

UNIVERSIDAD NACIONAL DE UCAYALI

FACULTAD DE MEDICINA HUMANA

ESCUELA PROFESIONAL DE MEDICINA HUMANA



**“MORBIMORTALIDAD ASOCIADAS A RECIÉN
NACIDOS PREMATUROS EN EL HOSPITAL
AMAZÓNICO DE YARINACocha 2020”**

**TESIS PARA OPTAR EL TÍTULO PROFESIONAL DE
MÉDICO CIRUJANO**

PRESENTADO POR EL BACHILLER:

JEAN MARCO NAVARRO RODRIGUEZ

PUCALLPA – PERÚ

2022



UNIVERSIDAD NACIONAL DE UCAYALI
FACULTAD DE MEDICINA HUMANA



**ACTA DE SUSTENTACIÓN DE TESIS PARA OPTAR EL
TÍTULO PROFESIONAL DE MÉDICO CIRUJANO**

En Pucallpa, a los 11 días del mes de FEBRERO del dos mil veintidós, siendo las 12:00 horas, y de acuerdo al Reglamento de Grados y Títulos de la Universidad Nacional de Ucayali, se reunieron en los ambientes de la Sala de Grados y Títulos de la Universidad Nacional de Ucayali, los miembros del Jurado Calificador de Tesis, para proceder con la evaluación de la tesis denominada "MORBIMORTALIDAD ASOCIADAS A RECIÉN NACIDOS PREMATUROS EN EL HOSPITAL AMAZONICO DE YARINACocha 2020", elaborado por el Bachiller JEAN MARCO NAVARRO RODRIGUEZ.


El Jurado Calificador de Tesis está conformado por los siguientes docentes:

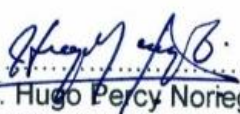
M.C. Mg. LUIS ENRIQUE RUIZ SOLSOL (Presidente)
M.C. HUMBERTO OMAR BOCANEGRA GUARDIA (Miembro)
M.C. HUGO PERCY NORIEGA TUESTA (Miembro).

Finalizado el acto de sustentación, luego de deliberar el Jurado y verificar los calificativos, se obtuvo el siguiente resultado de APROBADO por UNANIMIDAD con el calificativo de Diecisiete (17). Quedando el sustentante graduado como Médico Cirujano, para que se le expida el TÍTULO PROFESIONAL DE MÉDICO CIRUJANO.

Pucallpa, 11 de FEBRERO del 2022.


.....
M.C. Mg. Luis Enrique Ruiz Solsol
Presidente del Jurado Evaluador


.....
M.C. Humberto O. Bocanegra Guardia
Miembro del Jurado Evaluador


.....
M.C. Hugo Percy Noriega Tuesta
Miembro del Jurado Evaluador



**UNIVERSIDAD NACIONAL DE UCAYALI
FACULTAD DE MEDICINA HUMANA**



ESTA TESIS FUE APROBADA POR LOS MIEMBROS DEL JURADO CALIFICADOR DE LA FACULTAD DE MEDICINA HUMANA DE LA UNIVERSIDAD NACIONAL DE UCAYALI.

M.C. MG. LUIS ENRIQUE RUIZ SOLSOL
Presidente del Jurado Evaluador

M.C. HUMBERTO O. BOCANEGRA GUARDIA
Miembro del Jurado Evaluador

M.C. HUGO PERCY NORIEGA TUESTA
Miembro del Jurado Evaluador

DR. ARTURO RAFAEL HEREDIA
ASESOR DE TESIS

BACH. JEAN MARCO NAVARRO RODRIGUEZ
TESISTA



UNIVERSIDAD NACIONAL DE UCAYALI
VICERRECTORADO DE INVESTIGACION
DIRECCION GENERAL DE PRODUCCION INTELECTUAL

CONSTANCIA

ORIGINALIDAD DE TRABAJO DE INVESTIGACION

SISTEMA ANTIPLAGIO URKUND

N°0048-2022

La Dirección de Producción Intelectual, hace constar por la presente, que el Informe final de Tesis, titulado:

"MORBIMORTALIDAD ASOCIADAS A RECIÉN NACIDOS PREMATUROS EN EL HOSPITAL AMAZÓNICO DE YARINACOCCHA 2020"

Cuyo(s) autor (es) : **NAVARRO RODRIGUEZ, JEAN MARCO.**

Facultad : **MEDICINA HUMANA.**

Escuela Profesional : **MEDICINA HUMANA.**

Asesor(a) : **DR. RAFAEL HEREDIA, ARTURO**

Después de realizado el análisis correspondiente en el Sistema Antiplagio URKUND, dicho documento presenta un **porcentaje de similitud de 1%**.

En tal sentido, de acuerdo a los criterios de porcentaje establecidos en el artículo 9 de la DIRECTIVA DE USO DEL SISTEMA ANTIPLAGIO URKUND, el cual indica que no se debe superar el 10%. Se declara, que el trabajo de investigación: SI Contiene un porcentaje aceptable de similitud, por lo que SI se aprueba su originalidad.

En señal de conformidad y verificación se FIRMA Y CODIFICA la presente constancia

FECHA 31/01/2022



Dr. ABRAHAM ERMITANIO HUAMAN ALMIRON
Dirección de Producción Intelectual

AUTORIZACIÓN DE PUBLICACIÓN DE TESIS

REPOSITORIO DE LA UNIVERSIDAD NACIONAL DE UCAYALI

Yo, Jean Marco Navarro Rodriguez
Autor de la TESIS titulada:
"Morbimortalidad asociadas a recién nacidos prema-
turos en el Hospital Amazónico de Yarina-cocha 2020"

Sustentada el año: 2022
Con la asesoría de: Dr. Arturo Rafael Heredia
En la Facultad de: Medicina Humana
Carrera Profesional de: Medicina Humana

Autorizo la publicación:

- PARCIAL** Significa que se publicará en el repositorio institucional solo La caratula, la dedicatoria y el resumen de la tesis. Esta opción solo es válida marcar **si su tesis o documento presenta material patentable**, para ello deberá presentar el trámite de CATI y/o INDECOPI cuando se lo solicite la DGPI UNU.
- TOTAL** Significa que todo el contenido de la tesis y/o documento será publicada en el repositorio institucional.

De mi trabajo de investigación en el Repositorio Institucional de la Universidad Nacional de Ucayali (www.repositorio.unu.edu.pe), bajo los siguientes términos:

Primero: Otorgo a la Universidad Nacional de Ucayali **licencia no exclusiva** para reproducir, distribuir, comunicar, transformar (únicamente mediante su traducción a otros idiomas) y poner a disposición del público en general mi tesis (incluido el resumen) a través del Repositorio Institucional de la UNU, en formato digital sin modificar su contenido, en el Perú y en el extranjero; por el tiempo y las veces que considere necesario y libre de remuneraciones.

Segundo: Declaro que la **tesis es una creación de mi autoría** y exclusiva titularidad, por tanto me encuentro facultado a conceder la presente autorización, garantizando que la tesis no infringe derechos de autor de terceras personas, caso contrario, me hago único(a) responsable de investigaciones y observaciones futuras, de acuerdo a lo establecido en el estatuto de la Universidad Nacional de Ucayali y del Ministerio de Educación.

En señal de conformidad firmo la presente autorización.

Fecha: 11 / 02 / 2022

Email: jeanmarco29@gmail.com

Firma: J.M.N.R.

Teléfono: 980391500

DNI: 72873083

DEDICATORIA

Va dirigido en primer lugar a Dios (HASHEM) y a su hijo Jesucristo quienes guiaron mis pasos y me levantaron en los momentos más difíciles de mi vida. A mi familia que siempre me brindó su apoyo emocional, económico y financiero, que me enseñó a saber valorar cada minuto, cada segundo y cada centavo. Por último, a aquellas personas que llegaron a mi vida en el momento menos pensado.

AGRADECIMIENTO

Dar gracias a Dios (HASHEM) y a su hijo Jesucristo (nuestro salvador) que siempre estuvieron conmigo en los momentos más difíciles, elevando mis plegarias hacia el cielo, hacia ÉL. Agradezco a Dios, por la vida, las capacidades y las oportunidades que me concede. Además, por la grandiosa familia que me dio, de la cual disfruto en demasía en este peregrinaje por la tierra.

Agradezco a mis padres, por sus grandes ejemplos de dedicación, esfuerzo y superación. Agradezco a mis hermanos por su compañía y amistad incondicional. Agradecer a aquellas personas y grandes seres humanos que cada día que pasa los voy queriendo tanto como a mi verdadera familia, que me brindan todo su apoyo para poder salir adelante y ser mejor cada día. Además, dar las gracias a aquellas amistades incondicionales que me brindan sus compañía y respaldo.

Agradezco a cada docente de mi facultad que con sus enseñanzas y ejemplos han sido de gran aporte para mi formación como profesional. Así mismo, a aquellos docentes que acaecieron por la enfermedad de la COVID-19 de las cuales también formaron parte de mi desarrollo profesional. ¡Honor y Gloria para ellos! Muchas gracias maestros.

PORTADA

1. TÍTULO DE LA INVESTIGACIÓN:

“MORBIMORTALIDAD ASOCIADAS A RECIÉN NACIDOS PREMATUROS EN EL HOSPITAL AMAZÓNICO DE YARINACocha 2020”.

2. ÁREA DE INVESTIGACIÓN:

NEONATOLOGÍA.

3. AUTOR:

JEAN MARCO NAVARRO RODRÍGUEZ

Bachiller en Medicina de la Facultad de Medicina Humana – UNU.

4. ASESOR:

Dr. ARTURO RAFAEL HEREDIA

Docente de la Facultad de Medicina Humana – UNU.

5. INSTITUCIONES QUE FINANCIAN:

Ninguno.

ÍNDICE

	Pág.
DEDICATORIA	vi
AGRADECIMIENTO	vii
ÍNDICE	viii
ÍNDICE DE TABLAS	xi
ÍNDICE DE GRÁFICOS.....	xiii
RESUMEN.....	xv
ABSTRACT	xvii
INTRODUCCIÓN.....	xviii
CAPÍTULO I: PROBLEMA.....	1
1.1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	1
1.2. FORMULACIÓN DEL PROBLEMA	3
1.3. OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN	4
1.4. JUSTIFICACIÓN DE LA INVESTIGACION.....	5
CAPÍTULO II: MARCO TEÓRICO	6
2.1. ANTECEDENTES DEL PROBLEMA.....	6
2.1.1. Investigaciones extranjeras.....	6
2.1.2. Investigaciones nacionales	10
2.1.3. Investigaciones locales	14
2.2. BASES TEÓRICAS	15
2.3. VARIABLES DE ESTUDIO.....	32
CAPÍTULO III: METODOLOGÍA.....	37
3.1. ÁMBITO DE ESTUDIO	37
3.2. TIPO DE INVESTIGACIÓN	37

3.3. NIVEL DE INVESTIGACIÓN	37
3.4. MÉTODO DE INVESTIGACIÓN	37
3.5. DISEÑO DE INVESTIGACIÓN	37
3.6. POBLACIÓN, MUESTRA, MUESTREO	38
3.7. TÉCNICAS E INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS	39
3.8. PROCEDIMIENTO DE RECOLECCIÓN DE DATOS	39
3.9. TÉCNICAS DE PROCESAMIENTO Y ANÁLISIS DE DATOS.....	39
CAPÍTULO IV. RESULTADOS.....	40
4.1. PRESENTACIÓN DE RESULTADOS	40
4.2. DISCUSIÓN.....	58
CONCLUSIONES	61
RECOMENDACIONES:.....	63
REFERENCIA BIBLIOGRÁFICA	64
ANEXO.....	68

ÍNDICE DE TABLAS

	Pág.
Tabla 1. Porcentaje de recién nacidos prematuros - Hospital Amazónico de Yarinacocha 2020.....	40
Tabla 2. Edad del recién nacido determinado por examen físico - Hospital Amazónico de Yarinacocha 2020.....	41
Tabla 3. Sexo del neonato prematuro - Hospital Amazónico de Yarinacocha 2020.....	42
Tabla 4. Peso del neonato prematuro - Hospital Amazónico de Yarinacocha 2020.....	43
Tabla 5. Vía del nacimiento del recién nacido prematuro - Hospital Amazónico de Yarinacocha 2020.....	44
Tabla 6. Apgar al nacimiento del recién nacido prematuro - Hospital Amazónico de Yarinacocha 2020.....	45
Tabla 7. Edad de madres de recién nacidos prematuros Hospital Amazónico de Yarinacocha - 2020.....	46
Tabla 8. Tipo de embarazo en madres de recién nacidos prematuro - Hospital Amazónico de Yarinacocha 2020.....	47
Tabla 9. Uso de esteroides en madres de recién nacidos prematuros - Hospital Amazónico de Yarinacocha - 2020.....	48
Tabla 10. Tipo de embarazo en madres de recién nacidos prematuro - Hospital Amazónico de Yarinacocha 2020.....	49
Tabla 11. Características gineco obstétricas de las madres del recién nacido - Hospital Amazónico de Yarinacocha 2020.....	51
Tabla 12. Morbilidad del recién nacido prematuro - Hospital Amazónico de Yarinacocha 2020.....	52
Tabla 13. Principales causas de morbilidad del recién nacido prematuro - Hospital Amazónico de Yarinacocha 2020.....	53
Tabla 14. Mortalidad del recién nacido prematuro - Hospital Amazónico de Yarinacocha 2020.....	55

Tabla 15. Principales causas de mortalidad del recién nacido prematuro - Hospital Amazónico de Yarinacocha 2020.....	56
--	----

INDICE DE GRÁFICOS

	Pág.
Gráfico 1. Porcentaje de recién nacidos prematuros - Hospital Amazónico de Yarinacocha 2020.....	40
Gráfico 2. Edad del recién nacido determinado por examen físico - Hospital Amazónico de Yarinacocha 2020.....	41
Gráfico 3. Sexo del neonato prematuro - Hospital Amazónico de Yarinacocha 2020.....	42
Gráfico 4. Peso del neonato prematuro - Hospital Amazónico de Yarinacocha 2020.....	43
Gráfico 5. Vía del nacimiento del recién nacido prematuro - Hospital Amazónico de Yarinacocha 2020.....	44
Gráfico 6. Apgar al nacimiento del recién nacido prematuro - Hospital Amazónico de Yarinacocha 2020.....	45
Gráfico 7. Edad de madres de recién nacidos prematuros Hospital Amazónico de Yarinacocha - 2020.....	46
Gráfico 8. Tipo de embarazo en madres de recién nacidos prematuro - Hospital Amazónico de Yarinacocha 2020.....	47
Gráfico 9. Uso de esteroides en madres de recién nacidos prematuros - Hospital Amazónico de Yarinacocha - 2020.....	48
Gráfico 10. Tipo de embarazo en madres de recién nacidos prematuro - Hospital Amazónico de Yarinacocha 2020.....	49
Gráfico 11. Características gineco obstétricas de las madres del recién nacido - Hospital Amazónico de Yarinacocha 2020.....	51
Gráfico 12. Morbilidad del recién nacido prematuro - Hospital Amazónico de Yarinacocha 2020.....	52
Gráfico 13. Principales causas de morbilidad del recién nacido prematuro - Hospital Amazónico de Yarinacocha 2020.....	54
Gráfico 14. Mortalidad del recién nacido prematuro - Hospital Amazónico de Yarinacocha 2020.....	55

Gráfico 15. Principales causas de mortalidad del recién nacido prematuro - Hospital Amazónico de Yarinacocha 2020.....	56
--	----

RESUMEN

La presente investigación tuvo como objetivo: Determinar la morbimortalidad asociadas a recién nacidos prematuros en el Hospital Amazónico de Yarinacocha, 2020. Metodología, se trató de un estudio descriptivo transversal. Resultados y conclusiones, se llegó a las siguientes conclusiones: El porcentaje de recién nacidos prematuros en el hospital amazónico de Yarinacocha alcanzó un 9% durante el año 2020 frente a un 91% de recién nacidos a término. Al identificar las características clínicas de los recién nacidos prematuros se evaluaron las siguientes características: edad gestacional al momento del nacimiento determinada mediante examen físico test de Capurro teniendo como resultado que el 78% nació con prematuridad leve y no hubo ningún recién nacido con prematuridad muy extrema; el sexo masculino se mantuvo más prevalente con un 54%; en cuanto al peso el 93% de los recién nacidos prematuros tuvieron un bajo peso al nacer; en cuanto al puntaje Apgar un mayor porcentaje de recién nacidos obtuvo entre 4 – 6 al minuto del nacimiento; para identificar las características maternas asociadas a la morbimortalidad de los recién nacidos prematuros, se evaluaron las siguientes características: las madres de los recién nacidos prematuros en un mayor porcentaje tenían entre el 19 – 35 años, tuvieron en su mayoría un embarazo único, el 93% de las gestantes recibieron esteroides para maduración pulmonar ya sea 1 o 2 dosis, las complicaciones maternas más frecuentes fueron la infección urinaria y el sufrimiento fetal agudo, en cuanto a las características gineco-obstetricias un 57% de las madres fueron multíparas, un 26% de estas madres presentaron anemia durante el embarazo y solo un 13% presentó antecedente de prematuridad a determinar el porcentaje de morbilidad en recién nacidos prematuros en el Hospital Amazónico de Yarinacocha, 2020. El 79% de los recién nacidos prematuros presentó alguna morbilidad por lo cual fueron hospitalizados en el servicio de neonatología; para determinar el porcentaje de mortalidad del recién nacido prematuro el porcentaje de fallecimiento en recién nacidos prematuros del Hospital Amazónico de Yarinacocha fue del 9%. Por último, las principales causas de morbilidad del recién nacido prematuro que se observaron en este estudio fueron la sepsis neonatal con un 24%, seguido de la depresión neonatal con un 17%, la taquipnea transitoria del recién nacido, la enfermedad de membrana hialina y apnea del prematuro cada una de ellas mostró un 11%; en cuanto a las principales causas de muerte la insuficiencia

respiratoria fue la primera con un 40%, seguido de la sepsis neonatal, el síndrome de aspiración de líquido amniótico, la enterocolitis necrotizante aguda y la hipertensión pulmonar persistente y por último el COVID-19.

Palabras clave: Prematuridad, mortalidad, morbilidad, neonato.

ABSTRACT

The present research aimed to: Determine the morbidity and mortality associated with premature newborns at the Hospital Amazonico de Yarinacocha, 2020. Methodology, it was a descriptive cross-sectional study. Results and conclusions, the following conclusions were reached: The percentage of premature newborns in the Amazon hospital of Yarinacocha reached 9% during the year 2020 compared to 91% of term newborns. Upon identifying the clinical characteristics of preterm newborns, the following characteristics were evaluated: gestational age at birth determined by the Capurro test physical examination, with the result that 78% were born with mild prematurity and there were no newborns with very extreme prematurity; the male sex remained more prevalent with 54%; Regarding weight, 93% of those born prematurely had a low weight at birth; Regarding the Apgar score, a higher percentage of newborns obtained between 4 - 6 a minute after birth; To identify the maternal characteristics associated with the morbidity and mortality of premature newborns, the following characteristics were evaluated: the mothers of the preterm infants were in a higher percentage between 19 - 35 years old, most of them had a single pregnancy, 93% of the pregnant women received steroids for pulmonary maturation either 1 or 2 doses, the most frequent maternal complications were urinary infection and acute fetal distress, in terms of obstetric and gynecological characteristics, 57% of the mothers were multiparous, 26% of them mothers presented anemia during pregnancy and only 13% presented a history of prematurity to determine the percentage of morbidity in premature newborns in the Amazon Hospital of Yarinacocha, 2020. 79% of premature newborns presented some morbidity for which they were hospitalized in the neonatology service; To determine the percentage of mortality of the premature newborn, the percentage of death in premature newborns from the Amazon hospital of Yarinacocha was 9%. Finally, the main causes of morbidity in the premature newborn that were observed in this study were neonatal sepsis with 24%, followed by neonatal depression with 17%, transient tachypnea of the newborn, hyaline membrane disease and apnea of the premature each one of them showed 11%; Regarding the main causes of death, respiratory failure was the first with 40%, followed by neonatal sepsis, amniotic fluid aspiration syndrome, acute necrotizing enterocolitis and persistent pulmonary hypertension, and lastly COVID-19.

