



UNIVERSIDAD NACIONAL DE TUMBES
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA ACADÉMICO PROFESIONAL DE OBSTETRICIA

**TESIS PARA OPTAR EL GRADO ACADÉMICO DE LICENCIADO
EN OBSTETRICIA**

TÍTULO:

**PERFIL CLINICO EPIDEMIOLOGICO DEL RECIEN NACIDO
PREMATURO ATENDIDO EN EL HOSPITAL REGIONAL II-2
TUMBES - 2015.**

PRESENTADO POR:

BR. OBST. PACHERRES FASANANDO YOISY MADELEIN
BR. OBST. RUIZ VARGAS LUCIA GABRIELA

TUMBES, PERÚ

2016

DEDICATORIA

A Dios por ser nuestra fortaleza en los momentos difíciles; por cambiar nuestra tristeza en gozo, por su infinito amor y misericordia, por guiar nuestros pasos día a día para poder realizar lo correcto ante sus ojos, por nuestros sueños, salud y el amor y las bendiciones que Él nos brinda.

A nuestros padres por darnos la vida, amor puro y sincero, por sus constantes muestras de ayuda y comprensión, por la educación brindada basada en principios y valores que siempre marcarán nuestras vidas y estarán presente en nuestra profesión.

AGRADECIMIENTO

Las autoras creen propicio agradecer sincera e infinitamente:

A Dios, por el regalo más grande que es la vida, por ser nuestro ayudador en todo tiempo y por sus eternas bendiciones.

A nuestros Padres, por su amor, por el desinteresado, por ser humildes trabajadores y los más grandes maestros de nuestras vidas.

A la Universidad Nacional de Tumbes, Facultad de Ciencias de la Salud, Escuela de Obstetricia, y en ella a los grandes docentes quienes con su profesionalismo y ética puesto de manifiesto en las aulas rumban en a cada uno de los que acudimos para formarnos con sus conocimientos como ejemplares profesionales de la salud.

A la Mg. García Godos Castillo, Grevillí Marlitt y a la Mg. Yovany Fernández Baca Morán, por el apoyo desinteresado e incondicional, por los valiosos conocimientos impartidos, por sus consejos y ayuda invaluable recibida durante la elaboración del proyecto e informe de tesis, haciendo posible su realización.

A los Miembros del Jurado de Tesis por la colaboración prestada, por su ejemplo de esfuerzo y por el interés puesto en este trabajo para su realización.

DECLARACIÓN DE ORIGINALIDAD

Yo [Pacherres Fasanando Yoisy Madelein y Ruiz Vargas Lucia Gabriela] declaramos que los resultados reportados en esta tesis, son producto de nuestro trabajo con el apoyo permitido de terceros en cuanto a su concepción y análisis. Asimismo declaramos que hasta donde nosotros sabemos no contiene material previamente publicado o escrito por otra persona excepto donde se reconoce como tal a través de citas y con propósitos exclusivos de ilustración o comparación. En este sentido, afirmo que cualquier información presentada sin citar a un tercero es de nuestra propia autoría. Declaro, finalmente, que la redacción de esta tesis es producto de nuestro propio trabajo con la dirección y apoyo de nuestros asesores de tesis y jurados calificadores, en cuanto a la concepción y al estilo de la presentación o a la expresión escrita.

Pacherres Fasanando Yoisy Madelein
Ruiz Vargas Lucia Gabriela



RESPONSABLES:

Bach. Obst. Pacherras Fasanando Yoisy
Madelein.

.....
EJECUTORA

Bach. Obst. Ruiz Vargas Lucia Gabriela

.....
EJECUTORA

Mg. García Godos Castillo, Grevillí.

.....
ASESORA

Mg. Yovany Fernández Baca Moran

.....
COASESORA



JURADO DICTAMINADOR:

Dr. Néstor Purizaga Izquierdo.

.....

PRESIDENTE

Mg. Ezequiel Altamirano Jara.

.....

SECRETARIO

Lic. Leslie Lloclla Sorroza

.....

VOCAL

ÍNDICE

AGRADECIMIENTOS	iii
RESUMEN.	8
ABSTRACT.	9
INTRODUCCIÓN.	10
MARCO DE REFERENCIA DEL PROBLEMA	13
MATERIAL Y MÉTODOS.	36
RESULTADOS.	39
DISCUSIÓN.	52
CONCLUSIONES.	57
RECOMENDACIONES.	58
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.	59
ANEXOS	64

RESUMEN

El presente estudio de diseño no experimental y de tipo descriptivo se realizó con el objetivo de determinar el perfil clínico epidemiológico del recién nacido prematuro atendido en el Hospital Regional II-2 de la localidad de Tumbes, correspondiéndole un muestreo no probabilístico sistemático. Se utilizó un instrumento de recolección diseñado por las autoras, en el que se consignaron preguntas inherentes a los objetivos de la investigación, los mismos que fueron interpretados y analizados mediante la estadística descriptiva. Entre los resultados tenemos que el 68% de los recién nacidos prematuros tuvieron edad gestacional entre 34-37 semanas, el 56.7% de ellos fueron de sexo masculino. No obstante, el 63.9% de ellos pesaron entre 2001- 3000 gr, mientras que el 50.5% tuvieron una talla entre 44-47 cm. Por otro lado, 71.1% presentaron un perímetro cefálico entre 29- 33cm, y 60.8% de los mismos tuvieron un perímetro torácico entre 29-33 cm. 69.1 % tuvieron un apgar al nacer de 7 a 10, 61.9% de ellos presentaron piel gruesa, mientras que el 73.2% tuvo un color de piel rosada. Asimismo, 61.9% nacieron por vía cesárea y 38.1 vía vaginal, 61.9% de ingresó a UCIN, de los cuales el 62.9% estuvo más de una semana en esa área. Por otra parte, 60.8% de las madres proceden de zona urbana, 43.30% tienen de 26 a 35 años y 67.01% poseen un nivel socioeconómico medio. Con respecto a los antecedentes obstétricos: 51.6% presentaron infección del tracto urinario, 8.2% partos prematuros anteriores y 1.03% desprendimiento prematuro de placenta. Sólo 58.76% de ellas se realizó de 4 a 7 controles prenatales.

Palabras claves: Recién nacido, perfil, perfil epidemiológico, clínico, recién nacido prematuro.

ABSTRACT

This study is not experimental and descriptive design was conducted to determine the clinical and epidemiological profile of premature newborns treated at the Regional Hospital II-2 of the town of Tumbes, accounting for systematic non-probability sampling. An instrument collection designed by the authors, in which questions inherent in the objectives of the research were recorded was used, the same as were interpreted and analyzed using descriptive statistics. Among the results we have 68% of preterm infants had gestational age between 34-37 weeks, 56.7% of them were male. However, 63.9% of them the weighed between 2001-3000 g, 50.5% while had a size between 44-47 cm. On the other hand, 71.1% had a head circumference between 29cm-33cm, and 60.8% of them had a chest circumference between 29-33 cm. 69.1% had an Apgar score at birth from 7 to 10, 61.9% of them had thick skin, while 73.2% had a pink skin color. Also, 61.9% were born via caesarean section and 38.1 vaginally, 61.9% of ICU entered, of which 62.9% was more than a week in that area. Moreover, 60.8% of mothers come from urban areas, 43.30% have between 26 and 35 years and 67.01% have an average socioeconomic status. Regarding the obstetrical history 51.6% had urinary tract infection, 8.2% prior preterm births and 1.03% abruption. Only 58.76% of them was performed four to seven prenatal visits.

Keywords: Newborn, profile, epidemiological profile, clinical, premature newborn.

CAPITULO I

INTRODUCCIÓN

El nacimiento pretérmino afecta aproximadamente del 10 al 15% de todos los nacimientos, presentando diferencias según el nivel de desarrollo de cada país. La prematurez continua siendo la mayor causa de morbilidad neonatal y la responsable del 70% de las muertes neonatales y del 50% de las secuelas neurológicas del recién nacido. Según la Organización Mundial de la Salud en los últimos dos años (2013) los nacimientos prematuros han aumentado considerablemente; solo en el Perú mueren al año alrededor de 12,400 recién nacidos prematuros y cerca de un millón a nivel mundial.

En el año 2015 entre los meses de mayo-agosto, de los 1117 nacidos vivos en el hospital regional de Tumbes el 8.7% fueron prematuros, así mismo en el periodo 2011-2012. En Tumbes se estimaron 171 muertes neonatales, con una tasa de mortalidad de 21 por cada mil nacidos vivos. Teniendo en cuenta que la principal causa de muerte fueron aquellas vinculadas a la prematuridad e inmadurez. Por estas causas fallecieron en promedio 1024.6 neonatos por cada 100 mil nacidos vivos, seguido de las infecciones. El 54.1% del total de muertes neonatales ocurrieron entre el primer y séptimo día de nacido.⁴

Las tasas de supervivencia presentan notables disparidades entre los distintos países del mundo, en contextos de ingresos bajos, la mitad de los bebés nacidos a las 32 semanas (dos meses antes de llegar a término) mueren por no haber recibido cuidados sencillos, eficaces y poco onerosos, como aportar al recién nacido calor suficiente o no haber proporcionado apoyo a la lactancia materna, así como por no haberseles administrado atención básica para combatir infecciones y problemas respiratorios.

Estos niños están predispuestos a sufrir una ictericia fisiológica precoz, intensa y prolongada en comparación con los neonatos a término y son más vulnerables a las infecciones; debido a tantas deficiencias inmunológicas como tisulares. Debido a esto, a pesar de los avances tecnológicos y del cuidado neonatal, su prevalencia no ha disminuido en las últimas décadas, notándose claramente su incremento con cifras considerables que nos conlleva a meditar en esta problemática mundial.

Por lo cual convoca a diferentes actores sociales y especialmente a los profesionales de salud por ser el ámbito de su competencia y responsabilidad social, además ha sido interés de las autoras, constituyéndose en la principal motivación para abordar el tema en nuestra propia realidad a través del proceso de investigación científica, para dar respuesta a la siguiente interrogante ¿Cuál es el perfil clínico epidemiológico del recién nacido prematuro atendido en el Hospital Regional II-2 Tumbes 2015?.

Así mismo es de vital importancia conocer el perfil clínico epidemiológico del recién nacido prematuro en el ámbito de la salud, puesto que a través de ello podremos contribuir a la reducción de la tasa de nacimientos prematuros, muertes neonatales, neonatos con problemas respiratorios o infecciosos y problemas neurológicos. Mejorando así la calidad de vida del ser humano, teniendo como base la prevención en mujeres en edad fértil, en especial las adolescentes; quienes necesitan tener un mejor acceso a los servicios de planificación familiar y disponer de mayor capacidad de acción y decisión. Del mismo modo mejorando la atención prenatal, orientando y aconsejando a las gestantes en los cuidados durante el embarazo, siendo esta la relevancia social y práctica.

A demás es importante recalcar que la oportuna atención del recién nacido prematuro reduciría las tres cuartas partes de la cifra de muertes neonatales las cuales podrían evitarse con intervenciones actuales, eficaces y poco onerosas, incluso sin necesidad de recurrir a servicios de cuidados intensivos por ejemplo, administrar inyecciones de esteroides prenatales (a las embarazadas que corren riesgo de parto prematuro, para fortalecer los pulmones del bebé); aplicar la técnica de la “madre canguro” (la madre sostiene al bebé desnudo en contacto directo con su piel y lo amamanta con frecuencia).

Desde este ámbito la relevancia teórica radica en que los resultados obtenidos permitirán conocer las características del recién nacido prematuro en nuestra realidad, y de este modo poder contribuir a la reducción de estas

cifras trabajando en conjunto con las diferentes áreas implicadas en este problema de índole mundial.

En tal sentido las autoras se han planteado los siguientes objetivos:

Generales:

- Determinar el perfil clínico epidemiológico del recién nacido prematuro atendido en el Hospital Regional II-2 Tumbes 2015.

Específicos:

- Establecer el perfil clínico del recién nacido prematuro.
- Identificar el perfil epidemiológico del recién nacido prematuro.

A continuación, se presenta el Capítulo II referido a los antecedentes, el capítulo III relacionado a la metodología utilizada, el capítulo IV comprende los resultados, el capítulo V discusión de la investigación, en los últimos capítulos VI y VII se plantean las conclusiones y recomendaciones respectivamente.

CAPITULO II

MARCO DE REFERENCIA DEL PROBLEMA.

