



UNIVERSIDAD DE GUAYAQUIL

Facultad de ciencias Médicas

Escuela de Graduados

TITULO

Factores de riesgo y complicaciones de prematuros extremos

**TESIS PRESENTADA COMO REQUISITO PARA LA OBTAR POR EL
GRADO ACADEMICO DE MAGISTER EN ATENCION PRIMARIA Y
CLINICA INFANTIL**

AUTOR:

Dra. Ana Isabel Pinzón Belalcazar

TUTOR:

Dr. Francisco Obando Freire

AÑO 2016

GUAYAQUIL-ECUADOR

REPOSITORIO NACIONAL EN CIENCIAS Y TECNOLOGÍA		
FICHA DE REGISTRO ESTUDIO DE CASO EXAMEN COMPLEXIVO		
TÍTULO: Factores de riesgo y seguimiento clínico de prematuros extremos		
AUTOR: Ana Isabel Pinzon Belalcazar	TUTOR: Dr. Francisco Obando Freire. Revisor: Yazmin Granda Barba	
INSTITUCIÓN: Universidad de Guayaquil	FACULTAD: Ciencias Medicas	
PROGRAMA: ATENCION PRIMARIA Y CLINICA INFANTIL		
FECHA DE PUBLICACIÓN:	NO. DE PÁGS: 41	
ÁREA TEMÁTICA: Factores de riesgo y complicaciones de prematuros extremos		
PALABRAS CLAVES: prematuridad, extremo bajo peso, morbilidad.		
RESUMEN: La prematuridad extrema presenta una alta contribución a la morbilidad neonatal, presentando muy elevados los índices de mortalidad y complicaciones. El objetivo de este trabajo, establecer los factores de riesgo y complicaciones de los prematuros extremos en el Hospital Enrique C. Sotomayor en el primer semestre del 2016, identificar la relación que existe entre las complicaciones y el peso en gramos en los diferentes grupos, también analizar según el género, cual es el grupo más vulnerable. Se desarrolló un estudio cuantitativo, de corte transversal donde se analizaron los factores de riesgo materno y las patologías más frecuentes. Se incluyeron a todos los prematuros extremos que comprende a todos los neonatos menores de 1000 gr nacidos en el periodo de enero a junio del 2016 en el. Se pudo observar, que de los 115 pacientes estudiados la mayoría tuvo un peso entre 900 a 999gr, representando el 46.1% de. En cuanto a las semanas de gestación se determinó que 39.1% se encuentran entre 28 a más semanas de gestación. Entre las complicaciones que presentaron están la Dificultad respiratoria y Hemorragia intraventricular en el total de los casos. Le sigue la enfermedad Hialina con el 87% de los casos, Apnea, con un 54.8 % de los casos, seguido de Displasia broncopulmonar con el 43% Sepsis tardía con el 31.3%, Neumonía un 28%. La relación entre el peso y la Apnea en un 26.9% de los casos. La relación del peso con Bronconeumonía fue de 10.43%. Resultados: Se determinó que a menor peso y menor edad gestacional, disminuye tasa de supervivencia. Conclusión: Se determinó que el peso del nacimiento y la edad gestacional tuvieron relación directa con la morbilidad infantil.		
Nº DE REGISTRO(en base de datos):	Nº DE CLASIFICACIÓN: Nº	
DIRECCIÓN URL (estudio de caso en la web)		
ADJUNTO URL (estudio de caso en la web):		
ADJUNTO PDF:	☒ SI	☐ NO
CONTACTO CON AUTORES/ES:	Teléfono: 0997099867	E-mail: aipinzon@hotmail.com
CONTACTO EN LA INSTITUCIÓN:	Nombre: SECRETARIA DE LA ESCUELA DE GRADUADOS Teléfono: 2-288086 CORREO :egraduadosug@hotmail.com	

CERTIFICACIÓN DEL TUTOR

En mi calidad de tutor del estudiante Ana Isabel Pinzon Belalcazar, del Programa de Maestría Atención primaria y clínica infantil, nombrado por el Decano de la Facultad de Ciencias Médicas CERTIFICO: que el estudio de caso del trabajo de titulación titulado Factores de Riesgo y complicaciones de prematuros extremos, en opción al grado académico de Magíster en Atención Primaria y Clínica Infantil, cumple con los requisitos académicos, científicos y formales que establece el Reglamento aprobado para tal efecto.

Atentamente



Dr. Francisco Obando Freire

TUTOR

Guayaquil, noviembre de 2016

Agradecimiento.

A todos quienes de una u otra manera me brindaron su apoyo incondicional para ayudarme a llegar a la meta mostrándome siempre su confianza. De manera muy especial a mi esposo e hijos

Dedicatoria.

A mis padres que están en el cielo ya que gracias a su infinito amor, su esfuerzo y dedicación lograron mi superación. A mis hijos que son el motor que me impulsa cada día a entender que vale la pena luchar.

DECLARACIÓN EXPRESA

“La responsabilidad del contenido de esta Tesis de Grado, me corresponden exclusivamente; y el patrimonio intelectual de la misma a la UNIVERSIDAD DE GUAYAQUIL”



FIRMA

Dra. Ana Isabel Pinzon Belalcazar

INDICE

	Pág.
AGRADECIMIENTO.....	I
DEDICATORIA.....	II
RESUMEN.....	III
INTRODUCCION.....	1
MARCO TEORICO.....	6
1.1 Prematurez extrema.....	6
1.2 Factores de riesgo prematurez extrema.....	9
1.3 Referentes empíricos.....	11
CAPÍTULO 2.....	17
MARCO METODOLOGICO.....	17
2.1 Situación problemática.....	17
...2.2 Diseño de la Investigación.....	17
2.3 Población y muestra.....	17
2.4 Hipótesis o preguntas de investigación.....	18
2.5 Variables.....	18
CAPÍTULO 3.....	19
3.1 Análisis de Resultados.....	26
CAPÍTULO 4.....	28
4.1 Discusión.....	28
4.2 Conclusión.....	30
CAPÍTULO 5.....	31
5.1 Propuesta.....	31
Bibliografía.....	38
ANEXO	
Tríptico	

INDICE DE TABLAS

Tabla 1:.....	19
Tabla 2:	20
Tabla 3.....	21
Tablas de Contingencia.....	22
Tablas Enfermedad - Sexo.....	22
Tablas Enfermedad - Peso.....	23
Tablas Complicaciones de la madre.....	24
Tablas Complicaciones de la madre - Peso.....	24
Tabla Peso.....	26
Tabla Semanas.....	27

RESUMEN

La prematuridad extrema presenta una alta contribución a la morbilidad neonatal, presentando muy elevados los índices de mortalidad y complicaciones. El objetivo de este trabajo, establecer los factores de riesgo y complicaciones de los prematuros extremos en el Hospital Enrique C. Sotomayor en el primer semestre del 2016, identificar la relación que existe entre las complicaciones y el peso en gramos en los diferentes grupos, también analizar según el género, cual es el grupo más vulnerable. Se desarrolló un estudio cuantitativo, de corte transversal donde se analizaron los factores de riesgo materno y las patologías más frecuentes. Se incluyeron a todos los prematuros extremos que comprende a todos los neonatos menores de 1000 gr nacidos en el periodo de enero a junio del 2016 en el Hospital Enrique C. Sotomayor. Se pudo observar, que de los 115 pacientes estudiados la mayoría tuvo un peso entre 900 a 999gr, representando el 46.1% de. En cuanto a las semanas de gestación se determinó que 39.1% se encuentran entre 28 a más semanas de gestación. Entre las complicaciones que presentaron están la Dificultad respiratoria y Hemorragia intraventricular en el total de los casos. Le sigue la enfermedad Hialina con el 87% de los casos, Apnea, con un 54.8 % de los casos, seguido de Displasia broncopulmonar con el 43% Sepsis tardía con el 31.3%, Neumonía un 28%. La relación entre el peso y la Apnea en un 26.9% de los casos. La relación del peso con Bronconeumonía fue de 10.43%. Resultados: Se determinó que a menor peso y menor edad gestacional, disminuye tasa de supervivencia. Conclusión: Se determinó que el peso del nacimiento y la edad gestacional tuvieron relación directa con la morbilidad infantil.

Palabras claves: prematuridad, extremo bajo peso, morbilidad.

ABSTRACT

Extreme prematurity has a high contribution to neonatal morbidity and mortality, showing very high rates of mortality and complications. The objective of this work, establish risk factors and complications of premature end in the Enrique C. Sotomayor Hospital in the first half of 2016, identifying the relationship between complications and weight in grams in the different groups, also analyzed by gender, which is the most vulnerable group. a quantitative study, cross-sectional where maternal risk factors and the most frequent pathologies were analyzed developed. We included all extremely premature comprising all infants less than 1000 g born in the period from January to June 2016 in could be observed, that los115 patients studied most had a weight between 900 to 999gr, representing 46.1% of. As the weeks of gestation was determined that 39.1% are between 28 more weeks of gestation. Among the complications they are presented respiratory distress and intraventricular hemorrhage in total cases. Followed by the Hialina disease with 87% of cases, Apnea, with 54.8% of cases, followed by bronchopulmonary dysplasia with 43% late with 31.3% Sepsis, Pneumonia 28%. The relationship between weight and apnea in 26.9% of cases. The weight ratio was 10.43% bronchopneumonia. Results: It was determined that the lower weight and gestational age, survival rate decreases. Conclusion: It was determined that the birth weight and gestational age were directly related to infant mortality.

Keywords: Prematurity, extreme low weight, morbidity and mortality.

INTRODUCCIÓN

El cuidado en los embarazos es poco o nulo en países en vías de desarrollo aun con la existencia de clínicas. El riesgo de muerte de estos bebés es 12 veces mayor en países como África que en países europeos. Entre los factores a analizar serían múltiples embarazos, diabetes, presión alta, uso de cigarrillos, antecedentes de partos prematuros y abuso físico por parte del conviviente. En estas situaciones, debería haber un mayor énfasis en implementar aparatos respiratorios en los que ya han nacido, y dar educación necesaria a las madres que presentan problemas que podrían desarrollar que se adelante el nacimiento o sea recibido con complicaciones, elevando su nivel de riesgo

Con este trabajo, se pretende identificar los factores de riesgo, para prevenir y reducir en la medida de lo posible, posibles causas de nacimiento prematuro. Se sabe que los prematuros desarrollan diabetes e hipertensión debido a que heredan de la madre. En caso de no poder prevenir, se les brinde un mayor apoyo a las madres. En el presente trabajo, queremos probar la relación entre el bajo peso de los niños con la tasa de mortalidad, y otras variables como semanas de gestación.

Si bien, varios estudios se han realizado respecto a este tema, en esta investigación, se tomará al peso como primera variable, a las semanas de gestación como la segunda, a partir de allí se harán las comparaciones y correlaciones con las diferentes variables implícitas para probar la hipótesis. La población objetivo son los prematuros del hospital Enrique C. Sotomayor de la ciudad de Guayaquil.

El cuidado y el estudio de la evolución de los niños muy pre términos o de muy bajo peso (peso al nacimiento < 1500 gramos) han sido el objetivo prioritario de los equipos de neonatología y, durante las dos últimas décadas, numerosísimos estudios se ocupan de todos los aspectos en relación con la atención de estos niños. Se define al recién nacido (RN) extremadamente bajo peso al nacer (EBPN) al menor de 1000 gramos (g) al nacer. La contribución de este hecho a la morbilidad y mortalidad es alta, debido a las características fisiológicas y anatómicas, 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 (Pequeño Rondon, Cedeño Ramirez, Bermudez Perez, Rodriguez Arevalo, & Arzuaga Nuñez , 2010).

Sin embargo, en el caso de estudio, se ven algunas patologías que inciden como las infecciones maternas, que no son tratadas a tiempo las infecciones bacterianas, dentro de ellas, la infección de las vías urinarias. Entre otras complicaciones están las enfermedades hipertensivas que producen insuficiencia placentaria, y restricción del crecimiento uterino, también aumenta el riesgo con un historial de parto prematuro. Entre las alternativas actuales, tenemos la capacitación de las futuras madres en cuanto a la preparación ante de tener el bebe, chequeos médicos, y una buena alimentación. La mayoría de las enfermedades serias y muerte se concentra en el 1-2% de los recién nacidos pre términos (Pequeño Rondon, Cedeño Ramirez, Bermudez Perez, Rodriguez Arevalo, & Arzuaga Nuñez , 2010).

Se define como prematuros extrema a los recién nacidos menores de 30 semanas de edad gestacional o con un peso < 1,000 gramos al nacer. El límite de viabilidad está sujeto a factores de tipo materno, obstétricos, perinatales y equipo neonatal, a los recursos y a las

instituciones, provocando dilemas médicos y, sobretudo, éticos. La tasa de sobrevida varía dependiendo del país. En Norteamérica a las 22 semanas es de 0-21%; a las 23 semanas, de 16 a 66%, con una media de 30%. En Estados Unidos la sobrevida a las 23 semanas fue de 25 a 30% y a las 24 semanas de 50-59%, en Canadá fue de 45% y en Francia de 33%, la mitad de éstos sobrevivió secuelas o algún grado de discapacidad (Jose A Hernandez-Susana Martinez) .

La prematuridad extrema presenta una alta contribución a la morbilidad y mortalidad neonatal, debido a que tienen órganos inmaduros, y los sobrevivientes tienen secuelas con mucha frecuencia. A mayor prematuros mayores complicaciones y secuelas, se considera que el parto prematuro es todo nacimiento antes del cumplimiento de las 37 semanas de edad gestacional, además es reconocido como uno de los principales desafíos en salud pública ya que los bebés que nacen prematuros tienen alto riesgo de muerte en sus primeros años de vida (Oliveros M., 2010).

En las últimas dos décadas gran parte de la atención y esfuerzo de los neonatólogos ha estado dirigido a los recién nacidos de muy bajo peso de nacimiento o menores de 1500 gramos, en quienes se alcanzaron importantes logros referente a sobrevida, secuelas y calidad de vida. Sin embargo los recién nacidos de extremo bajo peso (RNEBP) o menores de 1000 gramos cada vez cobran mayor importancia debido a que este grupo concentra los mayores índices de morbi-mortalidad infantil y tasa de secuelas a largo plazo. Constituyen un grupo de alto riesgo, ya que requieren prolongadas hospitalizaciones y un complejo manejo multidisciplinario; post alta son muy dependientes de los servicios de salud considerando las frecuentes re-hospitalizaciones y necesidades de atención y rehabilitación (Nuñez, 2012).

Los prematuros representan la primera causa de morbilidad y mortalidad perinatal y la primera causa de ingreso a la terapia intensiva neonatal. Existen complicaciones del

periodo neonatal inmediato y secuelas a largo plazo, las cuales tienen predilección por el sistema nervioso central. A los padres de los neonatos extremadamente prematuros se les debe informar sobre las tasas de sobrevida y complicaciones. La incapacidad en el desarrollo mental y psicomotor en la función neuromotora, sensorial y en las funciones de comunicación está presente en la mitad de los neonatos extremadamente prematuros (Obstetricia, 2012).

La prematuridad extrema es más frecuente en mujeres que tienen antecedentes de un parto prematuro, infecciones de vías urinarias, embarazos múltiples, hipertensión arterial, diabetes, rotura prematura de membranas, desprendimiento placentario, además del consumo de alcohol, drogas y tabaco. Existe una alta incidencia de prematuridad extrema debido a la gran cantidad de pacientes que llegan a los diferentes medios hospitalarios con pobre o nulo control prenatal y debido a las complicaciones son transferidas al hospital Enrique C. Sotomayor para su manejo, desde diferentes puntos dentro y fuera de la provincia. Las causas de muerte en los neonatos, en la ciudad de Guayaquil, son relacionadas con trastornos durante una gestación corta.

OBJETIVO GENERAL

Identificar los factores de riesgo y complicaciones en pacientes prematuros extremos que nacieron en el hospital Enrique C. Sotomayor de Guayaquil en el primer semestre del 2016, a través de la revisión de historias clínicas para disminuir la morbilidad de estas patologías.

OBJETIVO ESPECÍFICOS

1. Fundamentar la teoría de los factores de riesgo y complicaciones en pacientes prematuros extremos del Hospital Enrique C. Sotomayor.

2. Identificar los factores de riesgo y complicaciones en los prematuros extremos del hospital Enrique C. Sotomayor.
3. Analizar la relación que existe entre las complicaciones y el peso en gramos en los diferentes grupos
4. Identificar según el género, cual es el grupo más vulnerable.

CAPITULO I

MARCO TEÓRICO

1.1 Prematurez extrema

Todos los años nacen en el mundo alrededor de 13 millones de niños prematuros, la mayor parte de esos nacimientos ocurren en países en vías de desarrollo y constituyen el componente principal de la morbi-mortalidad perinatal. La prematuridad es el problema más importante de la medicina perinatal moderna en términos de morbilidad y mortalidad del infante. Prácticamente no hay ningún órgano o sistema que no requiera de una adecuación a las nuevas condiciones que demanda la vida extrauterina. Y que en el caso del prematuro requiere de cuidado. Los problemas más críticos se dan en el sistema respiratorio y cardiovascular. Problemas frecuentes y de gravedad variable, se relacionan con: la regulación de temperatura; nutrición, alimentación, infecciones, hemorragia intracraneana e hiperbilirrubinemia (factores de riesgo materno asociados al nacimiento de recién nacidos prematuros en el hospital Victor Ramos Guardia de Huaraz, 2012).

Pretermino o prematuro es el niño o niña con crecimiento intrauterino normal que nace antes completarse el tiempo normal de maduración.