Keywords: Prematurity, mortality, morbidity, neonate.

INTRODUCCIÓN

Se define como prematuro o pretérmino a todo recién nacido después de las 22 y antes de las 37 semanas de gestación o menos de 259 días, los cuales se cuentan desde el primer día en el que inició el último ciclo menstrual (1) se puede clasificar teniendo en cuenta la edad gestacional en: Extremadamente prematuro (el recién nacido con menos de 28 semanas de edad gestacional); muy prematuro (el recién nacido con edad gestacional entre 28 y 31 semanas); prematuro moderado (el recién nacido con edad gestacional de 32 semanas a 33,6) y prematuro tardío o leve (el recién nacido con edad gestacional entre 34 y 36,6 semanas) (2).

A nivel mundial se estima que cada año nacen unos 15 millones de niños prematuros, y estas cifras van en aumento y que las complicaciones relacionadas con la prematuridad sigue siendo la principal causa de muerte en niños menores de cinco años, se considera que entre el 5 y 18% de los recién nacidos son prematuros; así mismo se estima que 6.3 millones de niños menores de 5 años, mueren a nivel mundial, y de ellos corresponde 1.1 millón de fallecimientos por prematuridad, En América Latina, los Países que tiene la tasa más alta de mortalidad infantil por complicaciones del nacimiento prematuro son: Costa Rica y Chile con 27.2% y 27.1% respectivamente; el Perú tiene una tasa de 19.6%; Guatemala tiene la tasa más baja con 12.6% (3).

En el Perú las regiones que presentan mayor porcentaje de prematuros entre 32 y 36 semanas son Loreto con 7,2% y Piura, La Libertad, Tumbes y Lambayeque, alrededor del 8%. Las regiones que presentan mayor porcentaje de prematuros menores de 31 semanas de gestación, son Piura con 1,2%, y La Libertad, Tumbes, Ancash y Lambayeque con 1.1%.

En la región de Ucayali no existen estudios que orienten las cifras reales de este problema de salud pública por lo cual es imperativa la necesidad de realizar dichos estudios para mejorar las tasas de morbilidad y mortalidad neonatal en este grupo de recién nacidos.

CAPÍTULO I: PROBLEMA

1.1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

La prematuridad sigue siendo la primera causa de morbilidad neonatal e infantil a nivel mundial. Constituye un importante problema de salud pública, especialmente en países en vías de desarrollo, presentando un incremento importante en las 2 últimas décadas (4).

La morbilidad en recién nacidos prematuros tiene como consecuencias múltiples secuelas neurológicas y cognitivas lo que a largo plazo podría repercutir en el desempeño académico y/o social de estos niños, es de tal manera que las enfermedades que afectan a los recién nacidos prematuros no solo implican una prolongada estancia hospitalaria sino también muchas complicaciones por lo que se podría necesitar el traslado a la unidad de cuidados intensivos neonatales en donde son monitorizados por aparatos en su mayoría invasivos pudiendo adquirir así múltiples enfermedades ya no propias de la prematuridad, sino del centro hospitalario donde se encuentren, teniendo como referencia esto último podríamos afirmar que las complicaciones del recién nacido prematuro puedan conllevar a un desenlace fatal si no se tienen los cuidados necesarios (4).

La Organización Mundial de la Salud en el año 2016, indicó lo siguiente: Cada año se producen unos 15 millones de partos prematuros y en los 184 países estudiados la tasa de estos de incidencia varía desde el 5% hasta el 18% y las complicaciones relacionadas con la prematuridad siguen siendo por mucho la primera causa de defunción en niños menores de 5 años; así en el año 2013 se produjeron cerca de un millón de muertes, de estas las tres cuartas partes hubieran podido evitarse con intervenciones actuales, eficaces e incluso sin necesidad de recurrir a servicios de cuidados intensivos (5).

A nivel mundial las tasas de prematuridad están en ascenso, se ha pasado del 9,6% (12,9 millones de RNPT) en el año 2005 (5) a una estimación, en 184 países con el 11,1% (14,9 millones) para 2010 (5).

En nuestro país a tasa de nacimientos prematuros está en ascenso y es disímil según la fuente de información utilizada, ENDES reporta 23%, OMS 8.8%, y el Sistema de registro del certificado de nacido vivo–MINSa (CNV), 7%, con un promedio anual de 30,000 nacimientos prematuros según CNV y más de 2000 defunciones anuales notificadas al sistema de vigilancia de CDC (3).

La primera causa de defunción neonatal es la relacionada a prematuridad-inmadurez 30% y la mayor a la proporción registrada en el año 2018. La segunda causa de muerte está relacionada a las Infecciones, 20%, seguida por las malformaciones congénitas letales, 15%. La cuarta causa es la asfixia 11%, seguida por otras causas, 23% (3).

Por todo ello podemos afirmar que “la prematuridad sigue siendo la primera causa de morbilidad neonatal e infantil, y constituye uno de los problemas de salud más importantes tanto a nivel mundial como en nuestro país” (3). La proporción de prematuros fallecidos con respecto al total de defunciones neonatales notificadas se mantiene en 68% entre el 2015 y 2019, sin embargo, al interior de los departamentos existe variación de esta proporción. Para el 2019 Tumbes, San Martín, Pasco, Ancash, Tacna, Callao, Piura y Lima registraron proporciones de mortalidad de prematuros más elevadas, por encima del 74%, con incremento con respecto a lo registrado en el 2015 en el caso de San Martín, Ancash, Piura y Callao, estos dos últimos departamentos con una incidencia de nacimientos prematuros mayor al promedio nacional (3).

La morbilidad recién nacidos prematuros se asocia principalmente a la enfermedad de membrana hialina, sepsis, neumonía y asfixia perinatal. Al conocer la incidencia y morbilidad de los prematuros se contribuirá a la prevención de complicaciones

después del egreso hospitalario del neonato y esto podría ayudarnos a identificar a los pacientes que necesitan un monitoreo y seguimiento más exhaustivo”. Los niños con antecedente de prematuridad que inician la etapa escolar tienen alteración en sus procesos mentales, déficit del rendimiento cognitivo general y en ciertas habilidades no verbales (6).

Se define como neonato prematuro aquel cuyo nacimiento se da antes de las 37 semanas de vida intrauterina. Éstos neonatos pueden clasificarse de acuerdo a su edad gestacional obtenido mediante el puntaje APGAR al momento del nacimiento como: prematuro extremo < 28 semanas; muy prematuro 28 - 31.6 semanas; moderadamente prematuro 32 - 33.6 semanas y prematuro tardío 34 - 36.6 semanas. Siendo este último grupo el que presenta la mayor incidencia, representando cerca del 70 - 80% de todos los nacimientos prematuros (7).

La Organización Mundial de la Salud (OMS), define como neonato a un niño que tiene menos de 28 días de nacido(5). Estos primeros 28 días de vida extrauterina son los que comportan el mayor riesgo de muerte para él bebe. Por este motivo, es esencial ofrecer una atención y cuidado médico de calidad durante este periodo con el fin de incrementar las probabilidades de supervivencia del niño y garantizar su buena salud.

1.2. FORMULACIÓN DEL PROBLEMA

1.2.1. Problema Principal

- ¿Cuál es la morbimortalidad asociada a recién nacidos prematuros en el Hospital Amazónico de Yarinacocha, 2020?

1.2.2. Problemas Secundarios

- Identificar las características clínicas de los recién nacidos prematuros del Hospital Amazónico de Yarinacocha, 2020.

- ¿Qué características presentan las madres de los recién nacidos prematuros en el Hospital Amazónico de Yarinacocha, 2020?
- ¿Cuál es el porcentaje de mortalidad en recién nacidos prematuros en el Hospital Amazónico de Yarinacocha, 2020?
- ¿Cuál es el porcentaje de morbilidad en recién nacidos prematuros en el Hospital Amazónico de Yarinacocha, 2020?
- ¿Cuáles son las principales patologías que presentan los recién nacidos prematuros en el Hospital Amazónico de Yarinacocha, 2020?

1.3. OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN

1.3.1. Objetivo General

- Determinar la morbimortalidad asociadas a recién nacidos prematuros en el Hospital Amazónico de Yarinacocha, 2020.

1.3.2. Objetivos Específicos

- Identificar las características clínicas de los recién nacidos prematuros del Hospital Amazónico de Yarinacocha, 2020.
- Identificar las características maternas asociadas a la morbimortalidad de los recién nacidos prematuros del Hospital Amazónico de Yarinacocha, 2020.
- Determinar el porcentaje de mortalidad del recién nacido prematuro en el Hospital Amazónico de Yarinacocha, 2020.
- Determinar el porcentaje de morbilidad en recién nacidos prematuros en el Hospital Amazónico de Yarinacocha, 2020.
- Determinar las principales patologías que presentan los recién nacidos prematuros en el Hospital Amazónico de Yarinacocha, 2020.

1.4. JUSTIFICACIÓN DE LA INVESTIGACIÓN

La morbilidad y mortalidad en recién nacidos prematuros es un problema de salud pública de mucha importancia en nuestro país y región debido a los grandes gastos económicos que ocasiona al sistema de salud y la economía familiar, esto por estancias prolongadas en hospitalización y secuelas anatómicas y funcionales que pueden repercutir en el futuro de estos niños.

Teniendo en cuenta que hay muy poca información en cuanto a los datos estadísticos que nos puedan explicar lo que está sucediendo con los niños que nacen antes de las 37 semanas de gestación en nuestra región de Ucayali, el propósito de esta investigación es darnos luz del panorama al que nos enfrentamos además de identificar las patologías que más afectan con más frecuencia a los recién nacidos prematuros y las complicaciones que muchas veces causan la muerte de estos niños. Con la estadística clara se podrá buscar métodos que puedan contrarrestar esta problemática ya que Ucayali siendo una región Amazónica donde el índice de pobreza y difícil acceso a los servicios de salud específicamente en el área rural es equivalente a los países africanos o asiáticos, con toda esta información estadística se podría plantear intervenciones preventivas que mejoren las condiciones de atención de salud de la madre y del recién nacido.

A nivel nacional la estadística es alarmante. Nuestro objetivo principal al que debemos dirigir nuestro esfuerzo en estos días, es la mejor asistencia obstétrica durante el embarazo y el parto para reducir el número de niños prematuros y neonatos hospitalizados de igual manera, es momento de dar una mirada en la dedicación en tiempo e interés en la identificación de factores de riesgo para un parto prematuro y detectar las causas de manera precoz y oportuna para mejorar las condiciones de atención a estos recién nacidos.

CAPÍTULO II: MARCO TEÓRICO

2.1. ANTECEDENTES DEL PROBLEMA

2.1.1. Investigaciones extranjeras

Ríos Recinos Fabiola, (2013) (8) en Guatemala realizó un estudio longitudinal, descriptivo que incluyó a 258 recién nacidos prematuros ingresados en la unidad de Neonatología del Hospital Roosevelt, durante el período comprendido entre enero a diciembre 2010. La recolección de datos se realizó mediante un formulario con el fin de determinar la presencia o ausencia de factores de riesgo asociados a mortalidad en estos recién nacidos, este instrumento se aplicó al momento del nacimiento o al momento de ingreso al servicio de neonatología. Con esta información se realizó una base de datos cuyos resultados se analizaron utilizando estadística descriptiva para evaluar la prematuridad y asignar un puntaje de la escala de riesgo de mortalidad en recién nacidos prematuros, para así poder identificar los factores perinatales relacionados con mortalidad neonatal desde el nacimiento. Del total de 258 pacientes. 134 varones (52%) y 124 mujeres (48%), se obtuvo un promedio de peso al nacimiento de 1380 gramos y edad gestacional de 33 semanas. La mortalidad global mostro un 58%. Siendo mayor en recién nacidos de menos de 30 semanas donde se alcanzó un 89% de y un 92% de defunciones en recién nacidos con un peso menor de 1000 gramos al nacer. En la tasa de mortalidad global se observó que las defunciones ocurren en un 33% en las primeras 24 horas. La Escala de Riesgo viene a ser un modelo de predicción de mortalidad si se aplica pronto después del nacimiento. Proporciona un pronóstico inicial de riesgo de mortalidad del recién nacido, pero no predice el riesgo individual por lo tanto no se debe utilizar para justificar la suspensión del tratamiento o atención oportuna.

Morales Cisneros, Diego. (2011) (8) en Ecuador realizó un estudio para determinar los factores asociados a la morbimortalidad en recién nacidos prematuros en el

Hospital Provincial Docente Ambato durante el período Enero 2010 - Septiembre 2011; el estudio fue descriptivo, retrospectivo, transversal, multivariado e incidental; donde se llegaron a los siguientes resultados: después de analizar las historias clínicas de los 145 pacientes se encontró una significancia estadística en las siguientes variables: edad gestacional, sexo, peso, controles prenatales, en cuanto a la patología materna asociada principalmente se determinó que la infección de vías urinarias es la causa más frecuente de parto pretérmino seguido de la pre eclampsia, estas están relacionadas con la presencia de prematuridad. En relación a la morbilidad neonatal en bebés prematuros la enfermedad de membrana hialina continúa siendo la de mayor frecuencia; este autor concluye que los factores asociados encontrados en su estudio tienen relación con los analizados en otros estudios del mismo tipo, lo cual muestra significancia importante en dichos factores asociados al parto prematuro, por estos motivos se debe dar mayor énfasis a la detección temprana y la prevención de dichos factores asociados, se demuestra la importancia de los controles prenatales periódicos y de calidad realizados por personal obstetra capacitado.

Delgado Bernal Doris Susana et al. (2020) (9) en Ecuador realizó un estudio titulado “Prevalencia de morbilidad neonatal”. Con el objetivo de Identificar la prevalencia de ingresos de recién nacidos por múltiples complicaciones al servicio de neonatología del Hospital Verdi Cevallos Balda en el periodo de junio a diciembre del 2018. en este estudio la recolección de información se realizó mediante las técnicas de recolección a partir de datos precisos obtenidos del libro de ingresos, historias clínicas e información estadísticas de los pacientes en estudio se utilizó el método analítico y deductivo. El universo estuvo constituido por 397 neonatos que ingresaron al servicio de neonatología, la muestra fue de 80 neonatos que ingresaron por diferentes patologías en el Hospital Dr. Verdi Cevallos Balda comprendido en el periodo de junio a diciembre de 2018. Fueron criterios de inclusión: neonatos que ingresaron por diferentes patologías, y que formaron parte de la recolección de la muestra, criterios de exclusión: 317 neonatos que ingresan por complicaciones patológicas que no estuvieron dentro de la recolección de la muestra. Se establece

que, de las morbilidades neonatales obtenidas en este estudio, la complicación más frecuente de ingresos de neonatos es el síndrome de dificultad respiratoria, seguido de ictericia neonatal que son las principales causas de esta investigación, siendo el sexo masculino que predomina.

Álvarez García, Yolanda (2020) (2) en España realizó un estudio titulado “Morbilidad del prematuro tardío”. Teniendo como objetivo estudiar la población de prematuros tardíos nacidos en el Hospital Clínico Universitario de Valladolid (HCUV) en el periodo comprendido entre 2016-2017, analizando la morbilidad en esta cohorte y los factores y patologías que la provocan. En el que se realizó un estudio retrospectivo de la cohorte de recién nacidos prematuros tardíos nacidos durante los años 2016-2017 en el HCUV. Se revisaron las historias clínicas recogiendo variables relacionadas con patologías maternas, problemas gestacionales, parto y periodo neonatal. Se realizó un muestreo consecutivo de todos los recién nacidos prematuros con edad gestacional de 34, 35 y 36 semanas de gestación, que nacieron en el HCUV durante el período de estudio. Para el análisis estadístico se utilizó el programa IBM SPSS 23.0 para Windows®, realizándose análisis descriptivo de los datos. Las variables categóricas se expresan con frecuencias y porcentajes, y se utilizan gráficos de barras y sectores para su demostración. Las variables cuantitativas se expresan con medias, desviación estándar e intervalos de confianza al 95% en caso de distribución normal, o mediana y rango intercuartílico (P25-P75) si no tuvieran distribución normal. Se tuvo como resultado que el número de nacimientos entre 2016-2017 fue de 2.423, de ellos, 195 (8,05%) fueron nacimientos pretérminos. Nuestra población de trabajo, prematuros tardíos, está constituida por 127 recién nacidos (5,24%) de 340 -366 semanas de gestación. El cual 20 de los recién nacidos (15,7%) precisaron reanimación en el momento del nacimiento. Un 14,9% precisaron VMNI (18 PT) con bolsa o mascarilla, mientras que solamente un 1,6% (2) llegaron a necesitar VMI (intubación). Los datos de la somatometría al nacimiento recogen un peso medio al nacimiento de 2.333 kg (IC al 95% 2.255- 2.411); talla media de 46 cm (IC al 95% 46-45) y un PC medio de 31 cm (IC al 95% 31- 32). De los 127 PT que constituyen la muestra, un 70,9% precisó ser ingresado (90). De ellos, el 15,6% fue ingresado en

UCIP (14). La proporción de ingresados en UCIP, sobre el total de PT, es de un 11%. Se puede determinar que el 96,8% de los prematuros de 34 semanas que precisaron ingreso el 16,1% requirió el servicio de UCIP; el 10,5% de los RN del grupo de 35 semanas requirió el servicio de UCIP y sólo el 3,7% de los prematuros de 36 semanas requirió el servicio de UCIP. El motivo principal de ingreso fue la misma prematuridad, responsable del 73,3% de ingresos, el distrés respiratorio fue responsable del 7,8, la hiperbilirrubinemia constituyó la tercera causa, con el 3,3%. La cianosis, la depresión neonatal, el diagnóstico de restricción del crecimiento intrauterino, la transfusión feto-fetal o la sospecha de infección supusieron, cada uno, un 2,2% de los diagnósticos de ingreso y por último la presencia de taquicardia y la dificultad para la alimentación fueron responsables cada uno de un 1,1%.

Analizamos los factores de riesgo asociados y patologías condicionantes de morbilidad por su significación estadística ($p < 0,05$). El diagnóstico de crecimiento uterino restringido se había llevado a cabo en el 19,4% de los recién nacidos a las 34 semanas de gestación, 19,5% a las 35 semanas y en el 18,5% de los nacidos a las 36 semanas de gestación. En cuanto al distrés respiratorio se produjo el 29% de los pacientes de 34 semanas; 30,1% de los pacientes de 35 semanas y 11,1% de los pacientes de 36 semanas. La depresión neonatal solamente la presentaron en el 6,5% de los pacientes de 34 semanas y 4,8% en los pacientes de 35 semanas. Las apneas y el síndrome apnéico - bradicárdico se constataron en el 12,9% pacientes de 34 semanas de gestación, en el 9,5% recién nacidos de 35 semanas y en el 4,8% de los de 36 semanas. Se detectaron hipoglucemias en el 29% de recién nacidos de 34 semanas, en 21,4% de 35 semanas y en 20,3% de 36 semanas. Respecto al resto de alteraciones laboratoriales: un 9,7% de los pacientes pretérminos de 34 semanas presentaron hipocalcemia, un 4,8% de los recién nacidos de 35 semanas y un 3,7% de los recién nacidos de 36 semanas; desarrollaron anemia el 6,5% de los pacientes de 34 semanas, el 9,5% de los pacientes de 35 semanas y el 1,9% de los recién nacidos de 36 semanas; la policitemia se detectó en un 3,2% de los recién nacidos de 34 semanas y en un 2,4% de los recién nacidos de 35 semanas.