2.1 ANTECEDENTES

Avalos HL. en 1965, en Estados Unidos reportó que el 7.2 por ciento de los blancos y el 14 por ciento de los de otras razas, principalmente negros, pesaron menos de 2,500 gramos al nacer, el 30 por ciento de estos neonatos con peso menor de 2,500 g correspondió a desnutridos in útero, malformados o con enfermedades de orden genético. La incidencia de prematuridad a nivel internacional varía de 4 a 36% en las distintas poblaciones.¹

Avalos HL. Realizó un estudio en el Hospital General de México retrospectivo para el periodo de los años 1995 a 2001, en el que se registraron 57,431 recién nacidos de los cuales 2,400 fueron prematuros (4.18%). De éstos, 1,621 ingresaron en la unidad de cuidados intensivos neonatales (67.5%), de los cuales fallecieron 758 (46.7%) y 863 egresaron por mejoría. La mayoría de los prematuros (56.2%) tenía al nacimiento entre 30 y 34 semanas de embarazo.^{1 op. Cit}

Villanueva Egan L. A y colaboradores en 1981, en Estados Unidos reportaron que la prematuridad representó 9.4% de los embarazos y, en 2005 el 12.7%, lo que significa un aumento de más de 30% en el periodo. Sin embargo, en algunos grupos de la población se han reportado cifras aún mayores, como en el de adolescentes, en el que la frecuencia alcanza el 21.3%. En el año 2002, la tasa de mortalidad para los recién nacidos estadounidenses con prematuridad extrema fue casi 70 veces mayor que para los recién nacidos a término.²

Villanueva Egan L. A. y colaboradores realizaron un estudio en un centro perinatal de tercer nivel del Instituto Mexicano del Seguro Social del estado de Yucatán, se calculó que entre los años 1995 a 2004 la frecuencia de neonatos prematuros fue de 12.4%, cuando se compararon las frecuencias de nacimientos prematuros entre los trienios de 1995 a 1998 y 2002 a 2004, en el último periodo se observó aumento de todos los nacimientos prematuros (menos de 37 semanas de embarazo) y de los menores de 32 y 28 semanas de embarazo, además de mayor mortalidad neonatal para los distintos subgrupos definidos por la edad gestacional. ^{2 Op. Cit}

Entre los 15,178 recién nacidos vivos de este centro en el segundo periodo, el 63% de las 139 muertes neonatales ocurrió en menores de 32 semanas de embarazo al nacimiento y 31% en menores de 28 semanas de embarazo al nacimiento. ^{2 Op. Cit}

En México, la tasa de mortalidad perinatal ha disminuido en los últimos 20 años; sin embargo existen regiones del país con elevada morbilidad y mortalidad materno-infantil, congruente con el perfil epidemiológico de la marginación y el rezago en las condiciones de salud. La prematuridad es un estado que se relaciona con la desnutrición y los trastornos del desarrollo psicomotor, y que eleva de manera significativa la mortalidad neonatal, sobre todo por afecciones debidas a la inmadurez vinculada con la pobreza. Los costos neonatales son inversamente proporcionales al peso al nacimiento y la edad gestacional. ^{2 Op. Cit}

En Honduras en un estudio realizado por Guillen Mayorga D, y colaboradores mostró que la mortalidad neonatal es de 14 por 1000 nacidos vivos, ocupando la prematuridad el tercer lugar dentro de la principales causas de muerte neonatal; actualmente el país realiza esfuerzos importantes para lograr una reducción de la mortalidad materna y neonatal con una estrategia implementada a nivel nacional, los resultados de dichos

esfuerzos son muy evidentes al comparar las tasas de mortalidad neonatal del año 2011 de 18 muertes por cada mil nacidos vivos, con las de una década atrás que eran de 34 muertes por cada mil nacidos vivos.³

Existen diferencias entre comunidades autónomas y entre los diferentes Hospitales que superan en algunos al 10% del total de nacimientos. Las tasas publicadas en Estados Unidos superan el 12,5%, aunque un porcentaje del 8,8% corresponde a nacidos entre la 34 y 36 semanas. El nacimiento de pretérminos con edad gestacional inferior a 32ss se mantiene relativamente estable y variando entre el 1 y 2% del total de nacimiento.⁴

En Ecuador en el año 2013 – 2015 Guevara Díaz, Díaz W. realizaron un estudio en el Hospital Alfredo Noboa Montenegro de Guaranda en el área de Gineco- obstetricia; el objetivo era determinar factores de riesgo asociados al parto pretérmino el cual arrojó que las gestantes con mayor riesgo son las de edad < 20 años en un (46.87%); zona rural (67.14%), escolaridad secundaria (40.62%), nulípara (62.50%), < 3 controles (52.60%), edad gestacional entre 32-34ss (48.96%). Las patologías asociadas fueron IVU (63.54%) como causa principal, seguido de preeclampsia (44.79%), trastornos de líquido amniótico (36.48%) entre otros.¹⁴

La Organización Mundial de la Salud dice que en África y Asia Meridional se producen más del 60% de los nacimientos prematuros; lo cual 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. Los países con mayor número de nacimientos prematuros son: India, China, Nigeria, Pakistán, Indonesia, Filipinas, Brasil, Estados Unidos; según un estudio realizado en junio del 2012 por los autores Blencowe. H, Cousens, Lawn JE. National regional y estimaciones en todo el mundo de parto pretérmino.¹⁵

En Estados Unidos la tasa de nacimientos prematuros en el 2009 para los estado unidenses negros fue del 17.5 por ciento, en comparación con 10.9 por ciento de los estado unidenses blancos. La edad de la madre marcó una diferencia significativa. Sin embargo para las mujeres entre 20 y 35 años fue entre 11-12 por ciento; y fue más del 15 por ciento para las mujeres menores de 17 años y mayores de 40 años.¹⁶

Los nacimientos prematuros representan casi la mitad de todas las muertes de recién nacidos en el mundo dice la Dr. Joy Lawn; coeditora del informe y Directora de la evidencia Global y Política para savethe children “Ahora son la segunda causa de muerte en niños menores de 5, después de la neumonía”.^{16 op. Cit}

En el Hospital General de Irapuato, durante el periodo de estudio (2011 a 2012), se documentaron 736 recién nacidos prematuros de un total de 10,532 nacimientos, es decir, 6.9% de recién nacidos prematuros. De acuerdo a la literatura mundial, la incidencia de prematurez se estima aproximadamente el 5 y 10%, aunque en países subdesarrollados y en algunos hospitales de nuestro país la incidencia es mucho más alta. Sin embargo, se encontró un incremento en el número de nacimientos prematuros en el 2012 con relación al año anterior.¹⁷

Según la Organización Mundial de la Salud en los últimos dos años (2013) los nacimientos prematuros han aumentado considerablemente; solo en el Perú mueren al año alrededor de 12,400 recién nacidos prematuros y cerca de un millón a nivel mundial.¹⁸

Según Garrido J. en el Perú, periodo 2011-2012, según un estudio los problemas relacionados a la prematuridad –inmadurez: ocupan la primera causa de muerte neonatal. Por este grupo de causas se estima que

fallecieron alrededor de 3786 neonatos, esto representó el 25.1% del total de muertes para ese periodo. La tasa de mortalidad por esta causa se estimó en 320.3 por cada 100 mil nacidos vivos, con valores que oscilaron entre 310.1 y 330.5 muertes por cada 100 mil nacidos vivos. ^{18 op. Cit}

Además se registra el mayor número de muertes neonatales es la Costa con el 39.5%, seguido de la Sierra con el 21.1% y la Selva con el 39.4%. Las principales causas de muerte en las regiones naturales están vinculadas a prematuridad-inmadurez, así en la Costa éstas causas acumulan el 30.1%, seguido de las infecciones con el 23.4%. ^{18 op. Cit}

En la Región Tumbes para el periodo 2011-2012, se estimaron 171 muertes neonatales, con una tasa de mortalidad de 21.0 por cada mil nacidos vivos. En relación al género, la tasa de mortalidad en hombres fue de 28.2 y en mujeres 13.5 por cada mil nacidos vivos respectivamente. ^{op. Cit} En esos mismos años se registró que la principal causa de muerte fueron aquellas vinculadas a la prematuridad-inmadurez. Por estas causas fallecieron en promedio 1024.6 neonatos por cada 100 mil nacidos vivos, seguido de las infecciones, el 54.1% del total de muertes neonatales ocurrieron en 1 y 7 días de nacido. Por otro lado, el 51.4% de muertes neonatales tuvo un peso menor de 1500 gr. y el 75.9% del total de muertes fueron prematuros, es decir menor de 37 semanas de gestación siendo el mayor porcentaje de muertes que ocurrieron en el establecimiento de salud. ^{18 op. Cit}

2.2 BASES TEORICAS.

Niño prematuro o pretérmino es aquel neonato cuyo nacimiento tiene lugar antes de las 37 semanas o 265 días de amenorrea. Algunos autores clasifican según edad gestacional en pretérmino límite de 36 a 37 semanas, intermedio de 31 a 35 semanas y extremo menos de 30 semanas de edad gestacional, según el peso al nacer los clasifican en: peso bajo al nacer de menos de 2.500 gramos; peso muy bajo de menos de 1500 gramos y peso extremadamente bajo a los que pesan menos de 1000 gramos. ^{1 Op. Cit}

Los recién nacidos pretérmino manifiestan signos de crecimiento y desarrollo intrauterino incompleto que se caracterizan por piel fina, delicada, frágil, brillante, rubicunda y delgada; las uñas son friables; presentan una actitud y tono muscular característico que los hace parecer débiles; no tienen la actitud de flexión del recién nacido de término; presentan gran disminución en el tejido subcutáneo; prácticamente no existe panículo adiposo, los músculos tienen poco desarrollo y el tono es escaso. ^{1 Op. Cit}

Por lo general están quietos, su llanto es débil, succionan sin energía; presentan dificultad respiratoria en mayor o menor grado y problemas para el control de la temperatura; diátesis hemorrágica; disturbios metabólicos como hipoglucemia, hipocalcemia, acidosis respiratoria y/o mixta. Estos niños están predispuestos a sufrir una ictericia fisiológica precoz, intensa y prolongada en comparación con los neonatos a término y son más vulnerables a las infecciones; debido tantas a deficiencias inmunológicas como tisulares, se adaptan mal a las sobrecargas de cualquier tipo. ^{1 op. Cit}

La inmadurez de la pared torácica, aumenta el efecto nocivo de la dificultad orgánica que se opone al recambio de oxígeno, los músculos pequeños y endebles de la pared torácica difícilmente producen una presión intratorácica negativa para la expansión alveolar. Aunado a esto, la caja torácica no se ha calcificado completamente, por lo que presenta una elasticidad excesiva que anula la presión negativa por el hundimiento de las costillas. Podemos detectar defectos funcionales de órganos y aparatos al observarse alteraciones metabólicas. ^{1 op. Cit}

Por ejemplo: el desarrollo funcional incompleto de la glándula hepática produce una ictericia fisiológica intensa y prolongada por la actividad retardada e insuficiente de la glucoroniltransferasa, así como las curvas bajas de la glicemia, la hipoproteinemia e hipoprotrombinemia. ^{1 op. Cit}

Los riñones de los niños pretérmino tienen menor actividad, esta disminución se presenta en razón de la edad caracterizada por la deficiente filtración glomerular y menor concentración de la orina; así como restricción en la capacidad para diuresis osmótica, reducción de la depuración de urea, creatinina, cloruros, potasio y fósforo, no pudiendo superar las sobrecargas de estos elementos, por lo que infecciones como la diarrea y los vómitos provocan acidosis de rápida manifestación. ^{1 op. Cit}

La forma más común de trastorno respiratorio pretérmino es la respiración periódica que sufren del 39 al 40 por ciento de los mismos, consiste en periodos con respiración de 10 a 15 segundos, alternador con periodos de apnea de 6 o 7 segundos, en los que no hay alteración de la frecuencia cardíaca. ^{1 op. Cit}

La capacidad digestiva del pretérmino, se asemeja a la del niño a término en cuanto a la capacidad de absorción y utilización de proteínas e hidratos de carbono; pero debido a la baja producción de lipasa y lactasa pancreáticas, la leche sin descremar es excretada por las heces, ocasionando esteatorrea. ^{1 op. Cit}

Es necesario señalar que cuando la actividad de la lactasa en niños de menos de 1,500 gramos está disminuida, las necesidades de calorías son discretamente mayores en los pretérmino debido a la mayor superficie corporal en proporción al de término, junto a la mayor demanda por crecimiento más rápido, el pretérmino requiere alrededor de 120 Kcal/Kg/día. ^{1 op. Cit}

Lo que explica la gran tasa de morbilidad y mortalidad en lo prematuros e su incapacidad inmunológica caracterizada por la extraordinaria susceptibilidad a las infecciones. La actividad bacteriostática y bactericida del plasma, es menos enérgica que la de los niños a término; los leucocitos muestran menor actividad fagocitaria y no produce anticuerpos en las mismas cantidades que los niños de término. ^{1 op. Cit}

Cuando el neonato se enfría, unos receptores especiales situados en la piel, aumentan la producción de noradrenalina, causando reacciones metabólicas en la grasa parda que divide los triglicéridos en glicerol y ácidos grasos, que son liberados a la circulación para producir calor al oxidarse. ^{1 op. Cit}

En los prematuros, esta reacción metabólica es deficiente, ya que la cantidad de grasa parda es proporcionalmente menor que en el niño a término, en los niños pretérmino, la pérdida de calor por irradiación se debe a que presentan mayor superficie corporal en relación al peso; no poseen una capa aislante de tejido adiposo subcutáneo y sus glándulas sudoríparas están poco o nada desarrolladas, además no reaccionan con escalofrío aunque presentan hiperactividad de la masa muscular. ^{1 op. Cit}

Cuando desciende la temperatura, el aumento de su metabolismo no es tan alto como en el niño a término, por lo tanto su temperatura interna tiende a igualarse a la del medio ambiente. Los mecanismos de la pérdida

de calor son por radiación, conducción, convección y evaporación, esta pérdida de calor puede minimizarse manteniendo a los pretérmino en lo que se llama un ambiente térmicamente neutro, que se define como la “condición en la que la producción de calor es mínima y se mantienen la temperatura corporal interna dentro de lo normal”. ^{1 op. Cit}

Lo más frecuente del pretérmino, son los problemas respiratorios debidos al desarrollo incompleto de los alvéolos pulmonares, pues estos crecen antes de que los pulmones estén preparados para funcionar adecuadamente; no presentan una buena expansión o distensión alveolar constituyendo esta limitación un obstáculo para el recambio gaseoso. ⁵

El niño prematuro presenta un aspecto frágil, su piel es delgada y fina, puede parecer pegajosa al tacto y a través de ella pueden verse los vasos sanguíneos. Las uñas son muy pequeñas y blandas. ^{5 op. Cit}

La cabeza puede parecer desproporcionadamente grande para el tamaño de su cuerpo. Los pliegues de las plantas de los pies todavía no se han desarrollado, tiene muy poca cantidad de grasa y su tono muscular es muy pobre por lo que sus movimientos son escasos y a modo de “sacudidas” o “sobresaltos”, las orejas están poco desarrolladas muy pegadas a la cabeza y con poco o nada de cartílago, por eso pueden estar dobladas continuamente. ^{5 op. Cit}

La Cabeza (cabello, ojos, nariz, boca, pabellones, auriculares, fontanelas) tiene un diámetro occipital menor de 11.5, perímetro cefálico menor de 33, fontanelas más grandes e hipotensas, cabeza proporcionalmente más grande respecto al cuerpo, los cartílagos auriculares están pocos desarrollados y es fácil doblarles la oreja, el cabello es delgado y con textura de pluma y puede estar presente el lanugo en la espalda y cara, los prominentes ojos están cerrados. ^{5 op. Cit}