Biológicamente el feto requiere cierto número de semanas en el útero para que su organismo esté maduro y pueda adaptarse así a la vida extrauterina. La Organización Mundial de la Salud ha definido como prematuros a aquellos niños que nacen “con menos de 37 semanas completas” (menos de 259 días), sin embargo, la Academia Americana de Pediatría propone el límite a aquel RN < de 38 semanas, por el reconocido mayor riesgo de patología entre las 37 y 38 semanas (Alvarez S & Pull G., 2011)

El nacimiento prematuro de niños cuyo bajo peso al nacer es adecuado para su edad de gestación se explica por cuadros médicos en los que el útero es incapaz de retener al feto, interferencias en la evolución del embarazo, desprendimiento prematuro de la placenta o rotura prematura de membranas, o por un estímulo indeterminado que desencadena las contracciones uterinas eficaces antes del término de la gestación. Otro término que se utiliza frecuentemente para prematuridad es pretérmino. En general, pretérmino se refiere al embarazo, mientras que prematuro se utiliza con mayor frecuencia para describir al recién nacido.

Puede clasificarse la prematuridad en leve, moderada o extrema, tomando en cuenta las semanas de gestación. Leve 33 – 37 Semanas de gestación, moderada 29 - 33 semanas de gestación, extrema 20 - 28 Semanas de gestación. La viabilidad está por encima de las 24 semanas de gestación, se considera prematuro extremo al menor de 1.000 gr. En los últimos años se ha observado en las Unidades de Cuidados Intensivos Neonatales (UCI) una disminución en la morbilidad de estos niños. La disminución de los índices de mortalidad coincide con la administración de estrategias altamente eficaces como la instalación traqueal del surfactante en la década de los 80, la administración de esteroides para la maduración pulmonar en los años 70 y el uso de ventilación asistida y de alta frecuencia (Alvarez S & Pull G., 2011)

Los partos prematuros representan cerca de 75% de la mortalidad neonatal y cerca de la mitad de la morbilidad neurológica a largo plazo (en América Latina y el Caribe cada año nacen cerca de 13 millones de niños: 400,000 mueren antes de cumplir cinco años, 270,000 en el primer año de vida, 180,000 durante el primer mes de vida y 135,000 por prematuridad. La situación es aún más grave en infantes con prematuridad extrema (menos de 32 semanas de embarazo), entre quienes una quinta parte no supervive el primer año y hasta 60% de los supervivientes tiene discapacidades neurológicas (problemas de lenguaje y aprendizaje,

trastorno por déficit de atención, dificultades socioemocionales, deterioro sensorial, visual y auditivo, retraso mental y parálisis cerebral (Factores de Riesgo asociados a partoprematuro Policlínico Norte de Ciego de Avila., 2011-2012)

Por lo anterior, en América Latina además de la pérdida de vidas, el nacimiento prematuro representa costos económicos y emocionales para las familias. A pesar del progreso de las tecnologías para su detección y de los tratamientos establecidos, su frecuencia aumenta sobre todo por infecciones durante el embarazo que pueden identificarse y tratarse oportunamente en los cuidados prenatales. Otros factores de riesgo de parto prematuro: nivel socioeconómico bajo, edad materna menor de 16 o mayor de 35 años, actividad materna intensa, paridad, tabaquismo e ingestión de drogas, enfermedad materna crónica infección de vías urinarias, bacteriuria asintomática, vaginitis bacteriana, embarazo multifetal, antecedente obstétrico (partos prematuros y abortos previos), complicaciones (pre eclampsia, rotura prematura de membranas, sangrado) (Aguirre, 2010).

La incidencia de partos prematuros extremos es un problema que se produce por varias causas, existen patologías que inevitablemente aumentan el riesgo de que se produzcan nacimientos prematuros como son las infecciones maternas. Las infecciones que se presentan en el embarazo y no son tratadas de manera oportuna pueden afectar al feto y aumentar la morbilidad, algunas de éstas cursan asintomáticas lo que trae resultados adversos para el feto. La causa más frecuente de trabajo de parto es la infección bacteriana dentro de ellas la infección de vías urinarias juegan un rol muy importante (Ruiz Cardenas, Huerta Coronel, & Zavaleta Gutierrez, 2011).

La hipertensión arterial es una causa importante de morbilidad materno fetal enfermedades hipertensivas tienen como efecto secundario un aumento de peso exagerado en la madre, mas no asi en el niño, como resultado de la retención de líquidos y proteínas en la

madre. Complicaciones de enfermedades hipertensivas son insuficiencia placentaria y restricción del crecimiento intrauterino, también aumenta el riesgo de parto prematuro antecedente de parto prematuro previo, la mala alimentación, presencia de embarazo múltiple. (Oliveros M., 2010).

El embarazo adolescente se puede apreciar ya no solamente desde el aspecto biológico de esencia inmadura, pendiente de desarrollo, incapaz de dar vida saludable poniendo en riesgo su propia integridad, ahora se estudia desde los factores sociales que si bien predisponen problemas de salud, son conductas modificables que con estrategias de mejora pueden llevar a la adolescente a tener embarazos saludables siempre que tengan un adecuado control prenatal. Además de proporcionarles la información adecuada que les ayude a prevenir embarazos seguidos (Daza Perez, 2012).

1.2 Factores de riesgo para prematurez extrema.

Entre las causas más frecuentes del parto prematuro figuran los embarazos múltiples, las infecciones y las enfermedades crónicas, como la diabetes y la hipertensión; ahora bien, a menudo no se identifica la causa. También hay una influencia genética. Una mejor comprensión de las causas y los mecanismos del parto prematuro permitirá avanzar en la elaboración de soluciones de prevención. Si bien más del 60% de los nacimientos prematuros se producen en África y Asia meridional, se trata de un verdadero problema mundial. En los países de ingresos bajos, una media del 12% de los niños nace antes de tiempo, frente al 9% en los países de ingresos más altos. Dentro de un mismo país, las familias más pobres corren un mayor riesgo de parto prematuro (Organización Mundial de la Salud, 2015).

Entre las complicaciones más frecuentes destacaron las de causa respiratoria 80-90%, la enfermedad por membrana hialina se presentó en el 80% de los casos y la incidencia de

displasia broncopulmonar definida como dependencia de oxígeno a las 36 semanas de edad corregida alcanzó a nivel nacional un 36% ese año. También destacan las complicaciones y secuelas neuro-sensoriales como la hemorragia intraventricular (grado III-IV que estuvo presente en el 16% de los egresados vivos del grupo de 750-999 gramos, la retinopatía del prematuro tuvo una incidencia entre 70 a 90% en los RNEBP. En la década del '90, el 18% de estos prematuros presentó al menos una secuela neuropsensorial severa, entre las que se cuentan la ceguera, hipoacusia sensorio-neural, retraso del desarrollo psicomotor moderado a severo y parálisis cerebral (Salas N, Sanhueza U, & Maggi C, 2010, p. Factores de riesgo y seguimiento clínico en prematuros menores de 1 000 gramos).

Entre los factores de riesgo de parto prematuro se encuentran: nivel socioeconómico bajo (ingreso familiar, grado educativo, residencia, clase social, ocupación), edad materna menor de 16 o mayor de 35 años, estado civil, actividad laboral materna intensa, paridad, tabaquismo e ingestión de otras drogas, enfermedad materna crónica (asma, cardiopatía, diabetes, hipertensión), infección de vías urinarias, bacteriuria asintomática, vaginosis bacteriana, embarazo multifetal, antecedente obstétrico desfavorable (partos prematuros y abortos previos), complicaciones del embarazo (pre eclampsia, rotura prematura de membranas, sangrado, oligo o poli hidramnios) y factores fetales (malformaciones e infecciones).

Estudios epidemiológicos en diversos países confirman el perfil sociodemográfico, médico y obstétrico de las mujeres embarazadas con riesgo de parto prematuro.

El propósito de este trabajo es conocer los factores maternos de riesgo y la relación de cada uno de ellos con la prematuridad en la población estudiada.

1.3 Referentes empíricos

El propósito del presente estudio fue llegar a conocer los determinantes de la salud asociados a la prematuridad expresados por madres usuarias en servicios Neonatal, Hospital 1 de Mayo del Instituto Salvadoreño del Seguro Social, en los meses de Septiembre 2013 a Marzo 2014 y tomar acciones enfocadas a la disminución de la incidencia de prematuridad. De lo descrito anteriormente se enuncia el siguiente problema: ¿Cuáles son los determinantes de la salud asociadas a la prematuridad, expresados por madres usuarias en servicio neonatal, Hospital 1 de Mayo del Instituto Salvadoreño del seguro social, Septiembre 2013 - Marzo 2014 (Luna Tobar & Garcia Mejia , 2014).

El presente es un estudio realizado en México en el cual se analiza que el riesgo de parto pretérmino también es considerablemente mayor en los embarazos múltiples que en los embarazos con feto único, ocurriendo en el 50% de los embarazos gemelares. Es importante (Bedoya Vidal, 2016)destaca que el 10% de los nacimientos de gemelos tiene lugar antes de las 32 semanas de gestación, se realiza una comparación entre complicaciones fetales entre gestaciones gemelares producto de técnicas de reproducción asistida (TRA) y espontáneas. Las complicaciones más frecuentes en ambos casos fueron uso de cesárea (81% vs 98.1%), prematuridad (78.6% vs 62.3%), ruptura prematura de membranas (34.5% vs 20.7%) y muerte fetal (33.3% vs 15%) (Bedoya Vidal, 2016).

En la presente investigación titulada: Morbimortalidad en prematuros en el servicio de neonatología del Hospital Isidro Ayora en el año 2014, tiene como objetivo general (Pequeño Rondon, Cedeño Ramirez, Bermudez Perez, Rodriguez Arevalo, & Arzuaga Nuñez , 2010): conocer las causas de morbilidad en recién nacidos prematuros ingresados en el Servicio de Neonatología del Hospital Isidro Ayora durante el año 2014; y, como objetivos específicos: identificar las principales morbilidades en recién nacidos prematuros, determinar el porcentaje de mortalidad de recién nacidos prematuros, conocer el género más afectado y

observar de acuerdo a la clasificación de la Organización Mundial de la Salud (OMS) cual es el grupo más afectado (Flores Bermeo, 2015).

En Cuba se reporta que los prematuros mayores de 30 semanas tienen 90% de posibilidad de vivir en Terapia Intensiva y los menores de 26 semanas prácticamente no tienen posibilidades de sobrevivir. Se han realizado estudios en diferentes países donde se observó que menores de 22 semanas de gestación que ingresan a Terapia Intensiva mueren antes de los seis meses de gestación. Allen, en Inglaterra, realizó un estudio con recién nacidos de 22-25 semanas, reportando una sobrevivencia de 0% a las 22 semanas, de 15% a las 23 semanas, incrementándose paulatinamente con el aumento de la edad gestacional, siendo 80% a las 25 semanas de gestación (Hernandez Navas & Martinez Navas).

En esta investigación se observó que en Cuba las mujeres con malnutrición antes y durante el embarazo tienen un elevado riesgo de presentar parto prematuro. El bajo peso materno a la captación y la ganancia de peso baja durante el desarrollo de la gestación son factores que presentan una asociación estadística significativa con el desarrollo de partos prematuros, pero la baja talla materna aunque se asocia a la prematuridad no resulta significativa. Se debe resaltar que la ganancia de peso alta durante el embarazo es un factor al que hay que prestar atención, pues se evidencia su asociación con la aparición del parto prematuro, aun cuando esta no es significativa. En las pacientes incluidas en el estudio no se encontró que la obesidad o el sobrepeso sean factores con asociación estadística en la aparición de partos prematuros (Diaz Perez, et al., 2015).

Se diseñó un estudio de tipo analítico de cohorte longitudinal y prospectivo que incluye a todos los recién nacidos vivos menores de 1.000 gramos en el Complejo Asistencial Barros Luco de Chile entre el 1 de Enero de 2005 y el 31 de Diciembre de 2012, excluyendo

a los prematuros con peso de nacimiento <500 gramos y edad gestacional <24 semanas. Se confeccionó un formulario en hoja de cálculo para consignar los datos relevantes concernientes a la madre, el nacimiento, hospitalización y seguimiento de los EBPN. En algunos casos de traslado o abandono, los datos del seguimiento fueron completados a través de información telefónica de otros Centros de Atención Primaria o Secundaria (Salas Nuñez, Lavin Acevedo, Sanhueza Uribe , & Azocar, 2014).

En los niños fallecidos tanto pre como pos alta se anotaron las causas y edad del deceso. Los sobrevivientes al alta se enrolaron al Programa de Seguimiento de Prematuros en donde se controlaron y evaluaron. Al año de EC se realizó el control pediátrico programado y se registran los datos relevantes con el cumplimiento del Programa, re hospitalizaciones, morbilidad, secuelas; así como la situación de salud general del niño incluidos el desarrollo psicomotor y diagnóstico neuro- motor, estas últimas en conjunto con el equipo neuro-kinésico del Hospital Dr. Exequiel González Cortés (Salas Nuñez, Lavin Acevedo, Sanhueza Uribe , & Azocar, 2014).

Se realizó un estudio transversal retrospectivo de los expedientes clínicos de los menores de 28 días de vida ingresados a la Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales, a la Unidad de Cuidados Intermedios Neonatales y a la Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales Externos del Hospital Civil de Guadalajara “Fray Antonio Alcalde” en el periodo de enero de 2012 a agosto de 2015. Las variables estudiadas fueron procedencia, diagnóstico de ingreso, causa de defunción y porcentaje de mortalidad por diagnóstico de ingreso. De un total de 4316 pacientes, fallecieron 602 (13.9%). Los principales diagnóstico de ingreso fueron recién nacido pretérmino 19.3%, taquipnea transitoria del recién nacido 8.6% y síndrome de distrés respiratorio 7.3%. La prematurez ocupó el mayor porcentaje en la mortalidad con un 20% (García-Hernández Héctor Adrián, Valle-Delgado Esperanza, Angulo-Castellanos Eusebio,, 2016).

El objetivo de este trabajo es mostrar cómo en nuestro país se está transitando hacia una nueva concepción de la viabilidad de la prematuridad extrema (recién nacidos con menos de 28 semanas de gestación), caracterizarla y contextualizarla. Para ello, se utilizan datos procedentes de una investigación que ha obtenido resultados válidos sobre el desarrollo de 1200 nacidos con 1500 gramos (g) o menos de peso, mediante encuesta poblacional multimétodo, y producido cuatro grupos de discusión y 25 entrevistas abiertas con agentes cualificados. Se recogen aquí los resultados del análisis socio discursivo del material cualitativo centrado en esta cuestión y del estudio de diversos documentos sobre viabilidad en la prematuridad extrema (Garcia Selgas , Gomez Esteban, & Saenz-Rico de Santiago, 2016).

Se realizó un trabajo descriptivo, observacional y de corte transversal. En primera instancia se creó una lista de profesionales vinculados con el trabajo en el área de la salud perinatólogica, que incluyó a médicos neonatólogos, obstetras, pediatras, internistas, licenciadas en enfermería con aproximadamente 10 años vinculados con la salud perinatal. Se les propuso un caso clínico sobre un embarazo con feto saludable y de crecimiento normal para que respondan qué conductas tomarían en base a su experiencia y conocimiento personal para la atención de la salud materno-fetal a cada semana de gestación entre las 22 y 26 semanas ante el desencadenamiento del parto. Se les expuso preguntas referidas al caso en que el parto se desencadenase, propondrían para la atención de la salud materna fetal (Da Silva, Gesuele, Pereira, Pose, & Borbonet, 2016).

En el Hospital Materno Infantil "El Carmen" de Huancayo, la tasa de prematuridad es de 7,8% y a su vez esta causa 60 % de morbilidad perinatal. Conociendo estas estadísticas tanto a nivel mundial, internacional, nacional y sobre todo del hospital que es materno perinatal. Es muy importante saber cuáles son los factores de riesgo para parto

pretérmino. Ya que conlleva a que un niño prematuro tenga mayor probabilidad de morir inmediatamente postparto o que no pase del año de vida, siendo este problema de implicancia médica porque está de por medio la vida del neonato y también de la madre (Leuyacc Puchuri., 2016).

La presente investigación abarca la línea de investigación de Ginecología y obstetricia cuya ejecución será realizada en el Hospital Sergio Bernales cuya ubicación se encuentra en el distrito de Comas. Es un estudio de enfoque cuantitativo, transversal descriptivo, y retrospectivo según la recolección de datos. La población de estudio está constituida por 112 gestantes entre 14 y 19 años que hayan cursado con un parto menor a 37 semanas atendidas durante el periodo de noviembre 2014 a noviembre 2015 en el Hospital Nacional Sergio Bernales. En este estudio el tipo de muestreo es no probabilístico censal. La unidad de análisis es cada gestante (Cuzcano Bustinza, 2015).

Estudio observacional Unidad de cuidado intensivo del Hospital Militar. Unidad de Cuidado intensivo del Hospital Universitario Clínica San Rafael. Pacientes con peso al nacer menor a 1.500 gr y 36 semanas, atendidos en la Unidad de cuidado intensivo del Hospital Militar y en la Unidad de Cuidado intensivo del Hospital Universitario Clínica San Rafael de febrero de 2014 a agosto de 2015, que cumplan los criterios de selección. Se inició la recolección de pacientes en febrero de 2014, cada paciente hospitalizado en la UCIN de cada institución. Se realizó un seguimiento semanal y se registró en un instrumento de recolección, previamente diseñado, la información necesaria, para cumplir los objetivos de la investigación (Cuzcano Bustinza, 2015).

Se realizó un estudio observacional descriptivo transversal y retrospectivo, perteneciente a la línea de investigación Atención Integral a la Mujer y a la Infancia, sublínea: Crecimiento y desarrollo normal del niño, en los recién nacidos con diagnóstico de

Síndrome de Dificultad Respiratorio Grave del Pretérmino atendidos en el servicio de neonatología del Hospital IESS de Ambato durante el año 2014, que cumplían los criterios de inclusión, previa obtención del consentimiento de las autoridades de la institución. La modalidad paradigmática de este tipo de investigación fue cuali-cuantitativa, con predominio cualitativo narrativo, ya que se recolectaron los datos de las historias clínicas de los pacientes y se analizaron y describieron en base a la revisión teórica del tema investigado (Rueda Barragan, 2016).