2.1.2. Investigaciones nacionales

Izquierdo Mario, et al (2019) (3) en el Perú realizaron el boletín epidemiológico del año 2019 en donde se menciona lo siguiente: aproximadamente nacen 30.000 bebés antes de lo esperado, estos bebés tienen más probabilidades de enfermar y de morir que los bebés no prematuros. Un recién nacido prematuro está menos preparado físicamente para enfrentarse a la vida extrauterina, requiriendo mayor atención y cuidado por parte del personal de salud para ayudarlo a respirar, a mantener su calor corporal, a alimentarse y a reducir el riesgo de contraer infecciones intrahospitalarias. Así también si es que sobreviven estos niños tienen altas probabilidades de tener o desarrollar discapacidades que repercutirán para toda la vida.

La tasa de mortalidad neonatal se ha reducido de manera importante en neonatos no prematuros, es decir 37 semanas a más de edad gestacional sin embargo la tasa de mortalidad neonatal en prematuros moderados a tardíos (32 a 36 semanas) no se ha conseguido reducir en la misma medida a pesar de la implementación en los servicios de neonatología de medidas costo efectivas para reducir el riesgo de morir de estos neonatos entre las más importantes podemos mencionar; método canguro, manejo de infecciones, abrigo y lactancia materna exclusiva, y con peor pronóstico los recién nacidos con edad gestacional menor a 32 semanas tienen mayores probabilidades de morir puesto que la tasa de mortalidad para estos prematuros ha mostrado un incremento en el tiempo, el pronóstico es aún más desolador para los prematuros muy extremos, es decir con menos de 28 semanas de edad gestacional. Según la información registrada en el CNV y la vigilancia epidemiológica que realiza el ministerio de salud la tasa de mortalidad nacional en prematuros que nacen con menos de 28 semanas de gestación es aproximadamente del 60%, las regiones con mayor tasa de mortalidad neonatal con Moquegua, Puno, Cusco, Huancavelica, Amazonas, Huánuco, Loreto, Tacna y Tumbes. Mientras que las defunciones de prematuros entre 32 a 36 semanas se aproxima a 3% a nivel nacional; sin embargo, en algunas regiones como Huancavelica, Amazonas, Junín, Ayacucho, Cusco, Madre de Dios, Pasco, Puno y Ucayali, esta tasa de mortalidad supera al promedio nacional.

Machaca Quecara José Luis (2018) (8) en Puno, realizó un estudio de tipo observacional, retrospectivo, transversal, analítico con un diseño epidemiológico de casos y controles, con el objetivo de Determinar los factores de riesgo asociados a la morbimortalidad del prematuro nacido en el Hospital Carlos Monge Medrano de Juliaca, en el año 2018. La población estuvo constituida por todos los recién nacidos prematuros en el Hospital Carlos Monge Medrano de Juliaca durante el 2018. La muestra fueron 228 recién nacidos prematuros, de los cuales 182 presentaron morbilidad 46 no enfermaron ; los que enfermaron se consideraron casos y los que no enfermaron controles para la recolección de datos se utilizó una ficha estandarizada además se hizo una revisión de historias clínicas de los recién nacidos prematuros y de sus madres; se utilizó el OR, con un nivel de confianza del 95%; se utilizó el programa estadístico Epi Info se obtuvo los siguientes resultados: de los 228 recién nacidos prematuros, 182 ósea el 79.8% presentaron morbilidad y 41 ósea el 17.9% fallecieron; las principales causas de morbilidad fueron, Membrana hialina (42.3%), Sepsis temprana (27.5%), Ictericia (17.0%), Neumonía (5.5%), Asfixia perinatal (3.3%), Cardiopatía congénita (2.2%) y Anemia (2.2%); las causas de mortalidad fueron, Sepsis temprana (43.8%), Membrana hialina (36.6%), Cardiopatía congénita (9.8%), Neumonía y Asfixia perinatal (4.9% cada una); además se encontró asociación como factor de riesgo: prematuro extremo (< de 28 semanas) y Apgar al minuto menor de 7 y como factor protector: prematuro leve > 32 semanas y Apgar de 7 a más, no se encontró asociación: sexo y peso del prematuro, edad, procedencia, control prenatal, grado de Instrucción de la madre, ocupación de la madre, índice de masa corporal y antecedentes gineco-obstétricos de la madre, y tipo de parto.

Mendoza León Percy, (2016) (8) en Lima realizó un estudio descriptivo, transversal, retrospectivo, titulado “Perfil epidemiológico en recién nacidos Prematuros del Hospital Nacional Hipólito Unanue del periodo enero a diciembre del 2016” con el objetivo de Describir las características epidemiológicas de los recién nacidos prematuros del Hospital Nacional Hipólito Unanue del periodo enero a diciembre del 2016. La población estuvo conformada por 654 recién nacidos prematuro, se usó el SPSS 25 y se trabajó con un nivel de significación de $p \leq 0,05$ llegándose a los

siguientes resultados; los prematuros tardíos fueron los más frecuentes con 88.9% y los de menos frecuencia fueron los prematuros extremos 1.4%, El género de recién nacidos prematuros con mayor frecuencia es el sexo masculino con 59.3% y mujeres con 40.7%, El total de recién nacidos con peso < 2500g fue 4.7%. El estado civil de la madre con mayor número fue casada con 59.3% y la de menor fue divorciada con 1.8%, el tipo de parto con mayor frecuente fue el parto por cesarí 60.4%, seguido del parto vaginal con 39.6%, Con respecto al APGAR a los 5 minutos, el rango más prevalente fue el de 7 a 10 puntos.

Milagros Chipana Chura, et al. (2020) (10) en Tacna realizó un estudio es observacional, retrospectiva y descriptiva titulado “Incidencia y morbilidad en recién nacidos pretérminos tardíos en el Servicio de Neonatología del hospital Hipólito Unanue de Tacna (2017 – 2019)”. con el objetivo de determinar la incidencia del parto prematuro y morbilidad de los recién nacidos prematuros nacidos en este nosocomio. La población del estudio fueron 565 recién nacidos vivos prematuros tardíos que ingresaron al Servicio de Neonatología en el hospital Hipólito Unanue durante el periodo 1 de enero del 2017 al 31 de diciembre del 2019, con edad gestacional de 34 a 36 semanas. Se encontró que durante los años 2017-2019 produjo el nacimiento de 9 346 recién nacidos vivos, teniendo una tasa de incidencia de prematuros tardíos de 6.05 por cada 100 nacidos vivos, las características predominantes encontradas en estos recién nacidos fueron el sexo masculino con un 53.10%; el bajo peso al nacer con un 27.43%, la depresión de moderada a severa según puntaje APGAR al primer minuto hasta en un 9.38%, y a los cinco minutos hasta un 1.59% de esto podemos deducir que de 10 prematuros tardíos con puntaje Apgar bajo al minuto 8 se recuperan de la depresión a los cinco minutos.

La tasa de morbilidad hallada en esta investigación fue de 14.33 por cada 100 nacidos vivos prematuros constituyendo 81 prematuros tardíos presentaron morbilidad. El síndrome de dificultad respiratoria específicamente por membrana hialina constituye la patología más frecuente con un 43,20%, seguido de la hiperbilirrubinemia con un 19.75%, en tercer lugar tenemos a la infección perinatal que causo sepsis neonatal con un porcentaje de 18%, en cuarto lugar tenemos a la asfixia perinatal que ocasionó

una taquipnea transitoria al igual que las alteraciones metabólicas específicamente la hipoglucemia neonatal causaron de forma similar un 07.40% cada una , por último se obtuvo que otras patologías como malformaciones congénitas y trauma obstétrico se presentaron con menor frecuencia.

Este autor concluyó que la tasa de incidencia de prematuros tardíos en el Servicio de Neonatología del hospital Hipólito Unanue de Tacna del 2017 - 2019 es significativamente más alta que en estudios similares y que estos bebés deben ser considerados recién nacidos de alto riesgo y deben recibir atención médica de calidad y oportuna por su alta morbilidad respiratoria que causa un síndrome de dificultad respiratoria del recién nacido.

Saldaña Quispe, K. (2018) (11). En Arequipa realizó un estudio observacional, retrospectivo de corte transversal. titulado “Morbimortalidad del recién nacido con muy bajo y extremadamente bajo peso al nacer en el servicio de neonatología del hospital regional Honorio Delgado Espinoza, 2018” cuyo objetivo fue identificar la morbilidad de los neonatos con muy bajo y extremadamente bajo peso al nacer que ingresaron al servicio de Neonatología del Hospital Regional Honorio Delgado Espinoza durante el 2018. Para la recolección de información se realizó la revisión sistemática de 94 historias clínicas que cumplieron con todos los criterios de inclusión, llegándose a los siguientes resultados: Los neonatos con muy bajo peso representaron el 1.18% y los neonatos de extremo bajo peso al nacer el 0.53% de todos los recién nacidos vivos. El género predominante en ambos grupos es el femenino. El peso promedio de estos recién nacidos con muy bajo peso fue de 1230 gramos y 30 semanas la edad gestacional promedio y un promedio de 852 gramos y 26.5 semanas para los recién nacidos con peso extremadamente bajo al nacer. La mortalidad observada fue de 23.1% en los neonatos de muy bajo peso y 65.5% en los neonatos con extremo bajo peso. Las morbilidades más frecuentes de estos recién nacidos son en orden decreciente: la sepsis neonatal con un 58.5% y la enfermedad de Membrana Hialina con un 50.8%. En los neonatos bajo peso extremo al nacer se presentó: la sepsis neonatal representó el 65.5% y la Enfermedad de Membrana Hialina (58.6%) como las más frecuentes. En este estudio se llegaron a

las siguientes conclusiones. La morbilidad más frecuente en ambos grupos tanto los de muy bajo peso al nacer como los de extremadamente bajo peso al nacer es la Sepsis. La mortalidad observada fue de 23.1% en los de muy bajo peso y 65.5% en los neonatos con extremo bajo peso.

2.1.3. Investigaciones locales

Según el Ministerio de Salud (2019) (3) en Lima se realizó el “Boletín Epidemiológico del Perú”. De acuerdo a sus estadísticas para la región Ucayali, la tasa de nacimientos prematuros en el año 2019 es de 7,81 de las cuales hubo un total de 58 fallecidos recién nacidos prematuros en el año 2018 y que para el 2019 esto se redujo, teniendo un total de fallecidos de 49. Además, de acuerdo a la proporción de prematuridad en neonatos fallecidos notificados.

En las regiones de Ucayali y Huánuco en el año 2011, se encontró que el 87% de recién nacidos falleció dentro de la primera semana de vida, el 73.9% fueron prematuros y el 67% eran recién nacidos de bajo peso. Las infecciones, las malformaciones y la prematuridad fueron las principales causas de dichas defunciones.

Castillo Florez, K (2019) (12) En Ucayali realizó una investigación de tipo no experimental, analítico, transversal y de casos y controles titulado “Factores de riesgo perinatales asociados a la enfermedad de membrana hialina en neonatos prematuros del servicio de neonatología del Hospital Amazónico de Yarinacocha en el año 2018”. Este estudio tuvo como objetivo, Determinar los Factores de Riesgo Perinatales asociados al desarrollo de la Enfermedad de Membrana Hialina en neonatos prematuros del Servicio de Neonatología del Hospital Amazónico de Yarinacocha en el año 2018. La población la constituyeron 40 pacientes neonatos prematuros con el diagnóstico de Enfermedad de Membrana Hialina que se presenta en las primeras 72 horas de vida y que fueron ingresados en el servicio de Neonatología del Hospital Amazónico de Yarinacocha de la Región Ucayali durante el año 2018. Los resultados demuestran lo siguiente: de un total de 21 pacientes con prematuridad moderada, 18

presentaron enfermedad de membrana hialina, es decir un 85.71%, estos recién nacidos tienen un riesgo 21 veces mayor de desarrollar Enfermedad de Membrana Hialina.

Lomas Macedo, M.L. (2019) (13) en Ucayali realizó una investigación de tipo observacional, correlacional, analítico, casos y controles titulada “Factores de riesgo asociados a sepsis neonatal en el Hospital Amazónico – Región Ucayali durante el periodo 2017” esta investigación tuvo como objetivo establecer los factores de riesgo asociados a sepsis neonatal en el Hospital Amazónico - Región Ucayali durante el periodo 2017. Para la recolección de información se tomó como muestra al 100% de neonatos nacidos en el Hospital Amazónico de Yarinacocha durante el 2017. La población fueron los 241 neonatos con diagnóstico de sepsis neonatal que ingresaron al servicio de neonatología de dicho nosocomio sin embargo 198 historias clínicas cumplieron con los criterios de inclusión lo que constituyó la muestra, analizando los resultados obtenidos en esta investigación se puede concluir lo siguiente: el mayor porcentaje de recién nacidos tuvieron 38 semanas de gestación. Respecto a la relación prematuridad y sepsis neonatal temprana el estudio hace referencia a que el 48% de los 198 neonatos que fueron diagnosticados con sepsis neonatal nacieron prematuros, al ser porcentualmente considerable se determina que los neonatos con precedente de prematuridad tienen 8 veces mayor exposición a sepsis neonatal temprana a diferencia de los recién nacidos a término.

2.2. BASES TEÓRICAS DEL PROBLEMA

2.2.1. EL RECIÉN NACIDO PREMATURO

La prematuridad es uno de los mayores problemas de la medicina perinatal en la actualidad y la principal causa de morbilidad perinatal. Un recién nacido prematuro con peso menor de 1 500 gramos tiene aproximadamente un riesgo 200 veces mayor de fallecer en la infancia en los países en vías de desarrollo y, si

sobrevive, un riesgo 10 a 15 veces mayor de tener impedimentos neurológicos que un recién nacido a término con un peso mayor a 2 500 gramos (14).

La Neonatología ha experimentado un gran desarrollo en las últimas décadas en base al aumento del nacimiento de bebés prematuros en todo el mundo. Los recién nacidos antes del término de la gestación tienen gran morbilidad debido a la inmadurez de la mayoría de sus órganos y sistemas. Existe una relación inversa entre la edad gestacional y la morbilidad. En los países industrializados se continúan desarrollando tecnologías y sistemas que puedan suplir el vientre materno y poder continuar con el proceso del desarrollo el neonato prematuro por otro lado en muchos países como el nuestro es todo un reto el manejo de estos bebés por la alta tasa de mortalidad que representan sin embargo aun teniendo un sistema deficiente se trata de implementar algunos métodos costo efectivos para reducir la tasas de morbimortalidad en los recién nacidos prematuros.

DEFINICIÓN:

Se considera prematuro a todo aquel nacido vivo antes de las 37 semanas del inicio del último período menstrual de la madre (13).

Un recién nacido prematuro es aquel que no logró completar sus 37 semanas de gestación en este caso por el test o método de Capurro de acuerdo a ello se puede catalogar y o identificar un neonato pretérmino, a término y postérmino, además mencionar que debemos tener en cuenta la variable fisiológica fijada en 280 días con un intervalo de más menos 15 días calendario (15).

Es el recién nacido con edad gestacional menor de 37 semanas o 259 días (16).

De acuerdo a las semanas de nacidos también se puede determinar las complicaciones que podría presentar el recién nacido prematuro, teniendo un desarrollo cognitivo y/o fisiológico aquellos que se encuentren más distante de manera negativa a la semana de gestación adecuada que es la 37 semana (16).

EPIDEMIOLOGÍA DEL PREMATURO

Cada año nacen en el mundo cerca de 15 millones de bebés antes de llegar a término del embarazo, es decir, más de uno en cada 10 nacimientos. Aproximadamente un millón de niños prematuros mueren cada año debido a complicaciones en el parto y Muchos de los bebés prematuros que sobreviven sufren algún tipo de discapacidad de por vida, en particular, discapacidades relacionadas con el aprendizaje y problemas visuales y auditivos (15).

A nivel mundial, la prematuridad es la primera causa de mortalidad en los niños menores de cinco años. En casi todos los países que disponen de datos fiables al respecto, las tasas de nacimientos prematuros están aumentando. Según estimaciones mundiales de mortalidad infantil para el 2018, el 47% de las defunciones en menores de 5 años ocurrieron antes del primer mes de vida y las complicaciones del parto prematuro son la primera causa de muerte infantil con un 16% y en neonatos el parto prematuro se relaciona con el 34% de las defunciones (3).

Las tasas de supervivencia presentan notables disparidades entre los distintos países del mundo. En países 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 y costo eficaces, 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. En los países de ingresos altos, prácticamente la totalidad de estos bebés sobrevive. El uso deficiente de la tecnología en entornos de ingresos medios está provocando una mayor carga de discapacidad entre los bebés prematuros que sobreviven al periodo prenatal (15).

En el Perú la tasa de nacimientos prematuros está en ascenso y es disímil según la fuente de información utilizada, ENDES reporta 23%, OMS 8.8%, y el Sistema de registro del certificado de nacido vivo–MINSA (CNV), 7%, con un promedio anual de

30,000 nacimientos prematuros según CNV y más de 2000 defunciones anuales notificadas al sistema de vigilancia de CDC. Llama la atención el ascenso continuo de la proporción de defunciones neonatales en prematuros, que a inicios del 2011 era de 60% y al 2018 es 70%; es decir, de cada 10 defunciones neonatales notificadas al sistema de vigilancia 7 fueron neonatos prematuros (3).

CLASIFICACIÓN DEL RECIÉN NACIDO PREMATURO

A pesar de que existe unanimidad en la definición del recién nacido pretérmino, hay controversia para definir los subgrupos de prematurez.

Es así que podemos determinar la clasificación de prematuros de acuerdo a las semanas de gestación, siendo estas las categorías según la OMS (2018).

- Prematuros extremos o extremadamente prematuros (menos de 28 semanas de gestación). El cual representa el 5.2 a 5.3% de todos los prematuros.
- Muy prematuros (28 a 32 semanas de gestación). Representa el 10.4% de todos los RN prematuros.
- Prematuros moderados a tardíos (32 a 36 6/7 semanas de gestación). Pertenecen a la mayor población de prematuros con un 84.3% (1) (10).

Según la guía de práctica clínica de atención al recién nacido la prematuridad se clasifica de la siguiente manera (3):

- Prematuridad leve (34 – 36 semanas).
- Prematuridad moderada (30 – 33 semanas).
- Prematuridad extrema (26 – 29 semanas).
- Prematuridad muy extrema (22 – 25 semanas).

Otro dato muy importante que debemos tener en cuenta es la importancia del peso, independientemente de la edad gestacional es un factor predictor conjuntamente con la edad gestacional, más que todo en prematuros, que determinaría una alta tasa de morbilidad y mortalidad al momento del nacimiento y después del nacimiento (17).

De acuerdo a lo mencionado, podemos tener la definición de acuerdo al peso de nacimiento:

- **Extremadamente bajo peso al nacer:** RN menor a 1000g, el cual representa menos del 1% del total de nacimientos, el cual ocupan casi la totalidad de las camas de Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales (18).
- **Muy bajo peso al nacer:** RN con un peso entre 1000 a 1499g, el cual representa entre el 1 a 1,5% del total de nacimientos. Teniendo una mortalidad neonatal entre el 50 y 70% e infantil de 25 a 40% (18).
- **Bajo peso al nacer:** Peso al nacer inferior a 2500g indistintamente de la edad gestacional.

ETIOLOGÍA DEL PARTO PREMATURO

Tradicionalmente las causas de parto prematuro se han agrupado en tres grandes grupos:

- **Latrogénico** (por indicación médica, el parto debe ocurrir antes del término del embarazo, por ejemplo: patología materna).
- **Secundario a Rotura Prematura de Membranas (RPM).** Las causas principales de esta rotura prematura de membranas son las infecciones del tracto urinario, rotura prematura de membranas, corioamnionitis (19).
- **Idiopático** (sin causa aparente).

Su etiología es compleja y multifactorial, en la que pueden intervenir de forma simultánea factores inflamatorios, isquémicos, inmunológicos, mecánicos y hormonales (3). Respecto del parto prematuro idiopático y secundario a RPM, en forma reciente se ha modificado el concepto del parto prematuro hacia un síndrome, que obedece a diferentes causas que determinan una respuesta con liberación de mediadores bioquímicos y el desencadenamiento de las contracciones uterinas con modificaciones del cérvix uterino y/o RPM (19).

