



**UNIVERSIDAD CATÓLICA
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
CARRERA DE ENFERMERÍA**

TEMA:

**Caracterización clínica de los recién nacidos pretérminos
atendidos en el Hospital Gineco-Obstétrico Pediátrico
Universitario de Guayaquil en el año 2025.**

AUTORES:

Vera Moreira, Lady Justin

**Trabajo de titulación previo a la obtención del título de
LICENCIADA/O EN ENFERMERÍA**

TUTORA:

Lcda. Mendoza Vines, Ángela Ovilda, Mgs.

**Guayaquil, Ecuador
13 de agosto del 2026**



UNIVERSIDAD CATÓLICA
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
CARRERA DE ENFERMERÍA

CERTIFICACIÓN

Certificamos que el presente trabajo de titulación fue realizado en su totalidad por **Vera Moreira, Lady Justin**, como requerimiento para la obtención del título de **Licenciado/a en enfermería**.

TUTORA

f. _____
Lcda. Mendoza Vines, Ángela Ovilda, Mgs.

DIRECTORA DE LA CARRERA

f. _____
Lcda. Mendoza Vines, Ángela Ovilda, Mgs.

Guayaquil, a los 13 días del mes de Agosto del 2026



UNIVERSIDAD CATÓLICA
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
CARRERA DE ENFERMERÍA

DECLARACIÓN DE RESPONSABILIDAD

Yo, **Vera Moreira, Lady Justin**

DECLARO QUE:

El Trabajo de Titulación, **Caracterización clínica de los recién nacidos pretérminos atendidos en el Hospital Gineco-Obstétrico Pediátrico Universitario de Guayaquil en el año 2025**, previo a la obtención del título de **Licenciado/a en enfermería**, ha sido desarrollado respetando derechos intelectuales de terceros conforme las citas que constan en el documento, cuyas fuentes se incorporan en las referencias o bibliografías. Consecuentemente este trabajo es de mi total autoría.

En virtud de esta declaración, me responsabilizo del contenido, veracidad y alcance del Trabajo de Titulación referido.

Guayaquil, a los 13 días del mes de Agosto del 2026

LA AUTORA



Firmado digitalmente por:
**LADY JUSTIN VERA
MOREIRA**

f. _____

Vera Moreira, Lady Justin



UNIVERSIDAD CATÓLICA
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
CARRERA DE ENFERMERÍA

AUTORIZACIÓN

Yo, **Vera Moreira, Lady Justin**

Autorizo a la Universidad Católica de Santiago de Guayaquil a la **publicación** en la biblioteca de la institución del Trabajo de Titulación, **Caracterización clínica de los recién nacidos pretérminos atendidos en el Hospital Gineco-Obstétrico Pediátrico Universitario de Guayaquil en el año 2025**, cuyo contenido, ideas y criterios son de mi exclusiva responsabilidad y total autoría.

Guayaquil, a los 13 días del mes de Agosto del 2026

LA AUTORA:



Firmado digitalmente por:
**LADY JUSTIN VERA
MOREIRA**

f. _____

Vera Moreira, Lady Justin

REPORTE DE COMPILATIO



Certificado de análisis

Compilatio Magister+ | UCSG-EC- Universidad Católica de Santiago de Guayaquil

Lady Vera M._Trabajo de titulación

ID : 0b57ae20211a1ef395b64193cb0984704568cd04



5%

Textos sospechosos

Nombre del fichero : Lady Vera M._Trabajo de titulación.txt
Tamaño del archivo original : 1,09 MB
Número de palabras : 12.109

Depositante : Julia Yndelira Garrido
Fecha de depósito : 8 de septiembre de 2026
Tipo de carga : Interface
fecha de fin de análisis : 8 de septiembre de 2026

Resumen (sección 1/2)

Localización de los textos sospechosos en el documento :



Incluido en el porcentaje de textos sospechosos :



Similitudes

9%

Pasajes con similitudes a fuentes encontradas en diferentes colecciones.



Detección de IA

5%

Textos estilísticamente próximos a un texto generado por una IA.

Este índice es un indicador y no una prueba. Comprueba con el autor si domina los conocimientos mencionados en el documento.



Idiomas no reconocidos

10%

Pasajes en los que parte del vocabulario utilizado no forma parte del diccionario de la lengua.

Puede tratarse de un intento del autor de modificar el texto para evitar ser detectado.



No incluido en el porcentaje de textos sospechosos :



Textos entre comillas

<1%

Pasajes entre comillas, a menudo indicativos de una cita.

JULIA
YNDELIRIA
GARRIDO

Digitally signed by
JULIA YNDELIRIA
GARRIDO
Date: 2026.09.09
20:01:33 -05'00'

AGRADECIMIENTO

En primer lugar, agradezco a Dios por brindarme sabiduría, perseverancia y fortaleza para culminar una importante fase de mi formación como profesional de enfermería.

A mis padres, por su apoyo incondicional y motivación constante durante este proceso. Además, a mis docentes por orientar mi aprendizaje y contribuir a mi crecimiento académico mediante sus conocimientos.

Al Hospital Gineco-Obstétrico Pediátrico Universitario de Guayaquil porque otorgó el acceso a la información para este proyecto, por su disposición y colaboración.

Vera Moreira, Lady Justin

DEDICATORIA

Dedico este trabajo de titulación a mi familia por acompañarme con paciencia y palabras de aliento en cada etapa de este camino.

A mis docentes, por compartir sus enseñanzas que contribuyeron a mi crecimiento personal y profesional.

Finalmente, me dedico este logro a mí misma, por el esfuerzo y la perseverancia que me permitieron superar cada desafío y alcanzar esta meta profesional.

Vera Moreira, Lady Justin



**UNIVERSIDAD CATÓLICA
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
CARRERA DE ENFERMERÍA**

TRIBUNAL DE SUSTENTACIÓN

f. _____
Lcda. Mendoza Vines, Ángela Ovilda, Mgs.
DIRECTORA DE CARRERA

f. _____
Lcda. Rivera Salazar, Geny Margoth, PhD.
COORDINADORA DEL ÁREA DE TITULACION

f. _____
Lcda. Garrido, Yndeliria Julia, Mgs.
OPONENTE

ÍNDICE GENERAL

CERTIFICACIÓN.....	II
DECLARACIÓN DE RESPONSABILIDAD	III
AUTORIZACIÓN.....	IV
REPORTE DE COMPILATIO	V
AGRADECIMIENTO	VI
DEDICATORIA.....	VII
RESUMEN.....	XIII
ABSTRACT	XIV
INTRODUCCIÓN.....	2
CAPITULO I.....	4
1.1 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	4
1.2 PREGUNTAS DE INVESTIGACIÓN.....	5
1.3 JUSTIFICACIÓN.....	5
1.4 OBJETIVOS	7
1.4.1 Objetivo General	7
1.4.2 Objetivos Específicos	7
CAPITULO II.....	8
2. FUNDAMENTACIÓN CONCEPTUAL.....	8
2.1 ANTECEDENTES DE LA INVESTIGACIÓN.....	8
2.2 MARCO CONCEPTUAL	10
2.2.1 Recién nacido pretérmino.....	10
2.2.1.1 Clasificación según edad gestacional	11
2.2.1.2 Clasificación según peso al nacer	12
2.2.1.3 Epidemiología del recién nacido pretérmino	13
2.2.1.4 Desarrollo fisiológico del recién nacido pretérmino	14
2.2.1.5 Características clínicas del recién nacido pretérmino.....	16
2.2.2 Adaptación del recién nacido a la vida extrauterina.....	17
2.2.3 Evaluación de adaptación neonatal mediante test de Apgar	18
2.2.4 Complicaciones frecuentes en el recién nacido pretérmino	19
2.3 MARCO LEGAL.....	23
2.3.1 Constitución de la República del Ecuador	23
2.3.2 Ley Orgánica de Salud	24

CAPITULO III.....	25
3. DISEÑO DE LA INVESTIGACIÓN	25
3.1 Tipo de Estudio.....	25
3.2 Nivel	25
3.3 Métodos.....	25
3.4 Diseño	25
3.4.1 Según el tiempo	26
3.4.2 Según la naturaleza	26
3.5 Población y Muestra	26
3.6 Criterios de Inclusión y Exclusión	26
3.6.1 Criterios de Inclusión.....	26
3.6.2 Criterios de Exclusión.....	27
3.7 Procedimientos para la Recolección de Información.....	27
3.8 Técnicas de Procesamiento y Análisis de Datos.....	27
3.9 Procedimientos para Garantizar Aspectos Éticos en las Investigaciones con Sujetos Humanos.....	28
3.10 Variables Generales y Operacionalización	29
4. PRESENTACIÓN Y ANÁLISIS DE RESULTADOS	30
5. DISCUSIÓN.....	36
6. CONCLUSIONES	37
7. RECOMENDACIONES	38
REFERENCIAS	39
ANEXOS	44
DECLARACIÓN Y AUTORIZACIÓN.....	49

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1. Características sociodemográficas de neonatos pretérmino	30
Figura 2. Características perinatales de recién nacidos pretérmino	31
Figura 3. Categorización de recién nacidos pretérmino según edad gestacional	32
Figura 4. Categorización de recién nacidos pretérmino según peso al nacer	33
Figura 5. Complicaciones asociadas a prematuridad en recién nacidos pretérmino	34
Figura 6. Días de hospitalización y condiciones al egreso de recién nacidos pretérmino	35

ÍNDICE DE ANEXOS

Anexo 1. Solicitud para recolección de datos en Hospital Gineco-Obstétrico Pediátrico Universitario de Guayaquil	44
Anexo 2. Autorización para recolección de datos en Hospital Gineco- Obstétrico Pediátrico Universitario de Guayaquil	45
Anexo 3. Formato de instrumento de recolección de datos.....	47

RESUMEN

Introducción: La prematuridad es una condición neonatal que conlleva al desarrollo de complicaciones debido a la inmadurez de los órganos y sistemas, entonces resulta necesario la caracterización clínica de los neonatos, considerando los aspectos perinatales, sociodemográficos, peso al nacer, edad gestacional y principales repercusiones. **Objetivo:** Determinar la caracterización clínica de los recién nacidos pretérminos atendidos en el Hospital Gineco-Obstétrico Pediátrico Universitario de Guayaquil, 2025. **Metodología:** Descriptiva, cuantitativa, retrospectiva y transversal, empleando la técnica de observación y el instrumento conformado por una ficha recolectora de datos. **Resultados:** Predominio del sexo masculino (53,5%) y procedencia urbana (69,6%) en las características sociodemográficas, y en la caracterización perinatal el nacimiento por cesárea (67,7%), adaptación adecuada al minuto (63,9%) y al quinto minuto (86,7%). La categorización según edad gestacional mostró predominio del grupo pretérmino tardío en 51,9% y de acuerdo al peso mayor índice de 1500-2499 gramos en 81,6%. Acerca de las complicaciones por prematuridad se reportó mayor frecuencia del síndrome de dificultad respiratoria en 43,7% e ictericia neonatal en 30,4%. **Conclusión:** Los recién nacidos pretérmino tenían mayor predominio masculino, bajo peso al nacer, nacimiento por cesárea y adaptabilidad favorable, presentando síndrome de dificultad respiratoria como principal complicación lo que requiere atención y seguimiento especializado.

Palabras Clave: Caracterización clínica; Prematuridad; Recién nacido pretérmino.

ABSTRACT

Introduction: Prematurity is a neonatal condition that leads to the development of complications due to organ and system immaturity; therefore, it is necessary to clinically characterize these neonates, taking into account perinatal and sociodemographic aspects, birth weight, gestational age, and primary clinical outcomes. **Objective:** To determine the clinical characteristics of preterm newborns treated at the University Gynecological-Obstetric and Pediatric Hospital of Guayaquil in 2025. **Methodology:** A descriptive, quantitative, retrospective, and cross-sectional study was conducted using an observational approach and a data collection form. **Results:** Sociodemographic analysis showed a predominance of males (53.5%) and urban origin (69.6%), while perinatal characteristics revealed a predominance of Cesarean deliveries (67.7%) and adequate adaptation at one minute (63.9%) and five minutes (86.7%). Categorization by gestational age showed a predominance of the late preterm group (51.9%), and categorization by weight showed the highest proportion in the 1,500–2,499 gram range (81.6%). Regarding complications associated with prematurity, respiratory distress syndrome (43.7%) and neonatal jaundice (30.4%) were the most frequently reported conditions. **Conclusion:** Preterm newborns were predominantly male, had low birth weight, were delivered via Cesarean section, and showed favorable adaptation; respiratory distress syndrome was the primary complication, necessitating specialized care and follow-up.

Key Words: Clinical characterization; Prematurity; Preterm newborn.

INTRODUCCIÓN

La prematuridad representa uno de los desafíos principales de la salud materno-infantil debido a la vulnerabilidad que presentan los neonatos antes de las 37 semanas de gestación, de acuerdo a la Organización Mundial de la Salud (OMS) existe la persistencia de la tasa de nacimientos prematuros en los últimos diez años, de cada 10 recién nacidos, 1 es prematuro y cada 40 segundos ocurre su fallecimiento, con respecto a los sobrevivientes suelen padecer discapacidad, retrasos en el desarrollo y consecuencias sanitarias a lo largo de su vida (1).

En efecto, las alteraciones clínicas más frecuentes corresponden a problemas en la alimentación, mayor susceptibilidad a infecciones, dificultad para mantener la temperatura corporal, compromiso respiratorio, necesidad de cuidados especializados y estancia hospitalaria prolongada (2). Desde el ámbito clínico, los neonatos pretérminos presentan características variables según el peso al nacer y la edad gestacional; por lo tanto, la valoración inicial debe considerar algunos aspectos como el peso, sexo, talla, condición al nacimiento y puntuación de Apgar (3).