Su perímetro torácico es menor de 30 cm, tienen mucha flexibilidad del tórax e inmadurez de los tejidos pulmonares. La ubicación de la cicatriz umbilical es más cercana al pubis cuando menos desarrollo existe, los huesos de las costillas se sienten blandos. En el hombre los testículos no están descendidos, las arrugas son mínimas y pueden estar en los conductos inguinales o la cavidad abdominal. En las niñas el clítoris es prominente y sus labios mayores están separados y escasamente desarrollados. ^{5 op. Cit}

La longitud del pie mide menos de 7 cm, las plantas de los pies tienen más turgencia y quizá más arrugas muy finas, actitud más relajada con miembros más extendidos, las palmas de las manos tienen pliegues mínimos por lo que parecen lisas. ^{5 Op. Cit}

Su piel es de color rosado intenso, lisa y brillante (puede haber edema), con vasos sanguíneos de poco calibre claramente visibles bajo la epidermis, presencia de pánículo adiposo escaso, fascie de anciano, las uñas son pequeñas, mayor superficie cutánea (pérdida calórica mayor). ^{op. Cit} Tienen fragilidad respiratoria acompañada de cianosis, llanto débil, escasa capacidad de contracción de músculos respiratorios, determina las pocas posibilidades de expulsar flemas y moco bronquial, la flexibilidad del tórax y la inmadurez de los tejidos pulmonares y el centro regulador de la respiración originan respiración periódica e hipo ventilación, con periodos frecuentes de apnea. ^{5 op. Cit}

Su sistema cardiovascular presentan una frecuencia cardíaca alta (en el recién nacido a término oscila entre las 110-170latidos/min.), presenta deficiencias nutricionales y endocrinas, dificultades motoras, sus movimientos de succión y deglución son torpes y débiles por lo que existe regurgitaciones, la digestión de la grasa está limitada por deficiencia de absorción, fácilmente puede caer en hipoglucemia. ^{5 op. Cit}

La inmadurez neurológica es ausente, débil, ineficaz para el reflejo de succión, debilidad para deglutir, inactivo, labilidad térmica (tendencia hacia la hipotermia, influye el medio ambiente por inmadurez de los centros termorreguladores. Tiene tendencia a padecer de hemorragias debido a la fragilidad capilar aumentada por la escases de tejido elástico, debido a una poca reserva de vitamina C indispensable en la elaboración de colágeno intercelular, anemia por reducción de eritrocitos, leucocitos y hemoglobina, desequilibrio hidroelectrolítico. ^{5 op. Cit}

Los recién nacidos prematuros son muy susceptibles a las infecciones por inmadurez fisiológica, no puede mantener la temperatura corporal, capacidad limitada para excretar los solutos en la orina; sus músculos carecen de tonicidad, peso de 2000 a 1000 gr, talla menor de 47 cm, escasa contracción muscular. Si bien cada niño prematuro o de bajo peso al nacer presenta características y niveles de maduración muy diferentes, en líneas generales tienen mayores demandas nutricionales en comparación con los niños nacidos a término, ya que su crecimiento es más acelerado. ^{5 op. Cit}

Al nacer, el niño alcanza rápidamente un medio metabólico totalmente diferente al del feto (por ejemplo en la distribución del agua corporal, las influencias hormonales, la actividad enzimática, etc.) y se ve expuesto a una carga mucho mayor de estrés que el que puede tener intraútero. Debe adaptarse, además, a una alimentación intermitente (diferente de la recibida intra útero que es continua). ^{5 op. Cit}

Los niños con extremo bajo peso al nacer, presentan condiciones particulares que requieren a su vez un manejo nutricional especial. Esas condiciones son: baja reserva energética (tanto de carbohidratos como de

grasas); tasa metabólica más elevada, debido a una mayor relación entre órganos metabólicamente activos (cerebro, corazón, hígado) y el músculo esquelético y el hueso; mayor tasa de recambio proteico, mayor requerimiento de glucosa, para cubrir el requerimiento energético y del cerebro; mayor requerimiento de lípidos. ^{5 op. Cit}

La tasa de evaporación o pérdida de agua excesiva, debido a la inmadurez de la piel; pérdida urinaria excesiva de agua y solutos (dependiendo esto de la ingesta); baja tasa de peristaltismo gastrointestinal; producción limitada de enzimas digestivas y factores de crecimiento; mayor incidencia de eventos estresantes y respuestas únicas a dichas situaciones de estrés; desarrollo neurológico anormal, si no se lo alimenta en forma adecuada. ^{5 op. Cit}

No se ha establecido claramente si las diferentes alternativas de alimentación para niños prematuros permitirían cantidades proporcionales de asimilación de dichos nutrientes. En comparación con los niños nacidos a término, los niños pre-término tienen una distribución de tejido adiposo alterada, que perdura en la mayoría de los casos hasta la edad escolar. ^{5 op. Cit}

Se debe tener en cuenta que por un lado, la desnutrición post-natal se asocia a alteraciones del neurodesarrollo y enfermedad metabólica ósea, pero también el crecimiento post-natal muy acelerado se ha asociado con enfermedades del adulto (hipertensión, resistencia insulínica, enfermedad cardiovascular, etc.). Es por esto que el aporte óptimo de nutrientes es aún un tema controvertido. ^{5 op. Cit}

Por lo tanto, en el manejo nutricional del niño pretérmino se presenta el siguiente dilema: por un lado, un aporte demasiado austero de nutrientes aumentaría el riesgo de padecer déficits neuromadurativos y enfermedades óseas, y, por el otro, un manejo agresivo estaría relacionado con el incremento del riesgo de enfermedad cardiovascular en la niñez y la vida adulta. ^{5 op. Cit}

El desafío es entonces encontrar el balance entre la cantidad y combinación exacta de nutrientes para minimizar las consecuencias negativas, tomando como parámetro de evaluación el crecimiento de la masa corporal. En el mundo, la pobreza es un factor de riesgo para el nacimiento prematuro y a su vez, un estado que aumenta considerablemente los riesgos para la salud del niño prematuro en términos de deficiencias en el estado nutricional, problemas del desarrollo psicomotor y mortalidad infantil. ^{5 op. Cit}

Además, en los supervivientes a menudo ocurren discapacidades neurológicas: trastornos del lenguaje y aprendizaje, alteraciones visuales y auditivas, retraso mental y parálisis cerebral, todas con un costo social y económico significativo para los sistemas de salud y las comunidades. En las familias, a los costos socioeconómicos se suma el imponderable costo emocional. ^{5 op. Cit}

Entre las afecciones médicas que elevan el riesgo de parto prematuro están el antecedente de parto prematuro y la rotura prematura de membranas, ambas debidas a infecciones cervico vaginales que pueden diagnosticarse y tratarse en la atención prenatal. ^{5 op. Cit}

Por esto es indispensable, además de destinar los recursos tecnológicos y humanos necesarios para atender a los recién nacidos prematuros, que las autoridades sanitarias supervisen el acceso y cabal cumplimiento del control prenatal, y establezcan un sistema de referencia prenatal en el que todas las mujeres con embarazo de alto riesgo se identifiquen, se traten de forma adecuada en las unidades de atención primaria y se transfieran oportunamente a los hospitales especializados en la atención de estados materno-fetales de alto riesgo. ^{5 op. Cit}

Recuérdese que incluso las mejores estrategias pronósticas, si no están al alcance de toda la población en riesgo ni insertas en un proceso racional de diagnóstico y tratamiento, ofrecen malos resultados a la salud de la población. ^{op. Cit} La tasa de nacimientos prematuros es un indicador de las condiciones de salud de una población, y se relaciona con el nivel socioeconómico, la salud materna, el acceso oportuno a los servicios de salud adecuados, la calidad en la atención y las políticas públicas en materia de salud materna y perinatal. ^{5 op. Cit}

Las principales causas de muerte tanto en los que proceden de distritos pobres y no pobres son las que están vinculadas a prematuridad, este grupo de causas acumulan el 19.2% del total de muertes en los que proceden de distritos pobres y el 28.4% en los que proceden de distritos no pobres. ^{5 Op. Cit}

Este resultado nos indica que la mayoría de prematuros fallecen en establecimientos de salud urbanos, probablemente hospitales, donde la muerte de neonatos de término es menos probable, en otras palabras cuando un establecimiento de salud tiene mejor capacidad resolutive atiende mayor cantidad de prematuros referidos del primer nivel de atención, población que es altamente vulnerable. ^{5 op. Cit}

Las infecciones representan el 23.2% del total de muertes neonatales procedentes de distritos no pobres y el 23.9% procedentes de distritos pobres. La tasa de mortalidad muestra que los neonatos procedentes de distritos pobres es 1.7 veces mayor que los procedentes de distritos no pobres, esto sugiere que probablemente en las zonas pobres hay más condiciones para la ocurrencia de infecciones, aunque se ha observado que en las zonas urbanas existen recién nacido que viven en ambientes con condiciones similares a los domicilios rurales; escasez de agua, no lavado

de manos, uso de otras leches o líquidos que favorecen la sepsis tardía.^{5 op. Cit}

Residir en el ámbito rural conlleva a tener desventajas y poca posibilidad de sobrevivir de un recién nacido con bajo peso al nacer, en ese sentido se observa que entre los neonatos fallecidos procedentes de distritos del área rural, el 46.1% tuvo peso normal, es decir pueden ser considerados como muertes evitables; mientras que entre los neonatos del área urbana la proporción fue menor, 32%. En el área urbana la mayor proporción de recién nacido fallecidos se encuentra en aquellos con muy bajo peso (40.1%).^{5 op. Cit}

Además, en la incidencia de parto prematuro influyen factores socioeconómicos, entre los que destaca la frecuencia significativamente mayor en embarazadas jóvenes (sobre todo menores de 17 años de edad), de bajo nivel socioeconómico, solteras o sin apoyo social y fumadoras.^{3 op. Cit}

En el estudio multicéntrico (European Program of Occupational Risks and Pregnancy Outcome), realizado en España entre el 1 de octubre de 1995 y el 31 de septiembre de 1996, se demostró que las diferencias sociales representadas por el grado de escolaridad materna y los ingresos familiares son factores que influyen en el riesgo de recién nacidos prematuros, y también las edades extremas de la vida reproductiva y los antecedentes obstétricos adversos.^{3 op. Cit}

En los países desarrollados y en las sociedades industrializadas, se reconoce a los adolescentes como grupo de población bien definido. Sin embargo, en las naciones en desarrollo, es relativamente reciente su reconocimiento como etapa de la vida con características propias.⁶

La adolescencia fue considerada por largo tiempo sólo como un tránsito entre la niñez y la adultez, sin dedicarle mayor interés. En la actualidad, se considera como una etapa de la vida del ser humano donde ocurren complejos cambios biológicos, psicológicos y sociales que provocan que sea cada vez más necesario dedicarle nuestra atención, ya que durante ésta se producen importantes cambios fisiológicos, somáticos, mentales, emocionales y sociales que conducen al individuo hacia la madurez del adulto. ^{6 op. Cit}

El embarazo en adolescentes, como condición de riesgo para prematuridad, no se ha verificado en todas las regiones del mundo, ni aún en la misma región cuando se estudian diferentes grupos poblacionales. En México, entre las 2,326 adolescentes que ingresaron al control prenatal en el Instituto Nacional de Perinatología Isidro Espinosa de los Reyes, de mayo de 1998 a enero de 2004, se contaron 252 embarazos (10.8%) que concluyeron entre las 20 y 36 semanas de embarazo. ^{6 op. Cit}

Además, las infecciones del conducto genital a menudo se relacionan con la rotura prematura de membranas, un estudio realizado en el Centro Médico La Raza del Instituto Mexicano del Seguro Social, en el que se comparó la exposición a agentes patógenos vaginales de embarazadas entre las 26 y 36 semanas de embarazo, con y sin amenaza de trabajo de parto prematuro, reveló exposición al menos a un agente patógeno en 62.85% de las primeras, en comparación con 9.37% de las segundas. ^{3 Op. Cit}

La preeclampsia se ha relacionado con el parto prematuro y el bajo peso al nacer, por la reducción de la perfusión placentaria e isquemia que conlleva a hipoxia fetal la cual también es un punto importante en la patogénesis del retraso del crecimiento intrauterino, la preeclampsia se ha visto asociada con mayor incidencia y gravedad de enteritis necrotizante en el recién nacido prematuro. ^{3 op. Cit}

Si se tiene en cuenta que el control prenatal es en parte un proceso destinado a fomentar la salud de la madre, del feto, del recién nacido y de la familia, apoyados en la organización de los servicios de salud, se hace necesaria la identificación de los factores que inciden en la inasistencia total o parcial al control prenatal para poder proponer acciones tendientes a mejorar la salud materna y perinatal. ⁷

Identificación de los factores de riesgo desde el inicio de la gestación puede llevar a diagnósticos tempranos y tratamientos oportunos, en ocasiones especializados. En la medida que la atención prenatal se realice más tempranamente se podrá ampliar la capacidad para prevenir, corregir, compensar y tratar las complicaciones. El beneficio potencial de la detección de estados iniciales de complicaciones durante la gestación, se minimiza por la asistencia tardía de la gestante al control prenatal y por la baja calidad en la atención, con deficiencias en tecnología y sistemas de remisión e información. ⁸

En cada control prenatal se debe evaluar el riesgo empleando tiempo para dar educación a la madre, prepararla física y psicológicamente sobre su estado y los cuidados que éste implica; creando mayor acercamiento y confianza hacia los servicios de salud se facilitará una mejor disposición de la madre para su autocuidado y la detección oportuna de problemas que le puedan complicar su gestación y para buscar ayuda prontamente a las instancias pertinentes. ^{8 op. Cit}

El control prenatal adecuado en cantidad, calidad, contenidos y oportunidad, manejando el enfoque de riesgo tiene un enorme potencial de contribución a la salud materna y perinatal y es un claro ejemplo de la medicina preventiva. ^{8 op. Cit}