Otros autores le atribuyen múltiples etiologías, dentro de las cuales lo más resaltante es el antecedente en una mujer de parto pretérmino espontáneo o que haya tenido rotura prematura de membranas antes del inicio del trabajo de parto y antes de cumplir las 37 semanas de gestación, otro factor asociado es tener un embarazo en edades extremas de la vida, estas mujeres tienen alta probabilidad de dar a luz a recién nacidos prematuros, esto ya sea por la inmadurez del organismo materno en adolescentes o la longevidad propia del organismo en gestantes añosas.

SUPERVIVENCIA Y VIABILIDAD

El concepto de límites de viabilidad no está claramente definido y varía según la institución, estado y país de procedencia (19). Reanimar y someter a un tratamiento intensivo a prematuros inmaduros ha provocado un aumento en la tasa de mortalidad y de secuelas a largo plazo de estos pacientes que van desde leves hasta severas. Actualmente se aplican los principios éticos de autonomía, beneficencia, no maleficencia y justicia, con la finalidad de tomar las mejores decisiones entorno al recién nacido. Se han creado pautas clínicas propuestas con base en la edad gestacional, evidencia científica y opinión de los padres o tutores (20). Los prematuros al límite de la viabilidad plantean grandes desafíos a la medicina, a la sociedad y a la ética, con lo cual se deben tomar decisiones compartidas entre el equipo de salud y con los padres o instituciones que representen los mejores intereses del recién nacido (20).

La neonatología ha experimentado un gran desarrollo en las últimas décadas en base al aumento del nacimiento de bebés prematuros. Este hecho parece paradójico si consideramos en el mundo la disminución de la tasa de natalidad. Sin embargo, el aumento de neonatos antes de término ha incidido en una mayor exigen prematuros en los últimos 20 años. Ello puede explicarse, entre otros factores, por una mejora de los métodos de evaluación, el aumento de la edad materna y de los problemas de salud materna subyacentes, como la diabetes y la preeclampsia; la reproducción asistida, que da lugar a una mayor tasa de embarazos múltiples; y los cambios en las

prácticas obstétricas, como el aumento de las cesáreas realizadas antes de que el embarazo llegue a término (14).

Existen grandes diferencias en las tasas de supervivencia de los bebés prematuros, en función del lugar de nacimiento. Por ejemplo, más de 90% de los prematuros extremos (menos de 28 semanas) nacidos en países en vías de desarrollo como el nuestro muere en los primeros días de vida; sin embargo, en los países desarrollados muere menos del 10% de los bebés de la misma edad gestacional (14).

La supervivencia de los prematuros extremos mejoró enormemente a inicios de los años 70 con 3 hechos importantes: la investigación sobre corticoides administrados prenatalmente a la madre para la maduración pulmonar fetal, el uso del CPAP (presión positiva continua en las vías aéreas) y luego el ventilador mecánico. Todo esto orientado a manejar el pulmón inmaduro. El tercer hito es el uso de la alimentación parenteral, que contribuyó a mejorar la nutrición del prematuro extremo (21).

A inicios de los 80 se descubrió el surfactante, y se utilizó en los Estados Unidos desde 1987, otro hito importante para la supervivencia de los prematuros (13).

Más adelante, y con el avance de la tecnología, a lo largo de los años se han ido desarrollando mejores incubadoras y ventiladores mecánicos.

La investigación, sobre todo de experimentación animal, ha contribuido grandemente al mejor conocimiento de la fisiología fetal y neonatal. (19)

En las últimas décadas, la mayor supervivencia en los países desarrollados se observa por las siguientes razones; optimización del transporte intraútero a través de un sistema de referencia adecuado y oportuno hacia centros de nivel terciario y también con inicio de los comités de revisión de casos de mortalidad perinatal, que permite

una retroalimentación de información para el apoyo y toma de medidas correctivas oportunas en las instancias correspondientes (14).

CONDUCTA PERINATAL INMEDIATA

Para tomar buenas decisiones obstétricas en el manejo perinatal se debe proporcionar información actualizada, basados en la morbilidad y mortalidad temprana de los RN extremadamente prematuros estratificados en la edad gestacional.

- **Estrategias para el manejo del pulmón inmaduro**

La patología respiratoria es la primera causa de morbimortalidad en el prematuro. En orden de aparición, la enfermedad de membrana hialina es la que se presenta primero, y es además es la más frecuente, seguida de las apneas del prematuro y la displasia broncopulmonar, esta última se debe a la ventilación mecánica prolongada.

- **Corticoides prenatales**

Se vienen utilizando 2 tipos de corticoides, betametasona y dexametasona, los cuales molecularmente son similares y cuya actividad biológica es idéntica. Ambas atraviesan fácilmente la placenta y poseen mínima actividad mineralocorticoide e inmunosupresora. Diversos metaanálisis han demostrado que la eficacia es igual con cualquiera de estos 2 corticoides.

- **Surfactante insure**

Con la introducción a comienzos de los años 90 de la terapia con surfactante exógeno para la enfermedad de membrana hialina se ha observado el descenso de la tasa de morbimortalidad, a lo cual también han contribuido los nuevos métodos de asistencia respiratoria como la presión continua positiva en la vía respiratoria a través de cánula nasal (19). Se recomienda antes de usar el ventilador.

- **Biología en los ventiladores mecánicos**

La biología aplicada a las unidades de cuidados intensivos neonatales ha permitido una monitorización no invasiva de la frecuencia cardíaca, frecuencia respiratoria, presión parcial de O₂, saturación sanguínea de O₂, presión parcial de CO₂, concentración de CO₂ en aire expirado, medición de la tensión arterial, entre otros, todo lo cual nos permite una valoración continua del estado vital del prematuro sin manipulación (17).

Asimismo, la oxigenoterapia con objetivos de saturación restringidos parece contribuir a una reducción significativa en la incidencia de retinopatía de la prematuridad y a la integridad de mecanismos antioxidantes en los recién nacidos de riesgo (22).

- **Uso racional de oxígeno en el pulmón inmaduro**

El uso de ventiladores de última generación no soluciona por sí solo el problema del pulmón inmaduro. Es importante seguir un estricto protocolo para no dañar el pulmón: evitar la hipoxia y sobre todo evitar la hiperoxia desde el momento del nacimiento del prematuro (llámese reanimación cardiopulmonar del recién nacido en sala de partos).

El uso de protocolos específicos para evitar el daño pulmonar ha contribuido a la disminución de secuelas por daño pulmonar, como:

- Hipoxemia permisiva: consiste en mantener la saturación de oxígeno en el prematuro entre 89 y 94% (14).
- Hiperapnea permisiva: consiste en mantener los valores de PaCO₂ entre 50 y 55 mmHg) (21).

- **Alimentación parenteral y enteral en el prematuro:**

La nutrición es un aspecto fundamental en el manejo del prematuro extremo. Una velocidad de crecimiento adecuada en las primeras semanas de la vida implica un mejor desarrollo neurológico y crecimiento posterior. Sin embargo, la gran mayoría

de los recién nacidos de muy bajo peso se encuentran por debajo del percentil 10 a las 36 semanas de edad postconcepcional. Es fundamental por tanto optimizar la práctica nutricional de los prematuros extremos, teniendo presente que el objetivo debe ser, como recomienda el Comité de Nutrición de la Academia Americana de Pediatría, lograr una velocidad de crecimiento posnatal similar a la de los fetos de la misma edad gestacional (22).

- **Prevención de asfixia en prematuros**

Hace muchos años atrás algunos estudios en animales de experimentación habían demostrado la eficacia del sulfato de magnesio para la prevención de la asfixia neonatal. Esto ha sido motivo para que en el caso de nacimientos pretérminos se indique el protocolo de sulfato de magnesio, el cual se utiliza en diferentes instituciones del mundo. El protocolo consiste en administrar sulfato de magnesio a la gestante con amenaza de parto prematuro, con el propósito de prevenir la asfixia en el recién nacido prematuro (22).

- **Prevención de la retinopatía del prematuro**

Los avances en el manejo del niño prematuro también se centran en evitar las secuelas derivadas de la prematuridad. Una de las más temidas es la ceguera o retinopatía del prematuro. El uso excesivo de oxígeno sumado a la inmadurez de los vasos sanguíneos de la retina condiciona a la proliferación desordenada de vasos sanguíneos, y esto ocasiona en último fin el desprendimiento de retina y la consecuente ceguera.

PATOLOGÍA PREVALENTE EN EL RECIÉN NACIDO PREMATURO

- **Patología respiratoria**

El síndrome de dificultad respiratoria (SDR): Anteriormente llamado enfermedad de las membranas hialinas, es un cuadro respiratorio agudo que afecta casi

exclusivamente a los recién nacidos pretérmino (RNP), (10). La inmadurez del pulmón del pretérmino no es solamente bioquímica, déficit de surfactante pulmonar, sino también morfológica y funcional, ya que el desarrollo pulmonar aún no se ha completado en estos niños inmaduros. El pulmón con déficit de surfactante es incapaz de mantener una aireación y un intercambio gaseoso adecuados.

Síndrome de aspiración meconial: El síndrome de aspiración meconial es un trastorno respiratorio causado por la inhalación de meconio del líquido amniótico dentro del árbol bronquial. La aspiración puede ocurrir antes, durante o inmediatamente después del parto. Ya desde la antigüedad se había observado una relación entre líquido teñido de meconio y depresión neonatal (23).

Neumonía: Infección pulmonar aguda que compromete los alvéolos, intersticio, pleura visceral, vías respiratorias y estructuras vasculares, causada por virus, bacterias u otros patógenos como hongos y parásitos (23).

Taquipnea transitoria del recién nacido: La taquipnea transitoria del recién nacido es una dificultad temporal para respirar junto a menudo con niveles bajos de oxígeno en la sangre debida al exceso de líquido en los pulmones después del nacimiento.

Asfixia neonatal: Asfixia se define como la falta de oxígeno (hipoxia) o la falta de perfusión (isquemia) en diversos órganos. Se acompaña de acidosis láctica en los tejidos y si se asocia a hipoventilación, presenta hipercapnia (24).

Apnea del recién nacido: Se considera apnea patológica todo episodio de ausencia de flujo respiratorio de duración superior a 20 segundos, independientemente de la repercusión clínica que presente, y también los episodios de ausencia de flujo en la vía aérea de menor duración que se acompañan de repercusión cardiocirculatoria (bradicardia y/o hipoxemia) (8).

- **Patología neurológica**

Encefalopatía hipóxico isquémica: Por encefalopatía neonatal hipóxico isquémica se entiende una constelación de signos neurológicos que aparece inmediatamente después del parto tras un episodio de asfixia perinatal y que se caracteriza por un deterioro de la alerta y de la capacidad de despertar, alteraciones en el tono muscular y en las respuestas motoras, alteraciones en los reflejos, y a veces, convulsiones (25).

Depresión neonatal: La injuria cerebral producida por Hipoxia-Isquemia durante el periodo perinatal es una de las causas más comúnmente reconocidas de déficit neurológico severo a largo plazo en niños (26).

- **Patología oftalmológica**

Retinopatía del prematuro: La retinopatía de la prematuridad es una vitreorretinopatía proliferativa periférica que acontece en niños prematuros y que tiene una etiología multifactorial, siendo la inmadurez su principal factor de riesgo (27).

- **Patología Cardíaca**

Insuficiencia cardíaca congestiva del neonato: La insuficiencia cardíaca (IC) se define como la incapacidad del corazón para mantener un gasto cardíaco suficiente para el organismo. La IC se produce como consecuencia del fallo del miocardio para ofrecer un débito de oxígeno y nutrientes adecuado a los diferentes órganos que permitan su correcta función y crecimiento (28).

- **Patología gastrointestinal**

Enterocolitis necrotizante: La enterocolitis necrotizante neonatal (ENN) es la patología digestiva adquirida más frecuente y grave en el período neonatal. A pesar

de ser una entidad conocida desde hace más de 100 años, su etiología sigue siendo desconocida, lo que hace muy difícil su prevención (26).

- **Patología metabólica**

Trastorno metabólico: Los Errores Congénitos del Metabolismo (ECM) son enfermedades genéticas basadas en una alteración de una proteína o de una enzima que hace que un proceso metabólico quede bloqueado (29).

Ictericia: Ictericia es un concepto clínico que se aplica a la coloración amarillenta de piel y mucosas ocasionada por el depósito de bilirrubina. Hiperbilirrubinemia es un concepto bioquímico que indica una cifra de bilirrubina plasmática superior a la normalidad. Clínicamente se observa en el recién nacido (RN) cuando la bilirrubinemia sobrepasa la cifra de 5 mg/dL.

- **Patología hematológica**

Coagulación intravascular diseminada: La coagulación intravascular diseminada (CID) es un síndrome caracterizado por la activación sistémica de la coagulación que genera la formación de fibrina intravascular con trombosis de los vasos de pequeño y mediano calibre (2).

- **Patologías infecciosas**

Sepsis neonatal: Se entiende por sepsis neonatal aquella situación clínica derivada de la invasión y proliferación de bacterias, hongos o virus en el torrente sanguíneo del recién nacido (RN) y que se manifiesta dentro de los primeros 28 días de vida, si bien actualmente se tiende a incluir las sepsis diagnosticadas después de esta edad, en recién nacidos de muy bajo peso (RNMBP) (13).

Pronóstico: En Perú la sobrevivencia para los niños que pesan entre 1.000 y 1.499 g es 70,1% en la ciudad de Lima, mientras que en los demás departamentos apenas llega

a un 50%. Asimismo, para recién nacidos entre 500 y 900 g es sólo 30,4% y solo en la ciudad capital. Al estudiar la sobrevida según edad gestacional, para los menores de 24 semanas es tan sólo 5,5% mientras que en el grupo entre 24 y 27 semanas la sobrevida alcanza a 39,2% (3).

Secuelas y seguimiento: Siempre es importante considerar los antecedentes obstétricos y peor aún si han sido considerados embarazos de riesgo alto, debemos conocer la causa que ha desencadenado el parto prematuro. El 20 a 40% de los recién nacidos prematuros q pesan menos de 1500g que sobreviven presentan problemas médicos. (30) Un gran número de estos recién nacidos ha necesitado ser manejados en las unidades de cuidados intensivos neonatales y desafortunadamente muchos de ellos fallecen y otros tantos sobrevivirán con disfunción motora, del conocimiento o la conducta.

La interrupción de la maduración normal del cerebro y las injurias al nacimiento provocan alteraciones funcionales que se manifiestan en la vida futura de estos recién nacidos, muchas veces afectando la calidad de vida. Los prematuros extremos tienen 100 veces más posibilidades de presentar parálisis cerebral que los nacidos a término (31). Dentro de las complicaciones más frecuentes, además de deficiencias en el desarrollo neurológico, tenemos enfermedad pulmonar crónica, deficiencias en el lenguaje, retardo en el crecimiento, estrabismo, sordera, déficit de atención, hernias y síndrome de muerte súbita. En el Perú y en nuestra región se reclama la carencia de guías estandarizadas para el mejor y seguimiento a largo plazo de estos recién nacidos.

Muchas de las preguntas y dudas existentes que tenemos sobre el futuro de estos niños solo van a ser solucionadas con estudios longitudinales en nuestra región y país dado que las intervenciones perinatales eficaces y oportunas pueden alterar dramáticamente el crecimiento y el desarrollo.

VACUNACIONES DEL PREMATURO

La respuesta inmunológica en menores de 32 semanas de gestación esta disminuida, tanto más cuanto menor sea su edad gestacional (32). A grandes rasgos su sistema inmune está desarrollado de manera incompleta. Presentan altas tasas de inmunoglobulinas si padecen de una infección intrauterina y son detectables linfocitos T y B (timo y burso dependientes) desde las 14 semanas de gestación. Sin embargo, otros componentes del sistema inmunológico como la presentación de antígenos son defectuosa, asimismo el proceso de opsonización y fagocitosis. También la quimiotaxis se ve afectada. Por todo ello los recién nacidos prematuros pueden fácilmente contraer infecciones con desenlaces fatales muchas veces.

La administración se debe hacer por vía intramuscular. La zona de elección viene a ser la cara antero externa del muslo. Tenemos que tener en cuenta que estamos ante niños muy pequeños que no disponen de mucha masa muscular para recibir las vacunas. Si las administramos separadamente podemos necesitar un pinchazo para DPTa, otro para virus de polio inactivado (VPI), otro para Hib, otro para hepatitis B (VHB), otro para meningococo C y otro para vacuna antineumocócica heptavalente: necesitaríamos hacer 6 pinchazos que hay que multiplicar por las tres dosis que comprende la pauta de vacunación de cada vacuna. Esto es demasiado para el peso de estos bebés que muchas veces pesan menos de 1.500grs. Por esta razón debemos utilizar vacunas combinadas y elegir las que supongan el menor número de inyecciones.

Estrategias para abordar el problema de la prematuridad

La elevada morbilidad relacionada a la prematuridad se encuentra en ascenso constante a nivel nacional y esto revela la imperiosa necesidad de plantear estrategias por parte del sector salud público y privado en nuestro país para disminuir estas cifras, entre las posibles estrategias planteamos lo siguiente:

- Fortalecer las medidas preventivo promocionales que han demostrado disminuir la severidad de la morbilidad por prematuros; uso de corticoides,

antibióticos para la rotura prolongada de membranas, disminución de la actividad física en las gestantes de riesgo, fortalecimiento del transporte intrauterino en casos de la amenaza de parto prematuro, etc. (3).

- En los prematuros moderados a tardíos fortalecer los cuidados básicos como lactancia materna, calor e higiene, así como el soporte de oxígeno, administración oportuna de antibióticos y apoyo con CPAP.
- Fortalecer el manejo de los RN prematuros en las UCIN, disminuyendo los riesgos de infección intrahospitalaria, con ventilación mecánica menos agresiva con el uso de surfactante precoz y luego manejo con CPAP, uso racional del oxígeno para disminuir la ROP, fortalecer la alimentación precoz con leche materna, etc.

Estrategias propuestas por la OMS para disminuir la mortalidad en prematuros

En mayo de 2012, la OMS y sus asociados publicaron un informe titulado Nacidos demasiado pronto. Informe de Acción Global sobre nacimientos prematuros, que incluye las primeras estimaciones realizadas sobre nacimientos prematuros por países (15).

La OMS se ha comprometido a reducir los problemas de salud y el número de vidas perdidas como consecuencia de los partos prematuros mediante la adopción de las siguientes medidas concretas:

- Colaborar con los Estados Miembros y los asociados para poner en práctica el plan de acción titulado "Todos los recién nacidos: un plan de acción para poner fin a la mortalidad prevenible", adoptado en mayo de 2014 en el marco de la Estrategia Mundial del Secretario General de las Naciones Unidas para la Salud de la Mujer y el Niño.
- Colaborar con los Estados Miembros para fortalecer la disponibilidad y calidad de los datos sobre nacimientos prematuros.
- Proporcionar cada tres a cinco años análisis actualizados de los niveles y las tendencias de los nacimientos prematuros en el mundo.

- Colaborar con los asociados de todo el mundo para realizar investigaciones sobre las causas de los nacimientos prematuros, y poner a prueba la eficacia y los métodos de ejecución de las intervenciones destinadas a prevenir los partos prematuros y a tratar a los niños prematuros.
- Actualizar periódicamente las directrices clínicas para el manejo del embarazo y la atención prestada a las mujeres que presentan contracciones prematuras o riesgo de parto prematuro, así como las directrices relativas a la atención prestada a los bebés prematuros, incluidas la técnica de la madre canguro, la alimentación de bebés con insuficiencia ponderal al nacer, el tratamiento de infecciones y problemas respiratorios, y el seguimiento de la atención en el domicilio (véanse las recomendaciones emitidas en 2015 por la OMS sobre intervenciones para mejorar los resultados obstétricos en casos de prematuridad).
- Elaborar instrumentos que permitan mejorar las competencias de los profesionales sanitarios y evaluar la calidad de la atención prestada a las mujeres con riesgo de parto prematuro y a los recién nacidos prematuros.
- Prestar apoyo a los países para que pongan en práctica las directrices de la OMS sobre la atención prenatal, destinadas a reducir el riesgo de desenlaces negativos del embarazo, entre ellos el parto prematuro, y a garantizar que el embarazo sea una experiencia positiva para todas las mujeres.

