENTAJE
MAYO – 2014	259	76 %
MAYO - 2015	82	24%
TOTAL	241	100%

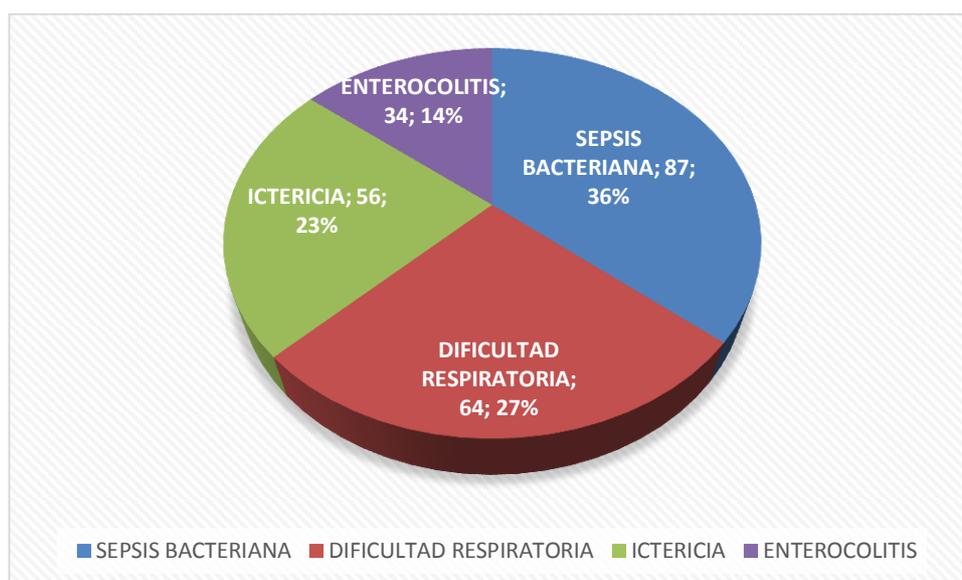
FUENTE: Estadísticas del Hospital Universitario.

SINTESIS.

En esta representación gráfica y de acuerdo a los datos estadísticos del Hospital ya mencionado, confirmamos el universo de neonatos pretermino registrados durante el periodo Mayo 2014 – a Mayo 2015, y tenemos que son 241 casos confirmados.

CUADRO 2.

COMPLICACIONES MAS FRECUENTES QUE PRESENTARON LOS NEONATOS PRETERMINOS REGISTRADOS POR EL HOSPITAL UNIVERSITARIO DE GUAYAQUIL DURANTE EL PERIODO MAYO 2014 – MAYO 2015.



COMPLICACION	PACIENTES	PORCENTAJE
SEPSIS BACTERIANA	87	36%
DIFICULTAD RESPIRATORIA	64	27%
ICTERICIA	56	23%
ENTEROCOLITIS	34	14%
TOTAL	241	100%

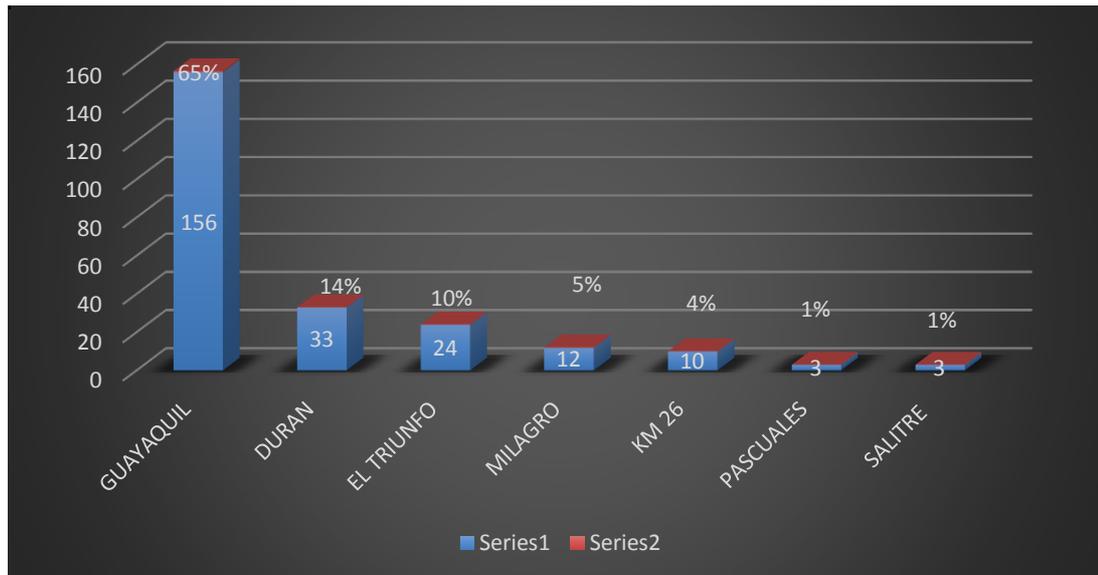
FUENTE: Estadística Hosp. Universitario.