Acerca del abordaje hospitalario, la atención del neonato pretérmino demanda equipamiento especializado, recursos humanos capacitados y protocolos enfocados a la prevención, reconocimiento y manejo de las principales complicaciones neonatales. En los primeros días de vida, estos pacientes necesitan seguimiento constante de sus funciones vitales y parámetros asociados con la adaptación extrauterina, entonces la caracterización clínica constituye una herramienta útil para identificar los casos más vulnerables y establecer las intervenciones asistenciales (4).

A nivel de Ecuador, la atención de neonatos pretérminos implica una prioridad para disminuir la morbilidad infantil porque en el territorio existen algunas condiciones obstétricas, maternas y neonatales que influyen en la ocurrencia de esta afección, también las características clínicas varían según el sector geográfico, el nivel de complejidad de las instituciones de salud y las condiciones de referencia (5).

El Hospital Gineco-Obstétrico Pediátrico Universitario de Guayaquil brinda atención especializada al binomio madre-hijo, partiendo de ello la identificación del perfil clínico de los neonatos pretérminos atendidos en un periodo determinado permite obtener una aproximación objetiva a las condiciones que presentan al momento del nacimiento y durante su atención hospitalaria. En este contexto, el presente estudio tendrá como finalidad caracterizar clínicamente a los recién nacidos pretérminos atendidos en el establecimiento de salud de Guayaquil durante el año 2025, de esta manera los resultados obtenidos servirán como referente para investigaciones a futuro sobre prematuridad y sus repercusiones, además de contribuir al fortalecimiento de la calidad de atención neonatal.

CAPITULO I

1.1 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

El nacimiento pretérmino es una de las principales problemáticas de salud neonatal en todo el mundo debido a su impacto en la morbilidad y mortalidad infantil. Según la OMS, en el año 2023 nacieron 13,4 millones de neonatos prematuros, siendo la principal causa de fallecimiento en niños de cinco años o menos (6). La inmadurez fisiológica de los recién nacidos los torna susceptibles al desarrollo de complicaciones neurológicas, infecciosas, cardiovasculares, metabólicas y respiratorias, y suele clasificarse en prematuridad moderada (32-36 semanas), prematuridad grave (28-31.6 semanas) y prematuridad extrema (antes de 28 semanas) (7).

A nivel de América Latina, la prematuridad comprende una condición que debe abordarse debido a la elevada carga de enfermedad asociada, en diversos países de la región se ha reportado un incremento en el índice de nacimientos pretérmino, situación que ha generado una mayor demanda de servicios neonatales especializados y de unidades de cuidados intensivos neonatales (UCIN) (8).

En el contexto de Ecuador, los recién nacidos pretérmino constituyen una proporción importante de los ingresos hospitalarios en los servicios de neonatología, siendo frecuentes complicaciones como la dificultad respiratoria, la sepsis neonatal, la ictericia y otras patologías relacionadas con la inmadurez orgánica. Aunque existen esfuerzos dirigidos a mejorar la atención prenatal y neonatal, aún se requiere información actualizada que permita conocer el comportamiento clínico de esta población y orientar la implementación de estrategias que contribuyan a reducir las complicaciones y mejorar los resultados en salud (9).

El Hospital Gineco-Obstétrico Pediátrico Universitario de Guayaquil constituye una de las principales instituciones de referencia para la atención materno-infantil en el territorio nacional, recibiendo un número considerable de neonatos pretérmino que requieren cuidados especializados. Debido a la

complejidad de los casos atendidos, es frecuente la presencia de condiciones clínicas asociadas a la prematuridad que demandan intervenciones oportunas y seguimiento permanente por parte del equipo multidisciplinario de salud. Sin embargo, la disponibilidad de información sistematizada acerca de las características clínicas de estos pacientes es limitada, lo que dificulta la identificación de patrones clínicos y la planificación de acciones basadas en evidencia local.

1.2 PREGUNTAS DE INVESTIGACIÓN

- ¿Cuáles son las características sociodemográficas y perinatales de los neonatos pretérminos del Hospital Gineco-Obstétrico Pediátrico Universitario de Guayaquil?
- ¿Cómo se categorizan los recién nacidos pretérminos de acuerdo a edad gestacional y peso al nacer?
- ¿Cuáles son las complicaciones más frecuentes debido a prematuridad en los neonatos pretérminos del estudio?

1.3 JUSTIFICACIÓN

La prematuridad es uno de los principales retos de salud pública mundial por su relación con la morbilidad neonatal y las secuelas que pueden afectar el desarrollo del neonato, ellos pueden presentar mayor riesgo de complicaciones infecciosas, neurológicas, respiratorias y metabólicas. Ante ello, resulta esencial tener información actualizada sobre las características clínicas de esta población porque permite entender sus necesidades de atención y comportamiento epidemiológico, aportando con conocimiento al área de neonatología y favoreciendo la toma de decisiones basado en datos institucionales.

Desde la perspectiva práctica, el estudio permitirá reconocer las principales características clínicas, las complicaciones asociadas a prematuridad y los requerimientos de atención de neonatos pretérmino, esta información obtenida permitirá que los profesionales de salud puedan implementar estrategias enfocadas a mejorar la atención de estos pacientes prioritarios y evitar el incremento de casos de prematuridad. También, los resultados

contribuirán al fortalecimiento de medidas de vigilancia clínica, la optimización de protocolos asistenciales y el uso eficiente de recursos en los servicios de neonatología.

Con respecto al aporte metodológico, el estudio empleará un enfoque cuantitativo, descriptivo, retrospectivo y transversal con la finalidad de obtener datos verificables mediante registros clínicos, garantizando la confiabilidad de los hallazgos. También, la aplicación de una ficha recolectora de datos que podría emplearse a futuro como referencia en investigaciones sobre prematuridad y salud neonatal, contribuyendo a la generación de evidencia científica comparable en diversos contextos académicos y hospitalarios.

Acerca de la relevancia social, la prematuridad constituye un problema de salud que no solo compromete al neonato, sino también a su familia, el sistema de salud y la sociedad en general. Las complicaciones debido al nacimiento pretérmino pueden generar mayores costos de atención, prolongadas estancias hospitalarias y necesidades de seguimiento a corto y largo plazo. Así pues, conocer las características clínicas de los neonatos pretérmino atendidos en el contexto de estudio permitirá orientar las acciones de atención, prevención y vigilancia neonatal, contribuyendo en el diseño de estrategias de fortalecimiento de salud materno-infantil.

1.4 OBJETIVOS

1.4.1 Objetivo General

Determinar la caracterización clínica de los recién nacidos pretérminos atendidos en el Hospital Gineco-Obstétrico Pediátrico Universitario de Guayaquil, año 2025.

1.4.2 Objetivos Específicos

- Describir las características sociodemográficas y perinatales de los recién nacidos pretérminos del Hospital Gineco-Obstétrico Pediátrico Universitario de Guayaquil.
- Establecer la categorización de los recién nacidos pretérminos según edad gestacional y peso al nacer.
- Identificar las complicaciones más frecuentes asociadas a la prematuridad en los neonatos pretérminos investigados.

CAPITULO II

2. FUNDAMENTACIÓN CONCEPTUAL

2.1 ANTECEDENTES DE LA INVESTIGACIÓN

Martínez M. (10) en 2024 realizó un estudio en Nicaragua “Caracterización de los neonatos prematuros en el Hospital Escuela César Amador Molina de Matagalpa” cuyo objetivo fue caracterizar a los prematuros del área de neonatología de esta institución. La metodología fue descriptiva y transversal con 130 neonatos. Entre los resultados, se encontró que las madres tenían procedencia rural en 83,8%, 20 a 34 años en 59,2%, primaria incompleta en 27,6%, primigestas en 38,4% y asistencia a 4 controles prenatales en 64,6%; con respecto al neonato, tenían peso de 1600-2000gr en 49,2%, semana 31-34 de gestación en 72,3%, de sexo femenino en 50,7% y masculino en 49,2%, culminación por parto vaginal en 51,5% y cesárea en 48,4%, en las complicaciones principales se registró síndrome de dificultad respiratoria (SDR) en 90%, sepsis en 57,9%, neumonía en 33,8%, hipoglicemia en 21,5% y anemia en 21,5%. Se concluyó que principalmente los neonatos cursaban de 31-34 semanas, siendo el SDR y la sepsis las complicaciones de mayor frecuencia.

En Cuba, Arguelles A. (11) en 2020 llevó a cabo una investigación denominada “Caracterización del neonato pretérmino tardío, Hospital Ángel Arturo Aballí” con la finalidad de caracterizar a los neonatos pretérmino ingresados por el servicio de neonatología. Se empleó un diseño observacional, y retrospectivo con 385 pretérminos tardíos. En los resultados, se evidenció que habían nacido por cesárea en 54,8%, mayor riesgo de bajo peso en 61,5% y presencia de complicaciones como ictericia en 31,9%, síndrome de dificultad respiratoria en 6,0%, anemia en 4,7%, hipoglicemia en 2,0% y hemorragia intracraneal 1,3%. Se concluyó que los pretérminos tardíos presentan mayor riesgo de ventilación mecánica y reanimación, de presentar hipoglicemia, ictericia y SDR.

Por otra parte, Campos E. (12) en 2020 realizó un estudio en Perú titulado “Características de neonatos pretérmino del Hospital de Pampas, Huancavelica” para establecer la caracterización del neonato pretérmino nacido en esta casa de salud. La metodología descriptiva, no experimental y retrospectivo con 42 nacidos prematuros. En los hallazgos principales, se reportó que 26,3% tuvieron peso normal, 69,0% con bajo peso al nacer y 2,4% con muy bajo peso al nacer; de acuerdo a la edad gestacional, 73,8% eran prematuros leves, 23,8% moderados y 2,4% extremos; acerca del Apgar, 80,9% adecuado al minuto, 16,7% depresión moderada y 2,4% depresión severa; y en las complicaciones, 40,0% sin diagnóstico patológico y 14,3% con presencia de 2 o más patologías, de ellos 9,5% SDR más sepsis neonatal, 9,5% ictericia neonatal, 9,5% sepsis neonatal, 7,1% síndrome de distrés respiratorio y 4,8% anemia. Se concluyó que se deben establecer estrategias de promoción y prevención para minimizar el índice de neonatos pretérminos.

En ese mismo contexto, Cárdenas S. (13) realizó una investigación denominada “Características del neonato pretérmino nacido por cesárea en el Hospital Regional Docente El Carmen, Huancayo” cuyo objetivo fue determinar las características del neonato pretérmino nacido por cesárea en esta casa de salud. La metodología fue descriptiva, retrospectiva y no experimental con 367 neonatos prematuros. En los resultados, se encontró que 57,6% habían nacido por cesárea, predominio de sexo masculino, 53,3% eran prematuros leves (35-36 semanas), 66,3% prematuros con peso entre 1500-2500 gramos, 64,1% Apgar normal al minuto o sin depresión y 91,3% por cesárea con Apgar normal a los 5 minutos. Además, en las complicaciones principales se constató hospitalización por más de 2 patologías (sepsis, SDR, hipoglicemia y retinopatía) en 28,3% y hospitalizados por SDR más sepsis neonatal en 22,8%. Se concluyó que la mayoría fueron prematuros leves, con peso de 1500-2500 gramos y Apgar normal.

A nivel de Ecuador, Bejarano D. (14) ejecutó una investigación denominada “Morbilidad y mortalidad en neonatos prematuros y su asociación con factores de riesgo en el servicio de neonatología del Hospital IESS Ibarra” cuyo objetivo fue determinar la asociación de morbilidad y mortalidad en neonatos menores de 37

semanas y los principales factores de riesgo en la sala de neonatología. Se empleó un estudio descriptivo con 70 recién nacidos prematuros. En los resultados, se encontró que las madres tenían de 26-30 años en 27,0%, eran de nivel de instrucción secundaria en 38,5%; acerca de los neonatos, presentaron un peso mayor de 2000 en 68,5%, cursaban de 34-36 semanas en 68,0%, Apgar mayor a 7 en el primer minuto en 66,0% y en el quinto minuto en 94,0%, y presentaron alguna patología (dificultad respiratoria, sepsis, hipoglicemia, enterocolitis y malformaciones congénitas) en 57,0%. Se concluyó que la edad gestacional menor a 37 semanas junto con el bajo peso al nacer son las causas principales de morbilidad neonatal con implicaciones en el sistema de salud y a nivel socioeconómico.

2.2 MARCO CONCEPTUAL

2.2.1 Recién nacido pretérmino

El recién nacido pretérmino se refiere al neonato que ha tenido un nacimiento antes de las 37 semanas completas de embarazo, las mismas que han sido contadas a partir del primer día de la última fecha de menstruación materna. La prematuridad es una de las principales razones de morbilidad neonatal que afecta a todo el mundo, debido a que existe una notable inmadurez de la función de los diferentes sistemas y órganos vitales. Cuanto menor es la edad gestacional al momento del nacimiento, el riesgo de complicaciones y secuelas a largo plazo es aún mayor (15).

La OMS como entidad sanitaria global refleja que el nacimiento prematuro puede presentarse de forma inducida o espontánea, ya sea por indicación médica ante la presencia de condicionantes maternos o fetales que exponen la vida de riesgo o en situaciones agravantes. Implica una condición que representa un gran problema de salud, puesto que aumenta la hospitalización de los neonatos, incrementa el riesgo de necesidad de cuidados intensivos y un costo sanitario elevado asociado con atención de mayor especialidad (16).

La prematuridad genera afectación a nivel de las características anatómicas y físicas del recién nacido, en comparación con un recién nacido a término. Dentro de las principales, se incluye la inmadurez pulmonar, debilidad en la

succión, generando problemas para la alimentación, pérdida rápida de temperatura corporal y mayor vulnerabilidad a procesos infecciosos. Todas estas alteraciones desencadenan un desarrollo incompleto de los órganos fetales durante la vida intrauterina (17).