DEFINICIÓN DE TÉRMINOS BÁSICOS

- **Edad gestacional:** Es el tiempo en semanas que transcurre desde el primer día del último periodo menstrual de la madre, hasta el nacimiento (16).
- **Recién nacido a término:** Todo aquel recién nacido cuyo nacimiento se produce después de las 37 semanas de edad gestacional.
- **Prematuro:** Todo aquel recién nacido cuyo nacimiento se produce antes de

las 37 semanas de edad gestacional. La OMS clasifica a los prematuros según su edad gestacional como:

- **Prematuros extremos:** Todo aquel recién nacido cuyo nacimiento se produce con menos de 28 semanas
 - **Prematuros moderados:** Todo aquel recién nacido cuyo nacimiento se produce entre las 32 a 34 semanas de gestación.
 - **Prematuro tardío:** Todo aquel neonato nacido entre las 34 y 36 6/7 de edad gestacional.
-
- **Mortalidad Neonatal:** Según la OMS es la muerte de un neonato que ocurre entre el nacimiento hasta los 28 días de vida.
 - **Morbilidad Neonatal:** Cantidad de recién nacidos que padecen enfermedad en un determinado espacio y periodo de tiempo.
 - **Parto pretérmino:** Nacimiento que tiene lugar desde las 22 semanas hasta antes de las 37 semanas de gestación.
 - **Bajo peso al nacer:** Término utilizado para describir a los neonatos que nacen con un peso menor de 2,500 gr.

2.3. VARIABLES DE ESTUDIO

2.3.1. Variable Independiente

- Parto prematuro.

2.3.2. Variable Dependiente

- Morbimortalidad en recién nacidos prematuros.

2.3.3. Operacionalización de Variables

VARIABLES	DEFINICIÓN OPERACIONAL	TIPO DE VARIABLE	ESCALA DE MEDICIÓN	DIMENSIONES	INDICADORES
CARACTERÍSTICAS NEONATALES					
Edad gestacional al momento del nacimiento.	Edad gestacional determinada mediante examen físico del neonato al momento del nacimiento.	Cuantitativo	Razón	<ul style="list-style-type: none"> • Prematuridad leve (34 – 36 semanas). • Prematuridad moderada (30 – 33 semanas). • Prematuridad extrema (26 – 29 semanas). • Prematuridad muy extrema (22 – 25 semanas). 	<ul style="list-style-type: none"> • Prematuridad leve (34 –36 semanas). • Prematuridad moderada (32–33 semanas). • Prematuridad extrema (28–31 semanas). • Prematuridad muy extrema (<28semanas).
Sexo del neonato	Conjunto de las condiciones anatómicas y fisiológicas, que caracteriza a la especie humana como hombres y mujeres.	Cualitativo	Nominal	<ul style="list-style-type: none"> • Masculino • Femenino 	<ul style="list-style-type: none"> • Masculino • Femenino
Peso	Peso al nacer de cadaneonato.	Cualitativo	Razón	<ul style="list-style-type: none"> • Bajo peso al nacer(1500 gr – 2500 gr) • Adecuado peso al nacer (2500 gr – 4000 gr) 	<ul style="list-style-type: none"> • Bajo peso al nacer(1500 gr – 2500 gr) • Adecuado peso al nacer (2500 gr – 4000 gr)
Vía de nacimiento	Vía por la que se da la salida del feto del útero de la madre.	Cualitativo	Nominal	<ul style="list-style-type: none"> • Parto vaginal • Parto por Cesárea 	<ul style="list-style-type: none"> • Parto vaginal • Parto por Cesárea

Apgar al nacimiento	Escala de Apgar	Cuantitativo.	Nominal	Apgar menor e igual a 3 al primer minuto de vida. Apgar de 4 a 6 al primer minuto de vida. Apgar de 7 a 10 al primer minuto de vida. Apgar menor e igual a 3 al quinto minuto de vida	Apgar menor e igual a 3 al primer minuto de vida. Apgar de 4 a 6 al primer minuto de vida. Apgar de 7 a 10 al primer minuto de vida. Apgar menor e igual a 3 al quinto minuto de vida
ANTECEDENTES PRE NATALES: CARACTERÍSTICAS MATERNAS					
Edad de la madre	Tiempo transcurrido desde su nacimiento hasta la fecha actual.	Cuantitativa	Razón	Adolescente: <19 años Edad promedio: 19 a 35 años Añosa: >35 años	Adolescente: <19 años Edad promedio: 19 a 35 años Años a: >35 años .
Tipo de embarazo	Tipo de embarazo	Cualitativa.	Nominal.	Único. Múltiple.	Único. Múltiple.
Uso de esteroides	Prenatales Consumo de sulfato de magnesio prenatal	Cualitativa.	Nominal.	Si No	Si No
Complicaciones maternas	Complicaciones maternas	Cualitativa.	Nominal.	Preeclampsia. Eclampsia. Diabetes mellitus. Infección urinaria. Hemorragia prenatal Corioamnionitis Signos de sufrimiento fetal Otros	Preeclampsia. Eclampsia. Diabetes mellitus. Infección urinaria. Hemorragia prenatal Corioamnionitis Signos de sufrimiento fetal Otros

Características gineco-obstétricas de la madre.	Presencia de antecedentes durante la gestación: Multiparidad, anemia gestacional, antecedente de prematuridad en embarazo previo, embarazo múltiple.	Cualitativa	Nominal	<ul style="list-style-type: none"> • Multiparidad: Sí, No • Anemia Materna: Sí () No () • Antecedente de prematuridad: Sí () No () • Embarazo múltiple: Sí () No () 	Multiparidad: Sí, No Anemia Materna: Sí, No Antecedente de prematuridad: Sí () No () Embarazo múltiple: Sí () No ()
MORBILIDAD DEL NEONATO					
Morbilidad neonatal	Cantidad de recién nacidos que padecen enfermedad en un determinado espacio y periodo de tiempo.	Cualitativo	Nominal	Sí No	Sí No
Síndrome de Dificultad Respiratoria	Alteración del patrón respiratorio que se caracteriza por elevación de la FR y/o tiraje o quejido.	Cualitativo	Nominal	Taquipnea transitoria: Sí, No Enfermedad de Membrana Hialina: Sí, No Hipertensión pulmonar persistente: Sí, No	Taquipnea transitoria: Sí, No Enfermedad de Membrana Hialina: Sí, No Hipertensión pulmonar persistente: Sí, No
Apnea del prematuro	Ausencia de respiración por 20 segundos o más, acompañadas de bradicardia, cianosis central y/o disminución de la saturación de oxígeno.	Cualitativo	Nominal	Sí No	Sí No
Hipoglicemia neonatal	Baja concentración de glucosa sérica en el neonato: <45 mg/dl.	Cualitativo	Nominal	Sí No	Sí No

Sepsis neonatal	Patología caracterizada por signos y síntomas sistémicos de Infección, con presencia de bacterias en sangre.	Cualitativo	Nominal	Sí No	Sí No
Enterocolitis necrotizante	Proceso isquémico - necrótico en la mucosa intestinal.	Cualitativo	Nominal	Sí No	Sí No
Malformaciones congénitas	Defectos estructurales que comprometen la función de un órgano o sistema y se desarrollan durante la vida intrauterina.	Cualitativo	Nominal	Sí No	Sí No
Cardiopatías congénitas	Es aquella anomalía estructural del corazón o de los grandes vasos.	Cualitativo	Nominal	Sí No	Sí No
MORTALIDAD NEONATAL					
Mortalidad neonatal	Se refiere a la muerte del neonato, dentro de los 28 primeros días de vida.	Cualitativo	Nominal	Sí No	Sí No

CAPÍTULO III: METODOLOGÍA

3.1. ÁMBITO DE ESTUDIO

El estudio se realizó en el Hospital Amazónico de Yarinacocha.

3.2. TIPO DE INVESTIGACIÓN

Descriptivo.

3.3. NIVEL DE INVESTIGACIÓN

Nivel relacional no experimental.

3.4. MÉTODO DE INVESTIGACIÓN

Tipo cuantitativo.

3.5. DISEÑO DE INVESTIGACIÓN

No experimental: Porque los datos no fueron manipulados, ni modificados.

Descriptivo: El presente estudio es de tipo descriptivo debido a que buscó puntualizar las características de una población y cuantificarlos.

Observacional: El presente estudio fue de tipo observacional debido a que su objetivo es la observación y el registro de acontecimiento sin intervenir en el curso natural de estos.

Retrospectivo: Debido a que se basó en hechos antiguos del pasado en un tiempo determinado, recolectando información ya tomada anteriormente y determinamos respuestas por medio del pasado.

Transversal: Debido a que los datos fueron recolectados en un momento dado, único.

3.6. POBLACIÓN, MUESTRA, MUESTREO

Población

La población lo constituyeron la totalidad de recién nacidos prematuros atendidos en el Hospital Amazónico de Yarinacocha, 2020.

Muestra

La muestra de estudio fue toda la población que cumplieron con los criterios de inclusión, que se detalla a continuación:

Criterios de inclusión

- Recién nacidos prematuros >28 semanas de gestación y <37 semanas de gestación durante el 2020.
- Niños nacidos prematuros mayor de 700 gramos durante el 2020.
- Recién nacidos que presenten alguna patología.
- Prematuros fallecidos durante el 2020.
- Prematuros con historias clínicas completas.

Criterios de exclusión

- Prematuros menores de 700 gramos del 2020.
- Prematuros menores de 28 semanas de gestación.
- Prematuros con historias clínicas incompletas.

3.7. TÉCNICAS E INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS

Se utilizó el libro de actas de los recién nacidos del servicio de Neonatología del Hospital Amazónico de Yarinacocha, el cual se puntualizó a aquellos que presentaron prematuridad, el cual se utilizó para la recopilación de datos e información de los pacientes, para proceder al estudio del mismo.

3.8. PROCEDIMIENTO DE RECOLECCIÓN DE DATOS

Se solicitó el permiso a las autoridades pertinentes, tal es el caso de la institución de donde se recopiló los datos: Hospital Amazónico de Yarinacocha y del Servicio de Neonatología para obtener la información necesaria para el estudio, en este caso el libro de actas de los recién nacidos durante el periodo enero – diciembre del 2020.

3.9. TÉCNICAS DE PROCESAMIENTO Y ANÁLISIS DE DATOS

Para el desarrollo del trabajo de tesis se utilizó el programa informático Word 2016, en este caso la presentación total del mismo. Además, se utilizó el programa informático Excel para la realización de la tabulación de los participantes en este caso los pacientes recién nacidos prematuros que presentaron los criterios de inclusión y las variables ya presentadas para posteriormente plasmar los resultados mediante tablas y gráficos de frecuencia. Se almacenaron la información en una base de datos, el cual fue el IBM SPSS Statistics 25.

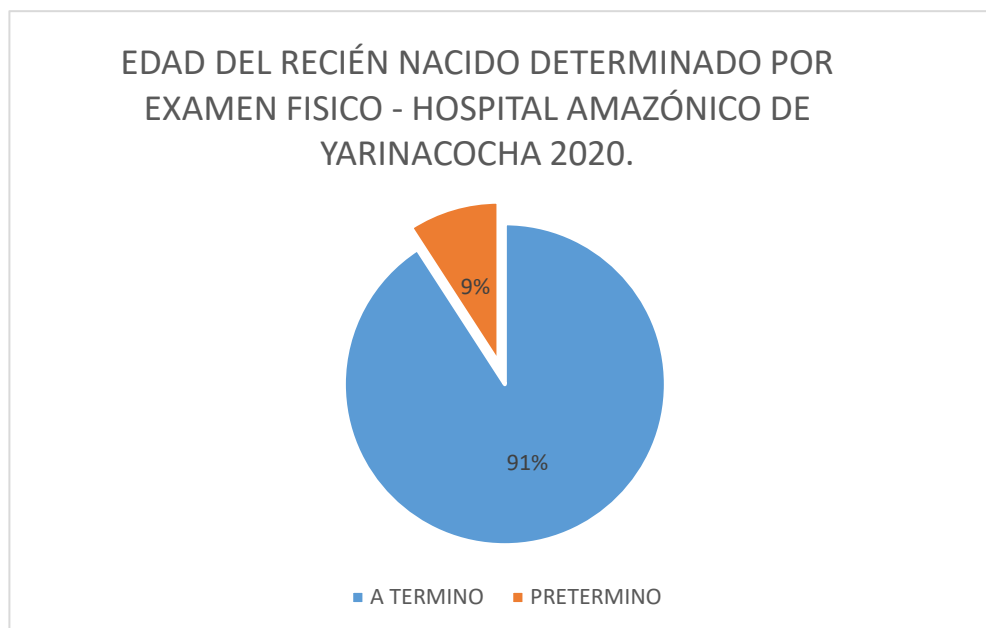
CAPÍTULO IV. RESULTADOS

4.1. PRESENTACIÓN DE RESULTADOS

Tabla 1. Porcentaje de recién nacidos prematuros - Hospital Amazónico de Yarinacocha 2020.

CATEGORÍA	PORCENTAJE DE RECIÉN NACIDOS PREMATUROS - HOSPITAL AMAZÓNICO DE YARINACOCHA 2020.	%
A TÉRMINO	2891	91
PRETÉRMINO	291	9
TOTAL	3182	100

Fuente: Base de datos de la investigación.



Fuente: Base de datos de la investigación.

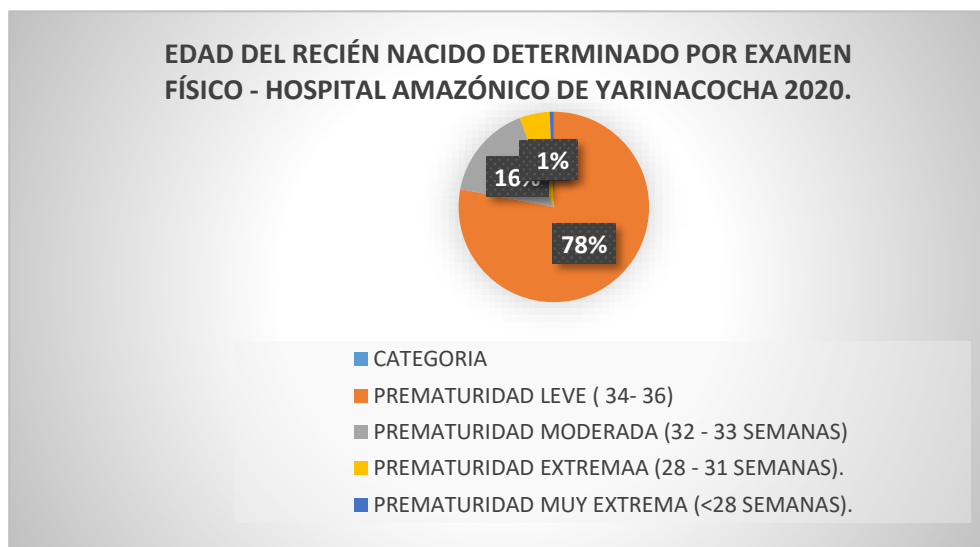
Gráfico 1. Porcentaje de recién nacidos prematuros - Hospital Amazónico de Yarinacocha 2020.

En la tabla 1 y el gráfico 1, se observa que el porcentaje de recién nacidos prematuros en el Hospital Amazónico de Yarinacocha alcanzó un 9% durante el año 2020 frente a un 91% de recién nacidos a término.

Tabla 2. Edad del recién nacido determinado por examen físico - Hospital Amazónico de Yarinacocha 2020.

CATEGORÍA	EDAD DEL RECIÉN NACIDO DETERMINADO POR EXAMEN FÍSICO - HOSPITAL AMAZÓNICO DE YARINACOCHA 2020	%
PREMATURIDAD LEVE (34- 36)	250	86
PREMATURIDAD MODERADA (32 - 33 SEMANAS)	26	9
PREMATURIDAD EXTREMA (28- 31 SEMANAS)	13	4
PREMATURIDAD MUY EXTREMA (<28 SEMANAS)	2	1
TOTAL	291	100

Fuente: Base de datos de la investigación.



Fuente: Base de datos de la investigación.

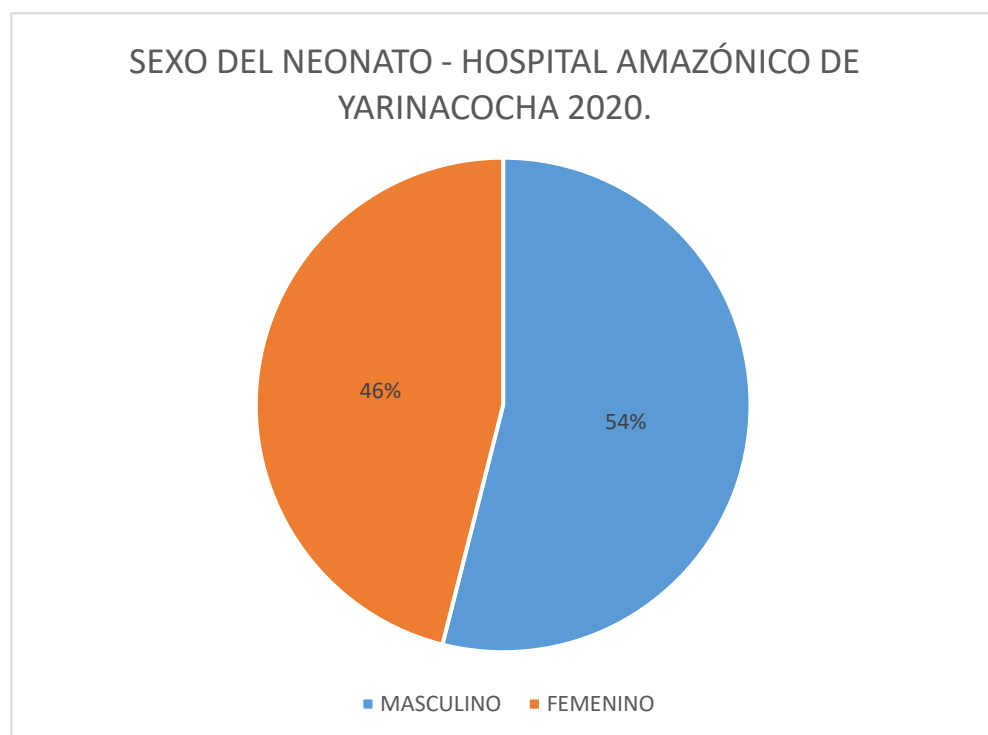
Gráfico 2. Edad del recién nacido determinado por examen físico - Hospital Amazónico de Yarinacocha 2020.

En la tabla 2 y el gráfico 2, se observa que el 78% nació con prematuridad leve (34 - 36 semanas), el 16% nació con prematuridad moderada (30 -33 semanas), el 1% nació con prematuridad extrema (26 – 28 semanas) y el 0% nació con prematuridad muy extrema (< 28 semanas).

Tabla 3. Sexo del neonato prematuro - Hospital Amazónico de Yarinacocha 2020.

CATEGORÍA	SEXO DEL NEONATO - HOSPITAL AMAZÓNICO DE YARINACocha 2020.	%
MASCULINO	157	54
FEMENINO	134	46
TOTAL	291	100

Fuente: Base de datos de la investigación.



Fuente: Base de datos de la investigación.