SINTESIS:

En esta representación gráfica podemos confirmar que del total de pacientes en estudio que son 241 casos dentro del periodo, todos presentaron complicaciones, predominando con un mayor porcentaje sepsis bacteriana con 87 pacientes equivalente al 36%, seguido de la dificultad respiratoria con 64 pacientes equivalente al 27%, luego tenemos los neonatos pretermino que presentaron ictericia con 56 casos equivalente a 23%, y finalmente los que presentaron enterocolitis con 34 casos equivalente al 14%.

CUADRO 3.

DIFERENTES PROCEDENCIAS DE MADRES DE NEONATO PRETERMINO QUE ACUDIERON Y FUERON REGISTRADOS POR EL HOSPITAL UNIVERSITARIO DE GUAYAQUIL DURANTE EL PERIODO MAYO 2014 – MAYO 2015.



Columna1	Columna2	Columna3
GUAYAQUIL	156	65%
DURAN	33	14%
EL TRIUNFO	24	10%
MILAGRO	12	5%
KM 26	10	4%
PASCUALES	3	1%
SALITRE	3	1%

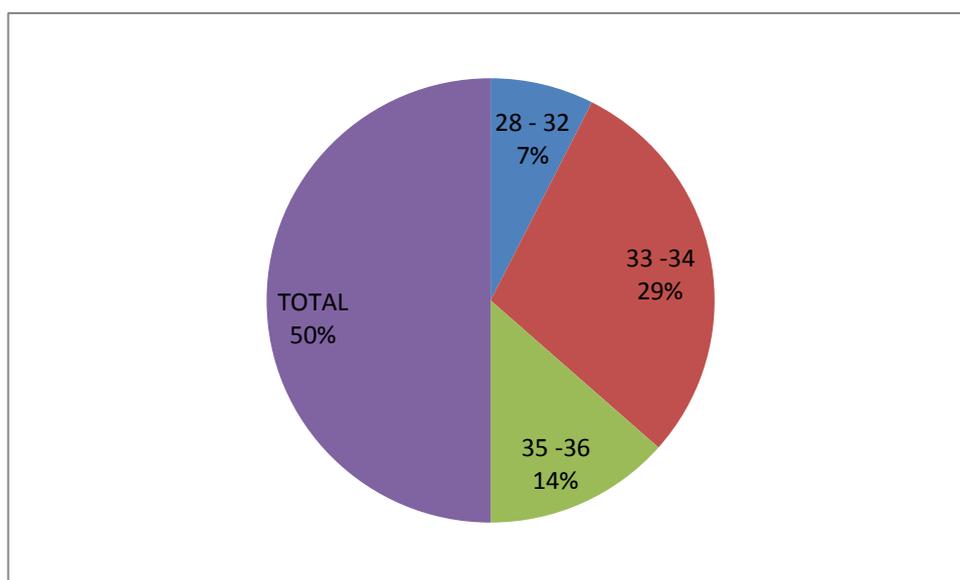
FUENTE: Hosp. Universitario de Guayaquil

SINTESIS:

Por medio de la presente confirmamos las diferentes procedencias de cada madre de neonato pretermino que acudieron al Hospital, teniendo como resultado un porcentaje alto de la ciudad de Guayaquil con 156 pacientes equivalente al 65%. Del universo registrado en el periodo de estudio.

CUADRO 4.

REGISTRO DE NEONATOS PRETÉRMINO CON RELACIÓN A LAS SEMANAS DE GESTACIÓN DE LAS PACIENTES ATENDIDAS EN EL HOSPITAL UNIVERSITARIO DE GUAYAQUIL DURANTE EL PERIODO MAYO 2014 – MAYO 2015.



