



**UNIVERSIDAD CATOLICA SANTIAGO DE GUAYAQUIL  
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS  
CARRERA DE MEDICINA**

**TEMA:**

**Prevalencia de recién nacidos pre termino adecuado para edad gestacional en la maternidad Mariana de Jesús en el periodo de junio a noviembre del 2016**

**AUTORES:**

**Lema Barragán Adriana Stephania  
Sánchez Ricaurte Allan Jonathan**

**Trabajo de titulación previo a la obtención del título de:  
MÉDICOS**

**TUTOR:**

**Dra. Elizabeth Benites Estupiñán.**

**Guayaquil, Ecuador**

**26 de abril del 2017**



UNIVERSIDAD CATOLICA SANTIAGO DE GUAYAQUIL  
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS  
CARRERA DE MEDICINA

## CERTIFICACIÓN

Certificamos que el presente trabajo de titulación, fue realizado en su totalidad por **Lema Barragán Adriana Stephania** y **Sánchez Ricaurte Allan Jonathan**, como requerimiento para la obtención del Título de **Médicos**.

**TUTORA:**

f. \_\_\_\_\_  
**Dra. Elizabeth Benites Estupiñan**

**DIRECTOR DE LA CARRERA**

f. \_\_\_\_\_  
**Dr. Luis Aguirre**

**Guayaquil, a los 26 días del mes de abril del año 2017.**



**UNIVERSIDA CATOLICA SANTIAGO DE GUAYAQUIL  
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS  
CARRERA DE MEDICINA**

## **DECLARACIÓN DE RESPONSABILIDAD**

**Yo, Lema Barragán Adriana Stephania.**

### **DECLARO QUE:**

El Trabajo de Titulación, **Prevalencia de recién nacidos pre termino adecuado para edad gestacional en la maternidad Mariana de Jesús en el periodo de junio a noviembre del 2016** previo a la obtención del Título de **MÉDICOS**, 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 26 dias del mes de abril del año 2017**

**EL AUTOR**

f. \_\_\_\_\_  
**Lema Barragán Adriana Stephania**



**UNIVERSIDA CATOLICA SANTIAGO DE GUAYAQUIL  
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS  
CARRERA DE MEDICINA**

## **DECLARACIÓN DE RESPONSABILIDAD**

**Yo, Sánchez Ricaurte Allan Jonathan.**

### **DECLARO QUE:**

El Trabajo de Titulación, **Prevalencia de recién nacidos pre termino adecuado para edad gestacional en la maternidad Mariana de Jesús en el periodo de junio a noviembre del 2016** previo a la obtención del Título de **MÉDICOS**, 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 26 dias del mes de abril del año 2017**

**EL AUTOR**

f. \_\_\_\_\_

**Sánchez Ricaurte Allan Jonathan**



**UNIVERSIDAD CATÓLICA DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL**  
**FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS**  
**CARRERA DE MEDICINA**

**TRIBUNAL DE SUSTENTACIÓN**

f. \_\_\_\_\_

**Dra. Elizabeth Benites Estupiñan**

TUTORA

f. \_\_\_\_\_

**Dra. Caridad Isabel Mayo Galban**

DOCENTE

f. \_\_\_\_\_

**Dr. Guido Niman Moreno Córdova**

DOCENTE

## **AGRADECIMIENTO**

Agradezco a Dios por protegerme durante todo mi camino y darme fuerzas para superar obstáculos y dificultades durante mi carrera. A mi madre, que me ha enseñado a no desfallecer ni rendirme ante nada y siempre perseverar a través de su propio ejemplo de fortaleza. A mi padre por su confianza y apoyo brindado en todo el trayecto de mi vida, corrigiendo mis faltas y celebrando mis triunfos. A la Dra. Elizabeth Benites por su valiosa guía y asesoramiento. Gracias a todas las personas que ayudaron directa e indirectamente en la realización de este proyecto.

Adriana Stephania Lema Barragán

## **DEDICATORIA**

Dedico principalmente a Dios, por haberme dado la vida y permitirme el haber llegado hasta este momento tan importante de mi formación profesional. A mis padres por ser el pilar fundamental en todo lo que soy, en toda mi educación, tanto académica, como de la vida, por su incondicional apoyo perfectamente mantenido a través del tiempo. A mis hermanas que soportaron desvelos cuando más las necesité. A mis abuelos por ser un apoyo fundamental en toda mi carrera. A mis amigas a las que tuve que dejar en repetidas ocasiones por alcanzar el tan anhelado sueño que cumplo ahora. A mi novio por su apoyo a través de la carrera y compartir conmigo mis alegrías y fracasos. Todo este trabajo ha sido posible gracias a todos ellos.

Adriana Stephania Lema Barragán

## **AGRADECIMIENTO**

Agradezco a Dios por todo por darme una maravillosa familia y amigos que dieron su apoyo. A mi madre que me enseñó a seguir adelante y por todos sus buenos consejos. A mi padre por su confianza y apoyo brindado en todo el trayecto de mi vida. A mi novia que nos ayudó con esta tesis y nos asesoró. A la Dra. Elizabeth Benites por su valiosa guía y asesoramiento. Gracias a todas las personas que ayudaron directa e indirectamente en la realización de este proyecto.

Allan Jonathan Sánchez Ricaurte



## DEDICATORIA

Dedico este trabajo principalmente a Dios, por haberme dado la vida, por haberme dado una familia maravillosa que ha sido fundamental para el logro de este objetivo. A mis padres Luis y Perla por ser la parte esencial en mi vida tanto en lo académico como en lo personal. A mi hermana María que me ha dado su apoyo desde mi niñez, por haber celebrado todos mis triunfos y por llorar todas mis caídas. A mi hermano Luis que es un ejemplo a seguir en la mayoría de las ocasiones. A mi abuelo Marcos que hasta su último día me dio sus buenos consejos. A mi novia Jessica por su apoyo a través de la carrera, por ayudarme en todo cuando más la necesitaba, por darme su apoyo y me ayudo a seguir adelante en todas mis caídas. A la Dra. Elizabeth Benites por guiarnos en cada parte de este trabajo.

Allan Jonathan Sánchez Ricaurte

## INDICE

INTRODUCCIÓN .....	14
CAPÍTULO I .....	16
MARCO TEÓRICO .....	16
1.1 Antecedentes de prematuridad .....	16
1.2 Prematuridad .....	16
1.2.1 Definición .....	16
1.2.2 Clasificación .....	17
1.2.3 Etiología .....	17
1.2.4 Cuadro Clínico .....	18
1.3 Factores de Riesgo .....	18
1.3.1 Infección e inflamación .....	18
1.3.2 Activación del eje hipotalámico-pituitario-suprarrenal (HPS) materno o fetal .....	19
1.3.3 Hemorragia decidual .....	19
1.3.4 Distensión uterina .....	20
1.4 Diagnostico .....	20
1.5 Manejo y Tratamiento .....	20
1.5.1 Control Térmico .....	21
1.5.2 Alimentación .....	22
1.5.3 Vitaminas .....	22
1.5.4 Hierro .....	22
1.6 Seguimiento .....	23
1.7 OBJETIVOS .....	23
1.7.1 GENERAL .....	23
1.7.2 ESPECIFICOS .....	24
CAPITULO II .....	25