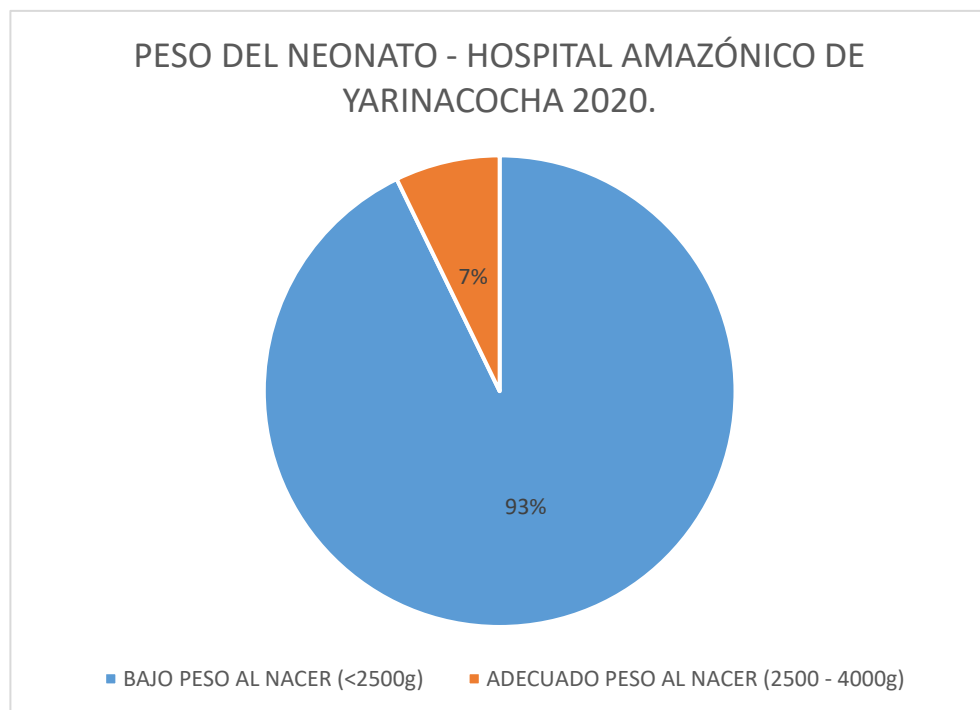
Gráfico 3. Sexo del neonato prematuro - Hospital Amazónico de Yarinacocha 2020.

En la tabla 3 y el gráfico 3, se observa que el 54% de los recién nacidos prematuros fueron del sexo masculino frente a un 46% de recién nacidos prematuro del sexo femenino.

Tabla 4. Peso del neonato prematuro - Hospital Amazónico de Yarinacocha 2020

CATEGORÍA	PESO DEL NEONATO PREMATURO - HOSPITAL AMAZÓNICO DE YARINACocha 2020.	%
BAJO PESO AL NACER (<2500g)	271	93
ADECUADO PESO AL NACER (2500 - 4000g)	21	7
TOTAL	291	100

Fuente: Base de datos de la investigación.



Fuente: Base de datos de la investigación.

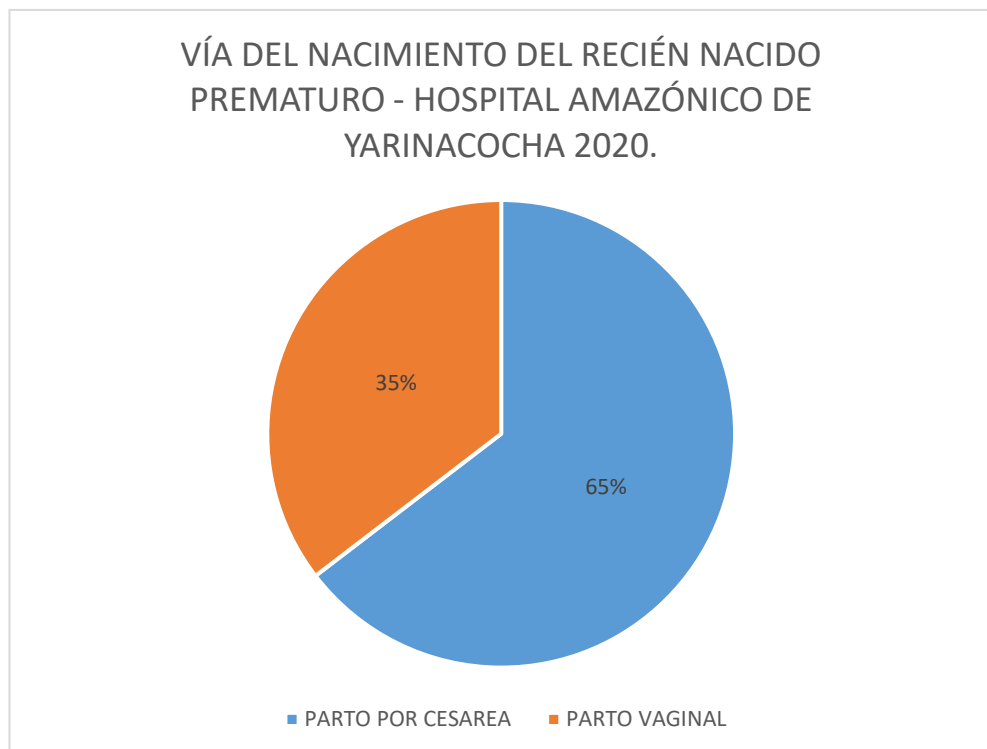
Gráfico 4. Peso del neonato prematuro - Hospital Amazónico de Yarinacocha 2020.

En la tabla 4 y el gráfico 4, se observa que el 93% de los recién nacidos prematuros tuvieron un bajo peso al nacer <2500g frente a un 7% de recién nacidos con adecuado peso al nacer (2500 – 4000g).

Tabla 5. Vía del nacimiento del recién nacido prematuro - Hospital Amazónico de Yarinacocha 2020.

CATEGORÍA	VÍA DEL NACIMIENTO DEL RECIÉN NACIDO PREMATURO - HOSPITAL AMAZÓNICO DE YARINACOCHA 2020.	%
PARTO POR CESÁREA	188	65
PARTO VAGINAL	103	35
TOTAL	291	100

Fuente: Base de datos de la investigación.



Fuente: Base de datos de la investigación.

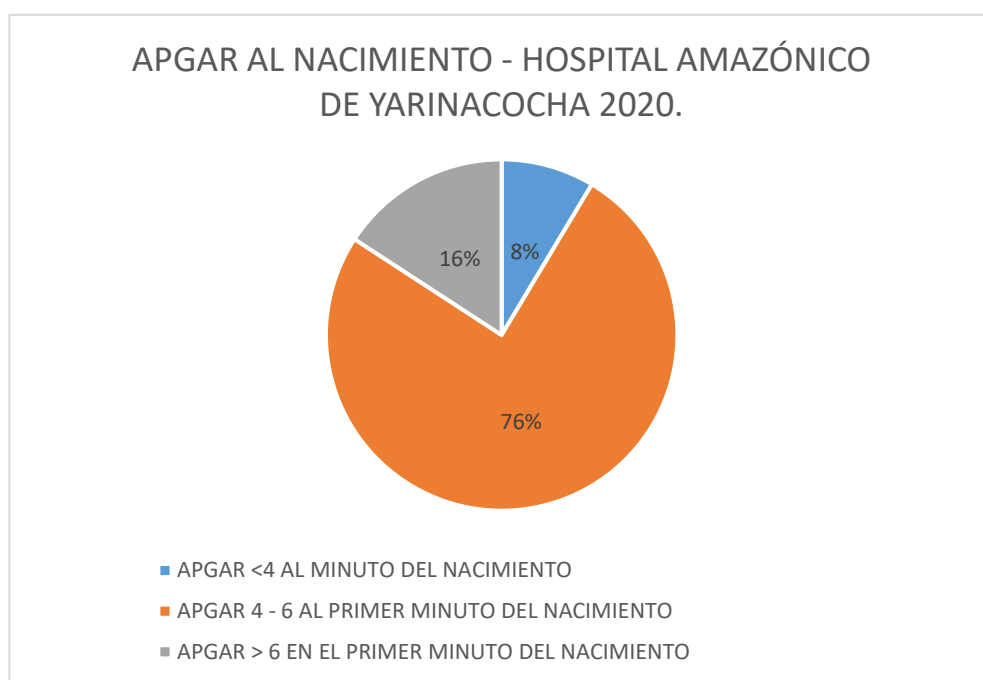
Gráfico 5. Vía del nacimiento del recién nacido prematuro - Hospital Amazónico de Yarinacocha 2020.

En la tabla 5 y el gráfico 5, se observa que el 65% de los recién nacidos prematuros tuvieron un parto por cesárea frente al 35% que tuvieron parto vaginal.

Tabla 6. APGAR al nacimiento del recién nacido prematuro - Hospital Amazónico de Yarinacocha 2020.

CATEGORÍA	APGAR AL NACIMIENTO DEL RECIÉN NACIDO PREMATURO - HOSPITAL AMAZÓNICO DE YARINACOCHA 2020	%
APGAR <4 AL MINUTO DEL NACIMIENTO	25	9
APGAR 4 - 6 AL PRIMER MINUTO DEL NACIMIENTO	220	76
APGAR > 6 EN EL PRIMER MINUTO DEL NACIMIENTO	46	16
TOTAL	291	100

Fuente: Base de datos de la investigación.



Fuente: Base de datos de la investigación.

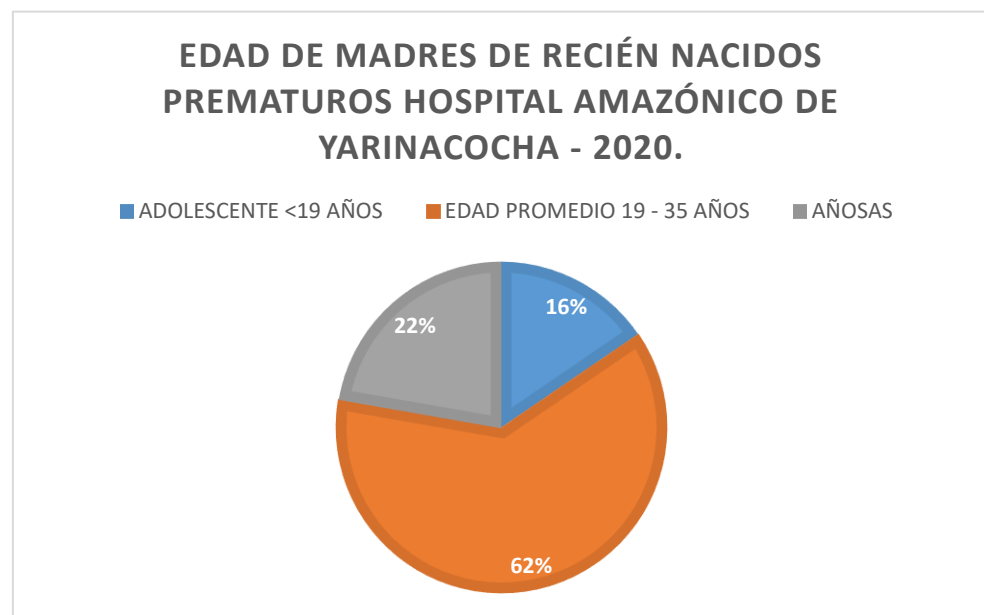
Gráfico 6. APGAR al nacimiento del recién nacido prematuro - Hospital Amazónico de Yarinacocha 2020

En la tabla 6 y el gráfico 6, se observa que el 76% de los recién nacidos prematuros obtuvieron de 4 – 6 al minuto del nacimiento, el 16% de los recién nacidos prematuros obtuvieron de > 6 al minuto del nacimiento y el 8% de los recién nacidos prematuros obtuvieron de <4% al minuto del nacimiento.

Tabla 7. Edad de madres de recién nacidos prematuros Hospital Amazónico de Yarinacocha – 2020.

CATEGORÍA	EDAD DE MADRES DE RECIÉN NACIDOS PREMATUROS HOSPITAL AMAZÓNICO DE YARINACocha - 2020	%
ADOLESCENTE <19 AÑOS	41	15
EDAD PROMEDIO 19 - 35 AÑOS	165	62
AÑOS	59	22
TOTAL	265	100

Fuente: Base de datos de la investigación.



Fuente: Base de datos de la investigación.

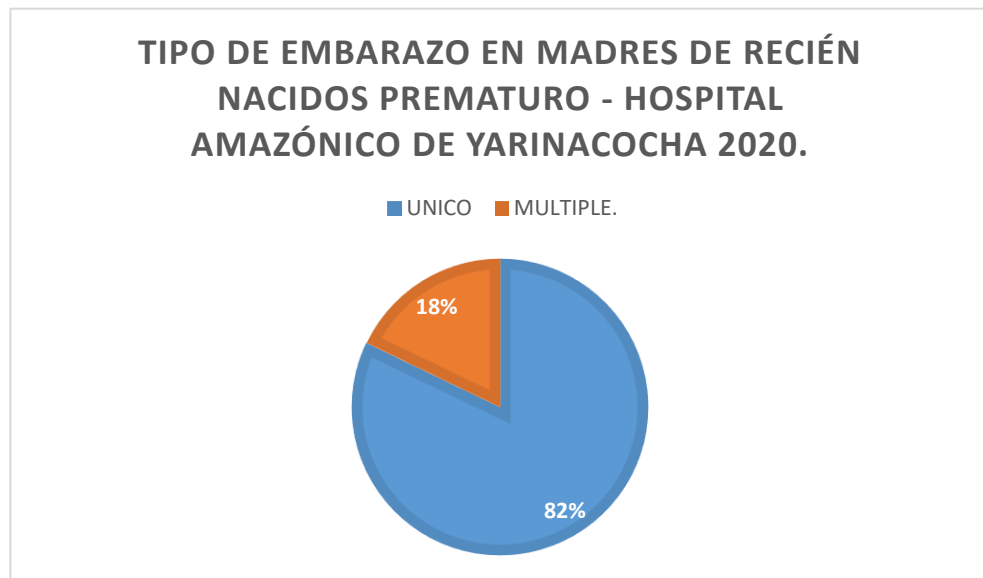
Gráfico 7. Edad de madres de recién nacidos prematuros Hospital Amazónico de Yarinacocha - 2020.

En la tabla 7 y el gráfico 7, se observa que el 62% de las madres de los recién nacidos prematuros tenían entre el 19 – 35 años, el 22% tenían más de 35 años y el 16% de las madres de los recién nacidos prematuros tenían < de 19 años.

Tabla 8. Tipo de embarazo en madres de recién nacidos prematuro - Hospital Amazónico de Yarinacocha 2020.

CATEGORÍA	TIPO DE EMBARAZO HOSPITAL AMAZÓNICO DE YARINACOCHA - 2020.	%
ÚNICO	239	82
MÚLTIPLE	52	18
TOTAL	291	100

Fuente: Base de datos de la investigación.



Fuente: Base de datos de la investigación.

Gráfico 8. Tipo de embarazo en madres de recién nacidos Prematuro - Hospital Amazónico de Yarinacocha 2020.

En la tabla 8 y el gráfico 8, se observa que el 82% de las madres de los recién nacidos prematuros tuvieron un embarazo único frente a un 18% que tuvieron un embarazo múltiple.

Tabla 9. Uso de esteroides en madres de recién nacidos prematuros - Hospital Amazónico de Yarinacocha - 2020.

CATEGORÍA	USO DE ESTEROIDES EN MADRES DE RECIÉN NACIDOS PREMATUROS - HOSPITAL AMAZÓNICO DE YARINACocha - 2020.	%
SÍ	280	96
NO	11	4
TOTAL	291	100

Fuente: Base de datos de la investigación.



Fuente: Base de datos de la investigación.

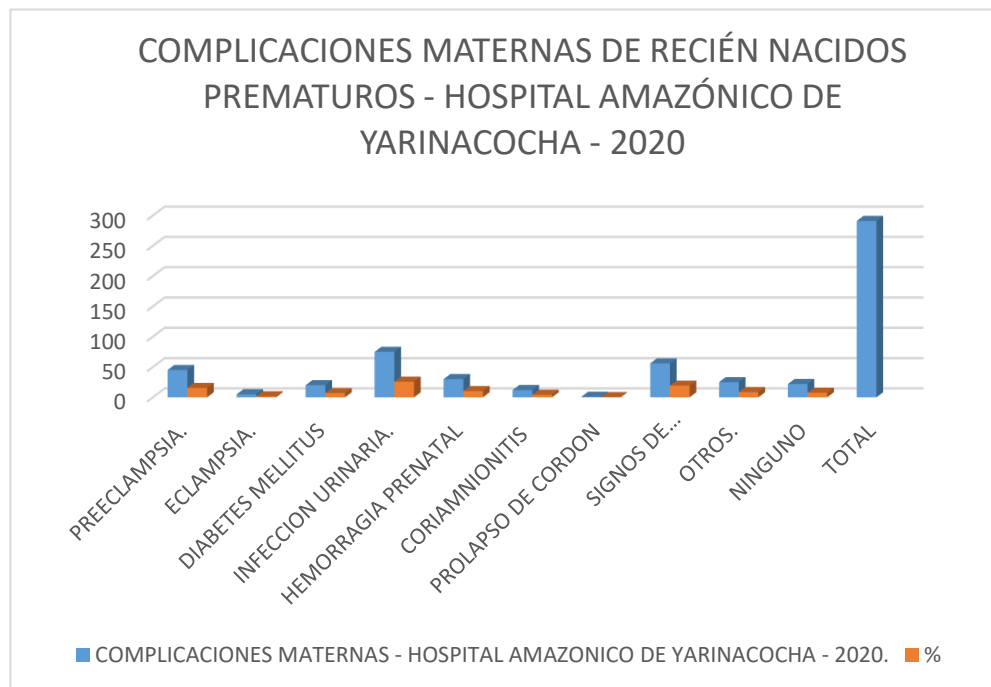
Gráfico 9. Uso de esteroides en madres de recién nacidos prematuros - Hospital Amazónico de Yarinacocha - 2020.

En la tabla 9 y el gráfico 9, se observa que el 96% de las madres de los recién nacidos prematuros recibieron un tratamiento con esteroides para maduración pulmonar frente a tan solo un 4% que no recibieron esteroides.

Tabla 10. Complicaciones maternas de recién nacidos prematuros – Hospital Amazónico de Yarinacocha – 2020.

CATEGORÍA	COMPLICACIONES MATERNAS - HOSPITAL AMAZÓNICO DE YARINACOCHA - 2020.	%
PREECLAMPSIA	45	15
ECLAMPSIA	5	2
DIABETES MELLITUS	20	7
INFECCIÓN URINARIA	75	26
HEMORRAGIA PRENATAL	30	10
CORIAMNIONITIS	12	4
PROLAPSO DE CORDÓN	1	0
SIGNOS DE SUFRIMIENTO FETAL	56	19
OTROS	25	9
NINGUNO	22	8
TOTAL	291	100

Fuente: Base de datos de la investigación.



Fuente: Base de datos de la investigación.

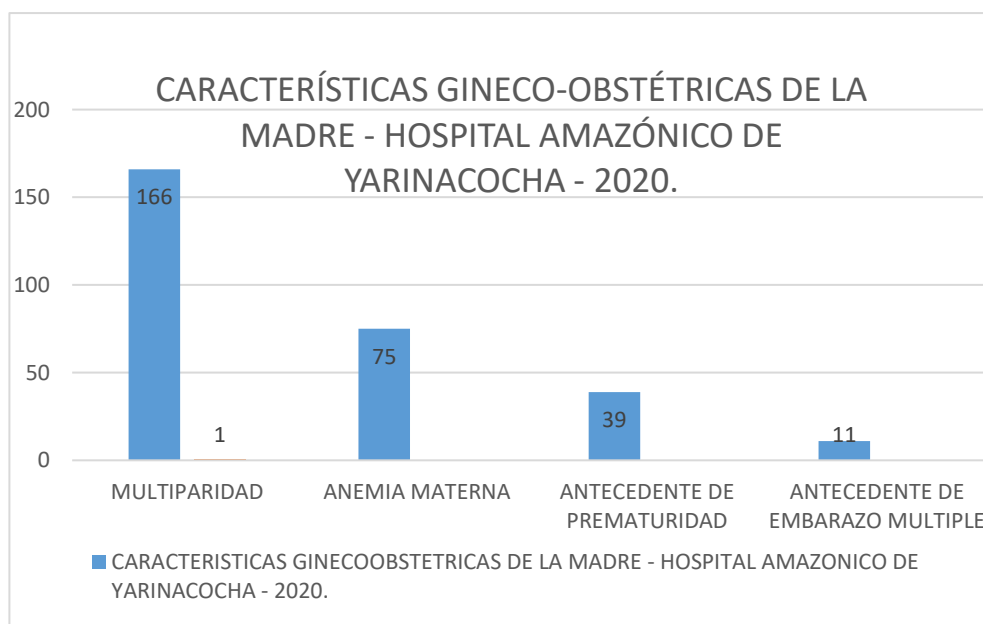
Gráfico 10. Complicaciones maternas de recién nacidos prematuros – Hospital Amazónico de Yarinacocha – 2020.