En la actualidad hay poca información sobre las causas y mecanismos de nacimiento prematuro, y sin este conocimiento, seguirá aumentando, y con ella los problemas de discapacidad atribuidos. Aquellas madres con problemas como diabetes, presión alta, infecciones y tratamientos de infertilidad que resultan en múltiples embarazos originan estos problemas. Antes del embarazo, algunas prácticas son conocidas, como planeación familiar. Según estudios hechos en Estados Unidos, el país con mayor incidencia en prematuros es Sud África. (Blencowe, 2010).

Nacimiento prematuros son aquellos antes de 37 semanas completas de gestación, o menos de 259 días desde el primer día del último periodo menstrual de la mujer (MS, et al., 2012).

CAPITULO II

2. Marco metodológico.

2.1 Situación problemática y formulación del problema de investigación

Metodología: Es la aplicación de procedimientos específicos o técnicas usadas para identificar, seleccionar, y analizar información aplicada para entender el problema en cuestión. Y como resultado, permitir al lector evaluar la validez y confiabilidad de un estudio en el todo. La sección metodológica de un trabajo responde dos importantes preguntas: Como fueron los datos recolectados o generados. Y como fueron analizados. Las respuestas deben ser directas y precisas. La metodología es crucial en cualquier rama de estudio, porque un método no confiable, produce resultados no confiables, y por lo tanto, el valor e interpretación del trabajo (Libguides, 2016).

2.2 Diseño de la investigación

Se diseñó un estudio de tipo cuantitativo, descriptivo y transversal con análisis de factores de riesgo, que incluye a todos los prematuros menores de 1000 gramos nacidos en el Hospital Gineco Obstétrico Enrique C. Sotomayor en el periodo comprendido entre el 1 de enero y el 30 de junio del 2016.

2.3 Población y muestra.

Para este estudio tomamos una muestra de 115 prematuros extremos nacidos en el hospital Enrique C. Sotomayor de la ciudad de Guayaquil de enero a junio del 2016 de un total de 8898 nacimientos.

Criterios de inclusión: prematuros menores de 1000 gramos nacidos de enero a junio del 2016. Se realizara un estudio cuantitativo constituido por pacientes prematuros extremos nacidos en el Hospital Gineco Obstétrico Enrique C. Sotomayor de enero a junio del 2016.

Criterios de exclusión: neonatos que no fueron atendidos en ese periodo.

2.4 Hipótesis o preguntas de investigación.

- El peso de los prematuros son independiente de las enfermedades
- El peso de los prematuros no son independientes con las enfermedades

Pronóstico: La aplicación informática SPSS de estadística debería de encontrar la relación, correlación e independencia entre los factores de riesgo en las variables causantes de los prematuros y las enfermedades asociadas y permitirá comprender mejor como de correlacionan estas dos variables, y de esa manera reducir los niveles de prematuros extrema o controlarlos.

2.5 variables.

Entre las variables de estudio, tenemos el peso como la variable principal, las semanas de gestación, como segunda variable principal, y las demás variables que son las complicaciones presentadas, relacionadas con las principales ya mencionadas anteriormente, como son el estado del bebe, la enfermedad 1 o Dificultad respiratoria, la enfermedad 2 o Hemorragia Interventricular, la enfermedad 3 o Membrana Hialina, la Apnea, la Displasia, Sepsis tardía, Neumonía, Sepsis temprana, y el Retraso.

CAPITULO 3.

Resultados.

$$\text{Tasa de incidencia del EBP} = \frac{\text{Total de nacidos EBP}}{\text{Total de nacidos vivos}} \times 100.$$

$$\text{Tasa de supervivencia del EBP} = \frac{\text{Total de sobrevivientes EBP}}{\text{Total de nacidos vivos EBP}} \times 100.$$

TABLA 1. Comportamiento del EBP

CONCEPTOS	NÚMERO
Total de nacidos vivos	8898
Total de nacidos vivos EBP	115
Sobrevivientes EBP	38
INDICE DE EBP	1.29
TASA SUPERVIVENCIA EBP	33

TABLA 2. Distribución según grupos de peso en gramos

GRUPOS DE PESO EN GRAMOS	NÚMERO	PORCIENTO
Menos de 700 gramos	18	16
700 gramos – 799 gramos	17	15
800 gramos – 899 gramos	27	23
900 gramos – 999 gramos	53	46
TOTAL	115	100

TABLA 3. Distribución según edad gestacional en semanas

EDAD GESTACIONAL EN SEMANAS	NÚMERO	PORCIENTO
≤25 semanas	16	14
26 semanas	20	17
27 semanas	33	29
28 semanas	46	40
TOTAL	115	100

TABLAS DE CONTINGENCIA.

Enfermedad_ Sexo_ tabulación cruzada

			Sexo		Total
			F	M	
Enfermedad	Apnea	Recuento	5	15	20
		% del total	4,3%	13,0%	17,4%
	Bronconeumonía	Recuento	3	5	8
		% del total	2,6%	4,3%	7,0%
	Dificultad Respiratoria	Recuento	14	19	33
		% del total	12,2%	16,5%	28,7%
	Hemorragia	Recuento	10	23	33
		% del total	8,7%	20,0%	28,7%
	Retraso	Recuento	0	3	3
		% del total	0,0%	2,6%	2,6%
	Sepsis Tardía	Recuento	1	11	12
		% del total	0,9%	9,6%	10,4%
	Sepsis Temprana	Recuento	3	3	6
		% del total	2,6%	2,6%	5,2%
Total	Recuento	36	79	115	
	% del total	31,3%	68,7%	100,0%	

Tabla Enfermedad - Sexo

Enfermedad Peso (agrupado) tabulación cruzada

			Peso (agrupado)				Total
			<700	700-799	800-899	900-999	
Enfermedad	Apnea	Recuento	3	3	5	9	20
		% dentro de Peso (agrupado)	16,7%	17,6%	17,9%	17,3%	17,4%
	Bronconeumonía	Recuento	2	1	2	3	8
		% dentro de Peso (agrupado)	11,1%	5,9%	7,1%	5,8%	7,0%
	Dificultad Respiratoria	Recuento	5	5	8	15	33
		% dentro de Peso (agrupado)	27,8%	29,4%	28,6%	28,8%	28,7%
	Hemorragia	Recuento	5	6	8	14	33
		% dentro de Peso (agrupado)	27,8%	35,3%	28,6%	26,9%	28,7%
	Retraso	Recuento	0	0	1	2	3
		% dentro de Peso (agrupado)	0,0%	0,0%	3,6%	3,8%	2,6%
	Sepsis Tardía	Recuento	2	1	3	6	12
		% dentro de Peso (agrupado)	11,1%	5,9%	10,7%	11,5%	10,4%
	Sepsis Temprana	Recuento	1	1	1	3	6
		% dentro de Peso (agrupado)	5,6%	5,9%	3,6%	5,8%	5,2%
Total		Recuento	18	17	28	52	115
		% dentro de Peso (agrupado)	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

Tabla Enfermedad – Peso

COMPLICACIONES DE LA MADRE

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	Diabetes	7	6,1	6,1	6,1
	Embarazo múltiple	8	7,0	7,0	13,0
	Hipertensión	37	32,2	32,2	45,2
	Infecciones vías urinarias	32	27,8	27,8	73,0
	Rotura de Membranas	31	27,0	27,0	100,0
	Total	115	100,0	100,0	

Tabla Complicaciones de la madre

Complicaciones de la madre Peso (agrupado) tabulación cruzada

			Peso (agrupado)				Total
			<700	700- 799	800- 899	900- 999	
Enfermedad_ madre	Diabetes	Recuento	1	3	1	2	7
		% dentro de Peso (agrupado)	5,6%	17,6%	3,6%	3,8%	6,1%
	Embarazo múltiple	Recuento	1	0	0	7	8
		% dentro de Peso (agrupado)	5,6%	0,0%	0,0%	13,5%	7,0%
	Hipertensión	Recuento	1	2	15	19	37
		% dentro de Peso (agrupado)	5,6%	11,8%	53,6%	36,5%	32,2%
	Infecciones vías urinarias	Recuento	8	8	12	4	32
		% dentro de Peso (agrupado)	44,4%	47,1%	42,9%	7,7%	27,8%
	Rotura de Membranas	Recuento	7	4	0	20	31
		% dentro de Peso (agrupado)	38,9%	23,5%	0,0%	38,5%	27,0%
	Total		18	17	28	52	115
			100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

Tabla Complicaciones de la madre - Peso

Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	gl	Sig. asintótica (2 caras)
Chi-cuadrado de Pearson	46,283 ^a	12	,000
Razón de verosimilitud	58,925	12	,000
N de casos válidos	115		

a. 11 casillas (55,0%) han esperado un recuento menor que 5. El recuento mínimo esperado es 1,03.

3.1ANÁLISIS DE RESULTADOS

GRAMOS (Peso)

	Frecuencia	Porcentaje	Valido Porcentaje	Acumulado Porcentaje
<=700	19	16,5	16,5	16,5
701-799	16	13,9	13,9	30,4
800-899	27	23,5	23,5	53,9
900-999	53	46,1	46,1	100,0
Total	115	100,0	100,0	

Tabla Peso

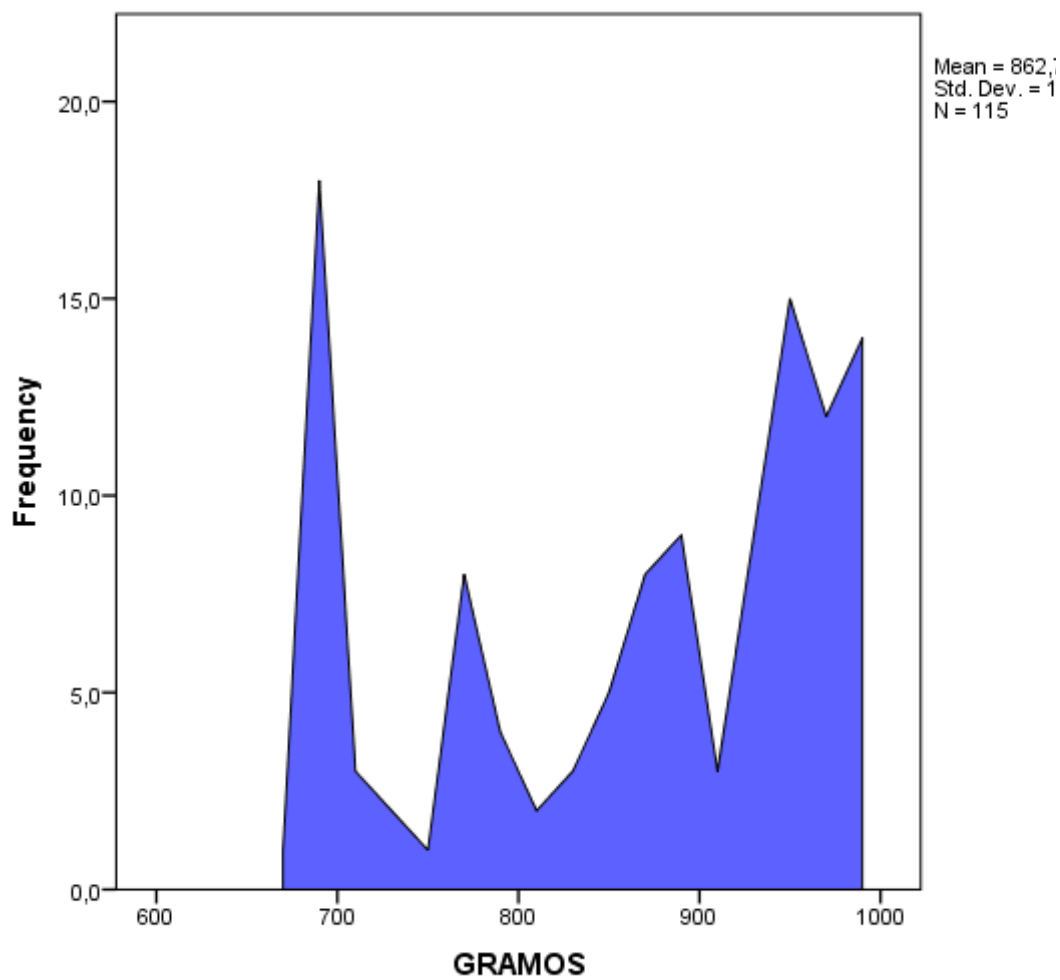


Figura Peso

Estadísticos descriptivos

SEMANAS (gestación)

	Frecuencia	Porcentaje	Valido Porcentaje	Acumulado Porcentaje
<=25	17	14,8	14,8	14,8
25.01-26	20	17,4	17,4	32,2
26.01-27	33	28,7	28,7	60,9
28 o mas	45	39,1	39,1	100,0
Total	115	100,0	100,0	

Tabla Semanas

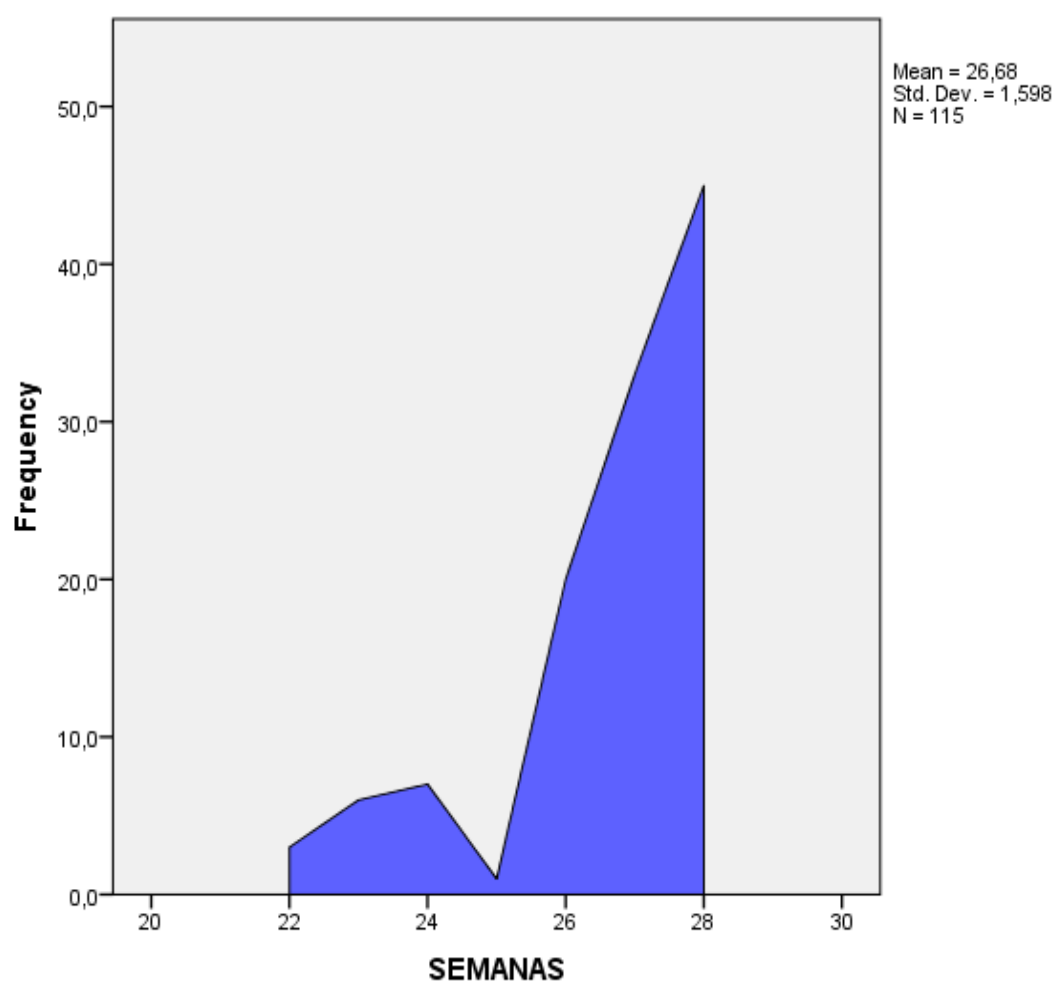


Figura Semanas

CAPITULO 4.

4.1 Discusión

Durante los meses estudiados nacieron en nuestro hospital un total de 8892 nacidos vivos, con un total de 115 neonatos de extremo bajo peso (1.29%) del total de nacidos vivos es decir un caso por cada 114.7 nacimientos. Del total de recién nacidos de extremo bajo peso fallecieron 77, lo que representa 67%, con una supervivencia de 38 neonatos que representan un 33% de supervivencia como se evidencia en la primera tabla.

En la segunda tabla vemos la distribución de acuerdo al peso en gramos, vemos que la gran mayoría de los recién nacidos de extremo bajo peso presentaron peso al nacimiento entre 900 y 999 gramos con un total de 53 casos lo que representa 46%, 27 casos entre 800 a 899 lo que representa 23%, de 700 a 799 fueron 17 casos que representan 15% y menores de 700 gramos 18 lo que representa 16%.

En la tercera tabla podemos observar la edad gestacional, presentándose el mayor número de casos a las 28 semanas, con 46 casos que representan 40%; seguidos de los de 27 semanas con 33 casos que representan 29%, 26 semanas con 20 casos que corresponden al 17% y menores o iguales a 25 semanas 16 casos que corresponden al 14%.