MATERIALES Y MÉTODOS.....	25
2.1 Diseño .....	25
2.2 Población.....	25
2.2.1 Criterios de inclusión.....	25
2.2.2 Criterios de exclusión.....	25
2.3 Variables .....	25
2.3.1 La variable dependiente.....	26
2.3.2 Variable independiente .....	26
2.3.3 Variables intervinientes:.....	26
2.4 Instrumentos.....	26
2.5 Gestión de datos .....	26
CAPITULO III.....	27
ANALISIS Y RESULTADOS .....	27
CAPITULO IV.....	39
DISCUSIÓN .....	39
CONCLUSION.....	40
RECOMENDACIONES.....	41
REFERENCIAS .....	42

## RESUMEN (ABSTRACT)

**Objective:** To determine the prevalence of preterm infants suitable for gestational age, with data obtained from the clinical file of patients with this diagnosis at the Maternidad Mariana de Jesús in the period June to November, 2016. Design: non-experimental, retrospective type study Observational, descriptive cross-sectional prevalence, analytical cohort.

**METHODS:** We evaluated 3000 patients who attended the newborn care unit (AIRN) of the maternity hospital of Mariana de Jesus in the period from June to November 2016, of which 111 were selected according to inclusion criteria. The mechanism of data collection was collected from the clinical records of the department. Of statistics of the Marian Maternity of Jesus. Results: the prevalence during June to November of 2016 in the Maternidad Mariana de Jesús was 4%.

**Key Words:** preterm, gestational age, prevalence, births

## RESUMEN (ABSTRACT)

**Objetivo:** determinar la prevalencia de recién nacidos pre término adecuado para edad gestacional, con datos obtenidos del expediente clínico de pacientes con este diagnóstico en la Maternidad Mariana de Jesús en el periodo junio a noviembre del 2016. **Diseño:** estudio no experimental, retrospectivo de tipo observacional, descriptivo de corte transversal de prevalencia, analítica cohorte.

**Métodos:** Se evaluaron 3000 pacientes que acudieron a la unidad de atención inmediata al recién nacido (AIRN) de la maternidad Mariana de Jesús en el periodo de junio a noviembre del 2016, de los cuales 111 fueron seleccionados de acuerdo a criterios de inclusión. El mecanismo de recolección de datos fue recogido de las historias clínicas del dpto. de estadística de la Maternidad Mariana de Jesús. **Resultados:** la prevalencia durante junio a noviembre del 2016 en la Maternidad Mariana de Jesús fue de 4%.

**Palabras Claves:** pre termino, edad gestacional, prevalencia, nacimientos.

## INTRODUCCIÓN

El parto prematuro es uno de los mayores desafíos clínicos que afectan a la Medicina Perinatal en la actualidad. Las muertes perinatales en su gran mayoría suceden en nacidos pre término, siendo esta la prematuridad un factor de alto riesgo de desarrollar deficiencia y discapacidad en el recién nacido, afectando también en lo familiar y social.

La Organización Mundial de la Salud (OMS), define como prematuro o pre término a todo recién nacido antes de las 37 semanas de embarazo correspondiente a 259 días.

“En el Ecuador se estima una población aproximada de 16 millones de habitantes y de 300.000 recién nacidos vivos por año. El riesgo de nacimientos pre término para la población general se estima entre el 6% y 10%.” Instituto Nacional de Estadística y Censos (INEC). 2000-2012. Datos de <http://www.ecuadorencifras.gob.ec>.

“La Organización Panamericana de la Salud (OPS) detalla que en el Ecuador está entre los 11 países con las tasas más bajas de nacimientos prematuros del mundo con 5,1%.” Según los datos del INEC, el recién nacido pre término es la primera causa de mortalidad infantil en el país. Organización Panamericana de la Salud/ Organización Mundial de la Salud (2012). Disponible en: <http://www.paho.org/arg/>.

Unas de las situaciones que acompaña la prematuridad en los países en desarrollo como lo es nuestro país es el peso bajo al nacimiento lo puede llevar a una alta mortalidad neonatal, relacionada desnutrición e infecciosa de la población actual.

Todas las medidas sanitarias estás dirigidas a detectar oportunamente y controlar toda aquella gesti3n de riesgo, para así evitar la infecci3n perinatal y proveer reanimaci3n neonatal básica. Otras medidas asistenciales avanzadas son ineficaces para mejorar la morbimortalidad neonatal.

# CAPÍTULO I

## MARCO TEÓRICO

### 1.1 Antecedentes de prematuridad

Uno de cada diez embarazos es prematuro. Aproximadamente, se producen en el mundo en torno a 13 millones de nacimientos prematuros al año. Con una incidencia de: 11% en América del Norte, 5,6% en Oceanía y 5,8% en Europa aproximadamente. Desde 1990, los nacimientos prematuros han aumentado un 14% mundialmente.

“En el Ecuador se estima una población aproximada de 16 millones de habitantes y de 300.000 recién nacidos vivos por año. El riesgo de partos prematuros en general para la población se estima entre el 6 y 10%.”

OPS (2012). Disponible en: <http://www.paho.org/arg/>.

“El Ecuador está entre los 11 países con bajas tasas de nacimientos prematuros del mundo con 5,1%. (Ecuador 5.1; Letonia 5.3; Finlandia, Croacia y Samoa 5.5; Lituania y Estonia 5.7; Barbados/Antigua 5.8; Japón 5.9.) Pero a su vez es la primera causa de mortalidad infantil, la duración corta de gestación, según datos del INEC.” GPC (2014). Disponible en: <http://www.salud.gob.ec/wp-content/uploads/2014/05/GPC-Rec%C3%A9n-nacido-prematuro.pdf>

### 1.2 Prematuridad

#### 1.2.1 Definición

Se define como recién nacido pre termino o prematuro al nacimiento que se produce antes de completar las 37 semanas de gestación.



### **1.2.2 Clasificación**

Según la Organización mundial de la Salud clasifica la prematuridad según la edad gestacional de las siguientes subcategorías: prematuro muy extremo, prematuro extremo, prematuro moderado y, en ocasiones, prematuro tardío.

- Prematuro: nacimiento entre las 23 y las 37 semanas de gestación
- Prematuro tardío: nacimiento entre las semanas 34 y 36 de gestación
- Prematuro moderado: nacimiento entre las semanas 32 y 34 de gestación
- Muy Prematuro: nacimiento antes de las 28 y 31 semanas de gestación
- Prematuro extremo: nacimiento menor o igual de las 27 semanas de gestación

### **1.2.3 Etiología**

Un 50% de los prematuros son nacidos tras la manifestación de un parto pre término espontáneo o tras ruptura prematura de membranas. La aparición de infección clínica o subclínica es sospechada durante el periodo del embarazo, (cultivos positivos en los anexos fetales en el 60% versus al 20% de los término; vaginosis materna, marcadores inflamatorios elevados en líquido amniótico), aunque la terapia antibacteriana no es favorable en el parto prematuro espontáneo, en comparación a su empleo en la amniorrexis prematura, ya que consigue prolongar el embarazo, reducir la tasa de corioamnionitis y aumentar los resultados positivos neonatales. Otros factores relacionados son antecedentes maternos de partos pre términos previos, el nivel socioeconómico desfavorable de la madre, la edad y el tabaquismo materno.