La prematuridad afecta a órganos y sistemas del organismo, sobre todo al sistema neurológico, respiratorio, inmunológico y gastrointestinal, ya que los neonatos pretérminos tienen que estar sometidos a una vigilancia continua acompañada de cuidados especializados, los mismos que están destinados a la prevención de complicaciones, favoreciendo la adaptación de la vida extrauterina. Desde la perspectiva clínica, la identificación temprana del recién nacido prematuro busca la implementación de estrategias más oportunas, como una valoración integrada que incluye la determinación de edad gestacional, monitoreo de signos vitales y evaluación física de rutina (18).

Todas esas evaluaciones permiten una mejor supervivencia del neonato, disminuyendo el riesgo de secuelas neurológicas y desarrollo. Actualmente, los avances en la neonatología permiten incrementar la supervivencia de los recién nacidos pretérminos. Sin embargo, cuanto menor edad gestacional presente, mayores son los riesgos de complicaciones, sobre todo en aquellos países que no disponen de recursos suficientes y atención especializada (19).

2.2.1.1 Clasificación según edad gestacional

La clasificación del neonato pretérmino de acuerdo a la edad gestacional permite la identificación del grado de inmadurez neonatal para determinar el riesgo de complicaciones a las que se puede enfrentar. Esta categorización está basada en la edad gestacional al momento del nacimiento y es una herramienta de gran impacto para el manejo del pronóstico clínico del neonato. A continuación, se describe la clasificación según la edad gestacional:

- Recién nacidos pretérminos extremos: Aquellos que presenten un nacimiento que se anticipe a las 28 semanas, en donde el riesgo de mortalidad es bastante elevado, ya que existe inmadurez marcada de órganos vitales como pulmones, intestinos y cerebro. Estos neonatos

requieren una valoración de ventilación mecánica, soporte nutricional parenteral y estadía prolongada en la UCIN (16).

- Recién nacidos pretérminos muy prematuros: Neonatos que han nacido entre las 28 y 31 semanas y 6 días de gestación completa. Tienen una tasa de supervivencia mejor en comparación con los prematuros extremos, sin embargo, son igual de vulnerables a las complicaciones, sobre todo a la sepsis neonatal, hemorragia intraventricular, dificultad respiratoria, entre otros (20).
- Recién nacidos pretérminos moderados: Aquellos que han nacido entre las 32 a 33.6 semanas de embarazo. Tienen un grado de maduración fisiológica un poco mejor, aunque, se asocian a complicaciones como dificultad respiratoria, limitantes en la alimentación y alteración para regular su función térmica. Su evolución tiende a ser más favorable, sobre todo cuando estos reciben un tratamiento especializado.
- Recién nacidos pretérminos tardíos: Aquellos que han nacido entre las 34 y 36.6 semanas de embarazo. Si bien se encuentran más próximos a la fecha de nacimiento, no son considerados completamente maduros, puesto que tienen un riesgo de ictericia, hipoglicemia, dificultad respiratoria y problemas para la lactancia (21).

2.2.1.2 Clasificación según peso al nacer

El peso al nacer comprende un marcador importante para evaluar el estado de salud del neonato, determinando así los posibles riesgos y complicaciones a las que se enfrenta. El peso es una medida que refleja la calidad de crecimiento intrauterino, permitiendo identificar de forma prematura las alteraciones relacionadas a la restricción del crecimiento y prematuridad. A continuación, se expone la clasificación:

- Recién nacido de bajo peso al nacer: Aquel cuyo peso se encuentra por debajo de los 2.500 gramos, independientemente de la edad gestacional al momento del nacimiento. Este grupo de neonatos se enfrenta a una vulnerabilidad de infecciones, dificultad para adaptarse al medio extrauterino y alteraciones en sus procesos metabólicos. El

bajo peso está comúnmente relacionado a condiciones maternas poco favorables que se han presentado durante el embarazo (22).

- Recién nacido de muy bajo peso al nacer: Aquel cuyo peso se encuentra por debajo de 1.500 gramos, requiere una vigilancia continua, puesto que existen inmadurez en los órganos, como riesgo alto a complicaciones de vías respiratorias, sistema gastrointestinal y sistema neurológico. Se requiere una atención especializada por la UCIN para lograr mejoría de su supervivencia.
- Recién nacidos con extremo bajo peso: Aquellos cuyo peso al momento del nacimiento se encuentra por debajo de 1.000 gramos. Es uno de los grupos con mayor requerimiento y desafío en la área de neonatología, puesto que las complicaciones asociadas a su peso son elevadas y generan secuelas a largo plazo. Dentro de las principales complicaciones, se encuentran la enterocolitis necrotizante, displasia broncopulmonar y retinopatía del prematuro (23).

El peso al momento del nacimiento permite valorar el crecimiento fetal a través de curvas o percentiles que se realizan durante la etapa intrauterina. De esta manera, los neonatos se clasifican como pequeños, grandes o adecuados para su edad gestacional. La determinación del peso según el nacimiento permite planificar su estadía en UCI adecuadas, accionando medidas preventivas y terapéuticas destinadas a disminuir la morbimortalidad del neonato. El control prenatal óptimo y la detección temprana de posibles factores de riesgo maternos contribuyen a disminuir las complicaciones asociadas (24).

2.2.1.3 Epidemiología del recién nacido pretérmino

La prematuridad es un problema sanitario que afecta a la población neonatal de todo el mundo, ya que su frecuencia y complicaciones son elevadas. De acuerdo con datos internacionales, se estima que millones de neonatos prematuros nacen de forma anual, siendo una de las causas más importantes de muerte en menores de cinco años. La incidencia fluctúa de acuerdo a países en vías de desarrollo y desarrollados, los mismos que se ven influenciados por factores sociales, sanitarios y económicos. En países de

bajos y medianos ingresos, el nacimiento prematuro tiene una tasa alta, puesto que existen limitantes para acceder al control prenatal, incremento de embarazos de riesgo y carencias nutricionales en esta etapa (25).

Por otra parte, existen factores maternos que están relacionados con el incremento de los nacimientos prematuros, entre ellos se destacan los procesos infecciosos en el embarazo, como la infección de vías urinarias e infecciones vaginales, trastornos hipertensivos como hipertensión arterial y endocrinopatías como la anemia y diabetes gestacional. También, se destaca los embarazos múltiples, abuso de sustancias nocivas y antecedentes obstétricos de prematuridad. Además, se deben considerar aquellas condiciones socioeconómicas poco favorables y la edad materna extrema como punto de riesgo del incremento de los nacimientos prematuros (21).

La epidemiología de la prematuridad se asocia con la ubicación geográfica, entonces las zonas rurales tienen mayor riesgo de nacimientos prematuros en comparación con las zonas urbanas. La vigilancia epidemiológica de la prematuridad permite el reconocimiento de la magnitud del problema para generar políticas de salud destinadas a disminuir esta frecuencia, fortaleciendo su control prenatal y la educación materna durante el embarazo, acompañado de una atención materna neonatal especializada para prevenir nacimientos prematuros y mejorar resultados de la calidad de vida (19).

2.2.1.4 Desarrollo fisiológico del recién nacido pretérmino

El desarrollo fisiológico del neonato prematuro está caracterizado por inmadurez funcional de sus sistemas y órganos debido al nacimiento antes de completar la semana óptima para la culminación del embarazo. Durante las últimas semanas, se producen cambios importantes en la maduración fetal, permitiéndole al feto adaptarse de la vida intrauterina a la extrauterina, cuando este desarrollo se interrumpe de una forma anticipada, genera modificaciones fisiológicas que aumentan el riesgo de complicaciones durante la etapa neonatal (26).

A nivel del sistema respiratorio existen modificaciones notorias, caracterizadas por inmadurez pulmonar y deficiente secreción del surfactante

pulmonar, siendo una sustancia fundamental que permite mantener un adecuado volumen de expansión del alveolo, evitando que colapsen durante la respiración. La carencia o deficiencia de este surfactante pulmonar produce el SDR en el neonato que es una de las causas asociadas a mortalidad prematura (22).

A nivel cardiovascular, el neonato prematuro muestra limitantes, sobre todo existe mala adaptación del sistema circulatorio que se caracteriza por la persistencia del conducto arterioso e inmadurez vascular. Estas son condicionantes que generan alteraciones en el proceso de perfusión tisular, generan inestabilidad hemodinámica e incrementan el trabajo cardíaco (27).

En el sistema cardiovascular y en el sistema nervioso central del neonato prematuro, existe un retraso en el proceso de maduración, aumentando la probabilidad de adquirir lesiones neurológicas. También, este proceso de inmadurez afecta el control de funciones vitales como la respiración, la coordinación de la succión, la deglución y la termorregulación, aumenta el riesgo de hemorragia intraventricular debido a que los vasos sanguíneos cerebrales del neonato son altamente frágiles y susceptibles a modificaciones de presión interna (28).

En el sistema gastrointestinal, se produce una función limitada en que existe una disminución de la capacidad para absorber nutrientes. Además, la motilidad intestinal es inmadura y se produce una baja producción enzimática, los mismos que aumentan la intolerancia alimenticia de los neonatos. Todas estas son condicionantes que aumentan la probabilidad de distensión del abdomen, aumentan el riesgo de enterocolitis necrotizante e intolerancia alimentaria que puede comprometer gravemente la vida del neonato (29).

En cuanto al sistema inmunológico del neonato pretérmino, se caracteriza por una disminución de la transferencia de anticuerpos desde la placenta al feto que ocurre hacia el tercer trimestre del embarazo. Como resultado de ello, el neonato tiene una capacidad mucho menor para enfrentarse a posibles infecciones por agentes bacterianos, fúngicos o virales, siendo de gran manera susceptible a la sepsis neonatal e infecciones crónicas (21).

A nivel de la termorregulación, el neonato pretérmino está físicamente cubierto por menor cantidad de grasa subcutánea y si esto se acompaña de inmadurez del sistema nervioso central, la termorregulación resulta menos efectiva. Estos son factores que permiten la conservación del calor, favoreciendo que aumente el grado de hipotermia. El mantenimiento de una temperatura óptima durante la etapa postnatal es importante para evitar complicaciones respiratorias y metabólicas (20).

En el sistema renal, el prematuro muestra inmadurez caracterizada por incapacidad para mantener la orina y genera desregularizaciones en el equilibrio hidroelectrolítico, siendo una condición que genera alteraciones en los niveles de sodio, glucosa y potasio. También, aumenta el riesgo de deshidratación por sobrecarga hídrica. A nivel metabólico, los recién nacidos pretérminos nacen con reservas limitadas de grasa y glucógeno, aumentando el riesgo de hipoglicemia neonatal. Se presenta un metabolismo energético bastante alto, ya que tienen dificultad para respirar y necesita componer las demandas de crecimiento (30).

2.2.1.5 Características clínicas del recién nacido pretérmino

El recién nacido pretérmino muestra características propias de la inmadurez de los órganos y sistemas, todas estas manifestaciones varían según la edad gestacional y al peso del nacimiento, sobre todo, son más notorias en el neonato con prematuridad extrema. El hecho de identificar estas características de manera temprana representa la base para brindar cuidados especializados y oportunos, evitando las complicaciones neonatales. Dentro de las características físicas, la más evidente es el bajo peso corporal, acompañado de una piel fina y traslúcida que como existe tejido adiposo escaso, se presenta abundante lanugo (31).

Resulta probable que las extremidades se mantengan en una posición de extensión, puesto que tienen un tono muscular bajo. A nivel de los pabellones auriculares, se presenta poca consistencia que es propia del cartílago inmaduro. En la cuestión respiratoria, los neonatos pretérminos muestran dificultad debido a deficiencia del surfactante e inmadurez pulmonar. Por lo

tanto, clínicamente se muestran taquipneicos, presencia de aleteo nasal, quejido respiratorio, retracción intercostal y episodios de apnea. A nivel cardiovascular, la presencia de inestabilidad hemodinámica marcada, desarrollando hipotensión arterial y ducto venoso persistente (32).

A nivel neurológico, el neonato pretérmino se muestra hipotónico, con una presencia limitada y débil de los reflejos primitivos, acompañada de una disminución de la coordinación entre la succión y la deglución. También, se muestran complicaciones como la hemorragia interventricular que afecta el desarrollo neurológico. A nivel gastrointestinal, el neonato pretérmino muestra dificultad para alimentarse, ya que existe inmadurez y poca congruencia del reflejo de succión y de deglución (33).

Los neonatos se tornan fríos, por ello deben estar en máquinas de termo cuna o bajo insumos que mantengan la composición y temperatura corporal acorde, ya que al tener escasa grasa corporal pierden fácilmente el calor. Estas características del neonato pretérmino necesitan de la evaluación multidisciplinaria acompañada de monitoreo continuo en unidades altamente especializadas. La detección de estos signos de deterioro clínico de forma temprana contribuye a disminuir la morbilidad y mortalidad, mejorando el pronóstico de este grupo etario (32).

2.2.2 Adaptación del recién nacido a la vida extrauterina

La adaptación del neonato de la vida intrauterina a la extrauterina es un proceso fisiológico que tiene su inicio de forma inmediata posterior al nacimiento. Durante la etapa fetal, el intercambio de nutrientes y oxígeno depende netamente de la placenta materna. Sin embargo, inmediatamente tras el parto, el neonato debe ser el encargado de mantener esas funciones de forma independiente a través de sus órganos y sistemas. Esta transición genera cambios bruscos y coordinados que permiten garantizar la supervivencia del neonato (34).

Uno de los cambios de mayor impacto tiene lugar en el sistema respiratorio, en donde luego del nacimiento, los pulmones del neonato se expanden e inician el intercambio gaseoso a través del proceso de respiración, eliminando

así el líquido pulmonar fetal y produciendo adecuada cantidad de surfactante que evita el colapso alveolar y asegura una oxigenación correcta, cuando este proceso no se genera de forma adecuada, surgen complicaciones graves en los recién nacidos (35).