SEMANAS DE GESTACION	Nº PACIENTES	PORCENTAJE
28 - 32	36	15%
33 -34	140	58%
35 -36	65	27%
TOTAL	241	100%

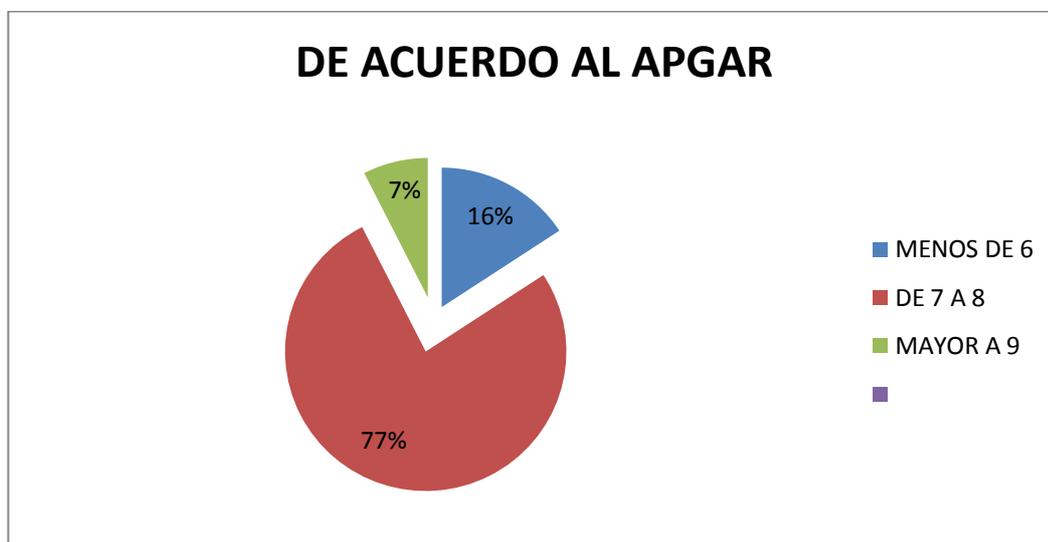
SINTESIS

Luego de revisar los datos estadísticos confirmamos que de un total de 241 neonatos en estudio, tenemos que 36 de estos nacieron entre las 28 y 32 semanas que equivale al 15% de neonatos, 140 neonatos nacieron entre las 33 y 34 semanas q equivale al 58% de los casos y 65 neonatos nacieron entre las 35 a 36 semanas q equivale a un 27% de los casos.

En resumen tenemos que el mayor numero de neonatos preterminos nacieron entre la 33 y 34 semanas con un numero de 83 casos equivalente al 59%.

CUADRO 5.

REGISTRO DE NEONATOS PRETÉRMINO CON RELACIÓN AL APGAR (DESPUES DEL MINUTO) EN EL HOSPITAL UNIVERSITARIO DE GUAYAQUIL DURANTE EL PERIODO MAYO 2014 – MAYO 2015.



APGAR	NEONATOS	PORCENTAJE
MENOS DE 6	38	7%
DE 7 A 8	185	90%
MAYOR A 9	18	4%
TOTAL	241	100%

En este cuadro confirmamos que de acuerdo a la escala de apgar con un numero de 38 casos presentaron un puntaje menor de 6, mientras que 185 casos presentaron un puntaje entre 7 a 8, y 18 neonatos pretermino presentaron un puntaje de mayor a nueve.

CAPITULO V.

CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

Conclusiones.

Luego de concluir con los cuadros estadísticos tabulados y guiados con Excel confirmamos que durante el periodo Mayo 2014 – a – Mayo 2015 fueron registrados 241 casos de neonatos pretermino, de los cuales todos presentaron complicaciones, pero la más predominante fue el caso de sepsis bacteriana con un 36% de los casos, luego tenemos el caso de dificultad respiratoria con un 27% de los casos, seguido de la de la ictericia con un 23% de los casos y finalmente neonatos pretermino que presentaron enterocolitis con un 14% de los casos.

Recomendaciones

- ❖ Control prenatal frecuente para aquella gestante con factores de riesgo importantes.
- ❖ Cuidados especiales y seguimiento rutinario para los neonatos pretermino que fueron tratados por complicaciones.
- ❖ Plan educacional sobre la importancia del control de los neonatos que presentaron complicaciones.
- ❖ Fomentar la información sobre neonatos pretermino.

CAPITULO VI.

PROPUESTA

Son alternativas que propone nuestro trabajo de investigación.