Los embarazos múltiple espontánea o inducida, elevan las tasas de prematuridad y constituyen aproximadamente una cuarta parte de los pre

términos, mientras que las dificultades maternas y fetales equivalen el 15 y el 25%, en su mayoría por la hipertensión materna y la desnutrición intrauterina, seguidas por el poli hidramnios.

#### **1.2.4 Cuadro Clínico**

En el recién nacido pre término se caracteriza por mostrar patología en relación a inmadurez-hipoxia, debido a su corto estadio gestacional y la incapacidad de ajuste respiratorio tras la omisión de la oxigenación trasplacentaria. Esto a su vez presenta en muchos casos un test de Apgar bajo lo cual requerirá medidas de reanimación neonatal, que incluye soporte termo estable para proporcionar ventilación mecánica y una monitorización de la saturación de oxígeno y la frecuencia cardíaca neonatal.

“El prematuro tiene altas probabilidades de presentar complicaciones, como la taquipnea transitoria del RN, síndrome de dificultad respiratoria (SDR), hipertensión pulmonar persistente, insuficiencia respiratoria, inestabilidad de la temperatura, ictericia, dificultad para la alimentación y estancia prolongada en unidades de cuidados intensivos neonatales.” GPC (2014). Disponible en: <http://www.salud.gob.ec/wp-content/uploads/2014/05/GPC-Rec%C3%A9n-nacido-prematuro.pdf>

### **1.3 Factores de Riesgo**

#### **1.3.1 Infección e inflamación**

La inflamación, corresponde al 40% de los nacimientos prematuros. “El mecanismo que conduce al nacimiento prematuro implique la activación de citocinas como la interleucina-1 $\beta$  (IL-1 $\beta$ ) y el TNF- $\alpha$ . Las citocinas estimulan la síntesis de prostaglandinas y favorecen el aumento en la producción de metaloproteinasas de la matriz extracelular e IL-8, lo que deriva en la rotura

de las membranas fetales y la maduración del cuello del útero.” Perkin E. (2009) Disponible: [http://www.efcni.org/fileadmin/Daten/Web/Brochures\\_Reports\\_Factsheets\\_Position\\_Papers/Prevention\\_Perkin\\_Elmar/1244856\\_Perkin\\_Elmer\\_Spanish.pdf](http://www.efcni.org/fileadmin/Daten/Web/Brochures_Reports_Factsheets_Position_Papers/Prevention_Perkin_Elmar/1244856_Perkin_Elmer_Spanish.pdf)

### **1.3.2 Activación del eje hipotalámico-pituitario-suprarrenal (HPS) materno o fetal**

“El estrés aumenta el riesgo de nacimiento prematuro debido a que causa un aumento en los niveles de la hormona liberadora de corticotropina (HLC). La HLC actúa como mediadora de la secreción de la hormona adrenocorticotrópica (HACT) pituitaria en los procesos tanto maternos como fetales y esto, a su vez, causa una elevación de la secreción de cortisol suprarrenal materno y fetal. Estos niveles elevados de cortisol provocan un rápido aumento de la concentración de HLC circulante, que seguidamente causan la producción de prostaglandinas. Las prostaglandinas provocan contracciones (efecto uterotónico directo) y la maduración cervical, y sensibilizan el miometrio con los mismos efectos de la oxitocina, por ejemplo.

La HLC también produce un aumento en la producción de estrógeno placentario al estimular la secreción de su precursor por parte de la glándula suprarrenal fetal. Los estrógenos interactúan con el miometrio, lo que desemboca en contracciones y cambios cervicales.” Perkin E. (2009) Disponible: [http://www.efcni.org/fileadmin/Daten/Web/Brochures\\_Reports\\_Factsheets\\_Position\\_Papers/Prevention\\_Perkin\\_Elmar/1244856\\_Perkin\\_Elmer\\_Spanish.pdf](http://www.efcni.org/fileadmin/Daten/Web/Brochures_Reports_Factsheets_Position_Papers/Prevention_Perkin_Elmar/1244856_Perkin_Elmer_Spanish.pdf)

### **1.3.3 Hemorragia decidual**

El proceso bioquímico está relacionado con la producción de trombina.

“La trombina interviene en la estimulación de la coagulación y la formación de coágulos; sin embargo, también estimula la producción de proteasas

capaces de madurar el cuello del útero y dañar las membranas fetales, conduciendo así a la rotura prematura de las membranas. Asimismo, la trombina puede ejercer un efecto uterotónico indirecto sobre el miometrio y estimular la aparición de contracciones.” Morken Ni, (2005).

#### **1.3.4 Distensión uterina**

El incremento del tamaño uterino producto de la gestación múltiple o polihidramnios puede desencadenar una distensión mecánica del miometrio, transmitiendo una señal a través de las estructuras celulares activando la producción de citocinas y prostaglandinas.

#### **1.4 Diagnostico**

En la actualidad no existe método para diagnosticar un parto pretermino. Sin embargo, se evalúa los diferentes factores de riesgo maternos para prevenir un parto pretermino mediante tocolíticos.

#### **1.5 Manejo y Tratamiento**

En el manejo de un niño pretermino sano se realiza una serie de procedimientos y valoraciones del estado general por medio de cuidados médicos y de enfermería. Estas incluyen estimar la edad gestacional, alimentación, control térmico, metabólico y respiratorio.

Conocer las características físicas y somatométricas como el peso, longitud y perímetro cefálico. Identificación del estado neurológico y complicaciones que puedan presentarse en diversos órganos.

El método posnatal más empleado en la práctica diaria para estimar de la edad gestacional es “la valoración propuesta por Capurro y cols, la que utiliza cinco características somáticas: 1) La formación del pezón, 2) La

textura de la piel, 3) La forma de la oreja, 4) El tamaño de la mama y 5) Los surcos plantares, además de dos signos neurológicos: I) El signo de la bufanda y II) El signo de cabeza en gota.” Manuel Go (2012)

### **1.5.1 Control Térmico**

El uso de una incubadora previamente regulada de 34 a 36°C es de vital importancia para prevenir la hiper o hipotermia neonatal, especialmente en recién nacidos con bajo peso. Un ambiente térmico neutro es el cual la tasa metabólica y el gasto de oxígeno es el mínimo para mantener el control térmico normal, y debe implementarse durante la primera semana de nacimiento.

Se define como temperatura corporal normal en el recién nacido a la axilar de 36,5 °C, rectal de 37,5 °C y abdominal entre 36.0 – 36.5°C.

La hipotermia se clasifica según la severidad en:

- Hipotermia leve: Temperatura corporal → 36 - 36,4 °C.  
Temperatura de piel → 35,5 - 35,9 °C
- Hipotermia moderada: Temperatura corporal → 32 - 35,9°C.  
Temperatura de piel → 31,5 - 35,4 °C
- Hipotermia grave: Temperatura corporal de menor a 32 °C.  
Temperatura de piel menor a 31,5 °C

Unas de las técnicas más utilizadas para el control térmico es el método canguro que basa en el apego precoz (piel a piel) del recién nacido sobre el dorso desnudo de la madre, indicado en prematuros con peso menor de 1500gr y menores de 37 semanas de gestación.