El sistema cardiovascular también muestra modificaciones, en donde la circulación fetal pasa de un proceso intraútero que por el conducto arterioso y el foramen oval se desvía la sangre de los pulmones para luego cerrarse de forma progresiva hasta que la circulación pulmonar y sistémica queden definidas. Además de estos cambios, el neonato debe adaptarse de forma autónoma a la alimentación, el metabolismo y el ajuste de la temperatura corporal (34).

2.2.3 Evaluación de adaptación neonatal mediante test de Apgar

El test de Apgar es una herramienta puntualizada clínica que permite evaluar el estado general del recién nacido y su grado de adaptación a la vida extrauterina. Se desarrolló en 1952 por Virginia Apgar, permite valorar de forma rápida la condición del neonato dentro de los primeros cinco minutos posteriores al nacimiento, realizándose una evaluación al minuto y a los cinco minutos de vida. El puntaje de Apgar cuenta en cinco parámetros unificados, tales como frecuencia cardíaca, tono muscular, esfuerzo respiratorio, irritabilidad refleja y coloración de la piel (36).

Cada uno de estos parámetros recibe una puntuación que va de 0 a 2, alcanzando un puntaje máximo de 10 puntos. Un puntaje alto corresponde a una adaptación neonatal adecuada, mientras que un valor bajo muestra transición fisiológica o necesidad inminente de intervención especializada. La importancia del test de Apgar radica en el diagnóstico temprano de alteraciones en el patrón respiratorio, neurológico o cardiovascular del neonato porque aquellos con puntaje bajo pueden requerir reanimación, observación o soporte respiratorio especializado (37).

En los recién nacidos prematuros, esta evaluación es de gran utilidad, sobre todo para valorar la adaptación de la vida extrauterina, cabe destacar que la puntuación de Apgar no muestra un diagnóstico definitivo, ayuda a predecir el

pronóstico a largo plazo y es una herramienta complementaria para evaluar la respuesta inicial del recién nacido (38).

2.2.4 Complicaciones frecuentes en el recién nacido pretérmino

Síndrome de dificultad respiratoria

Se define como una complicación típica del neonato pretérmino y se debe a una deficiencia parcial del surfactante pulmonar. El surfactante pulmonar es una sustancia secretada en los alvéolos por los neumocitos tipo 2, responsable de disminuir la tensión superficial entre los alvéolos, manteniendo su correcta expansión pulmonar durante la respiración. Su producción limitada o ausencia genera colapso alveolar, dificultando el intercambio gaseoso. En los recién nacidos afectados por la prematuridad, la taquipnea, el aleteo nasal, la retracción esternal, la cianosis y el quejido respiratorio son signos típicos de la dificultad respiratoria (39).

Estos síntomas suelen aparecer dentro de las primeras horas de vida, sin embargo, pueden progresar de forma abrupta cuando no se recibe un tratamiento inmediato. La enfermedad suele ser más grave cuanto menor es la edad gestacional y el peso del nacimiento. El diagnóstico está basado en una evaluación clínica acompañada de estudios de imágenes como la radiografía, en donde se observa un patrón de tipo retículo granular difuso acompañado de broncograma aéreo en las placas de tórax (40).

Adicionalmente, se requiere un monitoreo continuo de la saturación de oxígeno y gases arteriales, permitiendo evaluar el grado de compromiso respiratorio, permitiendo orientar el manejo clínico. En la terapéutica, se incluye el acompañamiento de soporte respiratorio mediante oxigenoterapia, presión positiva continua y ventilación mecánica, esta última en los casos más graves. También, se administra surfactante pulmonar de forma externa para mejorar la función pulmonar (40).

Apnea del prematuro

Es un trastorno típico del recién nacido pretérmino, asociado a una inmadurez del sistema nervioso central y los mecanismos de regulación de la respiración.

Al inicio, se caracteriza por presentar pausas que superan los 20 segundos de respiración, acompañándose de bradicardia, disminución del nivel de saturación de oxígeno y cianosis. Ocurre con mayor frecuencia en los neonatos con edad gestacional por debajo de 34 semanas. Clínicamente, se muestra una interrupción notoria en la respiración, acompañada de modificaciones en el color de la piel como la cianosis y la disminución de frecuencia cardíaca con marcada reducción de oxigenación expuesta por la saturación (41).

Estos episodios se deben observar de forma continua en un monitoreo neonatal, ya que requieren una intervención oportuna para evitar las complicaciones asociadas. El tratamiento se basa en el mantenimiento de una oxigenación acorde, la estimulación táctil durante los episodios y el empleo de medicamentos que ayuden a la estimulación del centro respiratorio como la cafeína, en casos más graves se necesita soporte ventilatorio continuo (42).

Hemorragia intraventricular

Se conceptualiza como una complicación que afecta el sistema neurológico del recién nacido prematuro, sobre todo en quienes han sido afectados con bajo peso al nacer, se produce por una ruptura inminente de los vasos sanguíneos a nivel de la matriz germinal del cerebro que es una zona altamente inmadura y con gran vascularización. En los factores de riesgo, se incluye la hipoxia, inestabilidad hemodinámica, cambios bruscos en la presión arterial y la dificultad respiratoria (43).

En ciertos casos, los neonatos pueden parecer asintomáticos, mientras que otros cursan con convulsiones, letargo, hipotonía, alteraciones neurológicas y apnea. El diagnóstico clínico se realiza por ecografía transfontanelar que permite detectar y clasificar el estadio de la hemorragia. (44).

Enterocolitis necrotizante

La enterocolitis necrotizante es una afectación gastrointestinal caracterizada por inmadurez del sistema digestivo. Cursa con necrosis e inflamación intestinal que puede llegar a una perforación intestinal con grave compromiso

sistémico. Entre los factores de riesgo se destaca la prematuridad, acompañada de una alimentación enteral de forma temprana, sepsis neonatal e hipoxia, esto se produce porque la mucosa del intestino se muestra inmadura y resulta más vulnerable a lesiones e infecciones (45).

Clínicamente, se manifiesta con distensión abdominal variable, intolerancia a la alimentación, vómitos con residuo gástrico, presencia de sangre en heces y signos de deterioro generalizado. En casos más avanzados, cursa con shock séptico y perforación intestinal que comprende una emergencia médica inmediata. El tratamiento depende de la severidad del cuadro, en donde se incluye la suspensión de la alimentación por vía oral, empleo de antibioticoterapia, manejo nutricional y manejo quirúrgico (46).

Sepsis neonatal

Se refiere a una infección sistémica en donde existe afectación directa del recién nacido e implica una alta importancia de morbilidad y mortalidad. Los recién nacidos pretérminos muestran mayor vulnerabilidad a la inmadurez del sistema inmunológico, por lo que requieren procedimientos invasivos. Los procesos infecciosos pueden presentarse antes, durante o inclusive después del nacimiento. Dentro de los principales, se destaca la ruptura prematura de membranas, infecciones maternas vaginales y urinarias, bajo peso al nacimiento y estancia hospitalaria prolongada, ya que los microorganismos más frecuentes viven en los hospitales, incluyendo las bacterias gram positivas y gram negativas (47).

Entre las manifestaciones clínicas, como todo proceso infeccioso, puede ser inespecífico, en donde se incluye el letargo, fiebre, hipotermia, rechazo a la alimentación, alteraciones hemodinámicas y apnea. El manejo incluye la administración de antibioticoterapia, vigilancia constante de los signos vitales y soporte respiratorio, acompañado de valoración por exámenes de laboratorio. Entre las medidas de prevención, se encuentra un adecuado medio de higiene y control de infecciones hospitalarias que ayudan notablemente a disminuir el riesgo de sepsis neonatal (48).

Ictericia neonatal

Es una condición típica en los recién nacidos prematuros que se muestra con una coloración amarillenta a nivel de la piel y las mucosas debido al incremento deliberado de la bilirrubina en sangre. Se debe a un proceso de inmadurez hepática con capacidad limitada para generar la metabolización y eliminación adecuada de este componente. En los neonatos prematuros, la ictericia se presenta con una intensidad mayor, inclusive puede durar más tiempo del previsto, ya que existe una menor actividad enzimática a nivel hepático e incremento del proceso de destrucción de los eritrocitos (49).

Además, coexisten con factores como la hipoxia, dificultad de la alimentación e infecciones que agravan esta patología. Clínicamente, se muestran con una coloración amarillenta y progresiva de la piel que se puede extender desde el rostro, tronco y extremidades. Cuando el nivel de bilirrubina es muy alto, aumenta la probabilidad de padecer kernícterus, en donde existe una complicación neurológica por depósitos de bilirrubina a nivel cerebral. El tratamiento depende del nivel de bilirrubina presente, en donde se incluye la fototerapia como manejo más utilizado, aunque en casos de mayor gravedad se requiere la exanguinotransfusión (50).

Retinopatía del prematuro

Implica una condición con afectación directa en la parte ocular del prematuro con bajo peso al nacimiento, se produce alteración en la formación de los vasos sanguíneos presentes en la retina, generando daño visual que puede ser permanente. Entre los principales factores de riesgo, se destaca la prematuridad extrema, el empleo prolongado de oxigenoterapia y la inestabilidad neonatal. En etapas iniciales, la patología puede no mostrar síntomas evidentes, sin embargo, el tamizaje oftalmológico resulta útil en los recién nacidos de riesgo (51).

Se debe tener en cuenta que a menor edad gestacional que presente el neonato al momento del nacimiento, mayor es el riesgo para el desarrollo de retinopatía del prematuro. El tratamiento depende del grado de afectación, en donde se puede incluir la crioterapia, terapia láser o medicamentos anti

angiogénicos. La detección temprana de esta patología acompañado de un seguimiento oftalmológico especializado es fundamental para evitar secuelas visuales mejorando la calidad de vida del prematuro (51).

2.3 MARCO LEGAL

El presente trabajo de investigación se orienta en las siguientes normativas y leyes:

2.3.1 Constitución de la República del Ecuador

Capítulo segundo: Derechos del buen vivir.

Sección séptima: Salud.

Art. 32.- La salud es un derecho que garantiza el Estado, cuya realización se vincula al ejercicio de otros derechos, entre ellos el derecho al agua, la alimentación, la educación, la cultura física, el trabajo, la seguridad social, los ambientes sanos y otros que sustentan el buen vivir. El Estado garantizará este derecho mediante políticas; el acceso oportuno y sin exclusión a programas, servicios de promoción y atención integral de salud. La prestación de los servicios de salud se regirá por los principios de equidad, universalidad, solidaridad, interculturalidad, calidad, eficiencia, eficacia, precaución y bioética, con enfoque de género y generacional.

Art. 35.- Las personas adultas mayores, niñas, niños y adolescentes, mujeres embarazadas, personas con discapacidad, personas privadas de libertad y quienes adolezcan de enfermedades catastróficas o de alta complejidad, recibirán atención prioritaria y especializada en los ámbitos público y privado. La misma atención prioritaria recibirán las personas en situación de riesgo, las víctimas de violencia doméstica y sexual, maltrato infantil, desastres naturales o antropogénicos. El Estado prestará especial protección a las personas en condición de doble vulnerabilidad.

Art. 45.- Las niñas, niños y adolescentes gozarán de los derechos comunes del ser humano, además de los específicos de su edad. El Estado reconocerá y garantizará la vida, incluido el cuidado y protección desde la concepción.

Las niñas, niños y adolescentes tienen derecho a la integridad física y psíquica; a su identidad, nombre y ciudadanía; a la salud integral y nutrición; a la educación y cultura, al deporte y recreación; a la seguridad social; a tener una familia y disfrutar de la convivencia familiar y comunitaria; a la participación social; al respeto de su libertad y dignidad; a ser consultados en los asuntos que les afecten; a educarse de manera prioritaria en su idioma y en los contextos culturales propios de sus pueblos y nacionalidades; y a recibir información acerca de sus progenitores o familiares ausentes, salvo que fuera perjudicial para su bienestar.

Art. 46.- El Estado adoptará, entre otras, las siguientes medidas que aseguren a las niñas, niños y adolescentes: 1. Atención a menores de seis años, que garantice su nutrición, salud, educación y cuidado diario en un marco de protección integral de sus derechos.

2.3.2 Ley Orgánica de Salud

Art. 3.- La salud es el completo estado de bienestar físico, mental y social y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades. Es un derecho humano inalienable, indivisible, irrenunciable e intransigible, cuya protección y garantía es responsabilidad primordial del Estado; y, el resultado de un proceso colectivo de interacción donde Estado, sociedad, familia e individuos convergen para la construcción de ambientes, entornos y estilos de vida saludables.

Art. 21.- El Estado reconoce a la mortalidad materna, al embarazo en adolescentes y al aborto en condiciones de riesgo como problemas de salud pública; y, garantiza el acceso a los servicios públicos de salud sin costo para las usuarias de conformidad con lo que dispone la Ley de Maternidad Gratuita y Atención a la Infancia.

Los problemas de salud pública requieren de una atención integral, que incluya la prevención de las situaciones de riesgo y abarque soluciones de orden educativo, sanitario, social, psicológico, ético y moral, privilegiando el derecho a la vida garantizado por la Constitución.

CAPITULO III

3. DISEÑO DE LA INVESTIGACIÓN

3.1 Tipo de Estudio

El presente proyecto comprende un estudio observacional debido a que la información se obtuvo mediante el análisis y revisión de expedientes clínicos, sin intervención directa en las variables por parte de la investigadora, cuyo propósito radica en examinar las características clínicas de los neonatos pretérmino del Hospital Gineco-Obstétrico Pediátrico Universitario de Guayaquil durante el año 2025.

3.2 Nivel

La investigación se alineó al nivel descriptivo porque se enfoca en identificar y describir las condiciones clínicas de los neonatos pretérmino atendidos en la institución de salud durante el lapso de enero-diciembre 2025. A través de este abordaje, se espera recolectar información sobre algunas variables como sexo, peso al nacer, edad gestacional, patologías asociadas y complicaciones neonatales.

3.3 Métodos

El método del estudio fue cuantitativo porque permitió el análisis de los datos numéricos obtenidos de los expedientes clínicos de los neonatos pretérminos, lo que facilita la medición objetiva de las variables y la presentación de resultados mediante frecuencias, porcentajes, tablas y gráficos estadísticos.