El desprendimiento prematuro de placenta sucede en alrededor a 1 de cada 10 nacimientos prematuros que equivale a un 10 por ciento. Los bebés prematuros nacidos antes de las 37 semanas tienen más probabilidades de sufrir problemas de salud durante las primeras semanas de vida, discapacidades duraderas o incluso que mueran.⁹

Las mujeres con sangrado vaginal durante el embarazo tienen un riesgo mayor de que se pueda producir un parto prematuro, si bien las hemorragias en el tercer trimestre pueden ser una señal de placenta previa o desprendimiento placentario las cuales se producen frecuentemente de manera prematura incluso el sangrado en meses iniciales no causado por estos dos trastornos se vincula a una mayor tasa de prematuridad.^{9 op. Cit}

El desprendimiento prematuro de placenta es la segunda causa en orden de frecuencia de las hemorragias de la segunda mitad de la gestación, siendo esta una complicación que ocurre en 0,8% a 1,0% de todos los embarazos ; que corresponde en su mayoría a los desprendimientos parciales, mientras que la proporción de los desprendimientos totales es del 0,5 %, con alta incidencia en mujeres con gestación múltiple, coagulopatías, formas adquiridas de trombofilia, Oligohidramnios, anomalías uterinas, cordón umbilical corto, trauma abdominal.¹⁰

Constituye así mismo una de las complicaciones más riesgosas del embarazo y el parto, a pesar de todos los progresos aplicados a la vigilancia del embarazo de alto riesgo.^{10 op. Cit}

El desprendimiento prematuro de placenta continua siendo una de las primeras causas de mortalidad materna, que en las formas clínicas graves de la enfermedad alcanza un 20 % a causa del shock hipovolémico motivado por la hemorragia y la hipofibrinogenemia, asociada a muerte fetal

en un 100% de los casos y en un 30-35 % se asocia a la muerte perinatal que se halla en estrecha relación a cuadros de hipoxia y prematuridad. ^{10 op. Cit}

Esta es una patología que tiene tendencia a recurrir en embarazos posteriores con un riesgo de 5,6 a 17 % con un antecedente de abrupcio placentae anterior y de aproximadamente un 25 % con antecedente de dos episodios previos; siendo fatal para el feto en el 7% de embarazos. ^{10 op. Cit}

Cuando se ajustó la edad materna, tendencia secular y orden de nacimiento, el riesgo de recurrencia fue de 6.4%. El desprendimiento prematuro de placenta se asocia también con complicaciones en los recién nacidos, según el National Collaborative Perinatal Project es la segunda causa más frecuente de mortalidad perinatal. ^{op. Cit}

Según los datos del National Hospital Discharge Survey las mujeres con desprendimiento prematuro de placenta tuvieron 11 veces más probabilidad de tener muerte fetal intraútero comparadas con mujeres sin este diagnóstico. Asimismo esta patología estuvo asociada con parto pretérmino, restricción del crecimiento intrauterino, malformaciones fetales y con resultados neonatales adversos a corto y largo plazo. ^{10 op. Cit}

El pretérmino anterior es el factor de riesgo más importante relacionado con la prematuridad. Los abortos antes de las 17 – 18 semanas no confieren más riesgo de parto pretérmino recurrente. El riesgo de recurrencia en estas mujeres es del 15 al 50 % dependiendo del número y la edad gestacional de los partos pretérminos anteriores. ¹¹

Aquellas gestantes con historia obstétrica de un parto pretérmino en una nueva gestación del 15 %. Si dos antecedentes, el riesgo es del 41 % y si 3 antecedentes, del 67%. Si el antecedente de parto < 28 semanas, el riesgo de presentar un nuevo parto pretérmino se multiplica por 10. ^{op. Cit}

La Ruptura prematura de membranas puede llegar a provocar un aborto espontáneo, incrementando las infecciones y poniendo en riesgo la vida de la futura mamá y la del feto, y a su vez dando lugar a un parto pretérmino. ¹²

Aproximadamente el 34% de los partos prematuros son el resultado de la ruptura prematura de membranas durante el período que se extiende entre las semanas 24 y 37 del embarazo. La ruptura de la membrana amniótica durante las primeras 24 o 26 semanas del embarazo es particularmente peligrosa para el feto, y puede llegar a provocarle serios problemas pulmonares. La supervivencia fetal en esta etapa del embarazo es menor al 20%. ^{12 op. Cit}

Otros factores de riesgo durante las últimas etapas del embarazo incluyen el empeoramiento de las infecciones, entre las que se incluyen: infección intra-amniótica severa, la cual puede provocar sensibilidad en la zona del útero, así como también presencia de fiebre e incremento de la frecuencia cardíaca tanto de la futura mamá como del feto. ^{12 op. Cit}

El 90% de las mujeres embarazadas comienzan con trabajo de parto espontáneo dentro de las 24 horas de haber experimentado una ruptura prematura de membranas cuando la misma ocurre en el momento en el que el embarazo aún no ha llegado a la fecha estimada para el parto; causando que el trabajo de parto prematuro sea uno de los factores de mayor riesgo del embarazo. ^{12 op. Cit}

Cuando la ruptura prematura de las membranas ocurre en cercanías del término del embarazo y que la maduración pulmonar es evidente, la recomendación que surge es que el parto se suceda dentro de las primeras 24 horas, tratando de disminuir el tiempo de latencia. Sobre la base que el tiempo de latencia incrementa las posibilidades de infección perinatal y la compresión del cordón umbilical intraútero. ¹³

Siendo la parálisis cerebral una posibilidad ante la infección intrauterina. Existen algunas controversias, sobre el mejor manejo ante estos casos, entre 34 y 36.6 semanas que se encuentran en estudio. Si bien la infección es el principal riesgo en mantener una conducta expectante, este riesgo tiene que equilibrarse contra el riesgo de la prematuridad iatrogénica. ^{13 Op. Cit}

No podemos dejar de considerar la necesidad de la compleja asistencia neonatal que no se encuentra presente en todas las maternidades. ^{op. Cit} En gestaciones entre 34 y 37 semanas el recién nacido tiene un potencial riesgo de dificultad respiratoria, dificultad en la termorregulación y en la lactancia, pero estos riesgos deben estar contrarrestados por el aumento en la incidencia de corioamnionitis asociados al manejo expectante en mujeres con ruptura prematura de membranas. ^{13 op. Cit}

El gran riesgo fetal para los recién nacidos es la prematuridad la que significa posibilidad de síndrome de membrana hialina (problemas respiratorios), enterocolitis necrotizante, hemorragia intraventricular, sepsis y muerte neonatal. Por lo tanto son estos los verdaderos riesgos fetales de la RPPM lejos del término 6, 9, 2- Síndrome de respuesta inflamatorio fetal. Es una entidad descrita hace poca más de una década y pero no está claramente entendida, sin embargo se ha descrito tanto en nacimientos de partos pretérmino y en nacimientos con ruptura prematura de membranas, sobre todo lejos del término. Este síndrome es un factor de riesgo para morbilidad y mortalidad a corto plazo después del ajuste para la edad gestacional al nacimiento, además para el desarrollo de secuelas posterior como displasia broncopulmonar y daños cerebrales. ^{13 op. Cit}

Lash ha llamado la atención cerca del papel preponderante que una falta de oclusión del orificio interno del cuello tiene en la génesis de muchos abortos. Se trata, sobre todo, de un síndrome de abortos repetidos, iniciados a continuación de un parto más o menos normal o quirúrgico. Lash insiste en que la mayoría de estos cuellos insuficientes son de origen traumático, pero Gans et al, y Cogui et al, que han reunido una gran estadística moderna, creen que el trastorno es más bien constitucional. ^{op. Cit}

Distintos autores han llamado la atención sobre el hecho de que el útero fetal es, al mismo tiempo, un útero hipoplásico, con tendencia a ser “introrsum arcuatus” o bicorne, y al mismo tiempo, tiene un cuello incompletamente cerrado. Esto quiere decir que muchas veces úteros hipoplásico, incompletamente desarrollados que a su vez tienen cavidad uterina pequeña o duplicaciones en la región del fondo, tienen al mismo tiempo congénitamente este síndrome de incompetencia cervical. ^{13 op.}

2.3 DEFINICIÓN DE TÉRMINOS

Recién Nacido: Es un bebé que tiene 27 días o menos desde su nacimiento, bien sea por parto o por cesárea. La definición de este período es importante porque representa una etapa muy corta de la vida; sin embargo, en ella suceden cambios muy rápidos que pueden derivar en consecuencias importantes para el resto de la vida del recién nacido.¹⁹

Recién Nacido Prematuro: Un recién nacido prematuro es aquel que nace antes de completar la semana 37 de gestación, siendo la gestación una variable fisiológica fijada en 280 días, más menos 15 días.²⁰

Perfil Epidemiológico: Es la expresión de la carga de enfermedad (estado de salud) que sufre la población, y cuya descripción requiere de la identificación de las características que la definen. Entre estas características están la mortalidad, la morbilidad y la calidad de vida.²¹

Perfil: Es una variedad o conjuntos de aspecto particulares, o un costado, que se presentan en una cosa, persona o conjunto determinado, describiendo o delimitando linealmente si es representado en plano físico, las cualidades o rasgos propios del objeto, persona o el conjunto determinado, palabra en sí que denomina los complementos y detalles que determina la perfección de lo que se aprecia.²²

Clínico: significa hacer la lista de todos los síntomas y signos clínicos del paciente. Para ello, el médico debe interrogar al paciente para que le explique lo que siente y practicarle un examen físico.

CAPITULO III

MATERIAL Y MÉTODOS.

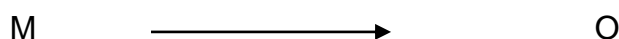
3.1. LUGAR Y PERIODO DE LA EJECUCIÓN DE INVESTIGACIÓN.

La investigación se llevó a cabo en la instalación del Hospital Regional II-2 de Tumbes, en un periodo de ejecución de un mes, agosto del 2016.

3.2. TIPO Y DISEÑO DE INVESTIGACIÓN.

Se trató de una investigación de tipo descriptivo, transeccional, con enfoque cuantitativo. Correspondiéndole un diseño no experimental.

El diseño de la investigación es:



Dónde: M es la muestra y O es la observación de hechos relevantes, es decir de las variables: el perfil clínico y epidemiológico del recién nacido prematuro

3.3 POBLACIÓN, MUESTREO Y MUESTRA POBLACIÓN

La población y muestra estuvo conformado por el total de las historias clínicas de recién nacidos prematuros comprendidos para el periodo de estudio, que se estima en 97 y estará sujeto a los criterios de inclusión y exclusión.

3.4. CRITERIOS DE INCLUSIÓN Y DE EXCLUSIÓN

Criterios de inclusión

Todas las historias clínicas de recién nacidos con una edad gestacional inferior o igual a las 37 semanas, historias clínicas completas y sin errores ni enmendaduras.

Criterios de exclusión.

Fueron excluidas todas las historias clínicas de recién nacidos prematuros, con registros incompletos y/o borrosos, en los servicios de neonatología, ucin del Hospital Regional II - 2 de Tumbes.

3.5. METODO, TECNICA E INSTRUMENTO DE RECOLECCION DE DATOS

Método: El método usado la observación.

Técnica: La técnica que se utilizó fue la observación indirecta de historias clínicas y el registro.

Instrumento de recolección de datos:

La recolección de datos se realizó en el Hospital Regional de Tumbes II-2 en la oficina de estadística e informática, el instrumento de medición fue una ficha recolección de datos diseñada en función de los objetivos específicos y constó de dos partes : perfil clínico del recién nacido prematuro que comprenden la edad gestacional al nacer, peso al nacer, talla al nacer, perímetro cefálico al nacer, perímetro torácico al nacer, apgar al minuto de nacido, sexo, tipo de piel, color de piel, tipo de parto, unidad de recepción y tiempo de permanencia en la UCIN, perfil epidemiológico el cual está comprendido por zona de procedencia de la madre, edad materna, nivel socioeconómico, antecedentes obstétricos y número de controles prenatales.

Los datos que se obtuvieron fueron ingresados a una base de datos; para el análisis estadístico se utilizó el paquete estadístico Excel y SPSS donde arrojó porcentajes.

3.6. PROCEDIMIENTO DE RECOLECCION DE DATOS

Se solicitó el permiso correspondiente a las autoridades del Hospital Regional de Tumbes. Obtenida la autorización se presentó la misma a la oficina de estadística e informática.

Se procedió a la recolección de datos a partir de la revisión de las historias clínicas, teniendo en cuenta los criterios de inclusión y exclusión del estudio.

5.7. PROCESO DE ANALISIS DE DATOS

Una vez recolectados los datos se sometieron a un proceso de crítica, codificación, luego se transfirieron a una base de datos diseñada en el programa Excel y SPSS versión 21 para su tabulación cuyos resultados se presentaron en tablas y figuras estadísticas, de acuerdo a los objetivos específicos del proyecto de investigación.

5.8. CONSIDERACIONES ETICAS

El presente estudio no involucró directamente a personas ya que se realizó una recolección de datos registrados en las historias clínicas. Se tuvo en cuenta los principios de rigor científico planteados por Gozzer, el cual considera:

Autorización: Se gestionó el consentimiento a la Dirección Ejecutiva del Hospital Regional II-2 Tumbes, para la recolección de la información y utilizarla únicamente en el estudio.

Confidencialidad: Se asumió el compromiso de que la identificación de los sujetos en estudio fue conservada en el anonimato, y la información obtenida ha sido revelada, solo para fines de la investigación.

Credibilidad: Se buscó que la información obtenida se ajuste a la verdad buscando aclarar todo discurso ambiguo y con ello se logró la veracidad y Confirmabilidad de los resultados del estudio.

TABLA 1
DISTRIBUCIÓN NUMÉRICA Y PORCENTUAL DE RECIEN NACIDOS
PREMATUROS, SEGÚN PERFIL CLÍNICO: EDAD GESTACIONAL, SEXO, PESO,.
HOSPITAL REGIONAL II-2 TUMBES 2015.