“El método canguro es una estrategia beneficiosa para el RNPT, demostrada por estudios de alto nivel científico y comprobada a lo largo de los años con la experiencia de establecimientos de salud como el Hospital Gineco Obstétrico Isidro Ayora de Quito.” GPC (2014). Disponible en:

<http://www.salud.gob.ec/wp-content/uploads/2014/05/GPC-Rec%C3%A9n-nacido-prematuro.pdf>

### **1.5.2 Alimentación**

La adecuada alimentación enteral en los prematuros sanos permite lograr un crecimiento y desarrollo funcional favorable. El inicio de la alimentación va a depender del protocolo del MSP y de la edad gestacional.

El aporte nutricional que satisfaga las necesidades nutricionales y calóricas para cumplir un objetivo óptimo en el desarrollo es de al menos 21 g/kg/d de leche materna, iniciando lo más temprano posible.

Existe una baja incidencia presentar enterocolitis necrosante e infecciones en aquellos prematuros menores de 32 semanas alimentados con leche materna y favorece el desarrollo neurológico.

En caso de no disponer de la misma, se puede considerar sucedáneo de leche materna o fortificadores de leche humana que ayudan a mantener el aporte de proteínas, calcio y fósforo.

### **1.5.3 Vitaminas**

Se inicia la administración de suplementos vitamínicos a los prematuros alimentados con leche materna sin fortificador o sucedáneo de leche humana a dosis de Vitamina A dosis de 700 a 1500 UI/kg/d, Vitamina D a dosis de 400 UI/d y vitamina C a dosis de 30mg/d los tres primeros meses. Mantener hasta que alcance el peso de 2kg.

### **1.5.4 Hierro**

El suplemento de hierro desde el primer mes hasta el año de edad, es de 2mg/Kg/Día de manera exclusiva a prematuros bajo alimentación con leche materna y prematuros extremos de 4 a 6 mg/Kg/día desde la 4-6 semanas.

## **1.6 Seguimiento**

Los niños prematuros tienen alto riesgo de presentar alteraciones de desarrollo, en especial los preterminos con bajo peso al nacer. El prematuro debe evaluarse semanalmente la ganancia de peso, talla y perímetro cefálico desde la semana 22 de gestación hasta la semana 40 mediante las curvas modificadas de Fenton.

La consejería a la madre es de vital importancia para el correcto cuidado y alimentación del lactante pretermino. El lactante prematuro al igual que el a término debe cumplir el esquema de vacunación obligatoria, tamizaje metabólico neonatal, control hematológico, audiometría para descartar hipoacusia, tamizaje para descartar retinopatía del prematuro y ecografía cerebral entre las 36 – 40 semanas de edad gestacional si a la exploración neurológica se detectan alteraciones en los reflejos primitivos primarios, comportamiento, orientación auditiva, postura, tono activo y pasivo, movimientos, succión, deglución, dorsiflexión, ángulo de los pies, enderezamiento del tronco sagital, atención visual.

## **1.7 OBJETIVOS**

### **1.7.1 GENERAL**

Describir la prevalencia de recién nacidos pre término adecuado para edad gestacional en el área de AIRN de la maternidad Mariana de Jesús.

### **1.7.2 ESPECIFICOS**

- Evaluar los factores de riesgo relacionados con RNPt hospitalizados en MMJ.
- Identificar la principal causa de los nacimientos de RNPt hospitalizados en la MMJ.
- Conocer la edad gestacional más frecuente de los RNPt en la MMJ.



## **CAPITULO II**

### **MATERIALES Y MÉTODOS**

#### **2.1 Diseño**

El presente trabajo es un estudio no experimental, retrospectivo de tipo observacional, descriptivo y analítica cohorte.

#### **2.2 Población**

El total de pacientes fue de 3000 pacientes que acudieron a la unidad de atención inmediata al recién nacido (AIRN) de la maternidad Mariana de Jesús en el periodo de junio a noviembre del 2016, de los cuales 111 fueron seleccionados de acuerdo a criterios de inclusión

##### **2.2.1 Criterios de inclusión**

- Recién nacidos pre término
- Recién nacidos atendidos en la Maternidad Mariana de Jesús.
- Recién nacidos de sexo masculino y femenino de toda identificación cultural
- Recién nacidos con adecuada edad gestacional.

##### **2.2.2 Criterios de exclusión**

- Recién nacidos a término y pos termino
- Recién nacidos no atendidos en la maternidad Mariana De Jesús.
- Recién nacidos que no tenga adecuada edad gestacional.

#### **2.3 Variables**

### **2.3.1 La variable dependiente**

Prevalencia

### **2.3.2 Variable independiente**

Mujeres con embarazo pre términos

### **2.3.3 Variables intervinientes:**

Edad gestacional, sexo, peso al nacer, APGAR, tipo de nacimiento, factores que incidió el parto pre término y la edad materna.

## **2.4 Instrumentos**

La base de datos fue recogida de las historias clínicas del dpto. de estadística de la Maternidad Mariana de Jesús.

## **2.5 Gestión de datos**

El análisis de los datos se realizó con diferentes programas estadísticos como Excel y SPSS de IBM.

### CAPITULO III

## ANALISIS Y RESULTADOS

#### Prevalencia de partos pre-términos en la maternidad Mariana de Jesús

$$Prevalencia = \frac{111 \text{ pacientes con parto pre - término}}{3000 \text{ pacientes en total}} \times 100$$

$$Prevalencia = \frac{111}{3000} \times 100$$

$$Prevalencia = 0,037 \times 100$$

$$Prevalencia = 4\%$$

**Análisis:** Este cuadro nos indica que De un total de 3000 pacientes embarazadas que acudieron a la maternidad Mariana de Jesús un 4% presentaron un parto pre termino mientras que un 96% presentaron otro diagnóstico.

Según un informe presentado por las Naciones unidas, que analiza los índices de nacimientos prematuros en 184 países, en el Ecuador el 5.1% de los bebés vienen al mundo antes de lo previsto

**Tabla 1: Estadística descriptiva de los tipos de parto, edad gestacional, género, talla, RCP y motivo de parto pre-término.**

		Estadísticos						
		Tipo_de_parto	Edad_gestacional	Genero	Peso	Talla	RCP	Motivo
N	Válido	111	111	111	111	111	111	111
	Perdidos	0	0	0	0	0	0	0
Media		1,55	2,03	1,69	1,76	1,27	1,97	4,23
Mediana		2,00	2,00	2,00	2,00	1,00	2,00	4,00
Moda		2	3	2	1	1	2	4 <sup>a</sup>
Desviación estándar		,500	,825	,463	,753	,446	,163	2,243
Varianza		,250	,681	,214	,568	,199	,027	5,031
Rango		1	2	1	2	1	1	8
Percentiles	20	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	2,00	2,00
	30	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	2,00	3,00
	40	1,00	2,00	2,00	1,00	1,00	2,00	4,00
	50	2,00	2,00	2,00	2,00	1,00	2,00	4,00

**Análisis:** Con respecto al tipo de parto tenemos los siguientes datos: 1 representa parto vaginal y 2 representa cesárea. La media, es decir, el promedio tenemos que es cesárea. La mediana que es el valor central una vez ordenados los datos; en este caso la mediana nos da también 2, que es cesárea. Moda que es el dato que más se repite en este criterio es también 2 que representa cesárea.