- ❖ Implementación del protocolo del contacto piel con piel en la primera hora de vida de todos los neonatos estables.
- ❖ Confirmación de la edad gestacional: clínica, fecha de última regla y estimación ecográfica.
- ❖ Preferible valoración de estabilidad clínica en las primeras 12 a 24 horas de vida en la unidad neonatal
- ❖ Evitar la separación de madre e hijo, siempre que las circunstancias clínicas lo permitan.
- ❖ Diferir el baño al menos hasta haber conseguido una adecuada estabilidad térmica.

CAPITULO VII

BIBLIOGRAFÍA

- A. Garcia-Patterson, L. E. (2011). In human gestational diabetes mellitus congenital malformations. *Helen Murphy .©MRL & University of Cambridge Clinical School* , 34(2):406-11.
- Althabe. F, C. G. (2009). El parto pretérmino: detección de riesgos y tratamientos preventivos. *Rev Panam Salud Publica/Pan Am J Public Health* , 5(6).
- B Panduro, J. G. (2011). Factores de riesgo prenatales en la muerte fetal tardía, Hospital Civil de Guadalajara, México. *REV CHIL OBSTET GINECOL*, 76(3): 169 - 174.
- Boggess KA, M. K. (2005). Fetal immune response to oral pathogens and risk of preterm birth. *Am J Obstet Gynecol*, 193-1121.
- Cabero.L. (2014). Parto prematuro. *Madrid: Editorial Médica Panamericana*, 3,5.
- Calderón .J, V. G. (2005). Factores de riesgo materno asociados al parto pretérmino. *Rev Med IMSS* , 43 (4): 339-34.
- Cardesa-Garcia J.J., G. E. (2009). Muerte subita del lactante. *En Tratado de Pediatría. M.Cruz. 9ª Edicc. Ergon Ed. Madrid* , vol II;2090-2095.
- Carlos Castesana Y, C. L. (2005). Crecimiento postnatal hasta los dos años de edad corregida de una cohorte de recién nacido de muy bajo peso de nacimiento. *An Pediat* , 62: 312.
- Castillo V, V. S. (2011). Parto prematuro y prematuridad. Programas de screening. Prevención de la prematuridad. Tratamiento de la amenaza y parto prematuro. *Manual del residente de Obstetricia y Ginecología. Madrid*, 807-22.

- Christensson K, C. T. (2011). Separation distress call in the human neonate in the absence of maternal body contact. *Acta Paediatr scand*, 84:468-73.
- Donoso B, O. E. (2012). Parto prematuro. *Medwave Practica Clinica*, 12(8):e5477 doi: 10.5867.
- Doren. V, C. .. (2012). Alternativas de manejo expectante de la rotura prematura de membranas antes de la viabilidad en embarazos únicos. *REV CHIL OBSTET GINECOL 2012*, 77(3): 225 - 234.
- EA. Hobbins, J. M. (2012). *Obstetric Medicine*. <https://books.google.com.ec/books?isbn, 217>.
- Espinoza.J. (2008). Síndrome de parto pretérmino. *Revista Revista Peruana de Ginecología y Obstetricia*, 54(1).
- Evans.N. (2006). Wich inotrope for which baby ? . *Arch Dis Child Fetal Neonatal Ed* , 91:F213-F22.
- Fajardo R, H. J. (2008). Factores de riesgo de bajo peso al nacer, estudio de tres años en el municipio Centro Habana . *Rev Cubana Med Gen Integr Ciudad de La Habana* , v.24 n.4 .
- Fanaroff AA, M. R. (2011). Neonatal- Perinatal Medicine-Diseases of the Fetus and Infant. *Als H. Neurobehavioral development of the preterm infant. En: 7ª edición. St. Louis: Elsevier B.V. Ed.Science*, pp. 947-972.
- Feneite.P. (2013). Parto pretérmino: reto, reacciones y paradigmas. *Rev Obstet Ginecol Venez*, 72(4).
- Goldenberg R L, C. J. (2003). Goldenberg R L,Culhene J F. Infection as a cause of preterm birth. *Clin Perinat* , 30: 677-700.
- Goldenberg RL, C. J. (2008). Epidemiology and causes of preterm birth. *Lancet*, 371: 75-84.

Gracia .Y, F. .. (2012). El recién nacido pretérmino extremadamente bajo peso al nacer. Un reto a la vida. *Rev Cubana Pediatr*, v.78 n.3.