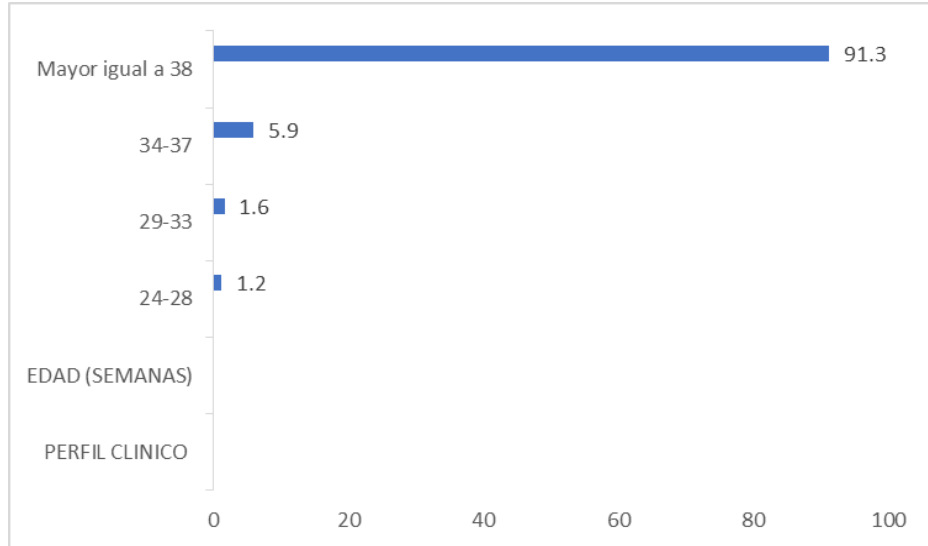
PERFIL CLINICO	N	%
EDAD (SEMANAS)		
24-28	13	1.2
29-33	18	1.6
34-37	66	5.9
Mayor igual a 38	1020	91.3
Total	1117	100
SEXO		
Femenino	42	43.3
Masculino	55	56.7
Total	97	100
PESO AL NACER(gr.)		
< 1000	10	10.3
1000-1500	21	21.6
1501-2000	62	63.9
2001-2500	4	4.1
Total	97	100

FUENTE: Historias Clínicas del archivo del área de investigación y estadística del Hospital Regional II-2 Tumbes

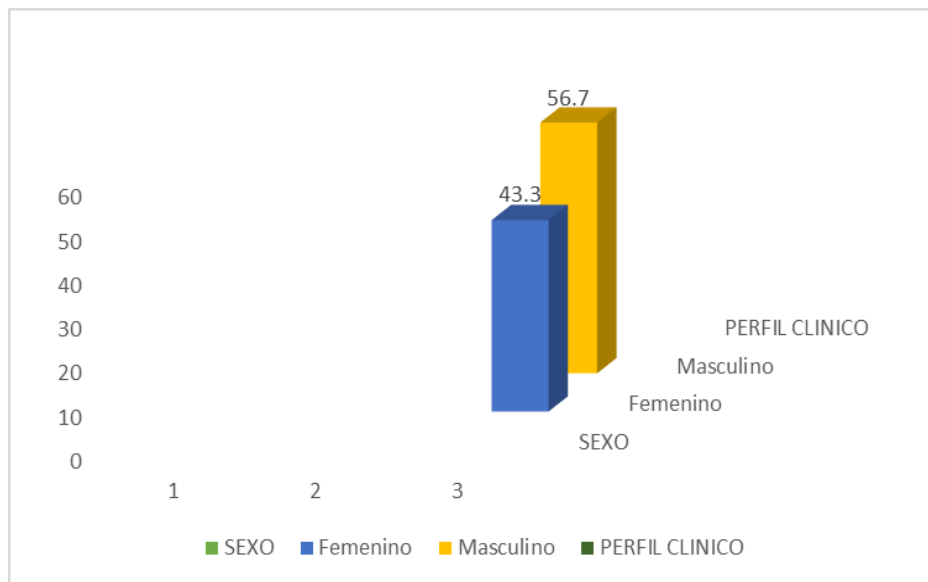
El 8.7% del total de los nacimientos fueron prematuros, de los cuales el 56.7% de ellos fueron de sexo masculino y el 63.9% pesaron entre 1501- 2000 gr.

GRAFICO N°01

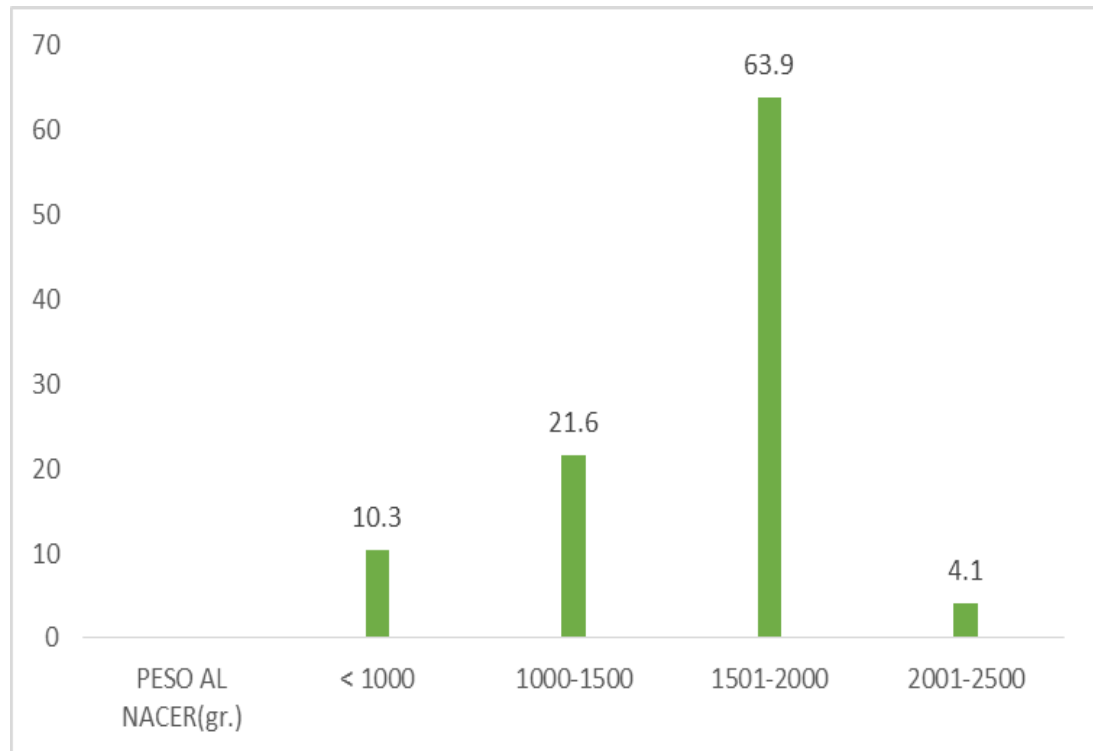
DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL DE RECIEN NACIDOS PREMATUROS, SEGÚN: EDAD GESTACIONAL. HOSPITAL REGIONAL II-2 TUMBES 2015.



DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL DE RECIEN NACIDOS PREMATUROS, SEGÚN: SEXO. HOSPITAL REGIONAL II-2 TUMBES 2015.



DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL DE RECIEN NACIDOS PREMATUROS, SEGÚN: PESO. HOSPITAL REGIONAL II-2 TUMBES 2015.



FUENTE: Historias Clínicas del archivo del área de investigación y estadística del Hospital Regional II-2 Tumbes

TABLA N° 02

DISTRIBUCIÓN NUMÉRICA Y PORCENTUAL DE RECIEN NACIDOS PREMATUROS, TALLA, PERIMETRO CEFALICO, PERIMETRO TORAXICO. HOSPITAL REGIONAL II-2 TUMBES 2015.

PERFIL CLINICO	N	%
TALLA (cm)		
30-34	13	13.4
35-39	11	11.3
40-43	19	19.6
44-47	54	55.7
TOTAL	97	100
PERIMETRO CEFALICO (cm)		
20-24	11	11.3
25-28	14	14.4
29-33	72	74.2
TOTAL	97	100
PERIMETRO TORAXICO (cm)		
20-24	10	10.3
25-28	26	26.8
29-33	61	62.9
Total	97	100

FUENTE: Historias Clínicas del archivo del área de investigación y estadística del Hospital Regional II-2 Tumbes

El 55.7% tuvieron una talla entre 44-47 cm. Por otro lado el 74.2% presentaron un perímetro cefálico entre 29- 33cm, y el 62.9% de los recién nacidos prematuros tuvo un perímetro torácico entre 29-33 cm.

TABLA N° 03

DISTRIBUCIÓN NUMÉRICA Y PORCENTUAL DE RECIEN NACIDOS PREMATUROS, SEGÚN APGAR AL MINUTO, TIPO DE PIEL Y COLOR DE PIEL. HOSPITAL REGIONAL II-2 TUMBES 2015.

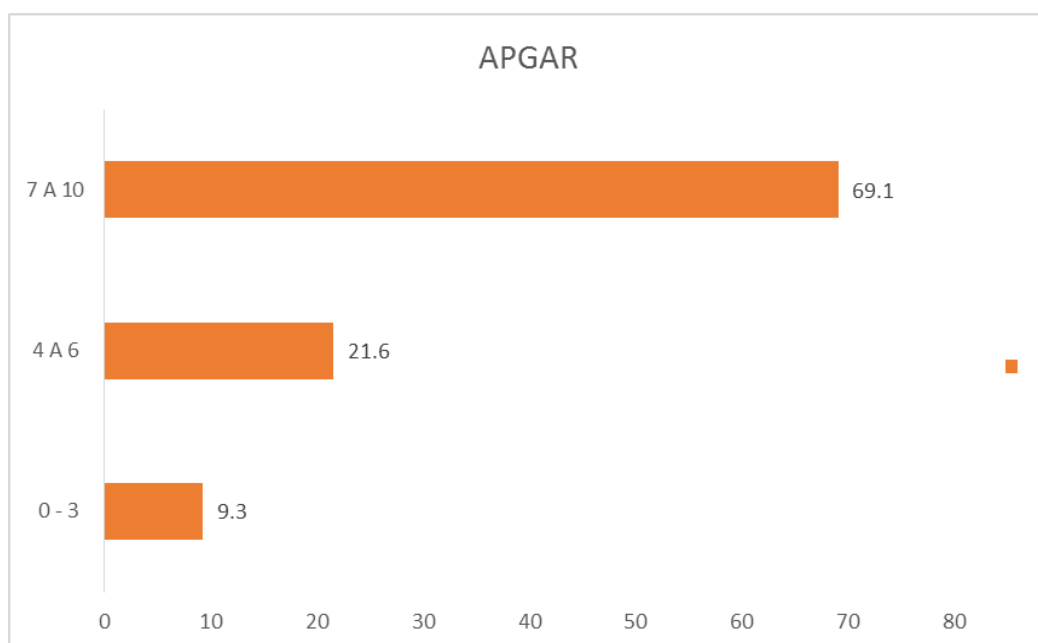
APGAR AL MINUTO		
0 - 3	9	9.3
4 A 6	21	21.6
7 A 10	67	69.1
Total	97	100.0
TIPO DE PIEL		
Fina	37	38.1
Gruesa	60	61.9
Total	97	100.0
COLOR DE PIEL		
Rubicunda	17	17.5
Brillante	9	9.3
Rosada	71	73.2
Total	97	100.0

FUENTE: Historias Clínicas del archivo del área de investigación y estadística del Hospital Regional II-2 Tumbes

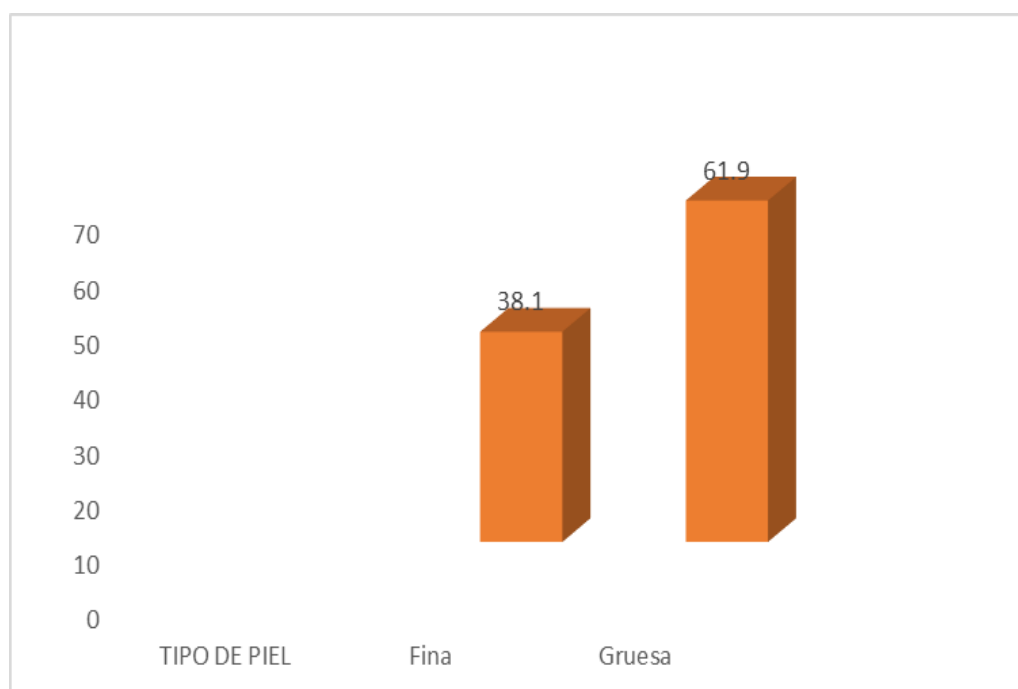
El 69.1 % de los recién nacidos prematuros tuvieron un apgar al nacer de 7 a 10, el 61.9% de ellos presentaron piel gruesa, mientras que el 73.2% tuvo un color de piel rosada.