En el criterio de la edad gestacional tenemos que 1 representa 35 semanas, 2 representa 36 semanas y 3 representa 37 semanas. La media es 2.03, que significa 36 semanas, la mediana es 36 semanas también, y la moda es 3 que representa 37 semanas.

En el criterio del género, 1 representa femenino y 2 representa masculino. La media, la moda y la mediana es 2 que representa masculino.

En el criterio del peso, 1 representa bajo peso, 2 representa peso normal y 3 representa alto peso. La media y mediana son 2 que representa un peso normal y la moda es 1 que representa un bajo peso.

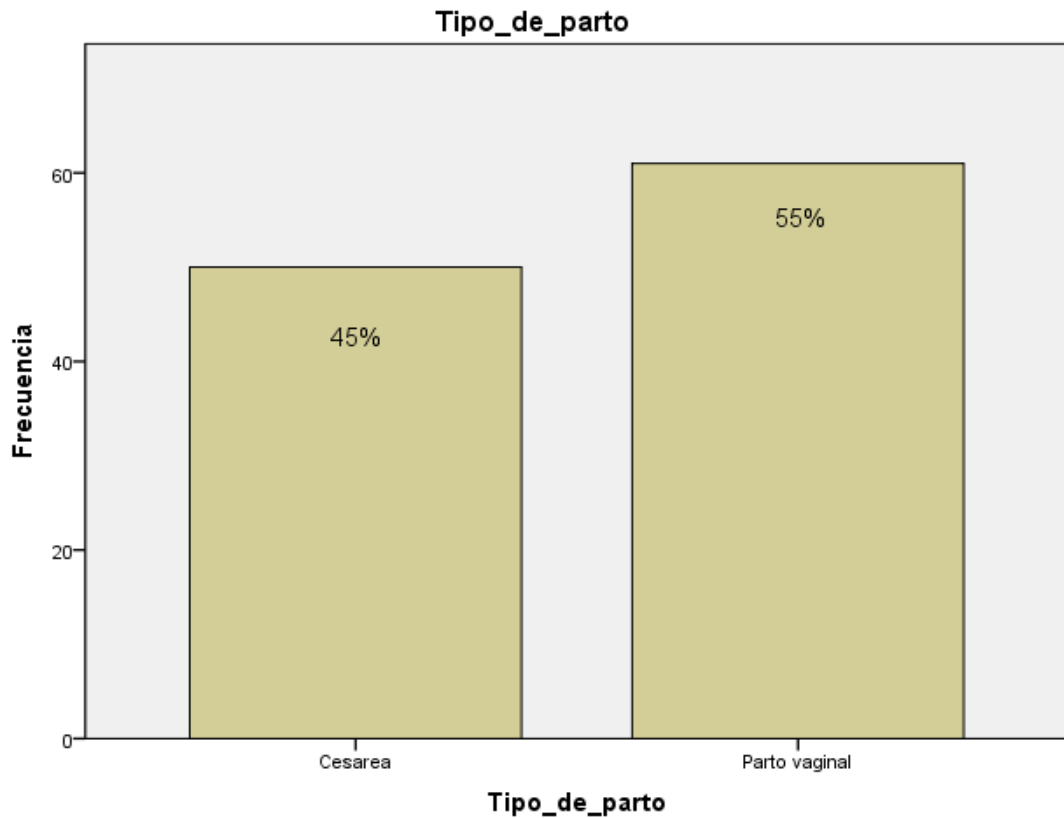
En el criterio de la talla, 1 representa menor a 50 cm y 2 representa mayor a 50 cm. En este caso media, mediana y moda es 1 que representa una talla menor a 50 cm.

En el criterio de aplicación de RCP, 1 representa que si se aplicó y 2 representa que no se aplicó. La media, mediana y moda el resultado fue 2, que representa que no se aplicó RCP en el recién nacido.

En el criterio del motivo del parto pre-término tenemos los siguientes datos: 1 representa infección urinaria, 2 representa embarazo múltiple, 3 representa edad precoz de la madre, 4 representa edad avanzada de la madre, 5 representa ruptura prematura de membranas, 6 representa haber sufrido un parto prematuro en embarazos previos, 7 representa exceso de esfuerzo físico, 8 representa desprendimiento de placenta y 9 representa preeclampsia. En este caso, media, mediana y moda es 4 que representa edad avanzada de la madre.

**Tabla 2: Estadística descriptiva de los tipos de parto con porcentaje valido y porcentaje acumulado.**

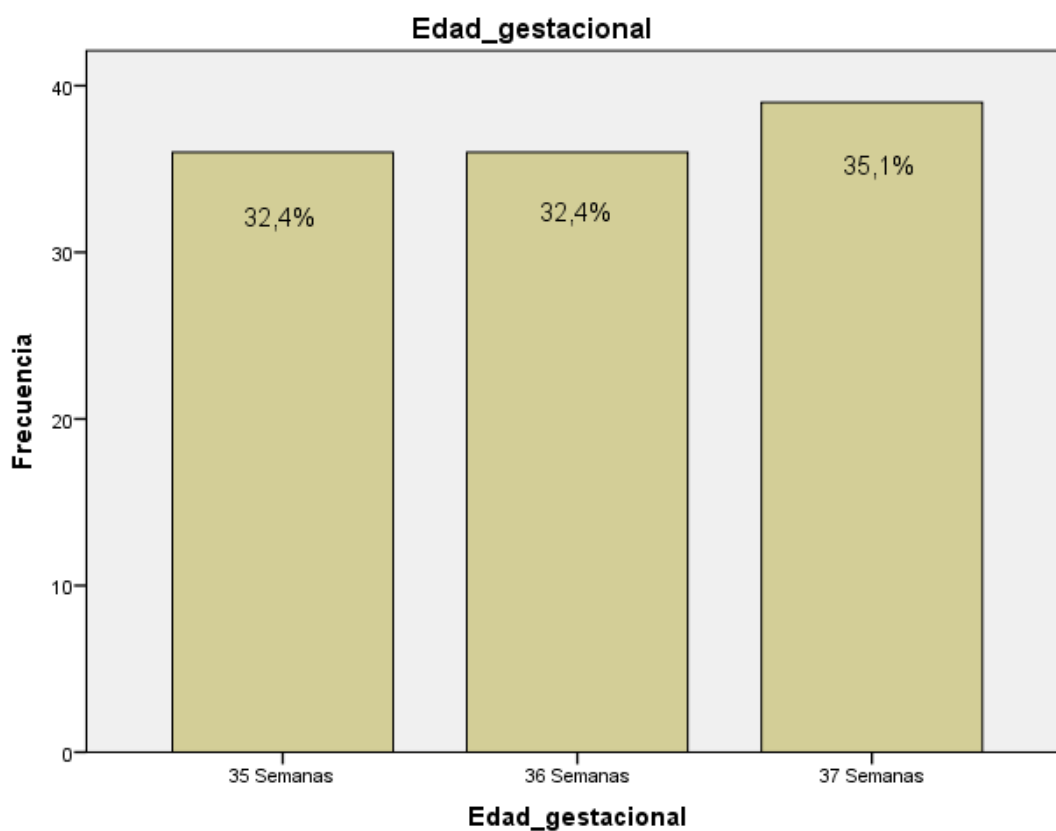
		Tipo_de_parto			
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	Cesarea	50	45,0	45,0	45,0
	Parto vaginal	61	55,0	55,0	100,0
	Total	111	100,0	100,0	



**Análisis:** De un total de 111 pacientes en estudio el tipo de parto que predominó fue el de parto por vía vaginal con 61 pacientes que equivale a 55% del total y de cesárea corresponde a un 45% del total.