Pronostico: De continuar estos nacimientos podrían desencadenar en un aumento de casos de mortalidad en estos niños, de las cuales heredarían de la madre alta presión arterial, desequilibrios hormonales, diabetes tipo II y enfermedades cardiovasculares. Control de Pronóstico: La aplicación informática SPSS de estadística debería de encontrar la relación, correlación e independencia entre los factores de riesgo en las variables causantes de los prematuros y las enfermedades asociadas y permitirá comprender mejor como de

correlacionan estas dos variables, y de esa manera reducir los niveles de prematuros extrema o controlarlos.

Análisis de correlación: El análisis de correlación es la herramienta estadística que podemos usar para describir el grado en que una variable está linealmente relacionada con otra. Prueba p. La prueba p es muy usada para probar hipótesis de independencia entre variables, y la vamos a usar especialmente en este estudio.

Tipos de relaciones: Los análisis de regresión y de correlación se basan en la relación, o asociación, entre dos o más variables. La variable conocida se la llama independiente; y la que tratamos de predecir se llama dependiente. Variables causa y efecto: A menudo encontramos una relación causal entre variables, esto es, la variable independiente “causa” cambios en la variable dependiente. Éste es el caso en el ejemplo de la contaminación. Pero en muchos casos, otros factores ocasionan los cambios tanto en las variables dependientes como las independientes.

Podríamos predecir las ventas de aretes de diamantes observando las de Cadillac nuevos, pero no podríamos decir que la una origina la otra. Más bien, nos damos cuenta que otro factor, como el nivel de ingresos disponibles, es la causa de los niveles de venta tanto de los Cadillac como de los aretes de diamantes. Por esta razón, es importante considerar que las relaciones encontradas por la regresión son de asociación, pero no necesariamente de causa y efecto.

Control de Pronóstico: La aplicación spss de estadística debería de encontrar la relación, correlación e independencia entre los factores de riesgo en las variables causantes de los prematuros y las enfermedades asociadas y permitirá comprender mejor como de

correlacionan estas dos variables, y de esa manera reducir los niveles de prematuros extrema o controlarlos

4.2 Conclusión

Las enfermedades respiratorias son las principales que contribuyen de la muerte en los niños prematuros así también como la hemorragia e infecciones. Pero también se encontró que el peso de los niños es un factor importante a que desarrollen mayores complicaciones después de nacer.

CAPITULO 5

5.1Propuesta.

Promover que todas las mujeres en edad fértil tengan una consulta preconcepción, en la cual se realizarán acciones de promoción y prevención de la salud, las cuales están destinadas principalmente a detectar condiciones de salud general que puedan ser optimizadas tales como corregir hábitos alimentarios, controlar y prevenir sobrepeso y obesidad. También controlará la adicción al alcohol, drogas o tabaco.

En esta consulta preconcepcional se debe iniciar la fortificación con ácido fólico ya que estudios demuestran que la ingesta de ácido fólico durante un año antes del embarazo disminuye la posibilidad de parto prematuro en un 50 a 70 %.

Es necesario hacer un paréntesis con los grupos de mujeres en edad fértil pertenecientes a estratos socioculturales y económicos precarios. Es especialmente importante realizar actividades informativas orientadas tanto a la mujer embarazada como a aquella que esté en edad fértil y pueda quedar embarazada en cualquier momento. Ya que este grupo tiene mayor frecuencia de embarazos a temprana edad.

A la hora de educar a este grupo de población habrá que adecuar el nivel de información y la forma de transmitirla a su nivel de entendimiento.

Intentaremos comunicar hechos, comportamientos y actitudes que estas mujeres deben conocer sobre el embarazo, para que así puedan desempeñar un papel activo durante el transcurso del mismo. Se proporcionará información sobre la forma de conservar su salud

durante la gestación, rompiendo con sus tabúes y creencias erróneas, dando un paso más para alcanzar el objetivo final de tener un hijo sano.

Dar información precisa y oportuna que alerte sobre los riesgos que puede tener un embarazo no controlado.

Importancia de participación libre de la mujer en la planeación del embarazo y de las decisiones que afectan su cuerpo, su salud y su futuro.

-Debemos Motivar a la mujer para la adquisición de conocimientos en relación al proceso de maternidad, proporcionando información para actuar responsablemente en esta etapa y lograr así la concienciación sobre el embarazo, aumentando su calidad de vida y salud, eliminando mitos y supersticiones para así favorecer la adquisición de comportamientos saludables para mantener y mejorar su salud y la de su futuro hijo.

Favorecer la participación activa de las futuras madres, para hacerlas más conscientes de sus responsabilidades como portadoras de una nueva vida, favoreciendo un cambio de actitud ante la posibilidad de cualquier conducta que pueda afectar su maternidad.

-En todas las mujeres embarazadas se debe realizar la identificación de los factores de riesgo durante el primer control prenatal, y las pacientes con factores de riesgo deberán ser derivadas al nivel de atención que ameriten.

Dentro de los factores de riesgo se debe buscar si hay infección de vías urinarias desde el primer control prenatal, solicitando urocultivo, el que debe ser realizado idealmente alrededor de las 12 semanas de gestación. Puede haber bacteriurias asintomáticas que solo se detectan mediante la realización del urocultivo y que si no reciben tratamiento antibiótico favorecen el parto prematuro.

Implementar la medición de cérvix en examen de 22 a 24 semanas en la población general. La cual va a identificar a la población de mayor riesgo de parto prematuro. Cuando el cuello es menor de 15 mm, lo que está presente en el 1% de la población, identifica al 30 % de la población que va a tener parto antes de las 35 semanas, y el riesgo de un parto prematuro se incrementa entre 6 a 9 veces. Una longitud cervical de 25 mm está presente en el 5 a 8% de la población e identifica al 40% de las pacientes con parto prematuro. Si el cérvix se encuentra bajo el percentil 5, especialmente si el cuello es menor de 15 mm, se debe administrar progesterona natural micronizada. Las mujeres sin antecedentes de parto prematuro, y con cérvix menor de 15 mm se benefician con la administración de progesterona vaginal. Si la paciente tiene antecedente de uno o más partos prematuros menores de 35 semanas, se benefician con la administración de progesterona, y también podrían beneficiarse con la aplicación de cerclaje

En pacientes con sospecha de trabajo de parto prematuro se debe hospitalizar e indicar reposo, hidratación y evaluación ultrasonográfica del cérvix. Si el cuadro cede la paciente puede volver a su casa pero con las indicaciones necesarias y controles vigilando siempre de cualquier signo de alarma

Pacientes con rotura prematura de membranas. Una vez que se ha comprobado el diagnóstico de rotura prematura de membranas, la paciente es hospitalizada y su manejo dependerá de la edad gestacional. La rotura previa a las 24 semanas de embarazo constituye una pequeña fracción de todas las pacientes que sufren este accidente, pero es la que se asocia con la mayor incidencia de morbilidad materna por el riesgo de corioamnionitis y morbimortalidad perinatal que va de acuerdo a las semanas de gestación en que se produce la rotura.

La paciente con rotura prematura de membranas tiene indicación de hospitalización para guardar reposo, identificar precozmente algunos signos asociados a morbilidad infecciosa,

vigilar estrechamente la unidad feto placentaria y la aparición de complicaciones asociadas, y realizar la interrupción del embarazo en el momento oportuno.

Medidas generales:

Reposo en cama.

Apósito genital.

Control de signos vitales maternos cada 6-8 horas, especialmente pulso y temperatura.

Control obstétrico cada 6-8 horas.

Información y orientación de la mujer y su pareja para el ejercicio de una sexualidad gratificante durante la gestación.

Educación que favorezca el autocuidado, el conocimiento de su cuerpo en beneficio de su autoestima y preparación para lactar.

Asumir hábitos saludables: Una dieta suficiente, equilibrada que favorezca las necesidades de la madre y el menor en formación con micronutrientes necesarios tales como el ácido fólico y el hierro y realizar ejercicio moderado.

Mantener un entorno saludable en el medio familiar y en el trabajo, que respete las necesidades biológicas de la gestante y su privacidad libre de humo de cigarrillo sustancias tóxicas.

El profesional de la salud le debe dar a la gestante una atención humanizada, con un trato digno y respetuoso, teniendo en cuenta sus temores, necesidades y su derecho a la intimidad.

La familia, las organizaciones de la sociedad civil y las del estado, deben promover la maternidad saludable como un derecho humano

Incremento del acceso a servicios básicos de salud y nutrición, antes, durante y después del parto (incluyendo planificación familiar y adecuado suplemento de vitaminas y minerales.)

Atención del parto institucional, por profesionales.

Acceso a atención obstétrica esencial, en caso de presentarse alguna complicación.

Políticas que promueven la condición social y económica de la mujer, su acceso a la propiedad y a otros recursos, así como acceso al empleo.

Educación para el auto-cuidado en salud.

Evaluación periódica de signos de infección y de la unidad feto placentaria.

La importancia del cuidado prenatal. Dejar de fumar, controlar su peso, corregir la anemia o tomar alimentos ricos en omega 3, son algunas recomendaciones de cuidado prenatal para evitar que el niño nazca antes de tiempo. Está demostrado que el tabaco incrementa el riesgo de prematuridad y de bajo peso al nacer así que lo primero que se recomienda a una embarazada es dejar de fumar”. Corregir el bajo peso materno, la extrema delgadez, así como mantener niveles correctos de hierro. Si se detecta una anemia de forma precoz, se recomienda tomar un suplemento de hierro; la alimentación y la higiene dental también juegan un papel clave en la prevención de la prematuridad, llevar una dieta baja en grasas y rica en ácidos grasos omega 3 así como el consumo de frutas y verduras. Y, si existe algún déficit nutricional, se puede optar por suplementos para corregirlos.

Considerando la importancia de la prematuridad y de sus medios de prevención deben continuar desarrollándose líneas de investigación al respecto para contribuir a la reducción de la misma y del riesgo de estos recién nacidos a presentar futuras complicaciones.

Dentro del manejo del prematuro se propone la realización de una guía de manejo protocolario para prematuros extremos, que incluya su seguimiento ambulatorio durante el primer año de vida, así como programas de capacitación a las madres para mejorar la

vinculación con su hijo durante la estancia hospitalaria y que a la vez facilite el manejo y cuidado después del alta, así como el seguimiento de las complicaciones.

Durante el tiempo de hospitalización de los neonatos, se darán charlas a las madres donde se les enseñara la importancia de mantener a sus niños en plan canguro para preservar el calor corporal y un adecuado estímulo.

Implementar el método de plan canguro integral, que abarque tanto el periodo intrahospitalario como el extra hospitalario. Teniendo en cuenta que la practica durante el periodo intrahospitalario nos ayudara a una menor estancia hospitalaria ya que tendrá como efecto una disminución de las complicaciones metabólicas, respiratorias y digestivas, a la vez que trae consigo la humanización de la atención del recién nacido y su familia.

Se harán controles subsecuentes por consulta externa una vez al alta para garantizar el bienestar del paciente.

Los controles se programaran individualizando las necesidades de cada paciente tomado en cuenta que el peso al alta y las complicaciones que presenta cada uno tienen diferentes requerimientos.

Se realizaran los exámenes periódicos correspondientes para vigilar un buen equilibrio hemodinámico y prevenir la anemia del prematuro.

Se hará seguimiento para que las madres acudan a los controles en diferentes especialidades de acuerdo a las complicaciones que presenten los pacientes para así aminorar el efecto posterior de estas.

Enseñar maniobras de reanimación básica que le permitan a la madre asistir al bebe en caso de presentar una apnea estando ya en la casa ya que estas siempre serán un riesgo latente mientras alcanza su madurez total.

Mostrar una actitud amistosa y cercana.

Como pediatra desarrollara un plan de seguimiento del recién nacido, registrando cada una de las acciones a seguir y medidas tomadas en el manejo del neonato.

Usar la tecnología necesaria para la evaluación del crecimiento, desarrollo y bienestar fetal, para que así la finalización del embarazo se de en el momento y del modo más adecuado.

Bibliografía

- (WHO), W. H. (Septiembre de 2016). *Media centre*. Recuperado el 14 de Octubre de 2016, de <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs178/en/>
- A, A. F., & Stoll, B. (Febrero de 2007). Trends in neonatal morbidity and mortality for very low birthweigh infants. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, pág. 147.
- Agudelo, A. C., Rosas Bermudez, A., & Kafury Goeta, A. (Abril de 2007). *Science Direct*. Recuperado el 14 de Octubre de 2016, de Science Direct: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0002937806010064>
- Aguirre, K. N. (2010). principales factores de riesgo asociados a parto pretermino.
- Alvarez S, K., & Pull G., T. (2011). Frecuencia de prematuréz y morbilidad por Enfermedad Membrana Hialina en pacientes del area de neonatología Hospital Vicente Corral Moscoso.
- B, B., & Kaminski, M. (2002). Trends in the ocurrence,, determinats,and consequences of multiple births. En *Semin Perinatol* (pág. 10). Semin Perinatol.
- B, B., Kogan, M., Alexander, G., Dattani , N., Krane, M., & Mac Farlane, A. (s.f.). The impact of the increasing number of multiple births on the rates of preterm birth and low birthweigh: an international study. *Am J Public Health*.
- Barker. (1983). Usa.
- Bedoya Vidal, S. A. (2016). complicaciones fetales asociadas al parto en embarazo gemelar entre septiembre 2014 a septiembre 2015 Hospital Nacional Edgardo Rabagliati Martins .
- Blencowe, e. (2010). *National, regional and worldwide estimates of preterm birth rates in the year 2010 with time trends since 1990 for selected countries*. <http://ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22682464>.
- Cuzcano Bustinza, A. (2015). *“Características de las madres adolescentes con parto pretérmino en el hospital Sergio Bernales durante el periodo noviembre 2014 a noviembre 2015*.
- Da Silva, P., Gesuele, J. P., Pereira, G., Pose, G., & Borbonet, D. (2016). Periviabilidad en Uruguay. Conducta perinatal del equipo de salud. Opinión de expertos. *Archivos de Pediatría del Uruguay*, vol 87 No 2.
- Daza Perez, A. M. (2012). Prevalencia de partos y desenlaces maternos- perinatales de gestantes adolescentes atendidas en una clinica de maternidad de mediana complejidad en el año 2012.
- Diaz Perez, D., Retorecter Milan , S. E., Vega Lorenzo, Y., Martinez Lorenzo, F. Y., Hidalgo Avila, M., & Pulido Hernandez, I. (2015). Factores de riesgo asociados al parto prematuro en el Policlínico Norte de Ciego de Ávila, 2011-2012. *Mediciego vol 21 No 3*.
- Factores de Riesgo asociados a partoprematuro Policlinico Norte de Ciego de Avila. (2011-2012). *Mediciego 2015 vol 21 No 3 , 35*.

- factores de riesgo materno asociados al nacimiento de recién nacidos prematuros en el hospital Victor Ramos Guardia de Huaraz. (2012). *Acta Medica Orreguiana Hampi Runa* 6(1), 16, 17.
- Flores Bermeo, M. A. (2015). : Morbimortalidad en prematuros en el servicio de neonatología del Hospital Isidro Ayora en el año 2014.
- Flynn, J., Shiffman, J., Buckley, E., & Roberts, J. (16 de April de 1992). A cohort study of transcutaneous oxygen tension and the incidence and severity of retinopathy of prematurity. *The new England Journal of medicine*, pág. 5.
- Friberg. (2010). *Care for preterm women* .
- G.S., M. (1996). *Introduccion a la Econometria*. Florida: Prentice Hall.
- Garcia Selgas , F., Gomez Esteban, C., & Saenz-Rico de Santiago, B. (2016). Transición en la concepción de la viabilidad de prematuros extremos: análisis sociodiscursivo. *Revista Española e la discapacidad* , 70, 71.
- García-Hernández Héctor Adrián, Valle-Delgado Esperanza, Angulo-Castellanos Eusebio,. (2016). Morbilidad y mortalidad de un Centro Regional en Atención neonatal del Occidente de Mexico (2012-2015). *Revista medica* 2016, 248, 249.
- Goldenberg, Cultane, R., Jams, J., & Romero, J. (2008). *Epidemiology and causes of preterm birth*. The Lancet, 3714.
- H, H., Gressens, P., & Mallard, C. (2012). *Inflammation during fetal and neonatal life: implications for neurologic and neuropsychiatric disease in children and adults*. Usa: Ann Neurol.
- Hernandez Navas, J., & Martinez Navas, S. (s.f.). Límites de Viabilidad en los prematuros extremos menores de 30 semanas de gestación o menores a 1000 gramos de peso.
- HG, T., Klein , N., Minich, N., & Hack, M. (2001). *Long Term family outcomes for children with very low birth weights*. Arch Pediatr Adolesc.
- Jose A Hernandez-Susana Martinez. (s.f.). complicaciones de prematuridad extrema.
- Joyce, M., Osterman, M., Kirmeyer, S., & Gregory, E. (2013). Measuring Gestational Age in Vital Statistics Data: Transitioning to the Obstetric Estimate. *National Vital Statistics Reports Volume 64, Number 5*, 20.
- kerber. (2015). *Continuum of care for maternal, newborn, and child health. From slogan to service delivery*. Usa.
- Lawn. (2015).
- Lawn, & Kinney, M. (2015). *Born too soon report: the global action report on preterm birth*. Usa: WHO.
- Leuyacc Puchuri, L. (2016). *"Amenaza de parto pretermino por infección urinaria Abril 2016*.
- Libguides. (14 de Octubre de 2016). *Libguides*. Recuperado el 14 de Octubre de 2016, de <http://www.libguides.usc.edu/writingguide/methodology>
- Luna Tobar, M. S., & Garcia Mejia , J. A. (2014). Determinantes de salud asociados a prematuridad.