Hernández, O. M. (2010). Caracterización perinatal del recién nacido macrosómico. *Revista Cubana de Obstetricia y Ginecología*, v.36 n.3.

J, E. (2008). Síndrome de parto pretérmino. *Rev Per Ginecol Obstet*, 54:15-21.

J.Griffith, D. C. (2012). Maternal complications. *Journal of the Medical Association of Thailand*, Vol. 89, N.º 4 - Revista.

Keril G, C. C. (2010). Experiencia en el manejo del parto de pretérmino. *Revista Médica de Costa Rica Y Centroamérica* 5-149 , LXVII (592) 14.

Leigh J, G. T. (2012). Amniocentesis and the management of premature labor. . *Obstet Gynecol*, 67:500-6.

Leyva. F, S. M. (2009). Bacteriuria asintomática recurrente en el embarazo, y bajo peso al nacimiento. *Rev Med IMSS*, 36(1):39-43.

Lopez Maestro M, P. A. (2006). Uso de CPAP en la estabilidad inicial de los niños con peso al nacimiento inferior a 1500 gr. *An Pediat (Barc)* , 64: 422-42.

Maisels J.F, W. M. (2010). Treatment of jaundice in Low Birthweight Infants. *Arch.Dis.Child Fetal. Neonatal.*, 88: 449-453.

Mancilla.J. (2010). Ruptura prematura de membranas y parto pretérmino. I. Mediadores inflamatorios en la rupturaprematura de membranas. *Gac Med Mex*, 134(4):423-426.

Meis PJ, K. M. (2013). Prevention of recurrent preterm delivery by 17 alphahydroxyprogesterone caproate. *N Engl J Med.* , 348:2379-85.

- Mellor A, D. H. (2010). Immunology at the maternal-fetal interface: lesson for T cell tolerance and suppression. *Annual Reviews in Immunology*, 18: 367-391.
- Méndez, D. (2013). La cervicometría en la valoración del parto pretérmino. *MEDISAN.*, 16(1).
- MJNC, K. (2013). New perspectives for the effective treatment of preterm labor. *Am J Obstet Gynecol*, 173:618–628.
- Nagy S, B. M. (2013). Clinical significance of subchorionic and retroplacental hematomas detected in the first trimester of pregnancy. *Obstet Gynecol*, 102:94-100.
- Perez Rodriguez, J. y. (2007). Retinopatía de la prematuridad en la primera década del siglo XXI. *Dos caras de la misma moneda” An Pediatr (Barc)* , 66: 549- 450.
- Rojas.F, P. A. (2011). Complicaciones a corto plazo de los recién nacidos pretérmino tardíos. *Science Direct Journals*, 169–174.
- Romero R, M. M. (2011). Infection and preterm labor. *Clin Obstet Gynecol*, 31:553-84.
- Romero.R. (2006). Preterm birth: crisis and opportunity. *Lancet*, 368:339.
- Royal College of Obstetricians and Gynaecologists. (2008). Tocolytic drugs for women in preterm labour. *Clinical Guideline*, 1(B).
- Saling.E. (2012). Basic aspects of prematurity prevention and results achieved by a suitable, simple programs. *J Perinat Med*, 26(6):466-468.
- Solimano, S. B. (2007). Ed Lucey J.F. Washinton. *Tin W. The Internacional Caffeine for Apnea of Prematurity (CAP) Trial: Outcomes al 18-21 months Hot Topics in Neonatology 2007*, 194. 14.
- Stacy Beck DW, L. S. (2010). Incidencia mundial de parto prematuro: revisión sistemática de la morbilidad y mortalidad maternas. *Bull World Health Organ*, 88(1): 31-8.

Velasco-Murillo, V. (2012). Prevención y tratamiento del parto pretérmino: lo nuevo acerca del viejo problema. *Rev: Med IMSS*, 39(5):417-427.

Vidaeff A, R. S. (2006). The recent History of Preterm delivery Prevention: From Concept to practice: Part II: Subclinical infection and hormonal effects. *Am J Perinatology*, Vol 23 Number 2.

Villanueva E, C. A. (2008). Perfil epidemiológico del parto prematuro. *Ginecol Obstet Mex* , 76(9):542-8 .

CAPITULO VIII

ANEXOS



Complicaciones

- Hipotermia
- Infecciones
- Trat. metabólico
- Hemorragia intraventricular