En la tabla 10 y el gráfico 10, se observan las principales complicaciones en madres de recién nacidos prematuros, obteniendo como resultado que el 26% presentó infección urinaria, seguido de un 19% que tuvieron algún signo de sufrimiento fetal, el 15% de las madres presentó preeclampsia, el 10% de las madres presentó hemorragia prenatal, el 9% de las madres de los recién nacido presentaron otras complicaciones, el 8% de las madres no presentó ninguna patología, el 7% de las madres presentó diabetes mellitus, el 4% de la corioamnionitis, el 2% de las madres presentaron eclampsia.

Tabla 11. Características gineco-obstétricas de las madres del recién nacido - Hospital Amazónico de Yarinacocha 2020.

CATEGORÍA	CARACTERÍSTICAS GINECO-OBSTÉTRICAS DE LA MADRES DEL RECIÉN NACIDO - HOSPITAL AMAZÓNICO DE YARINACOCCHA 2020	%
MULTIPARIDAD	166	57
ANEMIA MATERNA	75	26
ANTECEDENTE DE PREMATURIDAD	39	13
ANTECEDENTE DE EMBARAZO MÚLTIPLE	10	3
TOTAL	291	100

Fuente: Base de datos de la investigación.



Fuente: Base de datos de la investigación.

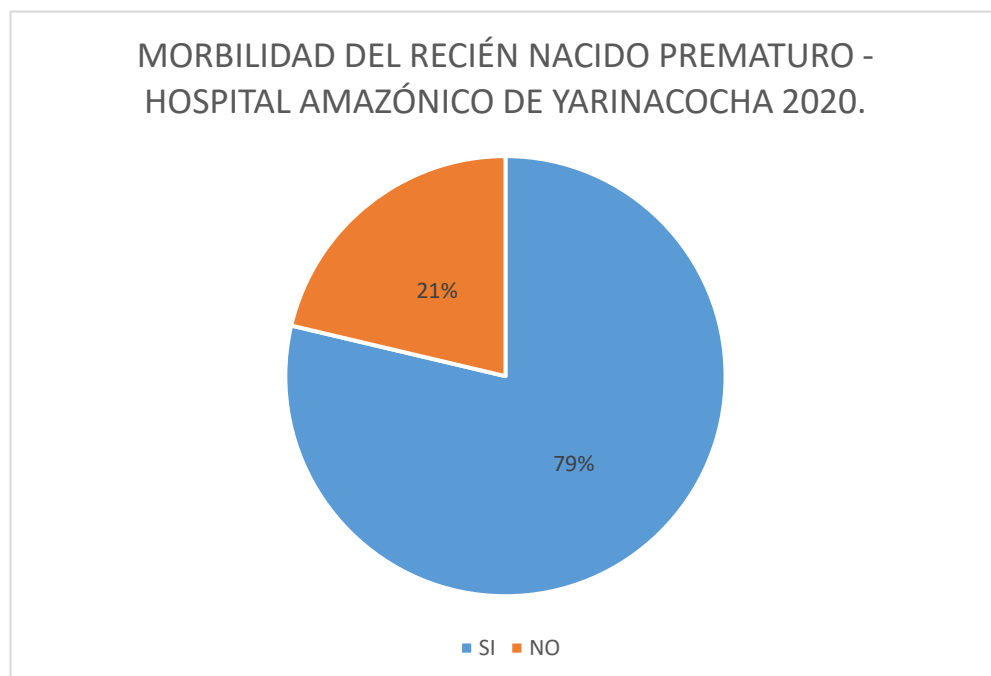
Gráfico 11. Características gineco-obstétricas de las madres del recién nacido - Hospital Amazónico de Yarinacocha 2020.

En la tabla 11 y el gráfico 11, se observa que el 57% de las madres de los recién nacidos prematuros fueron multíparas, un 26% presentaron anemia en el embarazo, el 13% tuvieron antecedente de prematuridad y el 3% tuvo antecedente de embarazo múltiple.

Tabla 12. Morbilidad del recién nacido prematuro - Hospital Amazónico de Yarinacocha 2020.

CATEGORÍA	MORBILIDAD DEL RECIÉN NACIDO PREMATURO - HOSPITAL AMAZÓNICO DE YARINACocha 2020.	%
SÍ	229	79
NO	62	21
TOTAL	291	100

Fuente: Base de datos de la investigación.



Fuente: Base de datos de la investigación.

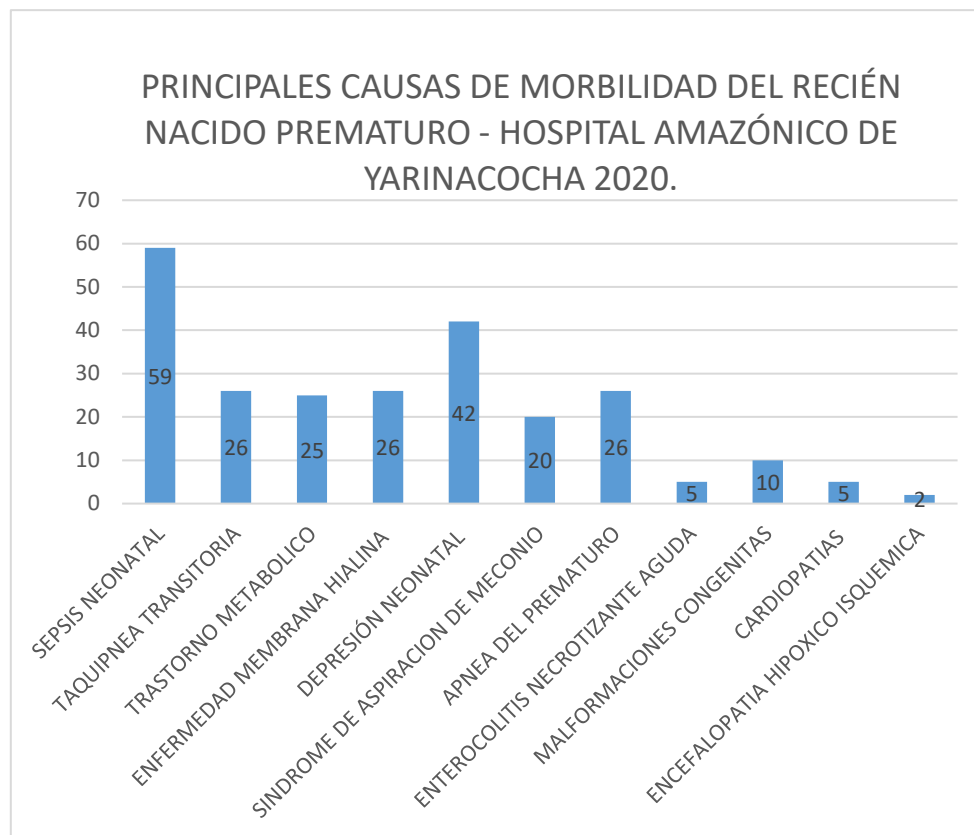
Gráfico 12. Morbilidad del recién nacido prematuro - Hospital Amazónico de Yarinacocha 2020.

En la tabla 12 y el gráfico 12, se observa que el 79% de los recién nacidos prematuros presentó alguna morbilidad por lo cual fueron hospitalizados en el servicio de neonatología. Frente al 21% de recién nacidos prematuros que no presentaron morbilidades y se quedaron en alojamiento conjunto junto a sus madres.

Tabla 13. Principales causas de morbilidad del recién nacido prematuro - Hospital Amazónico de Yarinacocha 2020.

CATEGORÍA	PRINCIPALES CAUSAS DE MORBILIDAD DEL RECIÉN NACIDO PREMATURO - HOSPITAL AMAZÓNICO DE YARINACOCCHA 2020.	%
SEPSIS NEONATAL	59	24
TAQUIPNEA TRANSITORIA	26	11
TRASTORNO METABÓLICO	25	10
ENFERMEDAD MEMBRANA HIALINA	26	11
DEPRESIÓN NEONATAL	42	17
SINDROME DE ASPIRACIÓN DE MECONIO	20	8
APNEA DEL PREMATURO	26	11
ENTEROCOLITIS NECROTIZANTE AGUDA	5	2
MALFORMACIONES CONGÉNITAS	10	4
CARDIOPATÍAS	5	2
ENCEFALOPATÍA HIPÓXICO ISQUÉMICA	2	1
TOTAL.	246	100

Fuente: Base de datos de la investigación.



Fuente: Base de datos de la investigación.

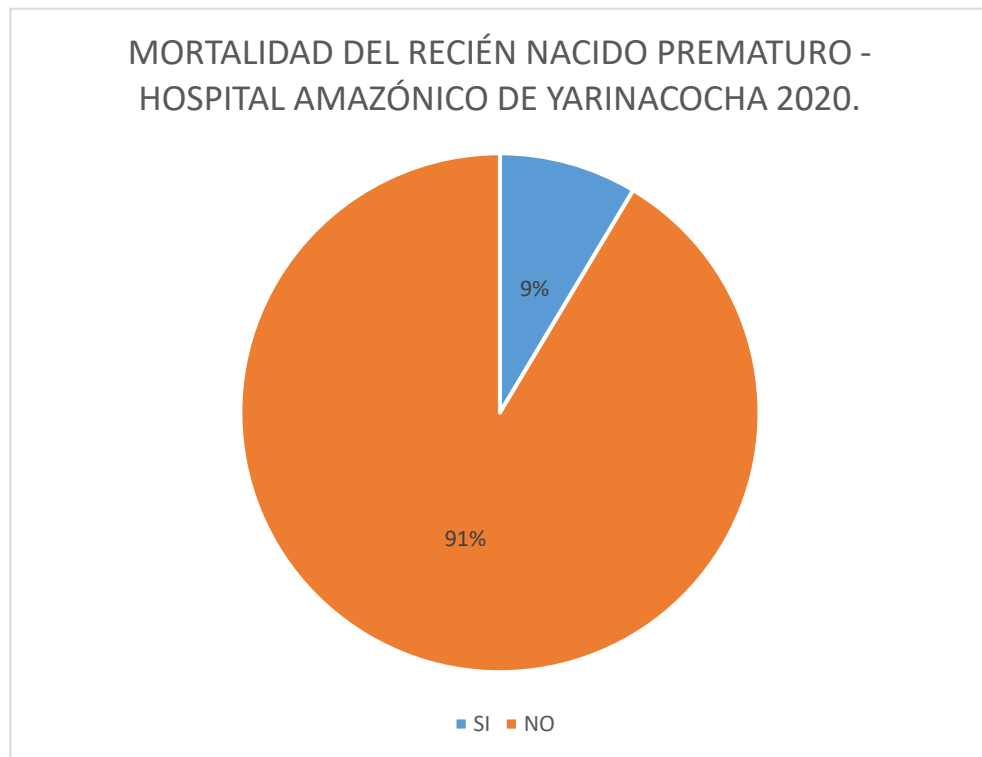
Gráfico 13. Principales causas de morbilidad del recién nacido prematuro - Hospital Amazónico de Yarinacocha 2020.

En la tabla 13 y el gráfico 13, se observan las principales causas de morbilidad en recién nacidos prematuros del Hospital Amazónico de Yarinacocha, obteniendo como resultado que el 24% presentó sepsis neonatal, seguido de un 17% que presentaron depresión neonatal, el 11% presentó taquipnea transitoria al igual que enfermedad de membrana hialina y apnea del prematuro, el 10% de los recién nacidos prematuros presentó trastorno metabólico (hipoglicemia neonatal), el 8% presentó síndrome de aspiración de meconio, el 4% presentaron malformaciones congénitas entre mayores y menores, el 2% presentaron enterocolitis necrotizante aguda y cardiopatías congénitas y por último el 1% presentaron encefalopatía hipóxico isquémica.

Tabla 14. Mortalidad del recién nacido prematuro - Hospital Amazónico de Yarinacocha 2020.

CATEGORÍA	MORTALIDAD DEL RECIÉN NACIDO PREMATURO - HOSPITAL AMAZÓNICO DE YARINACOCHA 2020.	%
SÍ	25	9
NO	266	91
TOTAL	291	100

Fuente: Base de datos de la investigación.



Fuente: Base de datos de la investigación.

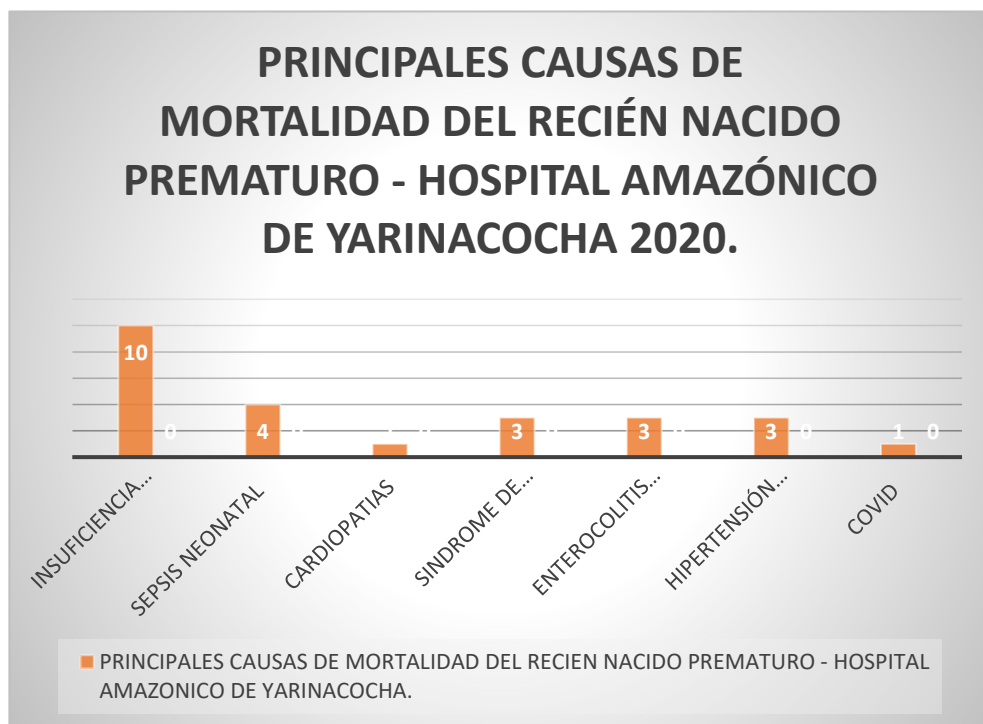
Gráfico 14. Mortalidad del recién nacido prematuro - Hospital Amazónico de Yarinacocha 2020.

En la tabla 14 y el gráfico 14, se observa que el porcentaje de fallecimiento en recién nacidos prematuros del Hospital Amazónico de Yarinacocha fue del 9%.

Tabla 15. Principales causas de mortalidad del recién nacido Prematuro - Hospital Amazónico de Yarinacocha 2020.

CATEGORÍAS	PRINCIPALES CAUSAS DE MORTALIDAD DEL RECIÉN NACIDO PREMATURO - HOSPITAL AMAZÓNICO DE YARINACOCHA.	%
INSUFICIENCIA RESPIRATORIA	10	40
SEPSIS NEONATAL	4	16
CARDIOPATÍAS	1	4
SÍNDROME DE ASPIRACIÓN DE LÍQUIDO AMNIÓTICO	3	12
ENTEROCOLITIS NECROTIZANTE AGUDA	3	12
HIPERTENSIÓN PULMONAR PERSISTENTE	3	12
COVID	1	4
TOTAL	25	100

Fuente: Base de datos de la investigación.



Fuente: Base de datos de la investigación.

Gráfico 15. Principales causas de mortalidad del recién nacido Prematuro - Hospital Amazónico de Yarinacocha 2020.

En la tabla 15 y el gráfico 15, se presentan las principales causas de mortalidad en recién nacidos prematuros del Hospital Amazónico de Yarinacocha, siendo la insuficiencia respiratoria la primera causa de muerte con un 40%, seguido de la sepsis neonatal con un 16%, el síndrome de aspiración de líquido amniótico, la enterocolitis necrotizante aguda y la hipertensión pulmonar persistente tienen un 12%, por último, el COVID-19 causó una defunción obteniendo un porcentaje del 4%.

4.2. DISCUSIÓN

En relación a los objetivos de la presente investigación podemos decir lo siguiente:

- **Identificar las características clínicas de los recién nacidos prematuros del Hospital Amazónico de Yarinacocha, 2020 se evaluaron las siguientes características:**

Edad gestacional al momento del nacimiento determinada mediante examen físico test de Capurro con los siguientes resultados, el 86% nació con prematuridad leve (34 -36 semanas), el 9% nació con prematuridad moderada (30 -33 semanas), el 4% nació con prematuridad extrema (26–28 semanas) y el 1% nació con prematuridad muy extrema (< 28 semanas).

Sexo del neonato: El 54% de los recién nacidos prematuros fueron del sexo masculino frente a un 46% de recién nacidos prematuro del sexo femenino.

Peso del neonato: Peso el 93% de los recién nacidos prematuros tuvieron un bajo peso al nacer <2500g frente a un 7% de recién nacidos con adecuado peso al nacer (2500 – 4000g).

La vía del nacimiento: El 65% de los recién nacidos prematuros tuvieron un parto por cesárea frente al 35% que tuvieron parto vaginal.

El Apgar al nacimiento: Se observa que el 76% de los recién nacidos prematuros obtuvieron de 4 – 6 al minuto del nacimiento, el 16% de los recién nacidos prematuros obtuvieron de > 6 al minuto del nacimiento y el 9% de los recién nacidos prematuros obtuvieron de <4% al minuto del nacimiento.

- **Identificar las características maternas asociadas a la morbimortalidad de los recién nacidos prematuros del Hospital Amazónico de Yarinacocha, 2020.**

Edad materna: Se observa que el 62% de las madres de los recién nacidos prematuros tenían entre el 19 – 35 años, el 22% tenían más de 35 años y el 15% de las madres de los recién nacidos prematuros tenían < de 19 años.

El tipo de embarazo: Se observa que el 82% de las madres de los recién nacidos prematuros tuvieron un embarazo único frente a un 18% que tuvieron un embarazo múltiple.

El uso de esteroides: Se observa que el 96% de las madres de los recién nacidos prematuros recibieron un tratamiento con esteroides para maduración pulmonar frente a tan solo un 4% que no recibieron esteroides.

Las complicaciones maternas de recién nacidos prematuros: Se observan las principales complicaciones en madres de recién nacidos prematuros, obteniendo como resultado que el 26% presentó infección urinaria, seguido de un 19% que tuvieron algún signo de sufrimiento fetal, el 15% de las madres presentó preeclampsia, el 10% de las madres presentó hemorragia prenatal, el 9% de las madres de los recién nacido presentaron otras complicaciones, el 8% de las madres no presentó ninguna patología, el 7% de las madres presentó diabetes mellitus, el 4% de la corioamnionitis, el 2% de las madres presentaron eclampsia.

Las características gineco obstétricas de las madres del recién nacido: Se observa que el 57% de las madres de los recién nacidos prematuros fueron multíparas, un 26% presentaron anemia en el embarazo, el 13% tuvieron antecedente de prematuridad y el 3% tuvo antecedente de embarazo múltiple.