3.4 Diseño

El diseño del estudio fue observacional no experimental debido a que la investigadora no produce modificaciones en las variables analizadas o las condiciones naturales en que se presentaron los eventos. La información se obtuvo por fuentes secundarias como los registros de expedientes clínicos de los neonatos pretérmino atendidos en la institución de salud.

3.4.1 Según el tiempo

La investigación fue retrospectiva porque la información se obtuvo por situaciones que ocurrieron antes del inicio del estudio, específicamente la revisión de historias clínicas de neonatos pretérmino atendidos entre enero a diciembre del 2025. Este diseño permite el acceso a información clínica de interés, facilitando la caracterización de la población de estudio mediante datos históricos.

3.4.2 Según la naturaleza

La investigación optó por un diseño transversal porque los datos se recolectaron en una sola ocasión a través de la revisión de expedientes clínicos de recién nacidos atendidos en el año 2025, permitiendo identificar la frecuencia y distribución de variables de interés sin realizar un seguimiento de los casos.

3.5 Población y Muestra

La población estuvo constituida por 1772 recién nacidos pretérmino atendidos en el periodo enero-diciembre del 2025 en Hospital Gineco-Obstétrico Pediátrico Universitario de Guayaquil, constituyendo una población finita porque el universo pudo ser identificado y cuantificado.

Con respecto a la muestra, se estableció 316 neonatos pretérmino con un nivel de confianza de 95% y margen de error de 5%, esta cifra se obtuvo mediante la calculadora NESTQUEST.

3.6 Criterios de Inclusión y Exclusión

3.6.1 Criterios de Inclusión

- Recién nacidos con edad gestacional menor de 37 semanas atendidos en el Hospital Gineco-Obstétrico Pediátrico Universitario de Guayaquil.
- Recién nacidos pretérmino ingresados en el área de neonatología en el periodo enero-diciembre 2025.

- Expedientes clínicos con información completa sobre las variables de estudio.

3.6.2 Criterios de Exclusión

- Recién nacidos con edad gestacional igual o mayor de 37 semanas atendidos en el Hospital Gineco-Obstétrico Pediátrico Universitario de Guayaquil.
- Recién nacidos remitidos de otras instituciones que no posean la información sobre las variables de estudio.
- Historias clínicas con errores, duplicadas o con información incompleta.

3.7 Procedimientos para la Recolección de Información

Para la obtención de datos se gestionó el acceso por parte las autoridades del Hospital Gineco-Obstétrico Pediátrico Universitario de Guayaquil, lo que permitió contar con el permiso para la revisión de expedientes clínicos de neonatos pretérmino que cumplan con los criterios de inclusión. En este proceso, se empleó la técnica de observación documental y el instrumento fue una ficha recolectora de datos.

- Observación documental: Se realizó la revisión completa de historias clínicas de los neonatos pretérmino incluidos en la investigación, lo que permitió obtener datos de interés de estos registros para el cumplimiento de los objetivos.
- Ficha recolectora de datos: Se elaboró de acuerdo a las variables del estudio, como las características sociodemográficas, antecedentes perinatales, peso al nacer, edad gestacional, complicaciones y desenlace hospitalario. La ficha permitirá el registro de los datos obtenidos de los expedientes, favoreciendo la organización y estandarización de la información.

3.8 Técnicas de Procesamiento y Análisis de Datos

Luego de concluir con el levantamiento de información, los datos obtenidos mediante la revisión de expedientes clínicos fueron sometidos a un proceso

de organización y codificación para garantizar su calidad previa al análisis estadístico. En primer lugar, se verificó que los registros recolectados sean completos y libres de errores, esta información se ingresó en una base de datos elaborada en Microsoft Excel para su análisis mediante estadística descriptiva con el propósito de establecer la caracterización clínica de la muestra según frecuencia absoluta y porcentaje.

En las variables cuantitativas como edad gestacional, peso al nacer, talla y días de estancia hospitalaria se determinó las medidas de tendencia central y dispersión. Por otra parte, en las variables cualitativas como sexo, tipo de parto, presencia de complicaciones y condición al egreso se realizó la distribución por frecuencia y porcentaje, además de su representación en tablas y gráficos.

3.9 Procedimientos para Garantizar Aspectos Éticos en las Investigaciones con Sujetos Humanos

El estudio se ejecutó respetando algunos procedimientos alineados con la ética, entre ellos:

- Respeto de principios éticos que rigen la investigación en salud, principalmente aquellos asociados con la privacidad, confidencialidad y protección de datos de los pacientes.
- Gestión de apertura para la obtención de datos emitida por las autoridades del Hospital Gineco-Obstétrico Pediátrico Universitario de Guayaquil, en caso de que se obtenga este permiso se puede realizar la investigación.
- Confidencialidad de datos mediante la codificación de datos personales de los integrantes de la muestra, garantizando el anonimato de información en todas las etapas del estudio.

3.10 Variables Generales y Operacionalización

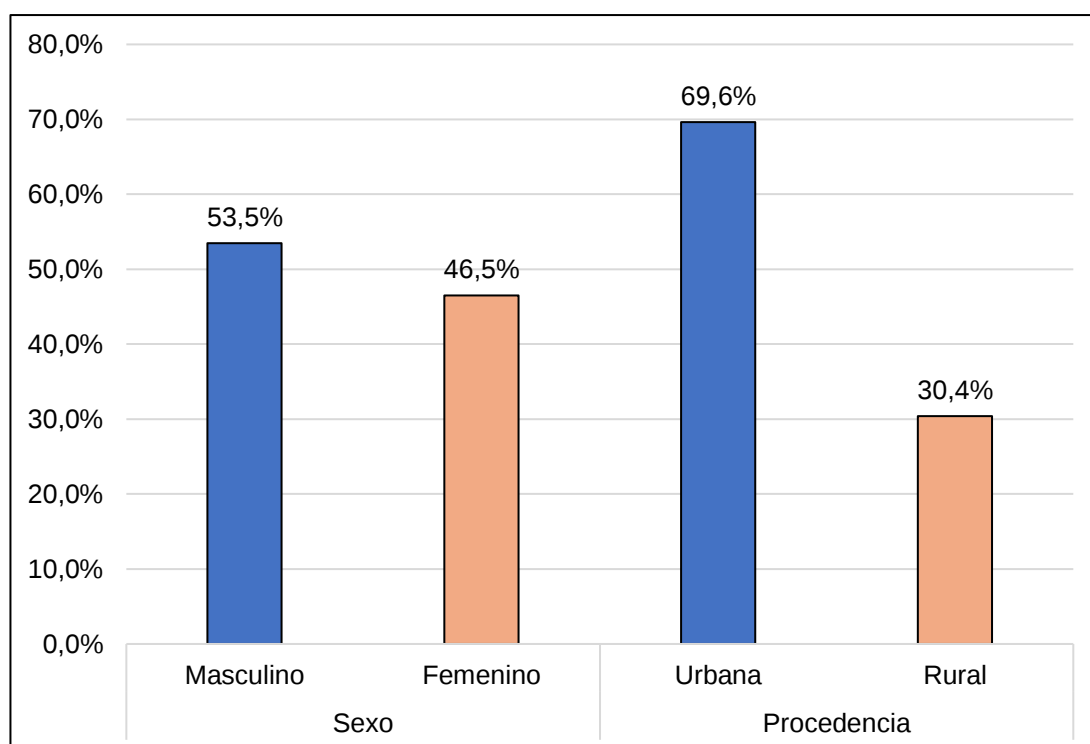
Variable general: Caracterización clínica de los recién nacidos pretérminos.

Dimensiones	Indicadores	Escala
Características sociodemográficas	Sexo	Masculino. Femenino.
	Procedencia	Urbana. Rural.
Características perinatales	Edad gestacional	<28 semanas. 28–31,6 semanas. 32–33,6 semanas. 34–36,6 semanas.
	Tipo de parto	Parto vaginal. Cesárea.
	Peso al nacer	<1000 g. 1000–1499 g. 1500–2499 g.
	Tipo de prematuridad	Pretérmino extremo. Muy pretérmino. Pretérmino moderado. Pretérmino tardío.
	Apgar al minuto	0–3 (Adaptabilidad grave) 4–6 (Adaptabilidad moderada) 7–10 (Adaptabilidad adecuada)
	Apgar a los 5 minutos	0–3 (Adaptabilidad grave) 4–6 (Adaptabilidad moderada) 7–10 (Adaptabilidad adecuada)
Complicaciones neonatales	Síndrome de dificultad respiratoria. Sepsis neonatal. Ictericia neonatal. Hemorragia intraventricular. Hipotermia. Hipoglicemia. Hiperbilirrubinemia. Enterocolitis necrotizante. Retinopatía de prematuridad. Displasia broncopulmonar.	Si. No.
Evolución clínica	Días de hospitalización	Número de días.

Fuente: Historias clínicas.

4. PRESENTACIÓN Y ANÁLISIS DE RESULTADOS

Figura 1. Características sociodemográficas de recién nacidos pretérmino

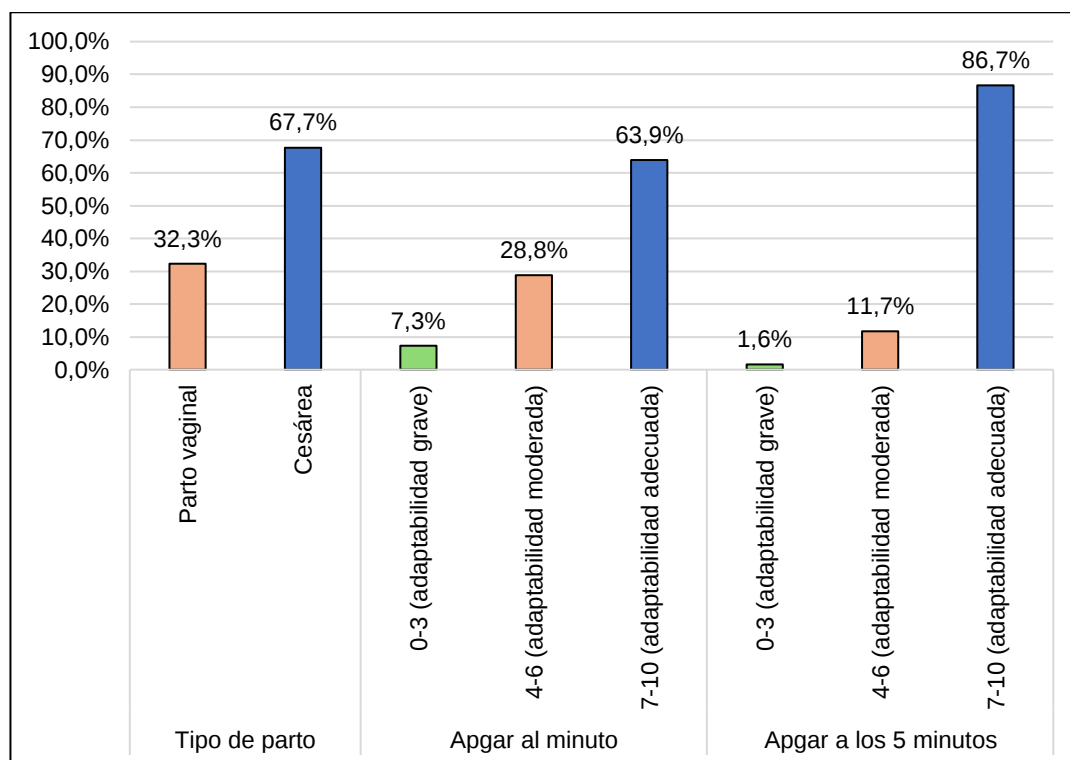


Fuente: Historias clínicas del Hospital Gineco-Obstétrico Pediátrico Universitario de Guayaquil.

Análisis e interpretación: En la figura #1 se exponen las características sociodemográficas de los neonatos pretérmino atendidos en el hospital contexto de estudio; con respecto al sexo, se evidenció un predominio del sexo masculino en 53,5% (n=169) de los casos, mientras que el sexo femenino correspondió al 46,5% (n=147), entonces la distribución de ambos sexos resultó equilibrada con cierta frecuencia mayor en recién nacidos varones. Acerca de la procedencia, se destacó el predominio del área urbana con el 69,6% (n=220) frente al 30,4% (n=96) de neonatos procedentes del área rural.

Se considera que la mayor proporción de procedencia urbana podría asociarse a la ubicación y capacidad de referencia del establecimiento hospitalario, considerando que los casos de mayor complejidad pueden derivarse a otras instituciones más especializadas.