GRAFICO N° 03

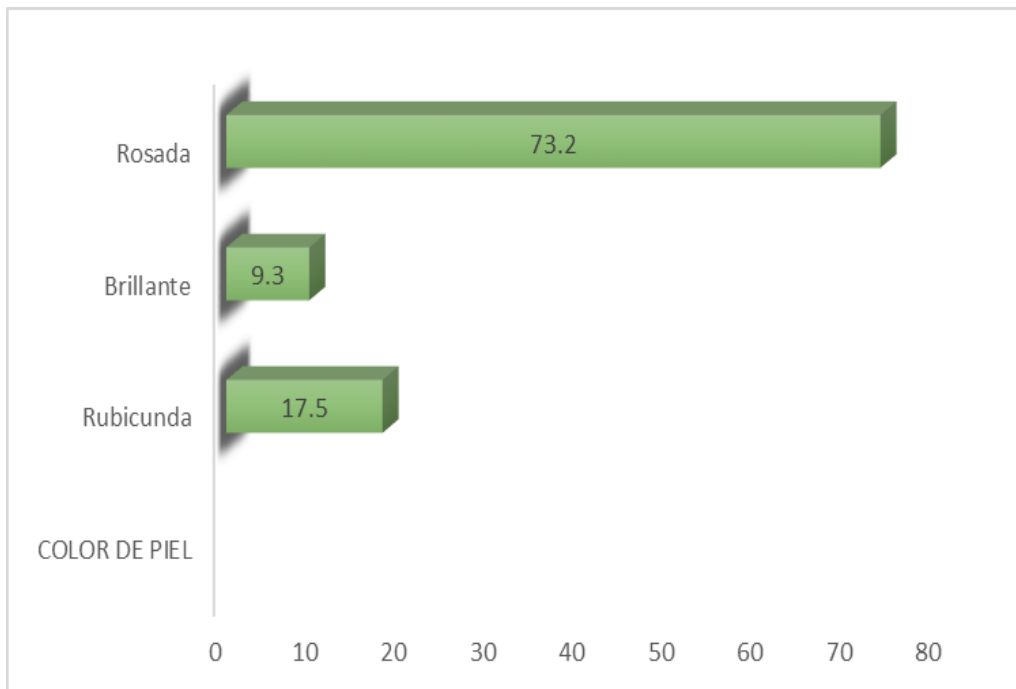
DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL DE RECIEN NACIDOS PREMATUROS, SEGÚN: APGAR AL MINUTO, TIPO DE PIEL Y COLOR DE PIEL. HOSPITAL REGIONAL II-2 TUMBES 2015.



DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL DE RECIEN NACIDOS PREMATUROS, SEGÚN: TIPO DE PIEL Y COLOR DE PIEL. HOSPITAL REGIONAL II-2 TUMBES 2015.



DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL DE RECIEN NACIDOS PREMATUROS, SEGÚN: COLOR DE PIEL. HOSPITAL REGIONAL II-2 TUMBES 2015.



FUENTE: Historias Clínicas del archivo del área de investigación y estadística del Hospital Regional II-2 Tumbes.

TABLA N° 04

DISTRIBUCIÓN NUMÉRICA Y PORCENTUAL DE RECIEN NACIDOS PREMATUROS, SEGÚN PERFIL CLÍNICO: TIPO DE PARTO, UNIDAD DE RECEPCION, TIEMPO DE PERMANENCIA EN UCIN. HOSPITAL REGIONAL II-2 TUMBES 2015.

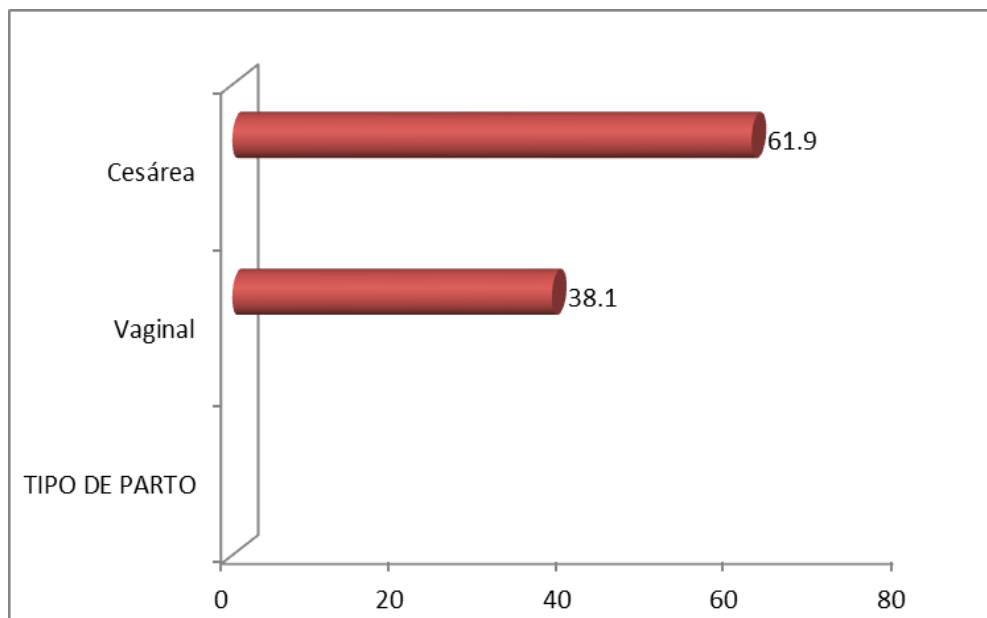
TIPO DE PARTO		
Vaginal	37	38.1
Cesárea	60	61.9
Total	97	100.0
UNIDAD DE RECEPCION		
Ucin	60	61.9
Adaptación	37	38.1
Total	97	100.0
TIEMPO DE PERMANENCIA EN UCIN (SEM)		
< 1	5	5.2
1 a 3	5	5.2
4 A 6	26	26.8
>7	61	62.9
Total	97	100.0

FUENTE: Historias Clínicas del archivo del área de investigación y estadística del Hospital Regional II-2 Tumbes.

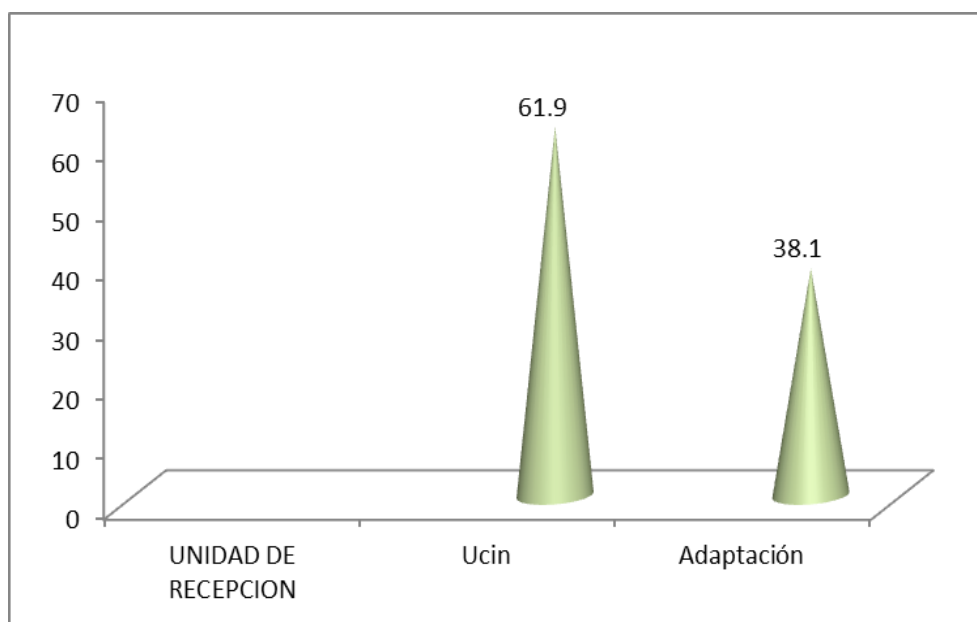
El 61.9% de los recién nacidos prematuros nacieron por vía cesárea, mientras que el 38.1 vía vaginal, el 61.9% de los mismos fueron trasladados a UCIN, de los cuales el 62.9% estuvo más de una semana en esa área.

GRAFICO N° 04

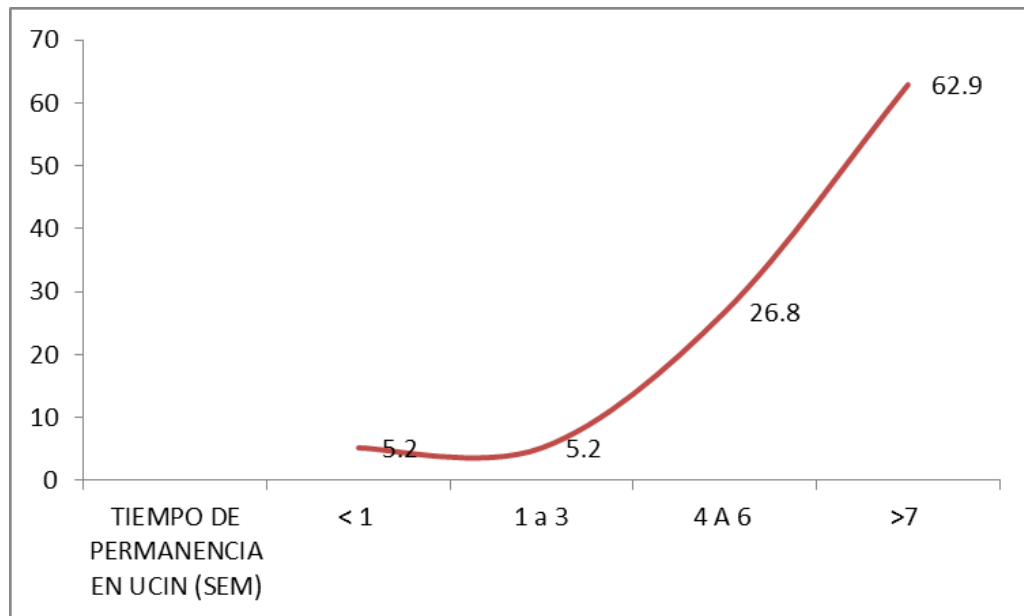
DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL DE RECIEN NACIDOS PREMATUROS, SEGÚN TIPO DE PARTO, UNIDAD DE RECEPCION, TIEMPO DE PERMANENCIA EN LA UCIN. HOSPITAL REGIONAL II-2 TUMBES 2015.



DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL DE RECIEN NACIDOS PREMATUROS, SEGÚN: UNIDAD DE RECEPCION. HOSPITAL REGIONAL II-2 TUMBES 2015.



DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL DE RECIEN NACIDOS PREMATUROS, SEGÚN: TIEMPO DE PERMANENCIA EN LA UCIN. HOSPITAL REGIONAL II-2 TUMBES 2015.



FUENTE: Historias Clínicas del archivo del área de investigación y estadística del Hospital Regional II-2 Tumbes.

TABLA N° 05

DISTRIBUCIÓN NUMERICA Y PORCENTUAL DE RECIEN NACIDOS PREMATUROS, PERFIL EPIDEMIOLOGICO SEGÚN: ZONA DE PROCEDENCIA, EDAD MATERNA, NIVEL SOCIOECONOMICO. HOSPITAL REGIONAL II-2 TUMBES 2015.

Perfil Epidemiológico	n	%
Zona de procedencia		
Urbana	59	60.8
Rural	38	39.2
Total	97	100
Edad materna		
< 18 años	19	19.6
18-25 años	25	25.8
26-35 años	42	43.3
>36 años	11	11.3
Total	97	100
Nivel socioeconómico		
Alto	5	5.2
Medio	65	67
Bajo	27	27.8
Total	97	100

FUENTE: Historias Clínicas del archivo del Hospital Regional II-2 Tumbes.

El 60.8% de las madres de los recién nacidos prematuros proceden de zona urbana, el 43.30% de las mismas tienen de 26 a 35 años y el 67.01% de ellas tienen un nivel socioeconómico medio.

TABLA N° 06**DISTRIBUCIÓN NUMERICA Y PORCENTUAL DE RECIEN NACIDOS PREMATUROS, PERFIL EPIDEMIOLOGICO SEGÚN: ANTECEDENTES OSBTETRICOS, NUMERO DE CONTROLES PRENATALES. HOSPITAL REGIONAL II-2 TUMBES 2015.**

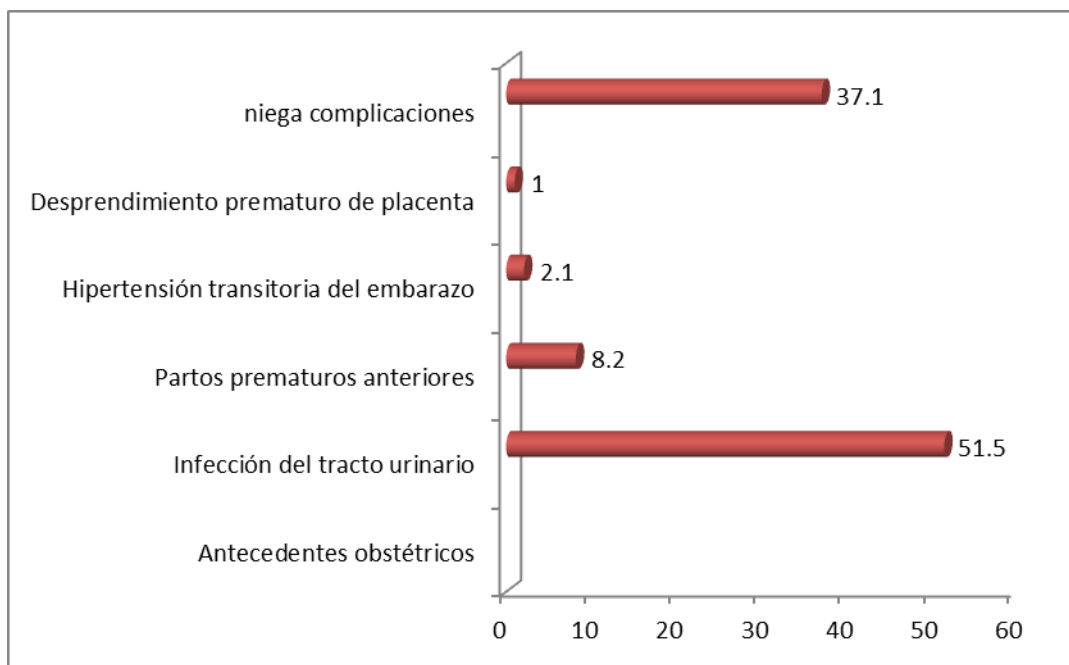
Perfil Epidemiológico		
Antecedentes obstétricos		
Infección del tracto urinario		51.5
Partos prematuros anteriores		8.2
Hipertensión transitoria del embarazo		2.1
Desprendimiento prematuro de placenta		1
niega complicaciones		37.1
Total	97	100
Número de controles		
0 a 3	22	22.7
4 a 7	57	58.8
> 7	18	18.6
Total	97	100

FUENTE: Historias Clínicas del archivo del Hospital Regional II-2 Tumbes.