- M.G., G., Lawn, J., Rubens, C., Stamton , C., & Nunes, T. (23 de Febrero de 2010). *Pubmed*. Recuperado el 23 de Febrero de 2010, de Pubmed: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20233382>
- Marlow. (2005). *Born too soon report*. Usa.
- Moore. (2012). Usa.
- MS, K., Goldenberg, R., Gravett, M., Culhane , J., Conde Agudelo , A., & Knight , H. (Febrero de 2012). *Publmedic*. Recuperado el 14 de Octubre de 2016, de <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22118964>
- Núñez, R. S. (2012). *Factores de riesgo y seguimiento Clínico en prematuros menores de 100 gamos: Hospital Barros Luco Quinquenio 2000-2004*.
- Obstetricia, C. M. (Abril de 2012). Diagnostico Y Manejo Del Parto Pretermino.
- Oliveros M,. (2010).
- Organizacion Mundial de la Salud* . (Noviembre de 2015).
- Pattinson. (2011). *Care for preterm women*.
- Pequeño Rondon, M., Cedeño Ramirez, Y., Bermudez Perez, X., Rodriguez Arevalo, R., & Arzuaga Nuñez , A. A. (2010). *Caracterizacion de los recién nacidos extremadamente bajo peso en el hospital Ernesto Guevara de la serna 2007-2010*.
- R, R., Gotsch, F., Pineles, B., & Kusanovic, J. (2013). *Preterm Labour, Antibiotics, and Cerebral Palsy*. Usa: Royal Colege of Obstetricians & Gynaecologists.
- Requejo. (2012). *Care for preterm women*. Usa.
- Resolucion, S. G. (2012). *Seguro General de riesgos de Trabajo*. Ecuador.
- Romero. (2012).
- Ronald, W., Myers, R., & Mayers, S. (1999). *Probabilidad y Estadistica para Ingenieros*. Mexico: Prantice Hall.
- Rubin, D. S., & Levin, R. (2004). *Estadistica para administracion y economia*. Mexico: Pearson.
- Rueda Barragan, F. (2016). *"FACTORES CLÍNICOS EPIDEMIOLÓGICOS RELACIONADOS CON EL DISTRES RESPIRATORIO GRAVE DEL PRETÉRMINO EN EL HOSPITAL IESS AMBATO PERÍODO AÑO 2014*.
- Ruiz Cardenas, C., Huerta Coronel, M. D., & Zavaleta Gutierrez, F. (2011). factores de riesgo materno asociados al nacimiento de recién nacidos prematuros en el Hospital Vctor Ramos Guardia de Huaraz. *Acta medica. Orreguiana Hampi Runa*, 6.
- Salas N, R., Sanhueza U, L., & Maggi C, L. (2010). *Revista Chilena de pediatria*.
- Salas Nuñez, R., Lavin Acevedo, P., Sanhueza Uribe , L., & Azocar, R. (2014). Prematuros de extremo bajo peso, analisis de multiples variables de riesgo perinatal en letalidad o secuelas invalidantes .
- Steer. (2005). Global report on preterm birth and stillbirth (1 of 7). Definitions, descriptions of the burden and opportunities to improve data. *Born too soon*, 31-32.

Steer. (2015). *Vaginal progesterone is associated with a decrease in risk for early preterm birth and improved neonatal outcome in women with a short cervix. A secondary analysis from a randomized, double blind, placebo controlled trial.* USA.

Who. (1997).

Identificar y controlar los factores de riesgo que inciden en la prematurez es un paso importante para prevenir y reducir causas de nacimiento prematuro y sus complicaciones, ya que traen muchas limitaciones que pueden marcar de manera negativa la vida de este nuevo ser y la de la familia

PREMATUREZ FACTORES DE RIESGO Y COMPLICACIONES

ELABORADO POR
DRA. ANA ISABEL PINZON
BELALCAZAR

PREMATUREZ FACTORES DE RIESGO Y COMPLICACIONES



ACUDE A CONSULTA
PRECONCEPCION. MARCA LA
DIFERENCIA. SER MADRE UN ACTO
DE AMOR Y RESPONSABILIDAD.

PREVENCIÓN DE FACTORES DE RIESGO DE PREMATUREZ

Todas las mujeres en edad fértil deben tener una consulta preconcepción, para la realización de acciones de promoción y prevención de la salud, destinadas principalmente a detectar condiciones de salud general que puedan ser optimizadas tales como corregir hábitos alimentarios, controlar y prevenir sobrepeso y obesidad. También controlará la adicción al alcohol, drogas o tabaco.



Motivarse a conocer el proceso de maternidad, proporciona información para actuar responsablemente en esta etapa y lograr así la concienciación sobre el embarazo, aumentando la calidad de vida y salud, eliminando mitos y supersticiones y favorecer comportamientos saludables para mantener y mejorar la salud y la del futuro hijo.

Es especialmente importante realizar actividades informativas orientadas tanto a la mujer embarazada como a aquella que esté en edad fértil y pueda quedar embarazada en cualquier momento. Ya que este grupo tiene mayor frecuencia de embarazos a temprana edad.

Acudir oportunamente a control prenatal ayuda identificar posibles infecciones de vías urinarias desde el primer control prenatal para disminuir el riesgo de parto prematuro.

Tanto la mujer y su pareja deben tener la suficiente información y orientación para el ejercicio de una sexualidad gratificante durante la gestación.

Educación que favorezca el autocuidado, el conocimiento de su cuerpo en beneficio de su autoestima y preparación para lactar.

Asumir hábitos saludables: Una dieta suficiente, equilibrada que favorezca las necesidades de la madre y el menor en formación con micronutrientes necesarios tales como el ácido fólico y el hierro y realizar ejercicio moderado.

Mantener un entorno saludable en el medio familiar y en el trabajo, que respete las necesidades biológicas de la gestante y su privacidad libre de humo de cigarrillo sustancias tóxicas.



Favorecer la participación activa de las futuras madres, las hace más conscientes de sus responsabilidades como portadoras de una nueva vida, favoreciendo un cambio de actitud ante la posibilidad de cualquier conducta que pueda afectar su maternidad.

La paciente con rotura prematura de membranas tiene indicación de hospitalización para guardar reposo, identificar precozmente algunos signos asociados a morbilidad infecciosa, vigilar estrechamente la unidad feto placentaria y la aparición de complicaciones asociadas, y realizar la interrupción del embarazo en el momento oportuno y tomar Medidas generales como:

-Reposo en cama.

-Apósito genital.

-Control de signos vitales maternos cada 6-8 horas, especialmente pulso y temperatura.

-Control obstétrico cada 6-8 horas.



Porque el amor de una madre es el cariño más sincero que existe. Aprende a cuidarlo desde antes que llegue a este mundo.

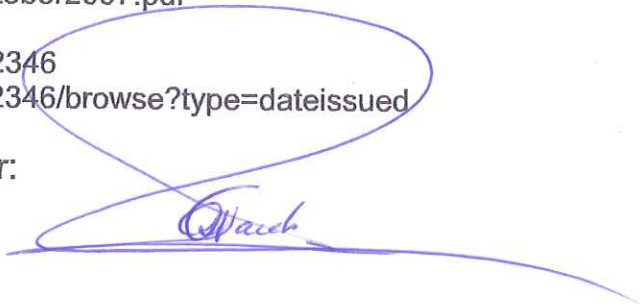
Urkund Analysis Result

Analysed Document: Tesis Dra. Ana Pinzon.docx (D22442627)
Submitted: 2016-10-17 01:50:00
Submitted By: bryan_nagib@hotmail.com
Significance: 2 %

Sources included in the report:

PROTOCOLO FINAL PARA APROBACION.docx (D10951303)
<http://www.consumerreports.org/cro/2013/12/treating-anxiety-adhd-depression-insomnia-and-ptsd-with-newer-antipsychotics/index.htm>
<http://bnnbarrosluco.blogspot.com/>
<http://www.isuog.org/NR/rdonlyres/A5FAF4CF-778B-4A2B-8907-ED374C512063/0/2007TopArticlesDeFrancoOctober2007.pdf>
<http://cybertesis.urp.edu.pe/handle/urp/502>
<http://190.242.62.234:8080/jspui/handle/11227/2346>
<http://190.242.62.234:8080/jspui/handle/11227/2346/browse?type=dateissued>

Instances where selected sources appear:



UNIVERSIDAD DE GUAYAQUIL UNIDAD DE POSTGRADOS, INVESTIGACIÓN Y DESARROLLO. Factores de riesgo y seguimiento clínico de prematuros extremos TRABAJO DE TITULACIÓN PARA LA OBTENCION DEL GRADO DE ESPECIALISTA EN ATENCION PRIMARIA Y CLINICA INFANTIL NOMBRES: Ana Isabel Pinzón Belalcázar TUTOR: Dr. Francisco Obando Guayaquil Octubre 2016 Agradecimiento. A todos quienes de una u otra manera me brindaron su apoyo incondicional para ayudarme a llegar a la meta mostrándome siempre su confianza. De manera muy especial a mi esposo e hijos Dedicatoria. A mis padres que están en el cielo ya que gracias a su infinito amor, su esfuerzo y dedicación lograron mi superación. A mis hijos que son el motor que me impulsa cada día a entender que vale la pena luchar. RESUMEN La prematuridad extrema presenta una alta contribución a la morbilidad neonatal, presentando muy elevados los índices de mortalidad y complicaciones. El objetivo de este trabajo, es identificar los factores de riesgo que inciden en el nacimiento de prematuros extremos en el Hospital Enrique C. Sotomayor y dar el seguimiento adecuado y evitar o por lo menos disminuir complicaciones. Se desarrolló un estudio cuantitativo, de corte transversal donde se analizaron los factores de riesgo que incluyeron a todos los prematuros extremos (>1000 gr) nacidos en el Hospital Enrique C. Sotomayor en el periodo de enero a junio del 2016. En el primer capítulo que es el marco teórico, destacamos la importancia del estudio y proponemos las hipótesis sometidas a estudios estadísticos y analizamos los datos que, como resultado nos arroja el programa SPSS actual. También los factores de riesgo que fomentan esta tasa. Los factores niveles de riesgos son aquellos que aumentan la probabilidad de la aparición de la ocurrencia o evento. El segundo capítulo definiremos la situación problemática y formularemos las hipótesis así también como los instrumentos usados y los análisis de resultados. El tercer capítulo establecemos las conclusiones y recomendaciones a seguir. Entre las conclusiones que obtuvimos fue que la mayoría de las variables del muerte prematura en bebés están directamente relacionadas con el bajo peso que presentan los niños. También las variables relacionadas con la salud de la madre fueron relacionadas con este peso y también se las analizó. Resultados: Nacieron un total de 115 prematuros extremos, de los cuales Se determinó que a menor peso y menor edad gestacional, disminuye tasa de supervivencia. Según las estadísticas, uno de cada diez nacidos, son prematuros, y a nivel mundial representan más de un millón cada año. Cuando logran sobrevivir, presentan discapacidades de aprendizaje, visuales y auditivas. Conclusión: Se determinó que el peso del nacimiento y la edad gestacional tuvieron relación directa con la mortalidad infantil. Palabras claves: prematuridad. Extremo bajo peso ABSTRACT Extreme preterm birth shows a contribution to stillborn child, and the death after being born, with high indicators of mortality and complications. The goal of this work is identify the risk's factors that implies in the preterm birth extreme in the hospital Enrique C. Sotomayor and give the monitoring to avoid or diminish future complications. A study was developed quantitative, transversal, where the factors of risk were included in the study in all the extreme preterm births (>1000 grs) born in the Hospital Enrique C. Sotomayor in the period from January to June 2016. In the first chapter is the Background Theory, where we highlight the importance of the study, and propose the hypothesis to prove with statistical data analysis which outputs are given by the software SPSS. Also the risk factors that foster the outputs and increase the probability of occurrence or event. In the second Chapter, define the problematic situation and build the hypothesis as well as the instruments used to get the wished results and the analysis. In the third Chapter we pointed out the recommendations and conclusions. Among the conclusions, we found out that the majority of the variables that cause death in preterm child's are directed related with low weigh in this babies and also with the health of their mothers. Results: 115 children were born, preterm extreme, which the less the body weights and less gestational age, the less likelihood to survive. According to Statistics, one of every ten born children, are preterm, and in the overall, represent more than a million every year. When they survive, present disabilities, visual cognitive, and hearing. Conclusion: The weight and the gestational age are directly related with the death preterm birth. Key words: Prematurity, extreme low weight. INTRODUCCIÓN El cuidado en los embarazos es poco o nulo en países en vías de desarrollo aun con la existencia de clínicas. El riesgo de muerte de estos bebés es 12 veces mayor en países como África que en países europeos. Entre los factores a analizar serían múltiples embarazos, diabetes, presión alta, uso de cigarrillos, antecedentes de partos prematuros y abuso físico por parte del conviviente. En estas situaciones, debería haber un mayor énfasis en

implementar aparatos respiratorios en los que ya han nacido, y dar educación necesaria a las madres que presentan problemas que podrían desarrollar que se adelante el nacimiento o sea recibido con complicaciones, elevando su nivel de riesgo. Con este trabajo, pretendemos identificar los factores de riesgo, para prevenir y reducir en la medida de lo posible, posibles causas de nacimiento prematuro. Se sabe que los prematuros desarrollan diabetes e hipertensión debido a que heredan de la madre. En caso de no poder prevenir, se le brinde un mayor apoyo a las madres. En el presente trabajo, queremos probar la relación entre el bajo peso de los niños con la tasa de mortalidad, y otras variables como semanas de gestación. Si bien, varios estudios se han realizado respecto a este tema, en esta investigación, se tomará al peso como primera variable, a las semanas de gestación como la segunda, a partir de allí se harán las comparaciones y correlaciones con las diferentes variables implícitas para probar la hipótesis. La población objetivo son los prematuros del hospital Enrique C. Sotomayor de la ciudad de Guayaquil.

El cuidado y el estudio de la evolución de los niños muy pretérminos o de muy bajo peso (peso al nacimiento > 1500 gramos) han sido el objetivo prioritario de los equipos de neonatología y, durante las dos últimas décadas, numerosísimos estudios se ocupan de todos los aspectos en relación con la atención de estos niños.

Se define al recién nacido (RN) extremadamente bajo peso al nacer (EBPN) al menor de 1000 gramos (g) al nacer. La contribución de este hecho a la morbilidad y mortalidad es alta, debido a las características fisiológicas y anatómicas, 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. CITATION Peq10 \l 12298 (Pequeño Rondon, Cedeño Ramirez, Bermudez Perez, Rodriguez Arevalo, & Arzuaga Nuñez, 2010). Sin embargo, las alternativas actuales, como el uso prenatal de corticoides o el uso de surfactante pulmonar exógeno, contribuyen a mejorar la calidad de vida y a reducir la edad mínima de viabilidad a 23 semanas de gestación.

Los cuidados intensivos en neonatología han evolucionado, mejoran cada día más gracias a los avances tecnológicos.

Son

innumerables los problemas en el suministro de asistencia para estos niños: recursos limitados, personal especializado insuficiente y constante aumento de la demanda, debido al incremento del número de embarazos complicados.

La prematuridad afecta entre el 5 y 10% de todos los nacimientos a nivel internacional. La mayoría de las enfermedades serias y muerte se concentra en el 1-2% de los recién nacidos

pretérminos. CITATION Peq10 \l 12298 (Pequeño Rondon, Cedeño Ramirez, Bermudez Perez, Rodriguez Arevalo, & Arzuaga Nuñez, 2010). Se define como prematurez extrema a los recién nacidos menores de 30 semanas de edad gestacional o con un peso > 1,000 gramos al nacer. El límite de viabilidad está sujeto a factores de tipo materno, obstétricos, perinatales y equipo neonatal, a los recursos y a las instituciones, provocando dilemas médicos y, sobretodo, éticos. La tasa de sobrevivencia varía dependiendo del país. En Norteamérica a las 22 semanas es de 0-21%; a las 23 semanas, de 16 a 66%, con una media de 30%. En Estados Unidos la sobrevivencia a las 23 semanas fue de 25 a 30% y a las 24 semanas de 50-59%, en Canadá fue de 45% y en Francia de 33%, la mitad de éstos sobrevivió secuelas o algún grado de discapacidad. CITATION Jos \l 1033 (Jose A Hernandez-Susana Martinez). La prematurez extrema presenta una alta contribución a la morbilidad y mortalidad neonatal, debido a que tienen órganos inmaduros, y los sobrevivientes tienen secuelas con mucha frecuencia. A mayor prematurez mayores complicaciones y secuelas, se considera que el parto prematuro es todo nacimiento antes del cumplimiento de las 37 semanas de edad gestacional, además es reconocido como uno de los principales desafíos en salud pública.

ya que los bebés que nacen prematuros tienen alto riesgo de muerte en sus primeros años de vida CITATION Oli02 \l 1033 (Oliveros M., 2002). En

las últimas dos décadas gran parte de la atención y esfuerzo de los neonatólogos ha estado dirigido a los recién nacidos de muy bajo peso de nacimiento o menores de 1500 gramos, en quienes se alcanzaron importantes logros referente a sobrevivencia, secuelas y calidad de vida. Sin embargo los recién nacidos de extremo bajo peso (RNEBP) o menores de 1000 gramos cada vez cobran mayor importancia debido a que este grupo concentra los mayores índices de morbi-mortalidad infantil y tasa de secuelas

a largo plazo. Constituyen un grupo de alto riesgo, ya

que requieren prolongadas hospitalizaciones y un complejo manejo multidisciplinario; post alta son muy dependientes de los servicios de salud considerando las frecuentes re-hospitalizaciones y necesidades de atención

y rehabilitación CITATION Nuñ \l 1033 (Nuñez). La prematuridad representa la primera causa de morbilidad y mortalidad perinatal y la primera causa de ingreso a la terapia intensiva neonatal. Existen complicaciones del periodo neonatal inmediato y secuelas a largo plazo, las cuales tienen predilección por el sistema nervioso central. A los padres de los neonatos extremadamente prematuros se les debe informar sobre las tasas de sobrevivencia y complicaciones. La incapacidad en el desarrollo mental y psicomotor en la función neuromotora, sensorial y en las funciones de comunicación está presente en la mitad de los neonatos extremadamente prematuros CITATION Col08 \l 1033 (Obstetricia, 2008). La prematuridad extrema es más frecuente en mujeres que tienen antecedentes de un parto prematuro, infecciones de vías urinarias, embarazos múltiples, hipertensión arterial, diabetes, rotura prematura de membranas, desprendimiento placentario, además del consumo de alcohol, drogas y tabaco. Existe una alta incidencia de prematuridad extrema debido a la gran cantidad de pacientes que llegan a los diferentes medios hospitalarios con pobre o nulo control prenatal y debido a las complicaciones son transferidas al hospital Enrique C. Sotomayor para su manejo, desde diferentes puntos dentro y fuera de la provincia. Las causas de muerte en los neonatos, en la ciudad de Guayaquil, son relacionadas con trastornos durante una gestación corta. OBJETIVO GENERAL Establecer los factores de riesgo entre las variables con los prematuros extremos en el hospital Enrique C. Sotomayor de Guayaquil en el primer semestre del 2016. OBJETIVOS ESPECÍFICOS 1. Identificar los factores de riesgo en los prematuros extremos del Hospital Enrique C. Sotomayor y tratar de neutralizarlos. 2. Analizar las condiciones en las que murieron los prematuros extremos de bajo peso en función de sus condiciones sociodemográficas y las de la madre. 3. Validar y probar la independencia o dependencia y correlación de las variables entre el bajo peso de prematuros extremos con las complicaciones que presentaron y hacer un seguimiento que minimice las futuras ocurrencias. CAPITULO I MARCO TEÓRICO . 3.1 Prematuridad extrema Todos los años nacen en el mundo alrededor de 13 millones de niños prematuros, la mayor parte de esos nacimientos ocurren en países en vías de desarrollo y constituyen el componente principal de la morbi-mortalidad perinatal. La prematuridad es el problema más importante de la medicina perinatal moderna en términos de morbilidad y mortalidad del infante.