Figura 2. Características perinatales de recién nacidos pretérmino

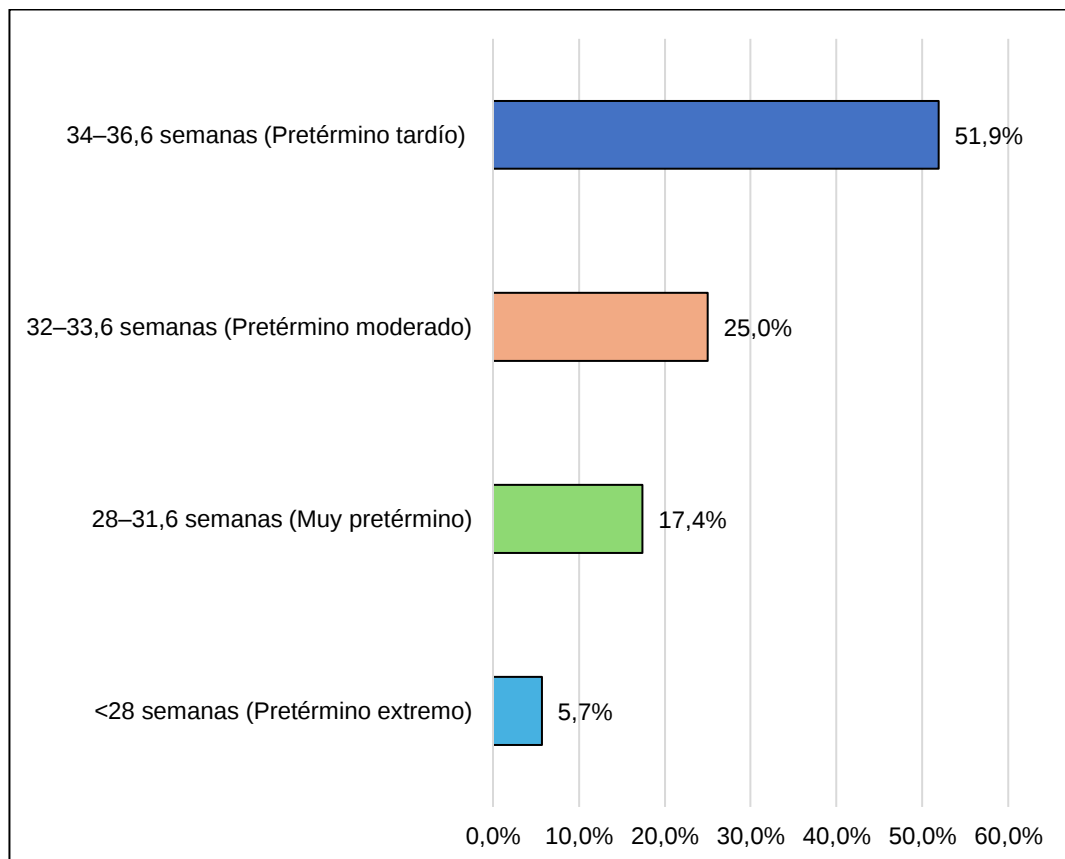


Fuente: Historias clínicas del Hospital Gineco-Obstétrico Pediátrico Universitario de Guayaquil.

Análisis e interpretación: En la figura #2 se realiza la distribución de los neonatos pretérmino según las características perinatales (tipo de parto y puntuación de Apgar al minuto y quinto minuto). Se identificó que el 67,7% (n=214) nació por cesárea, mientras que el 32,3% (n=102) por parto vía vaginal; en el Apgar al minuto, se evidenció adaptabilidad adecuada en el 63,9% (n=202), adaptabilidad moderada en 28,8% (n=91) y adaptabilidad grave en 7,3% (n=23); y a los cinco minutos, se observó una evolución favorable de la adaptación neonatal debido a que 86,7% (n=274) logró una adaptabilidad adecuada, 11,7% (n=37) adaptabilidad moderada y 1,6% (n=5) adaptabilidad grave.

El predominio de la práctica de cesárea se vinculó con la necesidad de terminar los embarazos de manera oportuna debido a condiciones maternas o fetales, y se destacó mejoría en la adaptación neonatal con puntuación favorable en Apgar al primer y quinto minuto, mostrando una respuesta propicia ante medidas iniciales de atención y estabilización neonatal.

Figura 3. Categorización de recién nacidos pretérmino según edad gestacional

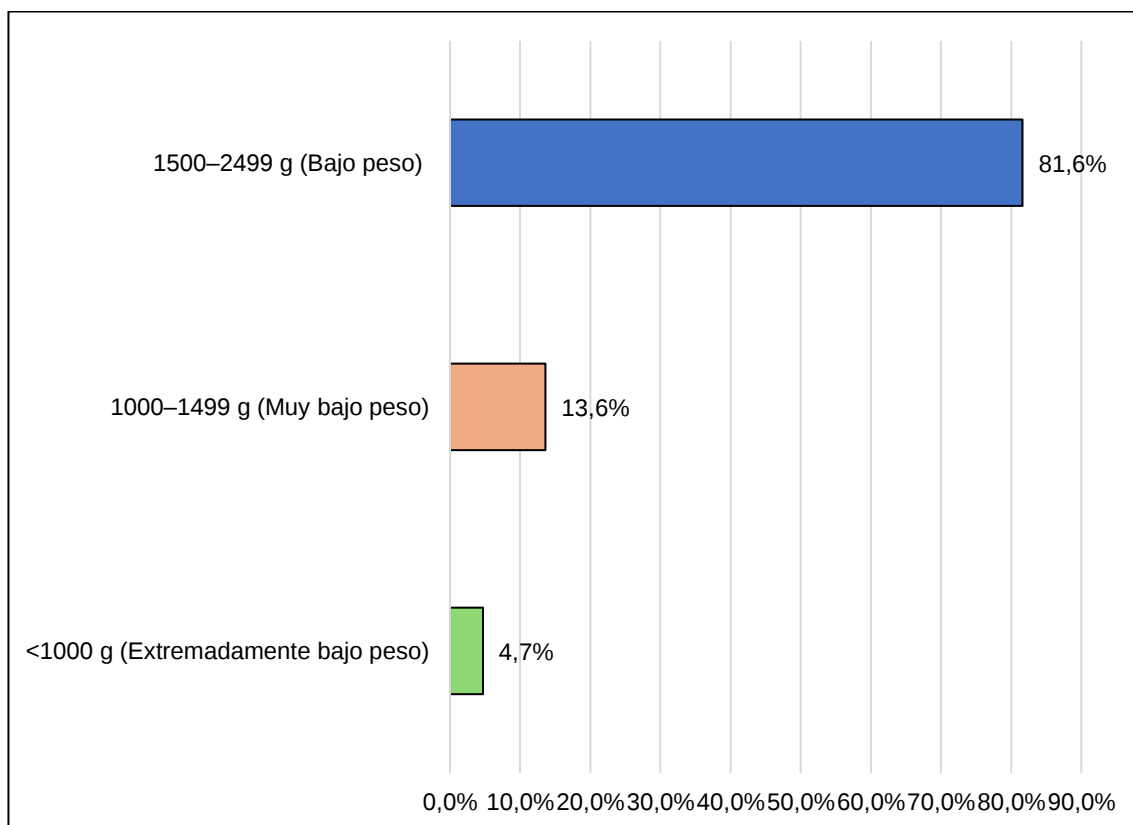


Fuente: Historias clínicas del Hospital Gineco-Obstétrico Pediátrico Universitario de Guayaquil.

Análisis e interpretación: En la figura #3 se realizó la categorización de los neonatos pretérmino de acuerdo a la edad gestacional, encontrándose en primer lugar a los recién nacidos pretérmino tardíos con el 51,9% (n=164), seguido de neonatos pretérmino moderado con el 25,0% (n=79), los muy pretérmino con 17,4% (n=55) y el grupo pretérmino extremo con menor frecuencia, correspondiente a 5,7% (n=18).

En los hallazgos, se constató que más de la mitad de neonatos pertenecieron al grupo tardío, entonces, los nacimientos próximos al término fueron más frecuentes que de edad gestacional extremadamente baja.

Figura 4. Categorización de recién nacidos pretérmino según peso al nacer

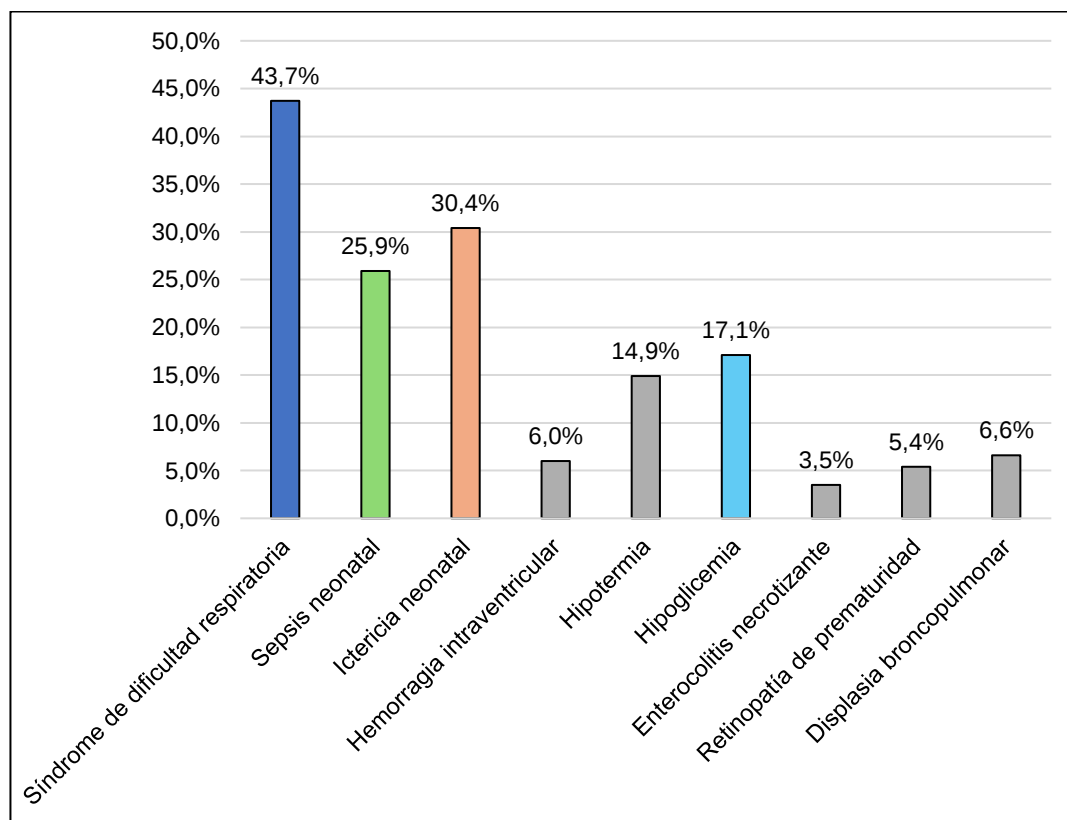


Fuente: Historias clínicas del Hospital Gineco-Obstétrico Pediátrico Universitario de Guayaquil.

Análisis e interpretación: En la figura #4 quedó expuesto la categorización de los neonatos pretérmino según peso al nacer, resaltándose el predominio de recién nacidos con bajo peso al nacer en el 81,6% (n=258), seguido de muy bajo peso al nacer en 13,6% (n=43) y extremadamente bajo peso en 4,7% (n=15).

Acerca del bajo peso al nacer, se evidenció que la mayoría de los neonatos presentaron pesos compatibles entre 1.500-2499 gramos, conformando un grupo de mayor vulnerabilidad clínica que necesita seguimiento constante por mayor riesgo de complicaciones metabólicas, afecciones respiratorias e infecciones.

Figura 5. Complicaciones asociadas a prematuridad en recién nacidos pretérmino

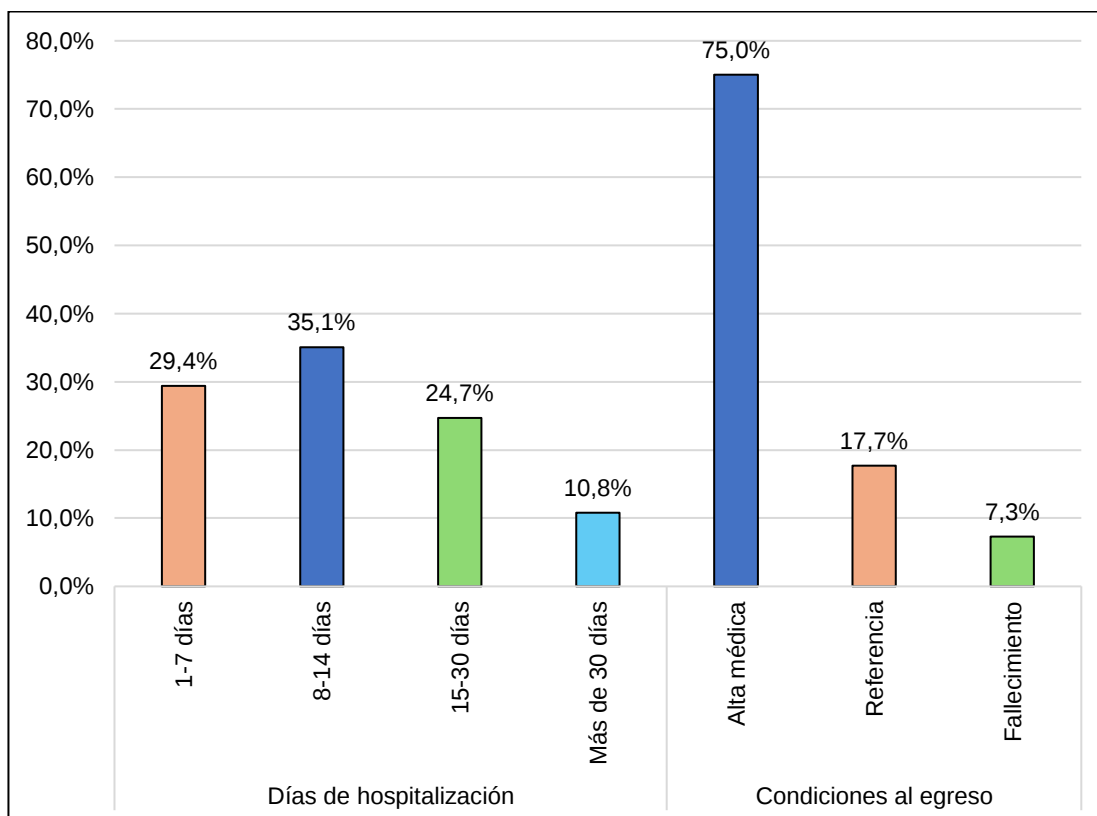


Fuente: Historias clínicas del Hospital Gineco-Obstétrico Pediátrico Universitario de Guayaquil.

Análisis e interpretación: En la figura #5 se reconoció las complicaciones asociadas a la prematuridad, siendo la más frecuente el síndrome de dificultad respiratoria en 43,7% (n=138), seguido de ictericia neonatal con 30,4% (n=96), sepsis neonatal con 25,9% (n=82) e hipoglicemia con 17,1% (n=54); mientras que, la de menor presentación correspondió a enterocolitis necrotizante en 3,5% (n=11).