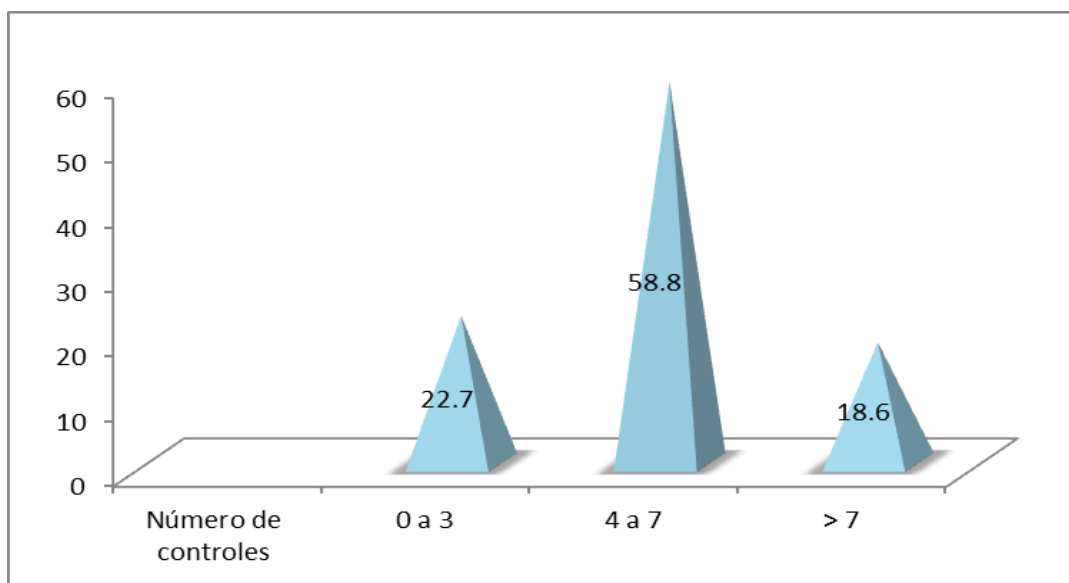
El 51.6% de las madres de los recién nacidos prematuros presentaron infección del tracto urinario, seguido de partos prematuros anteriores en un 8.2% y un 1.03% presentaron desprendimiento prematuro de placenta. Por otro lado el 58.76% de ellas se realizó de 4 a 7 controles prenatales.

GRAFICO N° 06

DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL DE RECIEN NACIDOS PREMATUROS, PERFIL EPIDEMIOLOGICO SEGÚN: ANTECEDENTES OSBTETRICOS, NUMERO DE CONTROLES PRENATALES. HOSPITAL REGIONAL II-2 TUMBES 2015.



DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL DE RECIEN NACIDOS PREMATUROS, PERFIL EPIDEMIOLOGICO SEGÚN: NUMERO DE CONTROLES PRENATALES. HOSPITAL REGIONAL II-2 TUMBES 2015.



FUENTE: Historias Clínicas del archivo del área de investigación y estadística del Hospital Regional II-2 Tumbes.

DISCUSION

En la tabla N° 01 según el perfil clínico se encontró que del total de los partos atendidos en el Hospital Regional II-2 Tumbes el 8.7% fueron prematuros, el 5.9% de los mismos tuvieron edad gestacional entre 34-37 semanas, el 56.7% de ellos fueron de sexo masculino, mientras que el 43.3 % solo femeninos. También se observa que el 63.9% de ellos pesaron entre 1501- 2000gr.

Esto se aleja a las cifras dadas por un estudio realizado por Jiménez Acosta YC.; Gómez Garnica MF.; Contreras Peregrina MR1.; Ávila Verduzco FR.; Salas Ochoa J.; Montes Esquivel LM.; González Gutiérrez E.; Et al. Denominado: "Perfil epidemiológico del recién nacido pretérmino" en una en una institución privada de México donde muestra que de los 8311 partos dados, el 20% fueron prematuros, de estos 847 (50.27%) de sexo masculinos y el resto femeninos. El peso promedio fue de 2,528 gramos.²⁵

Por otro lado los resultados se acercan a las tasas publicadas por Villanueva Egan L. A., Contreras Gutiérrez A. K., Pichardo Cuevas M., Rosales Lucio J.: En un estudio denominado: "Perfil epidemiológico del parto prematuro" en un centro perinatal de tercer nivel del Instituto Mexicano del Seguro Social del estado de Yucatán, México donde muestra que la frecuencia de neonatos prematuros fue de 12.4%.²

No obstante, en otros estudios realizados por Guillen Mayorga D, Rodríguez E, Ortiz J, Rivera W, Hernández Duarte N. denominado: Perfil Epidemiológico y Factores de Riesgo en Recién Nacidos Prematuros en el Hospital Regional, Gracias, Lempira a diferencia del presente se reportaron de enero a junio del 2011, 1720 nacidos vivos registrándose 29 casos de prematurez, en relación a los factores propios del recién nacido prematuros se encontró predominio en el género masculino de 62%. considerando al varón susceptible tanto para prematurez como para bajo peso al nacer, así como, más propenso a morir por complicaciones derivadas de esas patologías, susceptibilidad atribuida a las inmunoglobulinas, patrón cromosómico y diferentes respuestas inducidas por el eje hipotálamo-hipofisiario y suprarrenal; el 100% de los casos presentaron

peso bajo al nacer que corresponde al rango de peso de 1000 a 2499 gramos, un 10%(3/29) de los casos presentaron inmadurez extrema que corresponde a los recién nacidos de madres con menos de 28 semanas gestacionales.³

Por otra parte estudios adicionales realizados por Avalos HL. Titulado “Recién Nacido de Pretérmino” en los Estado Unidos se reportó que el 7.2% de los blancos y el 14% de los de otras razas, principalmente negros, pesaron menos de 2,500 gr. al nacer, el 30% de estos neonatos con peso menor de 2,500 gr. Correspondió a desnutridos in útero, malformados o con enfermedades de orden genético.¹

Así mismo Domínguez O. realizo un estudio en el Hospital Nacional Daniel Alcides Carrión en los años 2001 y 2002 denominado: “Factores Perinatales morbimortalidad y estructuración de las curvas de crecimiento post natal del recién nacido prematuro de muy bajo peso” observando que el mayor grupo de prematuros se encontraba entre los pesos de 1000 a 1499 gramos con 96 casos lo que representa el 74.41% de la población seleccionada, siendo el resto 33 casos (25.59%) menores de 1000 gr.²⁴

En la tabla estadística N° 03 se observa que el 69.1 % de los recién nacidos prematuros tuvieron un apgar al nacer de 7 a 10, el 61.9% de ellos presentaron piel gruesa, mientras que el 73.2% tuvo un color de piel rosada. Estos hallazgos son similares a un estudio realizado por Jiménez Acosta en una institución privada de México, donde se obtuvo que el promedio de APGAR durante el primer minuto, para ambos sexos fue de 8.

Se puede apreciar que no son similares al estudio denominado: “Factores Perinatales morbimortalidad y estructuración de las curvas de crecimiento post natal del recién nacido prematuro de muy bajo peso” realizado en el Hospital Nacional Daniel Alcides Carrión en los años 2001 y 2002, en el cual se observó que entre los prematuros vivos sólo el 17.65% de casos presentaron valoración de Apgar al 1 minuto de vida menor de 3 puntos respecto al 61.36% de los prematuros que fallecieron. Casi no presentaron valoración Apgar a los 5 minutos menor de 3 puntos (3.52%) en relación a los fallecidos que si

mostraron una mayor relación con Apgar a los 5 minutos menor de 3 puntos (20.45%) lo que revela un pronóstico sombrío. ^{24Op Cit}

En la tabla N° 04 se observa que el 61.9% de los recién nacidos prematuros nacieron por vía cesárea, mientras que el 38.1% vía vaginal, el 61.9% de los mismos fueron trasladados a UCIN, los cuales el 62.9% permaneció más de una semana en esa área. Los anteriores resultados son diferentes al estudio realizado por Domínguez O. en el Hospital Nacional Daniel Alcides Carrión en los años 2001 y 2002 denominado: “Factores Perinatales morbimortalidad y estructuración de las curvas de crecimiento post natal del recién nacido prematuro de muy bajo peso”, en el cual se mostró que la vía de parto más frecuente es la vía vaginal con un 62.1% y por cesárea el 37.9% de los casos.

^{24Op Cit}

Por otro lado Avalos HL. Realizó un estudio en el Hospital General de México retrospectivo para el periodo de los años 1995 a 2001, en el que se registraron 57,431 recién nacidos de los cuales 2,400 fueron prematuros (4.18%). De éstos, 1,621 ingresaron en la unidad de cuidados intensivos neonatales (67.5%), de los cuales fallecieron 758 (46.7%) y 863 egresaron por mejoría. La mayoría de los prematuros (56.2%) tenía al nacimiento entre 30 y 34 semanas de embarazo. ¹

En el cuadro estadístico N° 05 en cuanto al perfil epidemiológico se indica que el 60.8% de las madres de los recién nacidos prematuros proceden de zona urbana, el 43.3% de ellas tienen de 26 a 35 años y el 67% de ellas tienen un nivel socioeconómico medio.

Esto es diferente a los resultados de Guevara Díaz, Díaz W. en un estudio denominado “Factores de riesgo asociados a parto pretérmino” en Ecuador en el año 2013 – 2015 en el Hospital Alfredo Noboa Montenegro de Guaranda en el área de Gineco- obstetricia; el objetivo era determinar factores de riesgo asociados al parto pretérmino el cual arrojó que las gestantes con mayor riesgo son las de edad < 20 años en un (46.87%); zona rural (67.14%), escolaridad secundaria (40.62%), nulípara (62.50%).¹⁴

Los anteriores resultados no concuerdan con Laulate B. Et al (2003); el cual evaluó en el Hospital Apoyo Iquitos una población de 124 casos de gestantes con parto pretérmino, en el que encuentra que el 69.4% de las gestantes, proceden de zona Urbano marginal, encontrando una relación significativa entre la procedencia de la gestante y el parto pretérmino.²⁶

Gutiérrez V. Et al (2007).Evaluó en el Hospital Regional de Loreto una población de 250 casos de gestantes con parto pretérmino, en el que encuentra que el 56.5% (144) de los partos pretérminos son en madres con edad entre 20 a 34 años, seguido con el 35.7% (91) en madres con edades menores de 20 años no encontrando significancia en el factor edad, lo cual difiere de nuestros resultados.²⁷

Por otro lado los resultados son totalmente diferentes a un estudio realizado por Vela R. Et al (2000) quien evaluó en el Hospital de Apoyo Iquitos una población de 197 casos de gestantes con parto pretérmino, en el que encuentra que el 58.3% (81) de los partos pretérminos de las madres con edad entre 12 a 19 años presentaron parto pretérmino, y en madres con edad entre 20 a 34 años y las mayores de 35 años los partos fueron en mayor proporción a término, encontrando una relación significativa entre la edad materna adolescente y el parto pretérmino.²⁸

En la tabla N° 06 en cuanto a los antecedentes obstétricos, el 51.6% presentaron infección del tracto urinario, seguido de partos prematuros anteriores en un 8.2%y un 1.03% presentaron desprendimiento prematuro de placenta. Por otro lado el 58.76% de ellas se realizó de 4 a 7 controles prenatales.

Los cuales se acercan a los resultados del estudio realizado en Ecuador en el año 2013 – 2015 en el Hospital Alfredo Noboa Montenegro de Guaranda en el área de Gineco- obstetricia; el objetivo era determinar factores de riesgo asociados al parto pretérmino el cual arrojó que las patologías asociadas al parto fueron Infección del tracto Urinario (63.54%) como causa principal,

seguido de preeclampsia (44.79%), trastornos de líquido amniótico (36.48%) entre otros.¹⁴

Finalmente Villanueva. Et al (2008). Afirman que entre las afecciones médicas que elevan el riesgo de parto prematuro están el antecedente de parto prematuro y la rotura prematura de membranas, ambas debidas a infecciones cervico vaginales que pueden diagnosticarse y tratarse en la atención prenatal. Por esto es indispensable, además de destinar los recursos tecnológicos y humanos necesarios para atender a los recién nacidos prematuros, que las autoridades sanitarias supervisen el acceso y cabal cumplimiento del control prenatal, y establezcan un sistema de referencia prenatal en el que todas las mujeres gestantes que presentan algún factor riesgo se identifiquen, se traten de forma adecuada en las unidades de atención primaria y se transfieran oportunamente a los hospitales especializados en la atención de estados materno-fetales de alto riesgo y que cuenten con unidades de cuidados intensivos neonatales.^{2 Op Cit}

Por su parte Rivas N. Et al (2004), en Perú afirma que los principales factores de riesgo para parto pretérmino en adolescentes fueron: el antecedente de parto pretérmino en gestaciones anteriores, el antecedente de amenaza de parto pretérmino durante la gestación actual y la vaginosis bacteriana. La paridad, el antecedente de aborto y el antecedente de infección urinaria durante la gestación actual no se asociaron con parto pretérmino.²⁹

Laulate B. Et al (2003). Evaluó en el Hospital Apoyo Iquitos una población de 124 casos de gestantes con parto pretérmino, en el que encuentra que el 54.0% (67) representan a las gestantes sin control prenatal.^{26 Op Cit}

CONCLUSIONES

El análisis crítico de los resultados de la investigación respecto al perfil clínico y epidemiológico de los recién nacidos prematuros atendidos en el Hospital JAMO II- 2 ha permitido llegar a las siguientes conclusiones:

1. Del total de los partos atendidos en el Hospital Regional II-2 Tumbes el 8.7% fueron prematuros, el 5.9% de los mismos tuvieron edad gestacional entre 34-37 semanas
2. El 69.1 % de ellos tuvieron un apgar al nacer de 7 a 10 y el 61.9% de los mismos fueron trasladados a UCIN, los cuales el 62.9% estuvo más de una semana en esa área.
3. El 60.8% de las madres de los recién nacidos prematuros proceden de zona urbana, el 61.9% de ellos nacieron por vía cesárea, mientras que el 38.1 vía vaginal. En cuanto a los antecedentes obstétricos, el 51.6% presentaron infección del tracto urinario, seguido de partos prematuros anteriores en un 8.2%y un 1.03% presentaron desprendimiento prematuro de placenta. Por otro lado el 58.76% de ellas se realizó de 4 a 7 controles prenatales.