Prácticamente no hay ningún órgano o sistema que no requiera de una adecuación a las nuevas condiciones que demanda la vida extrauterina. Y que en el caso del prematuro requiere de cuidado. Los problemas más críticos se dan en el sistema respiratorio y cardiovascular. Problemas frecuentes y de gravedad variable, se relacionan con: la regulación de temperatura; nutrición, alimentación, infecciones, hemorragia intracraneana

e hiperbilirrubinemia CITATION fac06 \l 12298 (factores de riesgo materno asociados al nacimiento de recién nacidos prematuros en el hospital Víctor Ramos Guardia de Huaraz, 2006).

Pretermino o

prematureo es el niño o niña con crecimiento intrauterino normal que nace antes completarse el tiempo normal de maduración. Biológicamente el feto requiere cierto número de semanas en el útero para que su organismo esté maduro y pueda adaptarse así a la vida extrauterina. La Organización Mundial de la Salud ha definido como prematureos a aquellos niños que nacen “con menos de 37 semanas completas” (menos de 259 días), sin embargo, la Academia Americana de Pediatría propone el límite a aquel RN > de 38 semanas, por el reconocido mayor riesgo de patología entre las 37 y 38 semanas

CITATION Alv07 \l 1033 (Alvarez S & Pull G., 2007)

El nacimiento prematureo de niños cuyo bajo peso al nacer es adecuado para su edad de gestación se explica por cuadros médicos en los que el útero es incapaz de retener al feto, interferencias en la evolución del embarazo, desprendimiento prematureo de la placenta o rotura prematurea de membranas, o por un estímulo indeterminado que desencadena las contracciones uterinas eficaces antes del término de la gestación. Otro término que se utiliza frecuentemente para prematurez es pretérmino. En general, pretérmino se refiere al embarazo, mientras que prematureo se utiliza con mayor frecuencia para describir al recién nacido.

Puede clasificarse la prematurez en leve, moderada o extrema, tomando en cuenta las semanas de gestación.

Leve 33 – 37 Semanas de gestación, moderada 29 - 33 semanas de gestación, extrema 20 - 28 Semanas de gestación. La viabilidad está por encima de las 24 semanas de gestación, se considera prematureo extremo al menor de 1.000 gr. En los últimos años se ha observado en las

Unidades de Cuidados Intensivos Neonatales (UCI) neonatales una disminución en la morbilidad de estos niños. La disminución de los índices de mortalidad coincide con la administración de estrategias altamente eficaces como la instalación traqueal del surfactante en la década de los 80, la administración de esteroides para la maduración pulmonar en los años 70 y el uso de ventilación asistida y de alta frecuencia CITATION Alv07 \l 1033 (Alvarez S & Pull G., 2007) Los partos prematureos representan cerca de 75% de la mortalidad neonatal y cerca de la mitad de la morbilidad neurológica a largo plazo (en América Latina y el Caribe cada año nacen cerca de 13 millones de niños: 400,000 mueren antes de cumplir cinco años, 270,000 en el primer año de vida, 180,000 durante el primer mes de vida y 135,000 por prematureidad.

0: PROTOCOLO FINAL PARA APROBACION.docx

76%

La situación es aún más grave en infantes con prematureidad extrema (menos de 32 semanas de embarazo), entre quienes una quinta parte no supervive el primer año

y

0: PROTOCOLO FINAL PARA APROBACION.docx

86%

hasta 60% de los supervivientes tiene discapacidades neurológicas (problemas de lenguaje y aprendizaje, trastorno por déficit de atención, dificultades socioemocionales, deterioro sensorial, visual y auditivo, retraso mental y parálisis cerebral

CITATION Fac12 \l 1033 (Factores de Riesgo asociados a partoprematureo Policlinico Norte de Ciego de Avila., 2011-2012)

Por lo anterior,

además de la pérdida de vidas, el nacimiento prematuro representa costos económicos y emocionales para las familias.

A pesar del progreso de las tecnologías para su detección y de los tratamientos establecidos, su frecuencia aumenta sobre todo por infecciones durante el embarazo que pueden identificarse y tratarse oportunamente en los cuidados prenatales. Otros factores de riesgo de parto prematuro: nivel socioeconómico bajo,

edad materna menor de 16 o mayor de 35 años, actividad materna intensa, paridad, tabaquismo e ingestión de drogas, enfermedad materna crónica infección de vías urinarias, bacteriuria asintomática, vaginosis bacteriana, embarazo multifetal, antecedente obstétrico (partos prematuros y abortos previos), complicaciones (pre eclampsia, rotura prematura de membranas, sangrado)

CITATION Kri \1 1033 (Aguirre).

La incidencia de partos prematuros extremos es un problema que se produce por varias causas, existen patologías que inevitablemente aumentan el riesgo de que se produzcan nacimientos prematuros como son las infecciones maternas. Las infecciones que se presentan en el embarazo y no son tratadas de manera oportuna pueden afectar al feto y aumentar la morbilidad, algunas de éstas cursan asintomáticas lo que trae resultados adversos para el feto. La causa más frecuente de trabajo de parto es la infección bacteriana dentro de ellas la infección de vías urinarias juegan un rol muy importante CITATION Rui06 \1 1033 (Ruiz Cardenas, Huerta Coronel, & Zavaleta Gutierrez, 2006).

La hipertensión arterial es una causa importante de morbilidad materno fetal enfermedades hipertensivas tienen como efecto secundario un aumento de peso exagerado en la madre, mas no asi en el niño, como resultado de la retención de líquidos y proteínas en la madre. Complicaciones de enfermedades hipertensivas son insuficiencia placentaria y restricción del crecimiento intrauterino, también aumenta el riesgo de parto prematuro antecedente de parto prematuro previo, la mala alimentación, presencia de embarazo múltiple. CITATION Oli02 \1 1033 (Oliveros M., 2002).

El embarazo adolescente se puede apreciar ya no solamente desde el aspecto biológico de esencia inmadura, pendiente de desarrollo, incapaz de dar vida saludable poniendo en riesgo su propia integridad, ahora se estudia desde los factores sociales que si bien predisponen problemas de salud, son conductas modificables que con estrategias de mejora pueden llevar a la adolescente a tener embarazos saludables siempre que tengan un adecuado control prenatal. Además de proporcionarles la información adecuada que les ayude a prevenir embarazos seguidos CITATION Daz12 \1 1033 (Daza Perez, 2012). 1.2 Factores de riesgo para prematurez extrema.

Entre las causas más frecuentes del parto prematuro figuran los embarazos múltiples, las infecciones y las enfermedades crónicas, como la diabetes y la hipertensión; ahora bien, a menudo no se identifica la causa. También hay una influencia genética. Una mejor comprensión de las causas y los mecanismos del parto prematuro permitirá avanzar en la elaboración de soluciones de prevención.

Si bien más del 60% de los nacimientos prematuros se producen en África y Asia meridional, se trata de un verdadero problema mundial. En los países de ingresos bajos, una media del 12% de los niños nace antes de tiempo, frente al 9% en los países de ingresos más altos. Dentro de un mismo país, las familias más pobres corren un mayor riesgo de parto prematuro CITATION Org15 \1 1033 (Organizacion Mundial de la Salud , 2015).

Entre las complicaciones más frecuentes destacaron las de causa respiratoria 80-90%, la enfermedad por membrana hialina se presentó en el 80% de los casos y la incidencia de displasia broncopulmonar definida como dependencia de oxígeno a las 36 semanas de edad corregida alcanzó a nivel nacional un 36% ese año. También destacan las complicaciones y secuelas neurosensoriales como la hemorragia intraventricular (grado III-IV que estuvo presente en el 16% de los egresados vivos del grupo de 750-999 gramos, la retinopatía del prematuro tuvo una incidencia entre 70 a 90% en los RNEBP. En la década del '90, el 18% de estos prematuros presentó al menos una secuela neurosensorial severa, entre las que se cuentan la ceguera, hipoacusia sensorio-neural, retraso del desarrollo psicomotor moderado a severo y parálisis

cerebralCITATION Sal06 \p "Factores de riesgo y seguimiento clínico en prematuros menores de 1 000 gramos" \t \l 1033 (Salas N, Sanhueza U, & Maggi C, 2006, p. Factores de riesgo y seguimiento clínico en prematuros menores de 1 000 gramos).

Entre los factores de riesgo de parto prematuro

se encuentran: nivel socioeconómico bajo (ingreso familiar, grado educativo, residencia, clase social, ocupación), edad materna menor de 16 o mayor de 35 años, estado civil, actividad laboral materna intensa, paridad, tabaquismo e ingestión de otras drogas, enfermedad materna crónica (asma, cardiopatía, diabetes, hipertensión), infección de vías urinarias, bacteriuria asintomática, vaginosis bacteriana, embarazo multifetal, antecedente obstétrico desfavorable (partos prematuros y abortos previos), complicaciones del embarazo (

pre eclampsia, rotura prematura de membranas, sangrado, oligo o poli hidramnios) y factores fetales (malformaciones e infecciones). Estudios epidemiológicos en diversos países confirman el perfil sociodemográfico, médico y obstétrico de las mujeres embarazadas con riesgo de parto prematuro. El propósito de este trabajo fue conocer la prevalencia de los factores maternos de riesgo y la relación de cada uno de ellos con la prematuridad en la población estudiada. 1.3 Referentes empíricos

El propósito del presente estudio fue llegar a conocer los determinantes de la salud asociados a la prematurez expresados por madres usuarias en servicios Neonatal, Hospital 1 de Mayo del Instituto Salvadoreño del Seguro Social, en los meses de Septiembre 2013 a Marzo 2014 y tomar acciones enfocadas a la disminución de la incidencia de prematurez. De lo descrito anteriormente se enuncia el siguiente problema: ¿Cuáles son los determinantes de la salud asociadas a la prematurez, expresados por madres usuarias en servicio neonatal, Hospital 1 de Mayo del Instituto Salvadoreño del seguro social, Septiembre 2013 - Marzo 2014? CITATION Lun14 \l 1033 (Luna Tobar & Garcia Mejia , 2014). El presente es un estudio en el cual se analiza que el riesgo de parto pretérmino también es considerablemente mayor en los embarazos múltiples que en los embarazos con feto único, ocurriendo en el 50% de los embarazos gemelares. Es importante CITATION Bed16 \l 1033 (Bedoya Vidal, 2016)destacar que el 10% de los nacimientos de gemelos tiene lugar antes de las 32 semanas de gestación, se realiza una comparación entre complicaciones fetales entre gestaciones gemelares producto de técnicas de reproducción asistida (TRA) y espontáneas. Las complicaciones más frecuentes en ambos casos fueron uso de cesárea (81% vs 98.1%), prematuridad (78.6% vs 62.3%), ruptura prematura de membranas (34.5% vs 20.7%) y muerte fetal (33.3% vs 15%) CITATION Bed16 \l 1033 (Bedoya Vidal, 2016). En la presente investigación titulada: Morbimortalidad en prematuros en el servicio de neonatología del Hospital Isidro Ayora en el año 2014, tiene como objetivo general CITATION Peq10 \l 1033 (Pequeño Rondon, Cedeño Ramirez, Bermudez Perez, Rodriguez Arevalo, & Arzuaga Nuñez , 2010): conocer las causas de morbilidad en recién nacidos prematuros ingresados en el Servicio de Neonatología del Hospital Isidro Ayora durante el año 2014; y, como objetivos específicos: identificar las principales morbilidades en recién nacidos prematuros, determinar el porcentaje de mortalidad de recién nacidos prematuros, conocer el género más afectado y observar de acuerdo a la clasificación de la Organización Mundial de la Salud (OMS) cual es el grupo más afectad CITATION Flo15 \l 1033 (Flores Bermeo, 2015). En Cuba se reporta que los prematuros mayores de 30 semanas tienen

90% de posibilidad de vivir en Terapia Intensiva y los menores de 26 semanas prácticamente no tienen posibilidades de sobrevivir. Se han realizado estudios en diferentes países donde se observó que menores de 22 semanas de gestación que ingresan a Terapia Intensiva mueren antes de los seis meses. Allen, en Inglaterra, realizó un estudio con recién nacidos de 22-25 semanas de gestación, reportando una sobrevida de 0% a las 22 semanas, de 15% a las 23 semanas, incrementándose paulatinamente con el aumento de la edad gestacional, siendo 80% a las 25 semanas de gestación CITATION Her \l 1033 (Hernandez Navas & Martinez Navas). En esta

investigación se observó que las mujeres con malnutrición antes y durante el embarazo tienen un elevado riesgo de presentar parto prematuro. El bajo peso materno a la captación y la ganancia de peso baja durante el desarrollo de la gestación son factores que presentan una asociación estadística significativa con el desarrollo de partos prematuros,

pero la baja talla materna aunque se asocia a la prematuridad no resulta significativa. Se debe resaltar que la ganancia de peso alta durante el embarazo es un factor al que hay que prestar atención, pues se evidencia su asociación con la aparición del parto prematuro, aun cuando esta no es significativa. En las pacientes incluidas en el estudio no se encontró que la obesidad o el sobrepeso sean factores con asociación estadística en la aparición de partos

prematuros CITATION Fac15 \l 1033 (Diaz Perez, et al., 2015).

Se diseñó un estudio de tipo analítico de cohorte longitudinal y prospectivo que incluye a todos los recién nacidos vivos menores de 1.000 gramos en el Complejo Asistencial Barros Luco

entre el 1 de Enero de 2005 y el 31 de Diciembre de 2012, excluyendo a los prematuros con peso de nacimiento >500 gramos y edad gestacional >24 semanas. Se confeccionó un formulario en hoja de cálculo para consignar los datos relevantes concernientes a la madre, el nacimiento, hospitalización y seguimiento de los

EBPN. En algunos casos de traslado o abandono, los datos del seguimiento fueron completados a través de información telefónica de otros Centros de Atención Primaria o Secundaria

CITATION Sal14 \l 12298 (Salas Nuñez, Lavin Acevedo, Sanhueza Uribe , & Azocar, 2014). En

los niños fallecidos tanto pre como pos alta se anotaron las causas y edad del deceso. Los sobrevivientes

al alta se enrolaron al Programa de Seguimiento de Prematuros en donde se controlaron y

evaluaron. Al año de EC se realizó el control pediátrico programado y se registran los datos relevantes con el cumplimiento del Programa, re hospitalizaciones, morbilidad, secuelas; así como la situación de salud general del niño incluidos el desarrollo psicomotor y diagnóstico neuro- motor, estas últimas en conjunto con el equipo neuro-kinésico del Hospital Dr. Exequiel González Cortés

CITATION Sal14 \l 12298 (Salas Nuñez, Lavin Acevedo, Sanhueza Uribe , & Azocar, 2014). Se realizó un estudio transversal retrospectivo de los expedientes clínicos de los menores de 28 días de vida ingresados a la Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales, a la Unidad de Cuidados Intermedios Neonatales y a la Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales Externos del Hospital Civil de Guadalajara "Fray Antonio Alcalde" en el periodo de enero de 2012 a agosto de 2015. Las variables estudiadas fueron procedencia, diagnóstico de ingreso, causa de defunción y porcentaje de mortalidad por diagnóstico de ingreso. De un total de 4316 pacientes, fallecieron 602 (13.9%). Los principales diagnóstico de ingreso fueron recién nacido pretérmino 19.3%, taquipnea transitoria del recién nacido 8.6% y síndrome de distrés respiratorio 7.3%. La prematurez ocupó el mayor porcentaje en la mortalidad con un 20% CITATION Mor16 \l 1033 (García-Hernández Héctor Adrián, Valle-Delgado Esperanza, Angulo-Castellanos Eusebio,, 2016). El objetivo de este trabajo es

mostrar cómo en nuestro país se está transitando hacia una nueva concepción de la viabilidad de la prematuridad extrema (recién nacidos con menos de 28 semanas de gestación), caracterizarla y contextualizarla. Para ello, se utilizan datos procedentes de una investigación que ha obtenido resultados válidos sobre el desarrollo de 1200 nacidos con 1500 gramos (g) o menos de peso, mediante encuesta poblacional multimétodo, y producido cuatro grupos de discusión y 25 entrevistas abiertas con agentes cualificados. Se recogen aquí los resultados del análisis socio discursivo del material cualitativo centrado en esta cuestión y del estudio de diversos documentos sobre viabilidad en la prematuridad extrema CITATION Gar16 \l 12298 (Garcia Selgas , Gomez Esteban, & Saenz-Rico de Santiago, 2016). Se realizó un trabajo descriptivo, observacional y de corte transversal. En

primera instancia se creó una lista de profesionales vinculados con el trabajo en el área de la salud perinatólogica, que incluyó a médicos neonatólogos, obstetras, pediatras, internistas, licenciadas en enfermería con aproximadamente 10 años vinculados con la salud perinatal.