De manera general, se evidencia que el SDR fue la principal repercusión en los neonatos pretérmino debido a inmadurez pulmonar, junto a la sepsis e ictericia vinculada a la vulnerabilidad de los recién nacidos a las alteraciones metabólicas e infecciosas, entonces la prematuridad se acompañó de diversas complicaciones que necesitan un manejo y seguimiento especializado.

Figura 6. Días de hospitalización y condiciones al egreso de recién nacidos pretérmino



Fuente: Historias clínicas del Hospital Gineco-Obstétrico Pediátrico Universitario de Guayaquil.

Análisis e interpretación: La figura #6 mostró el tiempo de hospitalización de los neonatos pretérmino y sus condiciones de egreso, evidenciándose que la estancia hospitalaria fue de 8 a 14 días en 35,1% (n=111), seguido de 1 a 7 días con 29,4% (n=93), y de 15 a 30 días con 24,7% (n=78). Con respecto a la condición de egreso, el 75,0% (n=237) tuvo alta médica, mientras que el 17,7% (n=56) fue referido a otra unidad de salud y 7,3% (n=23) correspondió a fallecimientos.

De acuerdo a estos hallazgos, la mayoría de neonatos permanecieron hospitalizados entre 8 a 14 días, siendo necesario una vigilancia constante y cuidados prolongados debido a sus complicaciones y el grado de inmadurez de sus órganos y sistemas, cabe destacar que fue favorable el egreso de una gran parte de ellos, logrando el alta médica.

5. DISCUSIÓN

En esta sección se procedió al contraste o comparativa de los resultados obtenidos sobre la caracterización sociodemográfica y perinatal de los neonatos pretérmino del Hospital Gineco-Obstétrico Pediátrico Universitario de Guayaquil durante el periodo enero-diciembre del 2025. Acerca de las características sociodemográficas se reportó predominio del sexo masculino con 53,5% y procedencia urbana en 69,6%; y en los aspectos perinatales se evidenció nacimiento por cesárea en 67,7% junto a la adaptación adecuada al minuto en 63,9% y al quinto minuto en 86,7%. Estos datos coinciden con el estudio realizado en Perú por Cárdenas S. (13) con la finalidad de reconocer las características del neonato pretérmino en un hospital de Huancayo con 367 pacientes, destacándose predominio del sexo masculino, nacimiento por cesárea en 57,6%, Apgar normal al minuto en 64,1% y Apgar adecuado a los 5 minutos en 91,3%.

Por otra parte, en la categorización según la edad gestacional existió el predominio del grupo pretérmino tardío (34-36,6 semanas) en 51,9%, seguido de pretérmino moderado con 25,0%; mientras que, en el peso al nacer se notó el predominio del intervalo de 1500-2499 gramos en 81,6% de los neonatos, luego muy bajo peso en 13,6%. Los hallazgos obtenidos sobre la categorización son similares al estudio de Bejarano D. (14) realizado en Ecuador para evaluar la morbilidad de neonatos prematuros con una muestra de 70 pacientes, se evidenció que cursaban de 34-36 semanas en 68,0% y peso mayor a 2000 en 68,5%.

Por último, se reconoció las complicaciones asociadas a prematuridad que presentaron con mayor frecuencia los recién nacidos, reportándose como más frecuente al síndrome de dificultad respiratoria en 43,7%, seguido de ictericia neonatal en 30,4%, sepsis neonatal en 25,9% e hipoglicemia en 17,1%. Estos resultados sobre las repercusiones se relacionan con el estudio ejecutado en Perú por Campos E. (12) en un hospital de Huancavelica con la finalidad de establecer la caracterización de 42 neonatos pretérmino, destacándose que 14,3% padecían complicaciones, siendo frecuente SDR más sepsis neonatal en 9,5%, seguido de ictericia neonatal en 9,5% y SDR en 7,1%.

6. CONCLUSIONES

1. Se describió las características sociodemográficas y perinatales de los recién nacidos pretérminos atendidos en el Hospital Gineco-Obstétrico Pediátrico Universitario de Guayaquil, evidenciándose en los aspectos sociodemográficos el ligero predominio del sexo masculino y la procedencia urbana; mientras que, en las características perinatales se reportó el nacimiento por cesárea, adaptabilidad adecuada al minuto según la evaluación por Apgar y evolución favorable en los cinco minutos.
2. Se estableció la categorización de los neonatos pretérmino según la edad gestacional y el peso al nacer, se constató mayor índice de pretérminos tardíos (34-36,6 semanas), seguido de pretérmino moderado (32-33,6 semanas) de acuerdo a la clasificación según la edad de gestación; mientras que, en la categorización por peso, existió prevalencia de bajo peso (1500-2499 gramos), seguido de muy bajo peso (1000-1499 gramos).
3. Se identificó las complicaciones de mayor frecuencia vinculadas a la prematuridad en los neonatos pretérmino investigados, destacándose en primer lugar el síndrome de dificultad respiratoria, luego la ictericia neonatal, sepsis neonatal, hipoglicemia e hipotermia. Cabe destacar que en el egreso, predominó el alta médica y en menor proporción la referencia a otras instituciones de salud.

7. RECOMENDACIONES

1. Se sugiere implementar estrategias de seguimiento clínico y atención integral de los recién nacidos pretérmino, principalmente en los primeros minutos de vida a través de la evaluación sistemática de la adaptación neonatal e incorporación oportuna de práctica de estabilización según la puntuación obtenida de la escala de Apgar.
2. Se recomienda fortalecer los protocolos de vigilancia y tratamiento de los neonatos con menor edad gestacional y bajo peso al nacer, priorizando aquellos con muy bajo y extremadamente bajo peso mediante evaluación continua de sus condiciones metabólicas y clínicas para el reconocimiento oportuno de alteraciones.
3. Se sugiere optimizar la prevención, el diagnóstico y el manejo de las complicaciones de mayor presentación asociadas a prematuridad, como el síndrome de dificultad respiratoria, la ictericia neonatal y la sepsis neonatal, garantizando una intervención oportuna que aporte en la evolución clínica y la condición de egreso.

REFERENCIAS

1. Organización Mundial de la Salud. Paho.org [Internet]. 2023. 152 millones de bebés nacieron prematuramente en la última década. Disponible en: <https://www.paho.org/es/noticias/15-6-2023-152-millones-bebes-nacieron-prematuramente-ultima-decada>
2. Matos I, Reyes K, López G, Reyes M. La prematuridad: epidemiología, causas y consecuencias, primer lugar de mortalidad y discapacidad. Rev Méd-Científica Secr Salud Jalisco. 2020;7(3):179-86.
3. Díaz R, Díaz L. Factores fetales asociados a prematuridad. Rev Arch Med Manizales. 2020;20(1):97-106. doi: <https://doi.org/10.30554/archmed.20.1.3204.2020>
4. Martínez S, Ginovart G, Morales F, Rodríguez M. Recomendaciones del manejo perinatal y seguimiento del prematuro moderado y tardío. An Pediatría. 2025;102(2). doi: <https://doi.org/10.1016/j.anpedi.2024.503714>
5. Sarmiento M, Santillán V, Andrade D. Epidemiología descriptiva en la Unidad de Neonatología de un hospital en Ecuador. Polo Conoc. 2024;9(1):2248-61. doi:10.23857/pc. v9i1
6. Organización Mundial de la Salud. Who.int [Internet]. 2023. Nacimientos prematuros. Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/preterm-birth#:~:text=A%20nivel%20internacional%2C%20la%20tasa,los%20ni%C3%B1os%20nacidos%20en%202020>.
7. Lorain P, Sibiude M, Kayem M. Parto prematuro: Epidemiología, factores de riesgo y evaluación del riesgo en pacientes asintomáticas. EMC-Ginecol-Obstet. 2023;59(4):1-11. doi: [https://doi.org/10.1016/S1283-081X\(23\)48488-3](https://doi.org/10.1016/S1283-081X(23)48488-3)
8. Domínguez F. La prematuridad: Un problema pendiente de solución [Internet]. Vol. 93. 2021;93(1). Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-75312021000100001
9. Ministerio de Salud Pública del Ecuador (MSP). Recién nacido prematuro [Internet]. 2015. Disponible en: <https://www.salud.gob.ec/wp-content/uploads/2016/09/GPC-Rec%C3%A9n-nacido-prematuro.pdf>

10. Martínez M. Caracterización de los neonatos prematuros en la sala de neonatos del Hospital Escuela César Amador Molina de Matagalpa, Nicaragua [Internet]. Universidad Nacional Autónoma de Nicaragua, Managua; 2024. Disponible en: <https://repositorio.unan.edu.ni/id/eprint/7815/1/t917.pdf>
11. Arguelles A. Caracterización del recién nacido pretérmino tardío, Hospital Materno Infantil Ángel Arturo Aballí [Internet]. Universidad de Ciencias Médicas Julio Trigo López; 2020. Disponible en: <https://instituciones.sld.cu/haballi/files/2017/02/TESIS-Characterizaci%C3%B3n-del-reci%C3%A9n-nacido-pret%C3%A9rmino-tard%C3%ADO.pdf>
12. Campos E. Características del neonato pretérmino nacido en el Hospital de Pampas, Huancavelica [Internet]. Universidad Nacional de Huancavelica; 2020. Disponible en: <https://apirepositorio.unh.edu.pe/server/api/core/bitstreams/903298f4-a344-4254-a06c-eb504442291c/content>
13. Cárdenas S. Características del neonato pretérmino nacido por cesárea en el Hospital Regional Docente Materno Infantil El Carmen, Huancayo [Internet]. Universidad Nacional de Huancavelica; 2020. Disponible en: <https://apirepositorio.unh.edu.pe/server/api/core/bitstreams/f3286e84-ba02-4a6d-ba31-988bb5b8a9b9/content>
14. Bejarano D. Morbilidad y mortalidad en recién nacidos prematuros y su asociación con factores de riesgo identificados en el servicio de neonatología del Hospital IESS Ibarra [Internet]. Pontificia Universidad Católica del Ecuador; 2020. Disponible en: <https://repositorio.puce.edu.ec/server/api/core/bitstreams/03e39956-2f23-436a-9235-eb62cf108fb4/content>
15. Andrade G. El derecho a la salud y la accesibilidad a los medicamentos gratuitos: un análisis dirigido al nacimiento de bebés prematuro. Rev Científica Arbitr Multidiscip PENTACIENCIAS. 2023;5(2):1-2.
16. González C, Caballero M. Patologías prevalentes en la prematuridad. Pediatría Integral. 2024;15(4):2-3.

17. Rodríguez L. Cuidados de enfermería en el posicionamiento y confort del recién nacido prematuro - Revisión sistemática. Am J Health Sci Res. 2025;5(2):6. doi: <https://doi.org/10.56183/iberojhr.v5i2.789>
18. Fernández H. Factores de riesgo asociados al parto prematuro, Policlínico Universitario "Hermanos Cruz", 2022. Rev Cienc Médicas Pinar Río. 2023;27(6):3-4.
19. Quinde L, Guchi R. Directrices alimenticias para neonatos prematuros. Soc Tecnol. 202d. C.;7(1):2-4.
20. Suasti D, Zambrano J. Análisis de la calidad de vida del recién nacido prematuro. Rev Dilemas Contemp. 2023;5(1):5-6.
21. Andrade K, Jara J. Recomendaciones del manejo perinatal y seguimiento del prematuro moderado y tardío. Anales de Pediatría. 2026;15(4):5.
22. Barra L. Cuidados del desarrollo en recién nacidos prematuros: fundamentos y características principales. Andes de Pediatría. 2024;92(1):1-2.
23. Arroyo B. Cuidados de Enfermería orientados al confort del recién nacido prematuro hospitalizado. Revista Universidad de los Hemisferios. 2023;16(2):2-4.
24. Molina I. Seguimiento del recién nacido muy bajo peso al año de edad. Acta Médica Cent. 2024;17(1):2.
25. Guevara E. La prematuridad: Un problema de salud pública. Rev Peru Investig Materna Perinat. 2023;12(1):2.
26. Mederos A, Miranda A. Caracterización del neonato pretérmino tardío y a término precoz. Acta Médica Cent. 2023;17(2):2.
27. Pérez B. Efectos de la estimulación temprana en neonatos pretérmino. Una revisión sistemática. Anatomía Digit. 2023;6(4):2.
28. Mena P. Nutrición intrahospitalaria del prematuro. Recomendaciones de la Rama de Neonatología de la Sociedad Chilena de Pediatría. Andes Pediatría. 2026;84(4):6.
29. Cerisola A. Complicaciones neurológicas de la prematuridad. Med B Aires. 2023;83(5):1-2.
30. Basurto G, Pesantez F. Cuidados del recién nacido prematuro. ReciMundo. 2024;15(2):1-3.