**Tabla 3: Estadística descriptiva de edad gestacional con porcentaje válido y acumulado.**

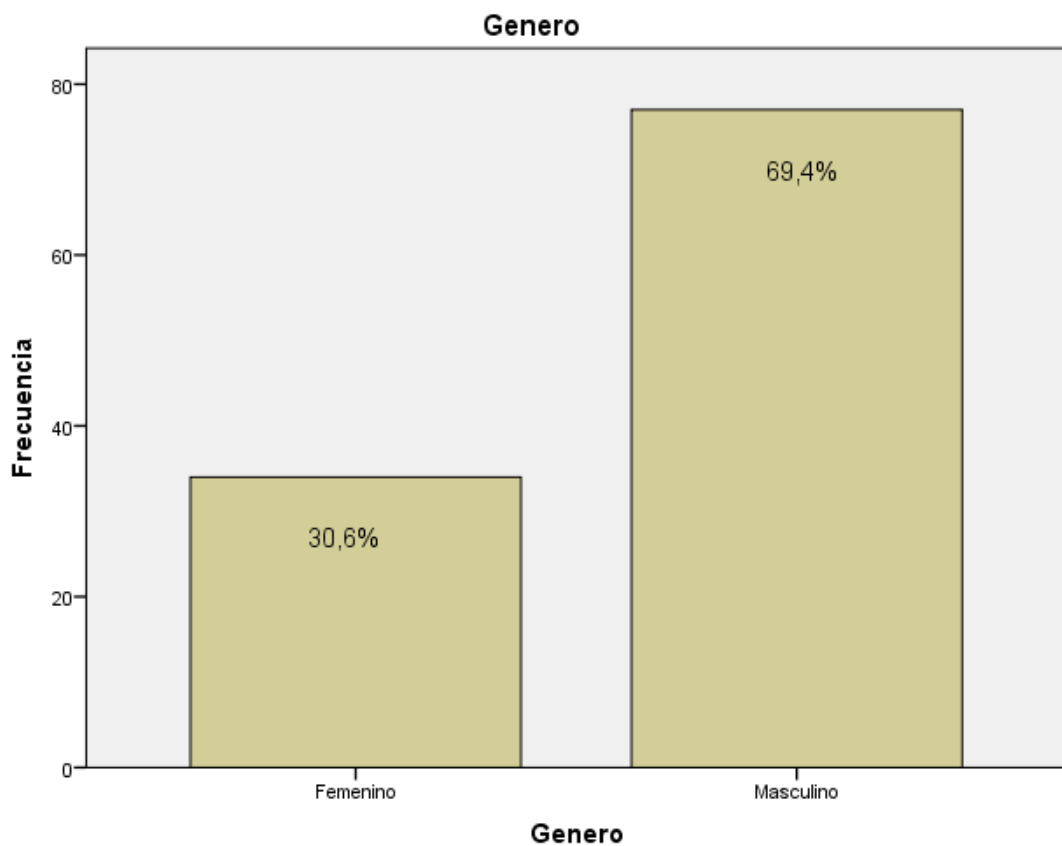
		Edad_gestacional			
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	35 Semanas	36	32,4	32,4	32,4
	36 Semanas	36	32,4	32,4	64,9
	37 Semanas	39	35,1	35,1	100,0
Total		111	100,0	100,0	



**Análisis:** De un total de 111 pacientes en estudio la edad gestacional que se presentó más frecuentemente fue la de 37 semanas en un 35,1% seguido. La mayoría de los partos si bien es cierto fueron pre-términos, se acercaron más a la edad gestacional indicada.

**Tabla 4: Estadística descriptiva del género con porcentaje válido y acumulado.**

		<b>Género</b>			
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	Femenino	34	30,6	30,6	30,6
	Masculino	77	69,4	69,4	100,0
	Total	111	100,0	100,0	

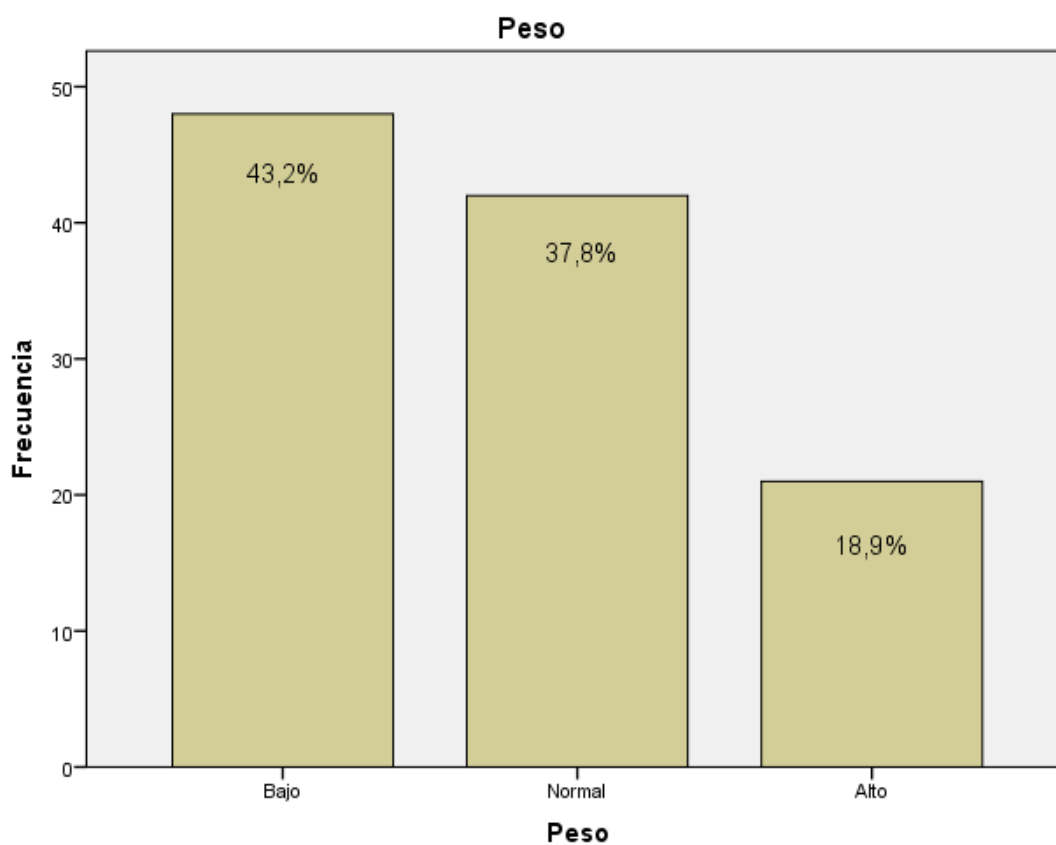


**Análisis:** De un total de 111 pacientes en estudio el género que predominó fue el masculino con 77 recién nacidos de dicho género que equivale a 69,4% % del total y del femenino corresponde a un 30,6% del total.