Se les propuso un caso clínico sobre un embarazo con feto saludable y de crecimiento normal para que respondan qué conductas tomarían en base a su experiencia y conocimiento personal para la atención de la salud materno-fetal a cada semana de gestación entre las 22 y 26 semanas ante el desencadenamiento del parto. Se les expuso preguntas referidas al caso en que el parto se desencadenase, propondrían para la atención de la salud materna fetal CITATION DaS16 \l 12298 (Da Silva, Gesuele, Pereira, Pose, & Borbonet, 2016). En el Hospital Materno Infantil "El Carmen" de Huancayo, la tasa de prematuridad es de 7,8% y a su vez esta causa 60 % de morbilidad perinatal. Conociendo estas estadísticas tanto a nivel mundial, internacional, nacional y sobre todo del hospital que es materno perinatal. Es muy importante saber cuáles son los factores de riesgo para parto pretérmino. Ya que conlleva a que un niño prematuro tenga mayor probabilidad de morir inmediatamente postparto o que no pase del año de vida, siendo este problema de implicancia médica porque está de por medio la vida del neonato y también de la madre CITATION Leu16 \l 12298 (Leuyacc Puchuri., 2016).

La presente investigación abarca la línea de investigación de Ginecología y obstetricia cuya ejecución será realizada en el Hospital Sergio Bernales cuya ubicación se encuentra en el distrito de Comas.

Es un estudio de enfoque cuantitativo, transversal descriptivo, y retrospectivo según la recolección de datos. La población de estudio está constituida por 112 gestantes entre 14 y 19 años que hayan cursado con un parto menor a 37 semanas atendidas durante el periodo de noviembre 2014 a noviembre 2015 en el Hospital Nacional Sergio Bernales. En este estudio el tipo de muestreo es no probabilístico censal. La unidad de análisis es cada gestante

CITATION Cuz15 \l 12298 (Cuzcano Bustinza, 2015).

Estudio observacional Unidad de cuidado intensivo del Hospital Militar. Unidad de Cuidado intensivo del Hospital Universitario Clínica San Rafael. Pacientes con peso al nacer menor a 1.500 gr y 36 semanas, atendidos en la Unidad de cuidado intensivo del Hospital Militar y en

la Unidad de Cuidado intensivo del Hospital Universitario Clínica San Rafael

de febrero de 2014 a agosto de 2015, que cumplan los criterios de selección. Se inició la recolección de pacientes en febrero de 2014, cada paciente hospitalizado en la UCIN de cada institución. Se realizó un seguimiento semanal y se registró en un instrumento de recolección, previamente diseñado, la información necesaria, para cumplir los objetivos de la investigación CITATION Cuz15 \l 12298 (Cuzcano Bustinza, 2015).

Se realizó un estudio observacional descriptivo transversal y retrospectivo, perteneciente a la línea de investigación Atención Integral a la Mujer y a la Infancia, sublínea: Crecimiento y desarrollo

normal del niño, en los recién nacidos con diagnóstico de Síndrome de Dificultad Respiratorio Grave del Pretérmino atendidos en

el servicio de neonatología del Hospital IESS de Ambato durante el año 2014, que cumplieran los criterios de inclusión, previa obtención del consentimiento de las autoridades de la institución. La modalidad paradigmática de este tipo de investigación fue cuali-cuantitativa, con predominio cualitativo narrativo, ya que se recolectaron los datos de las historias clínicas de los pacientes y se analizaron y describieron en base a la revisión teórica del tema investigado

CITATION Rue16 \1 12298 (Rueda Barragan, 2016).

En la actualidad hay poca información sobre las causas y mecanismos de nacimiento prematuro, y sin este conocimiento, seguirá aumentando, y con ella los problemas de discapacidad atribuidos. Aquellas madres con problemas como diabetes, presión alta, infecciones y tratamientos de infertilidad que resultan en múltiples embarazos originan estos problemas. Antes del embarazo, algunas prácticas son conocidas, como planeación familiar. Según estudios hechos en Estados Unidos, el país con mayor incidencia en prematuros es Sud África. CITATION Ble10 \1 1033 (Blencowe, 2010).

Nacimiento prematuros son aquellos antes de 37 semanas completas de gestación, o menos de 259 días desde el primer día del último periodo menstrual de la mujer CITATION MSK12 \1 1033 (MS, Goldenberg, Gravett, Culhane, Conde Agudelo, & Knight, 2012). CAPITULO II 2. Marco metodológico. 2.1 Situación problemática y formulación del problema de investigación Metodología: Es la aplicación de procedimientos específicos o técnicas usadas para identificar, seleccionar, y analizar información aplicada para entender el problema en cuestión. Y como resultado, permitir al lector evaluar la validez y confiabilidad de un estudio en el todo. La sección metodológica de un trabajo responde dos importantes preguntas: Como fueron los datos recolectados o generados? Y como fueron analizados? Las respuestas deben ser directas y precisas. La metodología es crucial en cualquier rama de estudio, porque un método no confiable, produce resultados no confiables, y por lo tanto, el valor e interpretación del trabajo CITATION Lib16 \1 1033 (Libguides, 2016). 2.2 Diseño de la investigación Se diseñó un estudio de tipo cuantitativo, descriptivo y transversal

con análisis de factores de riesgo, que incluye a todos los prematuros menores de 1000 gramos nacidos en el

Hospital Gineco Obstétrico Enrique C. Sotomayor en el periodo comprendido entre el 1 de enero y el 30 de junio del 2016.

2.3 Población y muestra.

Para este estudio tomamos una muestra de 115 prematuros extremos nacidos en el hospital Enrique C. Sotomayor de la ciudad de Guayaquil de enero a junio del 2016 de un total de 8898 nacimientos.

Criterios de inclusión: prematuros menores de 1000 gramos nacidos de enero a junio del 2016. Se realizara un estudio cuantitativo constituido por pacientes prematuros extremos nacidos en el Hospital Gineco Obstétrico Enrique C. Sotomayor de enero a junio del 2016. Criterios de exclusión: neonatos que no fueron atendidos en ese periodo.

2.4 Hipótesis o preguntas de investigación.

- El peso de los prematuros son independiente de las enfermedades
- El peso de los prematuros no son independientes con las enfermedades Pronóstico: La aplicación informática SPSS de estadística debería de encontrar la relación, correlación e independencia entre los factores de riesgo en las variables causantes de los prematuros y las enfermedades asociadas

y permitirá comprender mejor como de correlacionan estas dos variables, y de esa manera reducir los niveles de prematuros extrema o controlarlos. 2.5 variables. 1 PESO 2 SEMANAS 3 ESTADO 4 ENF. 5 ENF. 6 ENF. 7 ENF.

1. PESO 2. SEMANAS DE GESTACION 3. ESTADO 4. ENFERMEDAD_1 5. ENFERMEDAD_2 6. ENFERMEDAD_3 7. ENFERMEDAD_4 8. ENFERMEDAD_5 9. ENFERMEDAD_6 10. ENFERMEDAD_7 11. ENFERMEDAD_8

PESO MIN = 670grs MAX=980grs SEMANAS GESTACION MIN = 22sem MAX =28se

Capítulo 3 Resultados.

Tasa de incidencia del EBP = Total de nacidos EBP X 100. Total de nacidos vivos Tasa de supervivencia del EBP =Total de sobrevivientes EBP X 100. Total de nacidos vivos EBP TABLA 1. Comportamiento del EBP CONCEPTOS

NÚMERO

Total de nacidos vivos

8898

Total de nacidos vivos EBP

115

Sobrevivientes EBP

38

INDICE DE EBP

TASA SUPERVIVENCIA EBP

33

33

1.29

TABLA 2. Distribución según grupos de peso en gramos GRUPOS DE PESO EN GRAMOS
NÚMERO PORCIENTO Menos de 700 gramos 18 16 700 gramos – 799 gramos 17 15 800 gramos – 899 gramos 27 23 900 gramos – 999 gramos 53 46 TOTAL 115 100

TABLA 3. Distribución según edad gestacional en semanas EDAD GESTACIONAL EN SEMANAS
NÚMERO PORCIENTO >25 semanas 16 14 26 semanas 20 17 27 semanas 33 29 28 semanas 46 40 TOTAL 115 100

1. Discusión.

Durante los meses estudiados nacieron en nuestro hospital un total de 8892 nacidos vivos, con un total de 115 neonatos de extremo bajo peso (1.29%) del total de nacidos vivos es decir un caso por cada 114.7 nacimientos. Del total de recién nacidos de extremo bajo peso fallecieron 77, lo que representa 67%, con una supervivencia de 38 neonatos que representan un 33% de supervivencia como se evidencia en la primera tabla. En la segunda tabla vemos la distribución de acuerdo al peso en gramos, vemos que la gran mayoría de los recién nacidos de extremo bajo peso

presentaron peso al nacimiento entre 900 y 999 gramos con un total de 53 casos lo que representa 46%, 27 casos entre 800 a 899 lo que representa 23%, de 700 a 799 fueron 17 casos que representan 15% y menores de 700 gramos 18 lo que representa 16%. En la tercera tabla podemos observar la edad gestacional, presentándose el mayor número de casos a las 28 semanas, con 46 casos que representan 40%; seguidos de los de 27 semanas con 33 casos que representan 29%, 26 semanas con 20 casos que corresponden al 17% y menores o iguales a 25 semanas 16 casos que corresponden al 14%. Pronóstico: De continuar estos nacimientos podrían desencadenar en un aumento de casos de mortalidad en estos niños, de las cuales heredarían de la madre alta presión arterial, desequilibrios hormonales, diabetes tipo II y enfermedades cardiovasculares. Control de Pronóstico: La aplicación informática SPSS de estadística debería de encontrar la relación, correlación e independencia entre los factores de riesgo en las variables causantes de los prematuros y las enfermedades asociadas y permitirá comprender mejor como se correlacionan estas dos variables, y de esa manera reducir los niveles de prematuros extrema o controlarlos.

Análisis de correlación: El análisis de correlación es la herramienta estadística que podemos usar para describir el grado

en que una variable está linealmente relacionada con otra. Prueba p. La prueba p es muy usada para probar hipótesis de independencia entre variables, y la vamos a usar especialmente en este estudio. Tipos de relaciones: Los análisis de regresión y de correlación se basan en la relación, o asociación, entre dos o más variables. La variable conocida se la llama independiente; y la que tratamos de predecir se llama dependiente. Variables causa y efecto: A menudo encontramos una relación causal entre variables, esto es, la variable independiente "causa" cambios en la variable dependiente. Éste es el caso en el ejemplo de la contaminación. Pero en muchos casos, otros factores ocasionan los cambios tanto en las variables dependientes como las independientes. Podríamos predecir las ventas de aretes de diamantes observando las de Cadillac nuevos, pero no podríamos decir que la una origina la otra. Más bien, nos damos cuenta que otro factor, como el nivel de ingresos disponibles, es la causa de los niveles de venta tanto de los Cadillac como de los aretes de diamantes. Por esta razón, es importante considerar que las relaciones encontradas por la regresión son de asociación, pero no necesariamente de causa y efecto. Control de Pronóstico: La aplicación spss de estadística debería de encontrar la relación, correlación e independencia entre los factores de riesgo en las variables causantes de los prematuros y las enfermedades asociadas y permitirá comprender mejor como se correlacionan estas dos variables, y de esa manera reducir los niveles de prematuros extrema o controlarlos

GRAMOS (PESO) Y DIFICULTAD RESPIRATORIA TABLA DE CONTINGENCIA

RESPIRAT. Total

Dificultad GRAMOS (Agrupado) ≥ 700 19 19

701-799 16 16

800-899 27 27

900-999 53 53 Total 115 115

Chi-Square Tests

Value Pearson Chi-Square .a N of Valid Cases 115 a. No statistics are computed because ENFERMEDAD_2 is a constant.

Según el valor p 0.00 no se puede aprobar la hipótesis H_0 que dice que son independientes el peso con la dificultad respiratoria. Como conclusión el peso de los niños es un factor desencadenante de la enfermedad. ANÁLISIS DE RESULTADOS GRAMOS (Peso)

Frecuencia Porcentaje Valido Porcentaje Acumulado Porcentaje

=700 19 16,5 16,5 16,5

701-799 16 13,9 13,9 30,4

800-899 27 23,5 23,5 53,9

900-999 53 46,1 46,1 100,0

Total 115 100,0 100,0

Tabla 6. Peso Figura 3. Peso Estadísticos descriptivos SEMANAS (gestación)

Frecuencia Porcentaje Valido Porcentaje Acumulado Porcentaje

=25 17 14,8 14,8 14,8

25.01-26 20 17,4 17,4 32,2

26.01-27 33 28,7 28,7 60,9

28 o mas 45 39,1 39,1 100,0

Total 115 100,0 100,0

Tabla 7. Semanas Figura 4. Semanas SEPSIS TARDIA

Frecuencia Porcentaje Valido Porcentaje Acumulado Porcentaje

Otros 79 68,7 68,7 68,7

Sepsis_tardia 36 31,3 31,3 100,0

Total 115 100,0 100,0

Tabla 7. Sepsis Tardía APNEA

Frecuencia Porcentaje Valido Porcentaje Acumulado Porcentaje

Apnea 63 54,8 54,8 54,8

Otros 52 45,2 45,2 100,0

Total 115 100,0 100,0

Tabla 8. Apnea BRONCONEUMONIA

Frecuencia Porcentaje Valido Porcentaje Acumulado Porcentaje

Bronconeumonía 32 27,8 27,8 27,8

Otros 83 72,2 72,2 100,0

Total 115 100,0 100,0

Tabla 9. Bronconeumonía SEPSIS TEMPRANA

Frecuencia Porcentaje Valido Porcentaje Acumulado Porcentaje

Otros 99 86,1 86,1 86,1

Sepsis_temprana 16 13,9 13,9 100,0

Total 115 100,0 100,0 Tabla 10. Sepsis Temprana RETRASO

Frecuencia Porcentaje Valido Porcentaje Acumulado Porcentaje

Otros 99 86,1 86,1 86,1

Retraso_intra 16 13,9 13,9 100,0

Total 115 100,0 100,0 Tabla 11. Retraso GRAMOS (PESO) Y SEPSIS TABLA DE CONTINGENCIA

ENFERMEDAD_4 Total

Otros Sepsis_tardia GRAMOS ≥ 700 11 8 19

701-799 14 2 16

800-899 18 9 27

900-999 36 17 53 Total 79 36 115

Tabla 12. Peso y sepsis tardía . Chi-Square Tests

Value Df Asymptotic Significance (2-sided) Pearson Chi-Square 3,728a 3 ,292 Likelihood Ratio 4,148 3 ,246 N of Valid Cases 115 a. 0 cells (0,0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 5,01.

Con valor p de 0.292 se aprueba la hipótesis de independencia de variables. GRAMOS (PESO) Y APNEA

APNEA Total

Apnea Otros GRAMOS ≥ 700 7 12 19

701-799 12 4 16

800-899 13 14 27

900-999 31 22 53 Total 63 52 115

Tabla 13. Peso y Apnea Chi-Square Tests

Value df Asymptotic Significance (2-sided) Pearson Chi-Square 5,883a 3 ,117 Likelihood Ratio 6,036 3 ,110 N of Valid Cases 115 a. 0 cells (0,0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 7,23.

GRAMOS (PESO) y BRONCONEUMONIA

ENFERMEDAD_6 Total

Bronconeumonía Otros GRAMOS (Agrupados) ≥ 700 8 11 19

701-799 4 12 16

800-899 8 19 27

900-999 12 41 53 Total 32 83 115 Tabla 14. Peso y Bronconeumonia Chi-Square Tests

Value df Asymptotic Significance (2-sided) Pearson Chi-Square 2,746a 3 ,433 Likelihood Ratio 2,625 3 ,453 N of Valid Cases 115 a. 1 cells (12,5%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 4,45.

GRAMOS Y SEPSIS TEMPRANA

ENFERMEDAD_7 Total

Otros Sepsis_temprana GRAMOS (Agrupado) ≥ 700 15 4 19

701-799 14 2 16

800-899 24 3 27

900-999 46 7 53 Total 99 16 115 Tabla 15. Peso y Sepsis temprana

Chi-Square Tests

Value df Asymptotic Significance (2-sided) Pearson Chi-Square 1,034a 3 ,793 Likelihood Ratio ,954 3 ,812 N of Valid Cases 115 a. 3 cells (37,5%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 2,23.

GRAMOS Y RETRASO

ENFERMEDAD_8 Total

Otros Retraso_intra GRAMOS ≥ 700 15 4 19

701-799 16 0 16

800-899 24 3 27

900-999 44 9 53 Total 99 16 115 Tabla 16. Peso y Retraso Chi-Square Tests

Value df Asymptotic Significance (2-sided) Pearson Chi-Square 3,988a 3 ,263 Likelihood Ratio 6,092 3 ,107 N of Valid Cases 115 a. 3 cells (37,5%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 2,23.