RECOMENDACIONES

1. Se debe considerar realizar exámenes de perfil biofísico fetal a las mujeres con antecedentes de partos prematuros con la finalidad de evitar que lleguen neonatos con bajo peso y así evitar la desnutrición en estos niños.
2. Dentro de las actividades de promoción de la salud, que el Hospital de Tumbes, como ente mediador, busque la participación de los diferentes sectores e involucrar a las principales autoridades encargadas de cada distrito de nuestro departamento para la implementación de programas formativos que propicien los buenos estilos de vida, una adecuada alimentación, charlas domiciliarias, así como también contar con ambulancias permanentes para ir por las personas que viven alejadas de los establecimientos de salud y así de este modo poder contribuir a la reducción de la morbimortalidad materno – infantil.
3. Se sugiere que La Universidad de Tumbes se proyecte a la comunidad para la captación de gestantes en la medida que la atención prenatal se realice más tempranamente para prevenir, corregir, compensar y tratar las complicaciones. Los criterios científicos trabajados en la presente investigación deben servir como referente para ampliar y profundizar las investigaciones sobre este particular y sobre otros aspectos vinculados con la promoción de la salud.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Avalos HL. Recién Nacido de Pretérmino [monografía en Internet]*. Capítulo No 9. Guadalajara Jal: [acceso 18 de diciembre de 2015]. Disponible en: www.pediatriaenlinea.com/pdf/reciennacidopretermino.pdf
2. Villanueva Egan L. A., Contreras Gutiérrez A. K., Pichardo Cuevas M., Rosales Lucio J. Perfil epidemiológico del parto prematuro. Artículo de Rev. Ginecol Obstet Mex. 2008 [acceso el 05 de diciembre de 2015]; 76(9):542-8. Disponible en: <http://www.medigraphic.com/espanol/e1-indic.htm>
3. Guillen Mayorga D, Rodríguez E, Ortiz J, Rivera W, Hernández Duarte N. Perfil Epidemiológico y Factores de Riesgo en Recién Nacidos Prematuros, Hospital Regional, Gracias, Lempira. Rev. Med Hondur, vol. 80, No. 4, 2012. [acceso el 8 de diciembre de 2015]. Disponible en: <http://www.bvs.hn/RMH/pdf/2012/pdf/Vol80-4-2012-3.pdf>
4. Avilas J, Tavera M, Carrasco M. Mortalidad Neonatal en el Perú y sus departamentos 2011 – 2012 [Monografía en Internet] Lima: Ministerio de Salud, Dirección General de Epidemiología; 2013.188p [fecha de acceso 18 de diciembre de 2015] Disponible en: <http://www.unicef.org/peru/spanish/Mortalidad-Neonatal-en-el-Peru-y-sus-departamentos-2011-2012.pdf>
5. Enfermería. Recién Nacido Pretérmino [sede Web].Mexico:enfermeriauv.blogspot; 1999 [actualizada el 19 de abril de 2009; acceso 18 de diciembre de 2015]. Disponible en: <http://eenfermeriauv.blogspot.pe/2009/04/enfermeria-infantil-caracteristicas.html>
6. Peláez Mendoza J. Adolescente embarazada: características y riesgos. Rev. Cubana de Obstetricia y Ginecología. [Revista en Internet]* Habana ene.-jun. 1997; [acceso el 19 de diciembre de 2015] v.23 n.1: 3 disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0138-600X1997000100003

7. Ovalle A.; Kakarieka E.; Rencoret G.; Fuentes A.; Del Río M J.; Morong C.; Et al. Factores asociados con el parto prematuro entre 22 y 34 semanas en un hospital público de Santiago. Rev. Médica de Chile [Revista en Internet]* .Santiago ene. 2012. [Acceso el 19 de diciembre de 2015]; vol.140 no.1: 19-29 disponible en : http://www.scielo.cl/scielo.php?pid=S0034-98872012000100003&script=sci_arttext
8. Esquerra de Cárdenas I, Esquerra Velandia C, Causas de Inasistencia a control prenatal. Oral Rev. Avances en Enfermería 1991. Vol. IX. No 2 p. 100-101. [acceso el 03 de diciembre de 2015]. Disponible en: <http://www.bdigital.unal.edu.co/20614/1/16776-52565-1-PB.pdf>
9. Marchofdimes.org, Complicaciones del Embarazo [sede Web]. Nacersano.Marchofdimes.org; 2012- [actualizada en enero de 2012; acceso 7 de diciembre de 2015]. Disponible en :<http://nacersano.marchofdimes.org/embarazo/desprendimiento-de-la-placenta.aspx>
10. Celedonio M, Hinojosa M. Factores asociados y complicaciones Materno Perinatales del Desprendimiento Prematuro de Placenta. [Tesis doctoral]. Lima: Universidad Nacional Mayor de San Marcos; 2004.
11. Unitat de Prematuritat. Protocolo: Manejo de la paciente con riesgo de parto pretérmino [monografía en internet]*. Barcelona: Hospital Materno Infantil. [acceso 7 de diciembre de 2015]. Disponible en: https://www.medicinafetalbarcelona.org/clinica/images/protocolos/patologia_materna_obstetrica/manejo%20de%20la%20paciente%20con%20riesgo%20de%20parto%20prematuro.pdf
12. Pregnancy, Ruptura Prematura de Membranas: Causas, Riesgos y tratamiento [sede Web] Pregnancy- info.net; 2015- [acceso 7 de diciembre de 2015]. Disponible en: <http://espanol.pregnancy-info.net/rpm.html>
13. Vigil P, Savransky R, Pérez J, Delgado J, Núñez E. Ruptura Prematura de Membranas. Guía Clínica de FLASOG 2011: No 1 p. 4-6.

14. Guevara Díaz, Díaz W. Factores de riesgo asociados a parto pretérmino en el Hospital Alfredo Noboa Montenegro de Guaranda [tesis pregrado]. Ecuador; 2015.
15. Organización Mundial de la Salud. Nacimientos Prematuros. [monografías en internet]* secretaría general de la OMS; 2015 (25/05/16)* Disponible en: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs363/es/>
16. Organización Mundial de la Salud. 15 Millones de bebés nacen demasiado pronto. [monografías en internet]* secretaría general de la OMS; 2015 (25/05/16)* Disponible en: http://www.who.int/mediacentre/news/releases/2012/preterm_20120502/es/
17. Pérez Zamudio R, López Terrones C, Rodríguez Barboza A. Morbilidad y mortalidad del recién nacido prematuro en el Hospital General de Irapuato. Bol. Med. Mexico 2013, vol 70. No 4. Disponible en: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1665-11462013000400005
18. Garrido J. Perú: Alrededor de 12,400 Recién Nacidos Prematuros Mueren al Año. Perú 21, Perú: 2013, diciembre 17. Sección B. p. 3.
19. Wikipedia.org, Enciclopedia libre en la Red [sede Web]. Wiki media: Wikipedia.com; [actualizada el 23 de mayo de 2016; acceso 24 de mayo de 2016]. Disponible en: <https://es.wikipedia.org/wiki/Neonato>
20. Rellán Rodríguez S, García de Riberay M, Aragón García P. El Recién Nacido Prematuro, Asociación Española de Pediatría, vol. 8, No. 1, 2008. [acceso el 24 de mayo de 2016]. Disponible en: https://www.aeped.es/sites/default/files/documentos/8_1.pdf
21. Dr. Álvaro Whittembury V. El Perfil Epidemiológico y el análisis de situación del país [monografía en Internet]*. Capítulo No 16. [acceso 24 de mayo de 2016]. Disponible en: <http://www.esperantra.org/biblioteca/peaepweb.pdf>

22. Concepto definicion.de, Definición de perfil [sede Web]. Venemedia: Concepto definicion.de; [actualizada 20 de enero de 2016]. Disponible en: <http://concepto definicion.de/perfil/>.
23. salud.ccm.net, Cuadro clínico definición [sede Web]. Benchmark: salud.ccm.net; [actualizada mayo del 2016]. Disponible en: <http://salud.ccm.net/faq/21530-cuadro-clinico-definicion>
24. Domínguez O. Crecimiento Post Natal de los Recién Nacidos de Muy Bajo Peso. Valoración mediante un nuevo índice somatométrico. *Annales Españoles de Pediatría*, Vol. 47 N° 5 1997
25. Jiménez Acosta YC.; Gómez Garnica MF.; Contreras Peregrina MR1.; Ávila Verduzco FR.; Salas Ochoa J.; Montes Esquivel LM.; González Gutiérrez E.; Et al. Perfil epidemiológico del recién nacido pretérmino en una institución privada del Occidente de México. *Rev. Medica MD de Jalisco [Revista en Internet]** Guadalajara, Jalisco mayo-julio 2016 [Acceso el 10 de septiembre de 2016]; vol. 7, no. 4: 270-274 disponible en : go.galegroup.com/ps/anonymus?p=AONE&sw=w&issn=20078188&v=2.1&it=r&id=GALE%7CA46195473&sid=&googleScholar&linkaccess=fulltext&authcount=1&isAnonymusEntry=true
26. LAULATE B. (2003). Parto Pretérmino: Factores Asociados para su Ocurrencia y Resultado Neonatal en el Hospital Apoyo Iquitos. www.unapiquitos.edu.pe/links/medicina/archivos/Tesis
27. GUTIERREZ V. (2007). Factores Maternos asociados a Parto Prematuro y Hallazgos en el Neonato en el Hospital Regional de Loreto. www.unapiquitos.edu.pe/links/medicina/archivos/Tesis

28.VELA R. (2000). Factores asociados a prematuridad en el Hospital Apoyo Iquitos. Tesis para titulado profesional. www.unapiquitos.edu.pe/links/medicina/archivos/Tesis

29.RIVAS REÁTEGUI N. factores de riesgo para parto pretérmino en gestantes adolescentes del hospital de apoyo n° 2 de Pucallpa 2004. Tesis para optar el título de especialista en Gineco obstetricia. Facultad de medicina humana. Universidad nacional mayor de san marcos. Perú. 2004.

ANEXOS

INSTRUMENTO DE RECOLECCION DE DATOS

INSTRUMENTO DE RECOLECCION DE DATOS PARA CONOCER EL
PERFIL CLINICO Y EPIDEMIOLOGICO DEL RECIEN NACIDO PRE MATURO
ATENDIDO EN EL HOSPITAL REGIONAL II-2 TUMBES 2015.

PERFIL CLINICO:

1. Edad gestacional:
 - a. 24-28 ss.
 - b. 29-33 ss.
 - c. 34-37 ss.
 - d. Mayor de 38 ss.
2. Sexo:
 - a. Femenino
 - b. Masculino
3. Tipo de parto:
 - a. vaginal
 - b. cesárea
4. Peso del recién nacido:
 - a. < 1000 gr.
 - b. 1000-1500 gr.
 - c. 1501-2000 gr.
 - d. 2001-2500 gr.
5. Talla del recién nacido:
 - a. 30-34 cm
 - b. 35-39 cm

- c. 40-43 cm
 - d. 44-47 cm
6. Perímetro cefálico:
- a. 20-24 cm
 - b. 25-28 cm
 - c. 29-33 cm
7. Perímetro torácico:
- a. 20-24 cm
 - b. 25-28 cm
 - c. 29-33 cm
 - d. 34-36 cm
8. Apgar al minuto del recién nacido:
- a. 0-3
 - b. 4-6
 - c. 7-10
9. Tipo de piel del recién nacido:
- c. Fina
 - d. Gruesa
10. Color de piel del recién nacido:
- a. rubicunda
 - b. brillante
 - c. rosada
11. unidad de recepción:
- a. UCI
 - b. UCIN

- c. Adaptación
12. Tiempo en UCIN:
- a. Menor de 1 semana
 - b. 1-3 semanas
 - c. 4-6 semanas
 - d. Mayor de 7 semanas.

PERFIL EPIDEMIOLOGICO:

13. Zona de procedencia de la madre:

- a. Urbano
- b. Rural

14. Edad materna:

- a. Menor de 18 años
- b. De 18-25 años
- c. De 26-35 años
- d. Mayor de 36 años

15. Nivel socioeconómico:

- a. alto
- b. medio
- c. bajo

16. Antecedentes obstétricos

- a. toxoplasmosis
- b. itu recurrente
- c. placenta previa
- d. preeclampsia
- e. diabetes

- f. partos prematuros anteriores
 - g. enfermedad hipertensiva crónica
 - h. desprendimiento prematuro de placenta
 - i. ruptura prematura de placenta
 - j. falta de oclusión del cuello uterino
17. Número de controles prenatales:
- a. 0- 3 CPN
 - b. 4-7 CPN
 - c. Mayor de 7 CPN