**Tabla 5: Estadística descriptiva de peso con porcentaje válido y acumulado.**

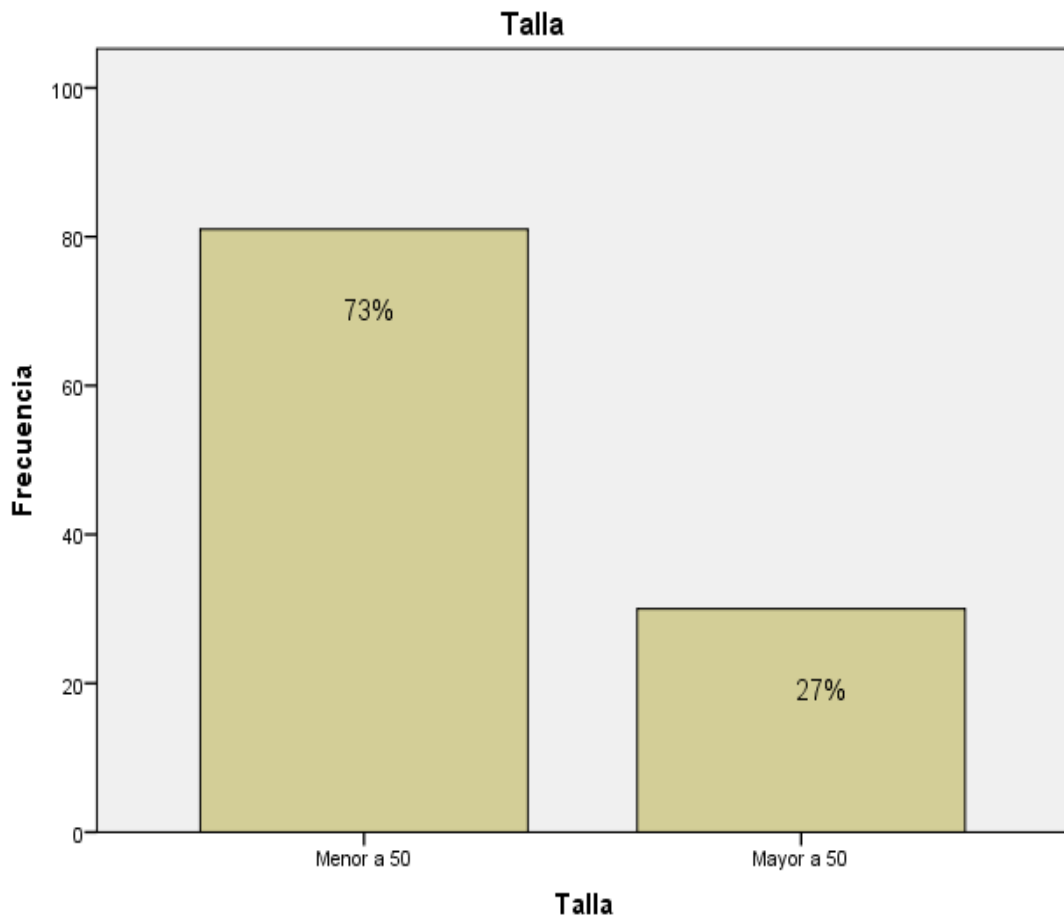
Peso					
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	Bajo	48	43,2	43,2	43,2
	Normal	42	37,8	37,8	81,1
	Alto	21	18,9	18,9	100,0
	Total	111	100,0	100,0	



**Análisis:** De un total de 111 pacientes en estudio 48 tuvieron recién nacidos con bajo peso para la edad gestacional que corresponde a un 43,2% seguido por 42 recién nacidos con peso adecuado para edad gestacional que corresponden a un 37,8%.

**Tabla 6: Estadística descriptiva de talla con porcentaje válido y acumulado.**

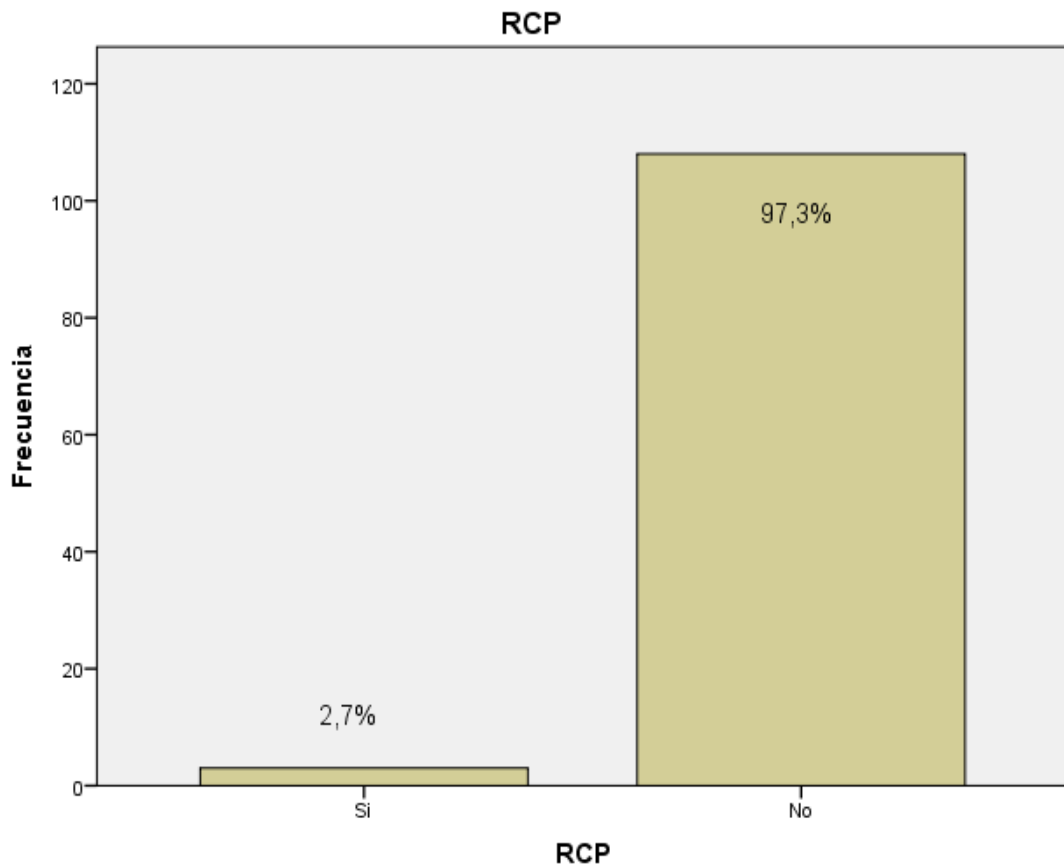
		Talla			
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	Menor a 50	81	73,0	73,0	73,0
	Mayor a 50	30	27,0	27,0	100,0
	Total	111	100,0	100,0	