GRAMOS Y HEMORRAGIA

ENFERMEDAD Total

Hemorragia GRAMOS (Agrupado) ≥ 700 Count 19 19

% of Total 16,5% 16,5%

701-799 Count 16 16

% of Total 13,9% 13,9%

800-899 Count 27 27

% of Total 23,5% 23,5%

900-999 Count 53 53

% of Total 46,1% 46,1% Total Count 115 115

% of Total 100,0% 100,0%

Tabla 17. Tabla cruzada peso con Hemorragia Chi-Square Tests

Value Pearson Chi-Square .a N of Valid Cases 115 a. No statistics are computed because ENFERMEDAD is a constant.

Valor p de 0.00 no se puede decir que el peso del niño sea independiente con dicha enfermedad.
GRAMOS Y DIFICULTAD RESPIRATORIA

ENFERMEDAD_2 Total

Dificultad_resp GRAMOS =700 Count 19 19

% of Total 16,5% 16,5%

701-799 Count 16 16

% of Total 13,9% 13,9%

800-899 Count 27 27

% of Total 23,5% 23,5%

900-999 Count 53 53

% of Total 46,1% 46,1% Total Count 115 115

% of Total 100,0% 100,0% Tabla 18. Peso y Dificultad Respiratoria Chi-Square Tests

Value Pearson Chi-Square .a N of Valid Cases 115 a. No statistics are computed because ENFERMEDAD_2 is a constant.

Valor p de 0.00 no se puede decir que el peso sea independiente de la dificultad respiratoria
Correlations

GRAMOS (Binned) SEMANAS (Binned) GRAMOS (Binned) Pearson Correlation 1 ,837**

Sig. (2-tailed) ,000

N 115 115 SEMANAS (Binned) Pearson Correlation ,837** 1

Sig. (2-tailed) ,000

N 115 115 **. Correlation is significant at the 0.01 level (2-tailed).

1.1 Conclusión Las enfermedades respiratorias son las principales que contribuyen de la muerte en los niños prematuros así también como la hemorragia e infecciones. Pero también se encontró que el peso de los niños es un factor importante a que desarrollen mayores complicaciones después de nacer. 1.2 Resultados esperados. Los resultados que esperamos encontrar en este grupo de estudio, existe una fuerte relación de los datos entre el bajo peso y las enfermedades asociadas

que causaron la muerte del prematuro, además hay una fuerte correlación entre el peso y las semanas de gestación con la futura muerte de los niños. 5. Propuesta. Realización de una guía de manejo protocolario para prematuros extremos, que incluya su seguimiento ambulatorio durante el primer año de vida, así como programas de capacitación a las madres para mejorar la vinculación con su hijo durante la estancia hospitalaria y que a la vez facilite el manejo y cuidado después del alta, así como el seguimiento de las complicaciones.

Bibliografía (WHO), W. H. (Septiembre de 2016). Media centre. Recuperado el 14 de Octubre de 2016, de <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs178/en/> A, A. F., & Stoll, B. (Febrero de 2007). Trends in neonatal morbidity and mortality for very low birthweigh infants. American Journal of Obstetrics and Gynecology, pág. 147.

Agudelo, A. C., Rosas Bermudez, A., & Kafury Goeta, A. (Abril de 2007). Science Direct. Recuperado el 14 de Octubre de 2016, de Science Direct: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0002937806010064>

Aguirre, K. N. (s.f.). principales factores de riesgo asociados a parto pretermino.

Alvarez S, K., & Pull G., T. (2007).

Frecuencia de prematurez y morbilidad por Enfermedad Membrana Hialina en pacientes del area de neonatologia Hospital Vicente Corral Moscoso.

B, B., & Kaminski, M. (2002). Trends in the ocurrence,, determinats,and consequences of multiple births. En Semin Perinatol (pág. 10). Semin Perinatol.

B, B., Kogan, M., Alexander, G., Dattani , N., Krane, M., & Mac Farlane, A. (s.f.). The impact of the increasing number of multiple births on the rates of preterm birth and low birthweigh: an international study. Am J Public Health.

Barker. (1983). Usa.

Bedoya Vidal, S. A. (2016). complicaciones fetales asociadas al parto en embarazo gemelar entre septiembre 2014 a septiembre 2015 Hospital Nacional Edgardo Rabagliati Martins .

Blencowe, e. (2010). National, regional and worldwide estimates of preterm birth rates in the year 2010 with time trends since 1990 for selected countries. <http://ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22682464>.

Cuzcano Bustinza, A. (2015). “

O: <http://cybertesis.urp.edu.pe/handle/urp/502>

100%

Características de las madres adolescentes con parto pretérmino en el hospital Sergio Bernalles durante el periodo noviembre 2014 a noviembre 2015.

Da Silva, P., Gesuele, J. P., Pereira, G., Pose, G., & Borbonet, D. (2016). Periviabilidad en Uruguay. Conducta perinatal del equipo de salud. Opinión de expertos. Archivos de Pediatría del Uruguay, vol 87 No 2.

Daza Perez, A. M. (2012).

O: <http://190.242.62.234:8080/jspui/handle/11227/2346>

78%

1: <http://190.242.62.234:8080/jspui/handle/11227/2346/browse?type=dateissued>

78%

Prevalencia de partos y desenlaces maternos- perinatales de gestantes adolescentes atendidas en una clínica de maternidad de mediana complejidad en el

año 2012.

Diaz Perez, D., Retorecter Milan , S. E., Vega Lorenzo, Y., Martinez Lorenzo, F. Y., Hidalgo Avila, M., & Pulido Hernandez, I. (2015).

Factores de riesgo asociados al parto prematuro en el Policlínico Norte de Ciego de Ávila, 2011-2012.

Mediciego vol 21 No 3.

Factores de Riesgo asociados a partoprematuro Policlinico Norte de Ciego de Avila. (2011-2012). Mediciego 2015 vol 21 No 3 , 35.

factores de riesgo materno asociados al nacimiento de recién nacidos prematuros en el hospital Victor Ramos Guardia de Huaraz. (2006). Acta Medica Orreguiana Hampi Runa 6(1) , 16, 17.

Flores Bermeo, M. A. (2015). : Morbimortalidad en prematuros en el servicio de neonatología del Hospital Isidro Ayora en el año 2014.

Flynn, J., Shiffman, J., Buckley, E., & Roberts, J. (16 de April de 1992). A cohort study of transcutaneous oxygen tension and the incidence and severity of retinopathy of prematurity. The new England Journal of medicine, pág. 5.

Friberg. (2010). Care for preterm women .

G.S., M. (1996). Introduccion a la Econometria. Florida: Prentice Hall.

Garcia Selgas , F., Gomez Esteban, C., & Saenz-Rico de Santiago, B. (2016). Transición en la concepción de la viabilidad de prematuros extremos: análisis sociodiscursivo. Revista Española e la discapacidad , 70, 71.

García-Hernández Héctor Adrián, Valle-Delgado Esperanza, Angulo-Castellanos Eusebio,. (2016). Morbilidad y mortalidad de un Centro Regional en Atención neonatal del Occidente de Mexico (2012-2015). Revista medica 2016, 248, 249.

Goldenberg, Cultane, R., Jams, J., & Romero, J. (2008). Epidemiology and causes of preterm birth. The Lancet, 3714.

H, H., Gressens, P., & Mallard, C. (2012). Inflammation during fetal and neonatal life: implications for neurologicand neuropsychiatric disease in children and adults. Usa: Ann Neurol.

Hernandez Navas, J., & Martinez Navas, S. (s.f.). Limites de Viabilidad en los prematuros extremos menores de 30 semanas de gestacion o menores a 1000 gramos de peso.

HG, T., Klein , N., Minich, N., & Hack, M. (2001). Long Term family outcomes for childrem with very low birth weights. Arch Pediatr Adolesc.

Jose A Hernandez-Susana Martinez. (s.f.). complicaciones de prematurez extrema.

Joyce, M., Osterman, M., Kirmeyer, S., & Gregory, E. (2013). Measuring Gestational Age in Vital Statistics Data: Transitioning to the Obstetric Estimate. National Vital Statistics Reports Volume 64, Number 5, 20.

kerber. (2015).

Continuum of care for maternal, newborn, and child health. From slogan to service delivery.

Usa.

Lawn. (2015).

Lawn, & Kinney, M. (2015). Born too soon report: the global action report on preterm birth. Usa: WHO.

Leuyacc Puchuri., L. (2016). "Amenaza de parto pretermino por infeccion urinaria Abril 2016.

Libguides. (14 de Octubre de 2016). Libguides. Recuperado el 14 de Octubre de 2016, de <http://www.libguides.usc.edu/writingguide/methodology>

Luna Tobar, M. S., & Garcia Mejia , J. A. (2014). Determinantes de salud asociados a prematuridad.

M.G., G., Lawn, J., Rubens, C., Stamton , C., & Nunes, T. (23 de Febrero de 2010). Pubmed. Recuperado el 23 de Febrero de 2010, de Pubmed: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20233382>

Marlow. (2005). Born too soon report. Usa.

Moore. (2012). Usa.

MS, K., Goldenberg, R., Gravett, M., Culhane , J., Conde Agudelo , A., & Knight , H. (Febrero de 2012). Pubmed. Recuperado el 14 de Octubre de 2016, de <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22118964>

Núñez, R. S. (s.f.).

Factores de riesgo y seguimiento Clínico en prematuros menores de 100 gramos: Hospital Barros Luco Quinquenio 2000-2004.

Obstetricia, C. M. (Abril de 2008). Diagnostico Y Manejo Del Parto Pretermino.

Oliveros M.,. (2002).

Organizacion Mundial de la Salud . (Noviembre de 2015).

Pattinson. (2011). Care for preterm women.

Pequeño Rondon, M., Cedeño Ramirez, Y., Bermudez Perez, X., Rodriguez Arevalo, R., & Arzuaga Nuñez , A. A. (2010). Caracterizacion de los recién nacidos extremadamente bajo peso en el hospital Ernesto Guevara de la serna 2007-2010.

R, R., Gotsch, F., Pineles, B., & Kusanovic, J. (2013). Preterm Labour, Antibiotics, and Cerebral Palsy. Usa: Royal College of Obstetricians & Gynaecologists.

Requejo. (2012). Care for preterm women. Usa.

Resolucion, S. G. (2012). Seguro General de riesgos de Trabajo. Ecuador.

Romero. (2012).

Ronald, W., Myers, R., & Mayers, S. (1999). Probabilidad y Estadística para Ingenieros. Mexico: Prantice Hall.

Rubin, D. S., & Levin, R. (2004). Estadística para administración y economía. Mexico: Pearson.

Rueda Barragan, F. (2016). "FACTORES CLÍNICOS EPIDEMIOLÓGICOS RELACIONADOS CON EL DISTRES RESPIRATORIO GRAVE DEL PRETÉRMINO EN EL HOSPITAL IESS AMBATO PERÍODO AÑO 2014.

Ruiz Cardenas, C., Huerta Coronel, M. D., & Zavaleta Gutierrez, F. (2006). factores de riesgo materno asociados al nacimiento de recién nacidos prematuros en el Hospital Vctor Ramos Guardia de Huaraz. Acta medica. Orreguiana Hampi Runa , 6.

Salas N, R., Sanhueza U, L., & Maggi C, L. (2006). Revista Chilena de pediatria.

Salas Nuñez, R., Lavin Acevedo, P., Sanhueza Uribe , L., & Azocar, R. (2014).

0: <http://bnnbarrosluco.blogspot.com/>

76%

Prematuros de extremo bajo peso, analisis de multiples variables de riesgo perinatal en letalidad o secuelas invalidantes .

Steer. (2005). Global report on preterm birth and stillbirth (1 of 7). Definitions, descriptions of the burden and opportunities to improve data. Born too soon, 31-32.

Steer. (2015).

0: <http://www.isuog.org/NR/rdonlyres/A5FAF4CF-778B-4A2B-8907-ED374C512063/0/2007TopArticlesDeFrancoOctober2007.pdf>

100%

Vaginal progesterone is associated with a decrease in risk for early preterm birth and improved neonatal outcome in women with a short cervix.

0: <http://www.consumerreports.org/cro/2013/12/treating-anxiety-adhd-depression-insomnia-and-ptsd-with-newer-antipsychotics/index.htm>

100%

A secondary analysis from a randomized, double blind, placebo controlled trial.

USA.

Who. (1997).

2 9 2

[Metadata removed]

Hit and source - focused comparison, Side by Side:

Left side: As student entered the text in the submitted document.

Right side: As the text appears in the source.

Instances from: PROTOCOLO FINAL PARA APROBACION.docx

0: PROTOCOLO FINAL PARA APROBACION.docx 76%

La situación es aún más grave en infantes con prematuridad extrema (menos de 32 semanas de embarazo), entre quienes una quinta parte no supervive el primer año

1: PROTOCOLO FINAL PARA APROBACION.docx 86%

hasta 60% de los supervivientes tiene discapacidades neurológicas (problemas de lenguaje y aprendizaje, trastorno por déficit de atención, dificultades socioemocionales, deterioro sensorial, visual y auditivo, retraso mental y parálisis cerebral)

2: PROTOCOLO FINAL PARA APROBACION.docx 100%

además de la pérdida de vidas, el nacimiento prematuro representa costos económicos

0: PROTOCOLO FINAL PARA APROBACION.docx 76%

La situación es aún más grave en aquellos recién nacidos con prematuridad extrema, menos de 32 semanas de gestación, entre quienes una quinta parte no sobrevive el primer año,

1: PROTOCOLO FINAL PARA APROBACION.docx 86%

hasta el 60% de los sobrevivientes tienen discapacidades neurológicas (problemas de lenguaje y aprendizaje, trastorno por déficit de atención, dificultades socioemocionales, deterioro sensorial, visual y auditivo, retraso mental y parálisis cerebral).

2: PROTOCOLO FINAL PARA APROBACION.docx 100%

Además de la pérdida de vidas, el nacimiento prematuro representa costos económicos

Instances from: <http://www.consumerreports.org/cro/2013/12/treating-anxiety-adhd-depression-insomnia-and-ptsd-with-newer-antipsychotics/index.htm>

7: <http://www.consumerreports.org/cro/2013/12/treating-anxiety-adhd-depression-insomnia-and-ptsd-with-newer-antipsychotics/index.htm>
100%

A secondary analysis from a randomized, double blind, placebo controlled

7: <http://www.consumerreports.org/cro/2013/12/treating-anxiety-adhd-depression-insomnia-and-ptsd-with-newer-antipsychotics/index.htm>
100%

a secondary analysis from a randomized, double-blind, placebo-controlled

Instances from: <http://bnnbarrosluco.blogspot.com/>

6: <http://bnnbarrosluco.blogspot.com/>

76%

Prematuros de extremo bajo peso, analisis de multiples variables de riesgo perinatal en letalidad o secuelas invalidantes .

6: <http://bnnbarrosluco.blogspot.com/>

76%

Prematuros de Extremo Bajo Peso. Análisis de múltiples variables de riesgo perinatal en letalidad o secuelas invalidantes.

Instances from: <http://www.isuog.org/NR/rdonlyres/A5FAF4CF-778B-4A2B-8907-ED374C512063/0/2007TopArticlesDeFrancoOctober2007.pdf>

8: <http://www.isuog.org/NR/rdonlyres/A5FAF4CF-778B-4A2B-8907-ED374C512063/0/2007TopArticlesDeFrancoOctober2007.pdf> 100%

Vaginal progesterone is associated with a decrease in risk for early preterm birth and improved neonatal outcome in women with a short cervix.

A secondary analysis from a randomized, double blind, placebo controlled

trial.

8: <http://www.isuog.org/NR/rdonlyres/A5FAF4CF-778B-4A2B-8907-ED374C512063/0/2007TopArticlesDeFrancoOctober2007.pdf> 100%

Vaginal progesterone is associated with a decrease in risk for early preterm birth and improved neonatal outcome in women with a short cervix: a secondary analysis from a randomized, double-blind, placebo-controlled trial

Instances from: <http://cybertesis.urp.edu.pe/handle/urp/502>

3: <http://cybertesis.urp.edu.pe/handle/urp/502> 100%

Características de las madres adolescentes con parto pretérmino en el hospital Sergio Bernales durante el periodo noviembre 2014 a noviembre 2015.

3: <http://cybertesis.urp.edu.pe/handle/urp/502> 100%

Características de las madres adolescentes con parto pretérmino en el hospital Sergio Bernales durante el periodo noviembre 2014 a noviembre

Instances from: <http://190.242.62.234:8080/jspui/handle/11227/2346>

4: <http://190.242.62.234:8080/jspui/handle/11227/2346> 78%

Prevalencia de partos y desenlaces maternos- perinatales de gestantes adolescentes atendidas en una clinica de maternidad de mediana complejidad en el

año 2012.

4: <http://190.242.62.234:8080/jspui/handle/11227/2346> 78%

Prevalencia de partos y desenlaces maternos - perinatales de gestantes adolescentes atendidas en una clínica de maternidad de medicina complejidad en el en el año 20012

Instances from: <http://190.242.62.234:8080/jspui/handle/11227/2346/browse?type=dateissued>

5: <http://190.242.62.234:8080/jspui/handle/11227/2346/browse?type=dateissued> 78%

Prevalencia de partos y desenlaces maternos- perinatales de gestantes adolescentes atendidas en una clinica de maternidad de mediana complejidad en el

año 2012.

5: <http://190.242.62.234:8080/jspui/handle/11227/2346/browse?type=dateissued> 78%

Prevalencia de partos y desenlaces maternos - perinatales de gestantes adolescentes atendidas en una clínica de maternidad de medicina complejidad en el en el año 20012