- **Determinar el porcentaje de morbilidad en recién nacidos prematuros en el Hospital Amazónico de Yarinacocha, 2020.**

En cuanto a la morbilidad del recién nacido prematuro: Se observa que el 79% de los recién nacidos prematuros presentó alguna morbilidad por lo cual fueron hospitalizados en el servicio de neonatología. Frente al 21% de recién nacidos

prematuros que no presentaron morbilidades y se quedaron en alojamiento conjunto junto a sus madres.

- **Determinar el porcentaje de mortalidad del recién nacido prematuro en el Hospital Amazónico de Yarinacocha, 2020.**

Con respecto a la mortalidad del recién nacido prematuro: Se observa que el porcentaje de fallecimiento en recién nacidos prematuros del Hospital Amazónico de Yarinacocha fue del 9%.

- **Determinar las principales patologías que presentan los recién nacidos prematuros en el Hospital Amazónico de Yarinacocha, 2020.**

Las principales causas de morbilidad del recién nacido prematuro: Se observan las principales causas de morbilidad en recién nacidos prematuros del Hospital Amazónico de Yarinacocha, obteniendo como resultado que el 24% presentó sepsis neonatal, seguido de un 17% que presentaron depresión neonatal, el 11% presentó taquipnea transitoria al igual que enfermedad de membrana hialina y apnea del prematuro, el 10% de los recién nacidos prematuros presentó trastorno metabólico (hipoglicemia neonatal), el 8% presentó síndrome de aspiración de meconio, el 4% presentaron malformaciones congénitas entre mayores y menores, el 2% presentaron enterocolitis necrotizante aguda y cardiopatías congénitas y por último el 1% presentaron encefalopatía hipóxico isquémica.

En cuanto a las principales causas de mortalidad en recién nacidos prematuros: Siendo la insuficiencia respiratoria la primera causa de muerte con un 40%, seguido de la sepsis neonatal con un 16%, el síndrome de aspiración de líquido amniótico, la enterocolitis necrotizante aguda y la hipertensión pulmonar persistente tienen un 12%, por último, el COVID-19 causó una defunción obteniendo un porcentaje del 4%.

CONCLUSIONES

Al finalizar la investigación y de acuerdo a los objetivos de estudio se concluye lo siguiente:

1. Objetivo 1: Identificar las características clínicas de los recién nacidos prematuros del Hospital Amazónico de Yarinacocha, 2020.

Se evaluaron las siguientes características: edad gestacional al momento del nacimiento determinada mediante examen físico test de Capurro teniendo como resultado que el 78% nació con prematuridad leve y no hubo ningún recién nacido con prematuridad muy extrema; el sexo masculino se mantuvo más prevalente con un 54%; en cuanto al peso el 93% de los recién nacidos prematuros tuvieron un bajo peso al nacer; en cuanto al puntaje Apgar un mayor porcentaje de recién nacidos obtuvo entre 4 – 6 al minuto del nacimiento.

2. Objetivo 2: Identificar las características maternas asociadas a la morbimortalidad de los recién nacidos prematuros del Hospital Amazónico de Yarinacocha, 2020.

Se evaluaron las siguientes características: las madres de los recién nacidos prematuros en un mayor porcentaje tenían entre el 19 – 35 años, tuvieron en su mayoría un embarazo único, el 93% de las gestantes recibieron esteroides para maduración pulmonar ya sea 1 o 2 dosis, las complicaciones maternas más frecuentes fueron la infección urinaria y el sufrimiento fetal agudo, en cuanto a las características gineco-obstetricias un 57% de las madres fueron multiparas, un 26% de estas madres presentaron anemia durante el embarazo y solo un 13% presentó antecedente de prematuridad.

3. Objetivo 3: Determinar el porcentaje de morbilidad en recién nacidos prematuros en el Hospital Amazónico de Yarinacocha, 2020.

El 79% de los recién nacidos prematuros presentó alguna morbilidad por lo cual fueron hospitalizados en el servicio de neonatología.

4. Objetivo 4: Determinar el porcentaje de mortalidad del recién nacido prematuro en el Hospital Amazónico de Yarinacocha, 2020.

El porcentaje de fallecimiento en recién nacidos prematuros del Hospital Amazónico de Yarinacocha fue del 9%.

5. Objetivo 5: Determinar las principales patologías que presentan los recién nacidos prematuros en el Hospital Amazónico de Yarinacocha, 2020.

Las principales causas de morbilidad del recién nacido prematuro que se observaron en este estudio fueron la sepsis neonatal con un 24%, seguido de la depresión neonatal con un 17%, la taquipnea transitoria del recién nacido, la enfermedad de membrana hialina y apnea del prematuro cada una de ellas mostró un 11%.

La insuficiencia respiratoria fue la primera causa de muerte con un 40%, seguido de la sepsis neonatal, el síndrome de aspiración de líquido amniótico, la enterocolitis necrotizante aguda y la hipertensión pulmonar persistente y por último el COVID-19.

RECOMENDACIONES

1. Es imperativo el funcionamiento del comité de auditoría de historias clínicas para el control de calidad del llenado de las mismas.
2. Hay urgente necesidad de utilizar protocolos en el servicio de neonatología del Hospital Amazónico de Yarinacocha para que el llenado de los registros e historias clínicas sean adecuados y permitan realizar estudios posteriores con mayor profundidad. Esto implica aplicar medidas de mejoramiento continuo en este servicio.
3. Se recomienda realizar nuevos estudios del mismo tipo en el Hospital Regional de Pucallpa y el Hospital de ESSALUD para determinar las tasas de morbilidad y mortalidad neonatal en prematuros en nuestra región.
4. Es necesario educar a la población sobre la importancia del control prenatal y el personal de salud encargado de realizar esta actividad debe hacer hincapié en los factores de riesgo que conllevan a un parto prematuro enseñando a las gestantes identificarlo a tiempo.

REFERENCIA BIBLIOGRÁFICA

1. S. Rellan Rodríguez, C. Garcia de Ribera y M. Paz Aragón Garcia. El recién nacido prematuro. In. España; 2008. p. 68.
2. Yolanda Álvarez García, Asunción Pino Vázquez, Rebeca Garrote Molpeceres, Lorena Bermúdez Barrezueta. Morbilidad del prematuro tardío. Trabajo de fin de grado. 2020.
3. Ministerio de Salud. Boletín epidemiológico. 2019; 28(46).
4. Domingo ME. Análisis de la morbimortalidad a corto y medio plazo en los recién nacidos prematuros pequeños para la edad gestacional. 2017.
5. Matos-Alviso L.J., Reyes-Hernández K.L., López-Navarrete G.E., Reyes-Hernández M.U., Aguilar-Figueroa E. S., Pérez-Pacheco O., Reyes-Gómez U., López-Cruz G., Flores-Morillón B. C., Quero-Hernández A., Quero-Estrada A. La prematuridad: epidemiología, causas y consecuencias, primer lugar de mortalidad y discapacidad. 2020.
6. Molina HGC. Factores de riesgo maternos asociados a recién nacidos de bajo peso al nacer en el servicio de neonatología del Hospital ESSALUD III Salcedo - Puno de enero - diciembre 2017. Tesis, Puno; 2017.
7. Mendoza Tascón LA, Claros Benítez DI, Mendoza Tascón LI, Arias Guatibonza MD, Peñaranda Ospina CB. Epidemiología de la prematuridad, sus determinantes y prevención del parto prematuro. Rev. chil. obstet. ginecol. 2016 Agosto; 81(4): p. 330 - 342.
8. Quecara BJLM. Factores de riesgo asociados a la morbimortalidad del prematuro en el periodo neonatal en el Hospital Carlos Monge Medrano de Juliaca en el año 2018. Juliaca, Puno - Perú; 2019.
9. Delgado Bernal Doris Susana, Bravo Bonoso Delia Georgina, Placencia, Lopez, Miladyz, Sidar Edgardo Solorzano Solorzano. Prevalencia de morbilidad neonatal. Higía de la Salud. 2020 Diciembre; 1(3).

10. Chipana Chura M, Ticona Rendón M, Huanco Apaza D. Incidencia y morbilidad en recién nacidos pretérminos tardíos en el Servicio de Neonatología del Hospital Hipólito Unanue de Tacna (2017–2019). Rev Médica Basadrina. 2020 Junio 29; 14(1): p. 39 - 43.
11. Quispe KES. Morbimortalidad del recién nacido con muy bajo y extremadamente bajo peso al nacer en el servicio de neonatología del Hospital Regional Honorio Delgado Espinoza, 2018. Arequipa; 2019.
12. Flores KAC. Factores de riesgo perinatales asociados a la enfermedad de membrana hialina en neonatos prematuros del servicio de neonatología del Hospital Amazónico de Yarinacocha en el año 2018. Pucallpa: Ucayali; 2019.
13. Macedo MLL. Factores de riesgo asociados a sepsis neonatal en el Hospital Amazónico - región Ucayali durante el periodo 2017. Pucallpa - Perú.; Ucayali; 2019.
14. Miguel Oliveros JC. Prematuridad: Epidemiología, morbilidad y mortalidad perinatal. Pronóstico y desarrollo a largo plazo. Rev. Per. Ginecol. Obstet. 2008 Marco; 54: p. 7 -10.
15. Organización Mundial de la Salud. World Health Organization. [Online].; 2018. Available from: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/preterm-birth>.
16. Pan American Health Organization. Guía de práctica clínica para la atención del recién nacido prematuro. Santo Domingo - República Dominicana: 2018.
17. Recién Nacido Prematuro - Guí de Práctica Clínica. Quito - Ecuador: 2015.
18. Oscar Eduardo Castro - Delgado, Ingrid Salas Delgado, Francisco Alfredo Acosta - Argoty, Mario Delgado - Noguera y José Andrés Calvache. Muy bajo y extremo bajo peso al nacer. ELSEVIER. 2016 Marzo 31; 49(1): p. 23 - 30.
19. Dr. Jorge Andrés Robert S., DR. Juan Luis Leiva B., Dr. Alfredo Germain A. Protocolo de manejo en pacientes con amenaza de parto prematuro en Clínica Las Condes. ELSEVIER - Rev. Med. Clin. Condes. 2014; 25(6): p. 953 - 957.
20. Zamorano Jiménez Clara Aurora, Chirino-Barceló Yazmin, Baptista González Héctor Alfredo, Altamirano Bustamante Myriam M. Bioética en tiempo real: El Límite de la

- viabilidad en los recién nacidos. SCIELO - Medicas UIS. 2013 Diciembre; 26(3): p. 23 - 31.
21. Ceriani Cernadas JM. Los Límites de la Viabilidad en Prematuros, un Dilema Ético Creciente. Arch Argent Pediatr. 2018; 116(3): p. 170 - 171.
 22. Javier Mancilla Ramirez DVG. Programa de Actualización Continua en Neonatología. Federación Nacional de Neonatología de México A.C.; 2016.
 23. Marcela del Valle Ogas ACySR. Síndrome de aspiración de líquido amniótico meconial. Córdoba: Hospital Universitario de Maternidad y Neonatología; 2006.
 24. Dra. Coralia Gómez Mendoza; Dr. Pedro Ruiz Álvarez; Dra. Ildiko Garrido Bosze; Dra. María. Bajo peso al nacer, una problemática actual. Rev. Arch Med Camagüey. 2018; 22(4): p. 406 - 409.
 25. Alfredo García-Alix, Miriam Martínez Biarge, Juan Arnaez, Eva Valverde, José Quero. Asfixia Intraparto y Encefalopatía Hipóxico-Isquémica. La paz: Hospital Universitario La Paz; 2008.
 26. Holguin CAB. Complicaciones en prematuros con muy bajo peso al nacer en el Hospital Teodoro Maldonado Carbo desde enero del 2014 hasta diciembre DEL 2016. Tesis. Guayaquil; 2017.
 27. Fátima Camba Longueira, Josep Perapoch López y Nieves Martín Begué. Retinopatía de la Prematuridad. Protocolos Diagnósticos Terapéuticos de la AEP: Neonatología. 2008.
 28. Elisenda Moliner Calderón RÁPGGG. Insuficiencia Cardíaca en el Recién Nacido. Barcelona: Unidad de Neonatología. Servicio de Pediatría - Hospital de la Santa Creu i Sant Pau. Barcelona; 2008.
 29. ML Couce Pico, JR Fernández Lorenzo, JM Fraga Bermúdez. Enfermedades Congénitas del Metabolismo en el Período Neonatal. Protocolo. Santiago de Compostela: Hospital Clínico Universitario de Santiago de Compostela (CHUS); 2008.
 30. Espinal GP. Parto Pretermino y amenaza de parto pretérmino. Complejo Hospitalario Universitario Albacete; 2012.

31. Barrera CBF. Seguimiento y Morbilidad del Prematuro Tardío. Tesis. 2017.
32. Juan Luis Cordero, Ana M^a Grande, M^a José Fernández-Reyes y Julia E. Arroyo. Vacunaciones en los prematuros. Protocolo. Hospital Materno Infantil - Complejo Hospitalario Universitario Infanta Cristina. Badajoz; 2008.

ANEXO

ANEXO 1

INSTRUMENTO DE RECOLECCIÓN DE DATOS

UNIVERSIDAD NACIONAL DE UCAYALI

FACULTAD DE MEDICINA HUMANA

HOJA DE RECOLECCIÓN DE DATOS SOBRE LA MORBIMORTALIDAD ASOCIADAS A
RECIÉN NACIDOS PREMATUROS EN EL HOSPITAL AMAZÓNICO DE YARINACocha
2020.

DATOS GENERALES:

1. NOMBRE DEL RN: _____
2. EDAD GESTACIONAL: _____
3. DIRECCIÓN: _____

VARIABLES	INDICADORES		MARCAR O RELLENAR
CARACTERÍSTICAS MATERNAS			
EDAD MATERNA	Edad en años	<ul style="list-style-type: none">• Adolescente: <19 años• Edad promedio: 19 a 35 años• Añosa: >35 años	
TIPO DE EMBARAZO	Tipo de embarazo	<ul style="list-style-type: none">• Único.• Múltiple.	
USO DE ESTEROIDES	Consumo de sulfato de magnesio prenatal.	<ul style="list-style-type: none">• Si.• No.	
COMPLICACIONES MATERNAS	Complicaciones Maternas	<ul style="list-style-type: none">• Preeclampsia.• Eclampsia.• Diabetes mellitus.• Infección urinaria.• Hemorragia prenatal• Corioamnionitis• Signos de sufrimiento fetal	

		<ul style="list-style-type: none"> • Otros 	
CARACTERÍSTICAS GINECO-OBSTÉTRICAS DE LA MADRE	Presencia de antecedentes durante la gestación: Multiparidad, anemia gestacional, antecedente de prematuridad en embarazo previo, embarazo múltiple.	<ul style="list-style-type: none"> • Multiparidad: Sí () No () • Anemia Materna: Sí () No () • Antecedente de prematuridad: Sí () No () • Embarazo múltiple: Sí () No () 	
CARACTERÍSTICAS DEL NEONATO			
EDAD GESTACIONAL AL MOMENTO DEL NACIMIENTO	Edad gestacional determinada mediante examen físico del neonato al momento del examen físico.	<ul style="list-style-type: none"> • Prematuridad leve (34 – 36 semanas). • Prematuridad moderada (30–33 semanas). • Prematuridad extrema (26 – 29 semanas). • Prematuridad muy extrema (22 – 25 semanas). 	
SEXO DEL NEONATO	Conjunto de características físicas anatómicas y fisiológicas que caracteriza a la especie humana como varones y mujeres.	<ul style="list-style-type: none"> • Masculino. • Femenino. 	
PESO DEL NEONATO	Peso al nacer.	Bajo peso al nacer (1500gr - 2500gr) Adecuado peso al nacer (2500gr - 4000gr)	
VIA DE NACIMIENTO	Vía por la que se da salida al feto del útero de la madre.	<ul style="list-style-type: none"> • Parto vaginal • Parto por Cesárea 	
APGAR AL NACIMIENTO	Escala de Apgar.	<ul style="list-style-type: none"> • Apgar menor e igual a 3 al primer minuto de vida. • Apgar de 4 a 6 al primer minuto de vida. • Apgar de 7 a 10 al primer minuto de vida. 	

		<ul style="list-style-type: none"> • Apgar menor e igual a 3 al primer minuto de vida. 	
MORBILIDAD DEL NEONATO			
MORBILIDAD NEONATAL.	Cantidad de recién nacidos prematuros que padecen enfermedad en un determinado espacio y periodo de tiempo	<ul style="list-style-type: none"> • Si. • No. 	
SÍNDROME DE DIFICULTAD RESPIRATORIA	Alteración del patrón respiratorio que se caracteriza por elevación de la FR y/o tiraje o quejido.	<ul style="list-style-type: none"> • Taquipnea transitoria: Sí No • Enfermedad de Membrana Hialina: Sí No • Hipertensión pulmonar persistente: Sí No 	
APNEA DEL PREMATURO	Ausencia de respiración por 20 segundos o más, acompañadas de bradicardia, cianosis central y/o disminución de la saturación de oxígeno.	<ul style="list-style-type: none"> • Si. • No. 	
HIPOGLICEMIA NEONATAL	Baja concentración de glucosa sérica en el neonato: <45 mg/dl.	<ul style="list-style-type: none"> • Si. • No. 	
SEPSIS NEONATAL	Patología caracterizada por signos y síntomas sistémicos de infección, con presencia de bacterias en sangre.	<ul style="list-style-type: none"> • Si. • No. 	
ENTEROCOLITIS NECROTIZANTE	Proceso isquémico -necrótico en la mucosa intestinal.	<ul style="list-style-type: none"> • Si. • No. 	
MALFORMACIONES CONGENITAS	Defectos estructurales que comprometen la función de un órgano o	<ul style="list-style-type: none"> • Si • No 	

	sistema y se desarrollan durante la vida intrauterina.		
CARDIOPATIAS CONGENITAS	Es aquella anomalía estructural del corazón o de los grandes vasos.	<ul style="list-style-type: none"> • Si • No 	
MORTALIDAD NEONATAL.			
MORTALIDAD NEONATAL		<ul style="list-style-type: none"> • Si • No 	

ANEXO 2

MATRIZ DE CONSISTENCIA

PROBLEMA	OBJETIVO GENERAL	OBJETIVOS ESPECÍFICOS	HIPÓTESIS	VARIABLES
¿Cuál es la morbimortalidad asociada a recién nacidos prematuros en el Hospital Amazónico de Yarinacocha, 2020?	Determinar la morbimortalidad asociadas a recién nacidos prematuros en el Hospital Amazónico de Yarinacocha, 2020.	<ol style="list-style-type: none"> 1. Identificar las características clínicas de los recién nacidos prematuros del Hospital Amazónico de Yarinacocha, 2020. 2. Identificar las características maternas asociadas a la morbimortalidad de los recién nacidos prematuros del Hospital Amazónico de Yarinacocha, 2020. 3. Determinar el porcentaje de mortalidad del recién nacido prematuro en el Hospital Amazónico de Yarinacocha, 2020. 4. Determinar el porcentaje de morbilidad en recién nacidos prematuros en el Hospital Amazónico de Yarinacocha, 2020. 5. Determinar las principales patologías que presentan los recién nacidos prematuros en el Hospital Amazónico de Yarinacocha, 2020. 	No lleva por ser un estudio descriptivo.	<p>Características maternas: edad materna, tipo de embarazo, uso de esteroides, complicaciones maternas, características gineco-obstetricias de la madre.</p> <p>Características del neonato: edad gestacional, sexo, peso, vía del Nacimiento, Apgar al minuto.</p> <p>Morbilidad neonatal: síndrome de dificultad respiratoria, apnea del prematuro, hipoglicemia neonatal, sepsis neonatal, enterocolitis necrotizante, malformaciones congénitas, cardiopatías congénitas, neonatales</p> <p>Mortalidad neonatal.</p>