31. Polo M. Los primeros 60 minutos en la vida del recién nacido. *Pediatría Integral*. 2025;15(4):3.
32. Álvarez A. Actualización de la Taquipnea Transitoria del Recién Nacido. *Rev Portales Méd*. 2023;15(4):2-3.
33. Vargas V. Fisiopatología de la programación fetal y su repercusión en la salud futura. *Ginecol Obstet México*. 2023;91(8):5.
34. Ullauri J, Zurita P. Proceso de adaptación en recién nacidos a 2850 metros de altura y 2200 metros en las primeras dos horas de vida: Un estudio observacional multicéntrico. *Rev Ecuat Pediatría*. 2025;15(4):2-3.
35. Loor P. Reanimación del recién nacido en la sala de partos y traslado posnatal. *EMC - Pediatría*. 2024;36(4):2.
36. Dueñas Y. Características clínicas y epidemiológicas de madres con recién nacidos prematuros y de bajo peso. *MEDISAN*. 2023;27(6):6.
37. Jara J. Caso clínico. Plan de cuidados de enfermería para un recién nacido prematuro. *Rev Sanit Investig*. 2023;25(4):3.
38. Orrala A. Manejo neonatal del prematuro: avances en el Perú. *Rev Peru Ginecol Obstet*. 2025;64(3):2.
39. Barrantes M. Insuficiencia respiratoria por inmadurez pulmonar. *Rev Médica Sinerg*. 2023;8(6):2-3.
40. García M, Medranda K. Riesgos del síndrome de distrés respiratorio en recién nacidos. *ReciMundo*. 2025;65(8):5.
41. Solari F. Síndrome apneico en el recién nacido prematuro. *Rev Médica Clínica Las Condes*. 2023;24(3):6.
42. Luna A. Apnea neonatal y su implicación en el síndrome de muerte súbita del lactante. *Rev Static*. 2025;15(4):2-3.
43. Sánchez I, Sarmiento N. Hemorragia intraventricular y factores asociados en recién nacidos pretérmino: Cohorte retrospectiva. *Rev Salud Uninorte*. 2024;40(1):5.
44. Castillo E. Hemorragia Intraventricular en recién nacidos pretérmino. *Rev Postgrado Med*. 2024;3(2):2-3.
45. Muso G. Enterocolitis Necrosante neonatal: Factores de riesgo y medidas de prevención. *Rev Científica Arbitr Multidiscip PENTACIENCIAS*. 2023;5(6):2.

46. Andrade A. Enterocolitis necrotizante en neonatos sometidos a nutrición enteral. Revisión de la literatura. Rev Dilemas Contemp. 2023;10(2):3-4.
47. Simbaña D. Conocimiento y cuidados de enfermería en sepsis neonatal en el área de cuidados intensivos [Internet]. [Quito]: Universidad UNIANDES; 2025. Disponible en: <https://dspace.uniandes.edu.ec/handle/123456789/18013>
48. González V. Etiología de Sepsis Neonatal y la Resistencia Farmacológica en el Hospital Nacional de San Marcos. Rev Investig Proyec Científica. 2024;6(1):2.
49. Quishpe L. Causas fisiológicas y maternas para la aparición de la ictericia neonatal. Revisión sistemática. Rev Científica Arbitr En Investig Salud GESTAR. 2025;8(16):3.
50. Vásquez J. Modificación en el manejo de la hiperbilirrubinemia neonatal: cambios hacia la mejora de la calidad asistencial. An Pediatría. 2024;10(2):5.
51. Pintado P. Retinopatía de la prematuridad: actualización en el tratamiento [Internet]. Universidad Católica de Cuenca; 2023. Disponible en: <https://dspace.ucacue.edu.ec/items/312b84d3-695f-4ed5-b759-04b89c6c5524>

ANEXOS

Anexo 1. Solicitud para recolección de datos en Hospital Gineco-Obstétrico Pediátrico Universitario de Guayaquil

SOLICITUD DEL INVESTIGADOR

Guayaquil, 06 de abril del 2026

Estimado
Mgs. Marcos Zambrano Agama
Gerente Hospitalario del Hospital Universitario de Guayaquil

En su despacho:

Por medio de la presente, solicito a usted me conceda adquirir información de la Gestión de Estadísticas y Admisiones para poder llevar a cabo la elaboración de mi proyecto de titulación, requisito necesario para poder graduarme.

NOMBRE DEL INVESTIGADOR	LADY JUSTIN VERA MOREIRA
CEDULA DE IDENTIDAD	0955450515
CORREO ELECTRONICO	Lady.vera02@cu.ucsg.edu.ec
TELEFONO CELULAR	0997264459
INSTRUCION A LA QUE PERTENECE	UNIVERSIDAD CATOLICA SANTIAGO DE GUAYAQUIL
CARRERA QUE CURSA	ENFERMERIA
NOMBRE DEL TUTOR	LCDA. ANGELA MENDOZA
TEMA DE TESIS	"Caracterización clínica de los recién nacidos pretérminos atendidos en el Hospital Gineco-Obstétrico Pediátrico Universitario de Guayaquil en el año 2025"
PERIODO DE INVESTIGACION	2025
AREA	EMERGENCIA Y HOSPITALIZACIÓN
SOLICITUD ESPECIFICA	• DATOS ESTADISTICOS

Agradezco de antemano su atención prestada a mi solicitud.

Atentamente,



Lady Vera

Egresada Lady Vera Moreira

Anexo 2. Autorización para recolección de datos en Hospital Gineco-Obstétrico Pediátrico Universitario de Guayaquil



REPÚBLICA DEL ECUADOR

Ministerio de Salud Pública
Hospital Universitario

Guayaquil, 30 de abril del 2026

CARTA DE APROBACIÓN

Por medio de la presente, autorizo la realización del proyecto de titulación de la Srta. Lady Justin Vera Moreira, portadora de la cédula de identidad N.º 0955450515, con el tema de investigación titulado:

"Caracterización clínica de los recién nacidos pretérmino atendidos en el Hospital Gineco-Obstétrico Pediátrico Universitario de Guayaquil durante el año 2025".

La presente autorización se emite para los fines académicos correspondientes.



Dra. Jessica Flor Calero
RESPONSABLE DE DOCENCIA E INVESTIGACIÓN

Anexo 3. Carta de autorización del tema por parte de la directora de la carrera



CARRERAS:
Medicina
Odontología
Enfermería
Nutrición, Dietética y Estética
Terapia Física

Telf.: 3804600
Ext. 1801-1802
www.ucsg.edu.ec
Apartado 09-01-4671
Guayaquil-Ecuador

Guayaquil, 07 de Agosto del 2026

Srta. Lady Vera Moreira
Estudiante de la Carrera de Enfermería
Universidad Católica de Santiago de Guayaquil

De mis consideraciones:

Reciba un cordial saludo de parte de la Dirección de la Carrera de Enfermería, a la vez les comunico, que su tema de trabajo de titulación: "Caracterización clínica de los recién nacidos pretérminos atendidos en el Hospital Gineco-Obstétrico Pediátrico Universitario de Guayaquil en el año 2025" ha sido aprobado por la Comisión Académica de la Carrera, su tutora asignada es la Lic. Angela Mendoza Vines.

Me despido deseándole éxito en la realización de su trabajo de titulación.

Atentamente,

LCDA. ÁNGELA MENDOZA VINES
DIRECTORA DE LA CARRERA DE ENFERMERÍA
UNIVERSIDAD CATÓLICA DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL

Cc: Archivo

Anexo 4. Formato de instrumento de recolección de datos



UNIVERSIDAD CATÓLICA
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL

FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

FICHA DE RECOLECCIÓN DE DATOS

Tema: Caracterización clínica de los recién nacidos pretérminos atendidos en el Hospital Gineco-Obstétrico Pediátrico Universitario de Guayaquil en el año 2025.

I. CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS

1. Sexo del recién nacido

- ☐ Masculino
- ☐ Femenino

2. Procedencia

Según lugar de residencia registrado en la historia clínica:

- ☐ Urbana
- ☐ Rural

II. CARACTERÍSTICAS PERINATALES

3. Edad gestacional

Registro al momento del nacimiento: _____ semanas.

- ☐ < 28 semanas
- ☐ 28 – 31,6 semanas
- ☐ 32 – 33,6 semanas
- ☐ 34 – 36,6 semanas

4. Tipo de parto

- ☐ Parto vaginal
- ☐ Cesárea

5. Peso al nacer

Peso registrado: _____ gramos.

- ☐ < 1000 g
- ☐ 1001 – 1499 g
- ☐ 1500 – 2499 g

6. Tipo de prematuridad

- ☐ Pretérmino extremo
- ☐ Muy pretérmino
- ☐ Pretérmino moderado
- ☐ Pretérmino tardío

III. ADAPTACIÓN NEONATAL

7. Puntuación de Apgar al minuto

Puntaje obtenido: _____ puntos.

- ☐ 0 – 3 puntos — Adaptabilidad grave
- ☐ 4 – 6 puntos — Adaptabilidad moderada
- ☐ 7 – 10 puntos — Adaptabilidad adecuada

8. Puntuación de Apgar a los 5 minutos

Puntaje obtenido: _____ puntos.

- ☐ 0 – 3 puntos — Adaptabilidad grave
- ☐ 4 – 6 puntos — Adaptabilidad moderada
- ☐ 7 – 10 puntos — Adaptabilidad adecuada

IV. COMPLICACIONES NEONATALES

Marque “Sí” cuando la complicación se encuentre registrada en la historia clínica y “No” cuando no exista registro de la misma.

N.º	Complicación neonatal	Sí	No
1	Síndrome de dificultad respiratoria	☐	☐
2	Sepsis neonatal	☐	☐
3	Ictericia neonatal	☐	☐
4	Hemorragia intraventricular	☐	☐
5	Hipotermia	☐	☐
6	Hipoglicemia	☐	☐
7	Hiperbilirrubinemia	☐	☐
8	Enterocolitis necrotizante	☐	☐
9	Retinopatía de la prematuridad	☐	☐
10	Displasia broncopulmonar	☐	☐

V. EVOLUCIÓN CLÍNICA

9. Días de hospitalización

Número total de días de hospitalización: _____ días.

Fecha de ingreso: ____ / ____ / ____

Fecha de egreso: ____ / ____ / ____

10. Condición al egreso

- ☐ Alta médica
- ☐ Referencia
- ☐ Fallecimiento

DECLARACIÓN Y AUTORIZACIÓN

Yo, **Vera Moreira, Lady Justin**, con C.C: **#0955450515** autora del trabajo de titulación: **Caracterización clínica de los recién nacidos pretérminos atendidos en el Hospital Gineco-Obstétrico Pediátrico Universitario de Guayaquil en el año 2025**, previo a la obtención del título de **Licenciada en Enfermería** en la Universidad Católica de Santiago de Guayaquil.

1.- Declaro tener pleno conocimiento de la obligación que tienen las instituciones de educación superior, de conformidad con el Artículo 144 de la Ley Orgánica de Educación Superior, de entregar a la SENESCYT en formato digital una copia del referido trabajo de titulación para que sea integrado al Sistema Nacional de Información de la Educación Superior del Ecuador para su difusión pública respetando los derechos de autor.

2.- Autorizo a la SENESCYT a tener una copia del referido trabajo de titulación, con el propósito de generar un repositorio que democratice la información, respetando las políticas de propiedad intelectual vigentes.

Guayaquil, 13 de agosto del 2026



f. _____

Vera Moreira, Lady Justin

CC: 0955450515



REPOSITORIO NACIONAL EN CIENCIA Y TECNOLOGÍA			
FICHA DE REGISTRO DE TESIS/TRABAJO DE TITULACIÓN			
TEMA Y SUBTEMA:		Caracterización clínica de los recién nacidos pretérminos atendidos en el Hospital Gineco-Obstétrico Pediátrico Universitario de Guayaquil en el año 2025.	
AUTOR(ES)		Vera Moreira, Lady Justin.	
REVISOR(ES)/TUTOR(ES)		Tutora: Lcda. Mendoza Vincés, Ángela Ovilda, Mgs.	
INSTITUCIÓN:		Universidad Católica de Santiago de Guayaquil.	
FACULTAD:		Facultad de Ciencias de la Salud.	
CARRERA:		Carrera de Enfermería.	
TÍTULO OBTENIDO:		Licenciados en enfermería.	
FECHA DE PUBLICACIÓN:	DE	No. PÁGINAS:	DE
	13 de agosto del 2026.		47
ÁREAS TEMÁTICAS:		Línea de investigación: Salud de la Mujer y Materno Infantil.	
PALABRAS CLAVES/KEYWORDS:	Caracterización clínica; Prematuridad; Recién nacido pretérmino/ Clinical characterization; Prematurity; Preterm newborn		
RESUMEN/ABSTRACT (150-250 palabras): Introducción: La prematuridad es una condición neonatal que conlleva al desarrollo de complicaciones debido a la inmadurez de los órganos y sistemas, entonces resulta necesario la caracterización clínica de los neonatos, considerando los aspectos perinatales, sociodemográficos, peso al nacer, edad gestacional y principales repercusiones. Objetivo: Determinar la caracterización clínica de los recién nacidos pretérminos atendidos en el Hospital Gineco-Obstétrico Pediátrico Universitario de Guayaquil, 2025. Metodología: Descriptiva, cuantitativa, retrospectiva y transversal, empleando la técnica de observación y el instrumento conformado por una ficha recolectora de datos. Resultados: Predominio del sexo masculino (53,5%) y procedencia urbana (69,6%) en las características sociodemográficas, y en la caracterización perinatal el nacimiento por cesárea (67,7%), adaptación adecuada al minuto (63,9%) y al quinto minuto (86,7%). La categorización según edad gestacional mostró predominio del grupo pretérmino tardío en 51,9% y de acuerdo al peso mayor índice de 1500-2499 gramos en 81,6%. Acerca de las complicaciones por prematuridad se reportó mayor frecuencia del síndrome de dificultad respiratoria en 43,7% e ictericia neonatal en 30,4%. Conclusión: Los recién nacidos pretérmino tenían mayor predominio masculino, bajo peso al nacer, nacimiento por cesárea y adaptabilidad favorable, presentando síndrome de dificultad respiratoria como principal complicación lo que requiere atención y seguimiento especializado.			
ADJUNTO PDF:		☒ SI ☐ NO	
CONTACTO CON AUTOR/ES:		Teléfono: 0997264459	E-mail: lady.vera02@cu.ucsg.edu.ec
CONTACTO CON LA INSTITUCIÓN (COORDINADOR DEL PROCESO UTE):		Nombre: Lcda. Rivera Salazar, Geny Margoth, PhD. Teléfono: +593-93142597 E-mail: geny.rivera@cu.ucsg.edu.ec	
SECCIÓN PARA USO DE BIBLIOTECA			
Nº. DE REGISTRO (en base a datos):			
Nº. DE CLASIFICACIÓN:			
DIRECCIÓN URL (tesis en la web):			