**Análisis:** De un total de 111 pacientes en estudio 81 tuvieron recién nacidos con talla menor a 50 cm que corresponde a un 73% mientras que 30 recién nacidos fueron macrosómicos que corresponde a 27%

**Tabla 7: Estadística descriptiva de RCP con porcentaje válido y acumulado.**

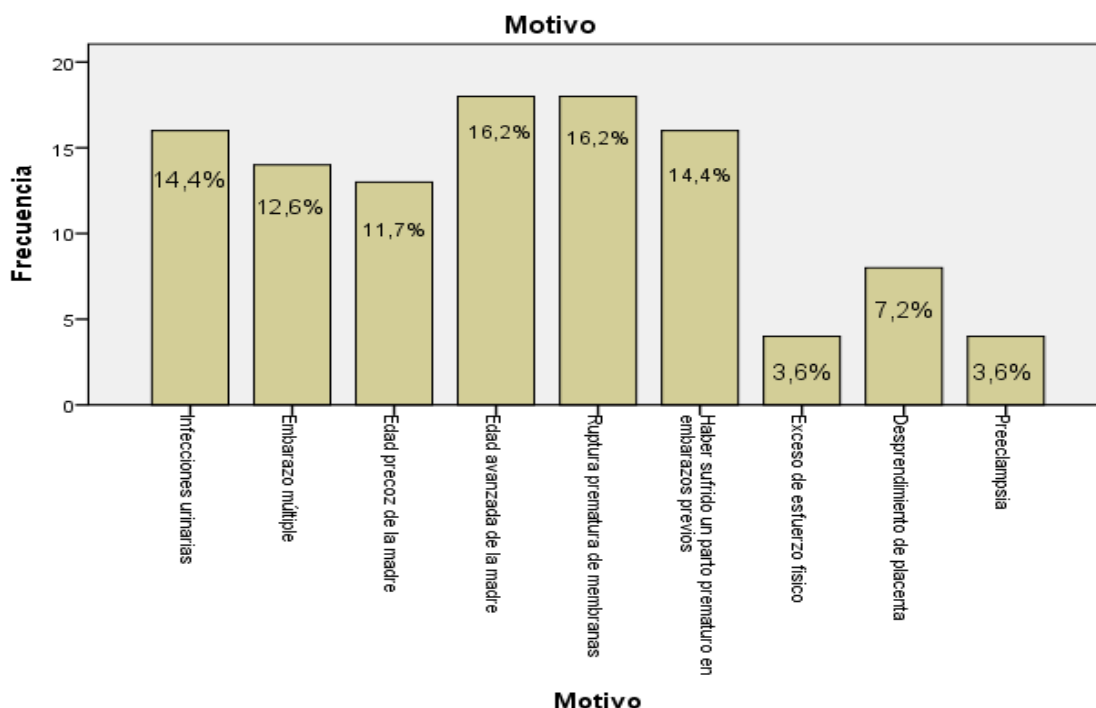
		RCP			
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	Si	3	2,7	2,7	2,7
	No	108	97,3	97,3	100,0
	Total	111	100,0	100,0	



**Análisis:** De un total de 111 pacientes en estudio 3 de los recién nacidos necesitaron RCP después del nacimiento, mientras que los restantes no necesitaron RCP

**Tabla 8: Estadística descriptiva de motivo con porcentaje válido y acumulado.**

		Motivo			
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	Infecciones urinarias	16	14,4	14,4	14,4
	Embarazo múltiple	14	12,6	12,6	27,0
	Edad precoz de la madre	13	11,7	11,7	38,7
	Edad avanzada de la madre	18	16,2	16,2	55,0
	Ruptura prematura de membranas	18	16,2	16,2	71,2
	Haber sufrido un parto prematuro en embarazos previos	16	14,4	14,4	85,6
	Exceso de esfuerzo físico	4	3,6	3,6	89,2
	Desprendimiento de placenta	8	7,2	7,2	96,4
	Preeclampsia	4	3,6	3,6	100,0
	Total	111	100,0	100,0	



**Análisis:** De un total de 111 pacientes en estudio a causa de la ruptura prematura de membranas 18 tuvieron parto pre termino que equivale a un 16.2% cifras similares las comparte con la causa de edad avanzada de la madre.

**Tabla 9: Correlación de Pearson. Estudios comparativos de motivos de parto en relación a los tipos de partos presentados.**

**Pruebas de chi-cuadrado**

	Valor	gl	Sig. asintótica (2 caras)
Chi-cuadrado de Pearson	93,719	8	,000
Razón de verosimilitud	128,730	8	,000
Asociación lineal por lineal	72,722	1	,000
N de casos válidos	111		

**Pruebas de Riesgo Relativo**

		Tipo de parto	
		Cesarea	Vaginal
Motivo de parto pre- término	Infecciones urinarias	3,13	3,81
	Embarazo múltiple	3,57	4,36
	Edad precoz de la madre	3,85	4,69
	Edad avanzada de la madre	2,78	3,39
	Ruptura prematura de membranas	2,78	3,39
	Haber sufrido un parto prematuro en embarazos previos	3,13	3,81
	Exceso de esfuerzo físico	<b>12,50</b>	<b>15,25</b>
	Desprendimiento de placenta	<b>6,25</b>	<b>7,63</b>
	Preeclampsia	<b>12,50</b>	<b>15,25</b>

**Ho:** Los motivos de partos pre- términos no están en relacionados al tipo de intervención

**Ha:** Los motivos de partos pre- términos si están en relacionados al tipo de intervención

**Análisis:** De acuerdo al análisis de Correlación de Pearson, vemos que se aprueba la hipótesis alternativa y se descarta la hipótesis nula, lo cual define que un parto pre-término es muy significativo en los tipos de intervención sea de tipo vaginal como por cesárea.

En cuanto al análisis de Riesgo relativo todos los tipos de parto existen un riesgo en la mujer embarazada, pero con un alto índice de riesgo cuando

hay pre-eclámpsia, desprendimiento de Placenta y exceso de esfuerzo físico. El nivel socio-económico de las mujeres que acuden al Hospital Sta. Marianita son de estratos bajos, donde la embarazada realiza oficios dentro y fuera de casa colaborando con el presupuesto económico del hogar.

## **CAPITULO IV**

### **DISCUSIÓN**

En Ecuador el riesgo de nacimientos pre término para la población general se estima entre el 6% y 10%, sin embargo, en este estudio se realizó con la finalidad de buscar el porcentaje de partos pre termino adecuados para edad gestacional. Con dicho estudio se conoce que la edad gestacional más frecuente de parto pre termino es de 37 semanas de gestación

En la literatura esta descrito que los factores de riesgo se presentan con mayor frecuencia en pacientes mayores de 34 años de edad, aunque también se presentan con mucha frecuencia en pacientes menores de 19 años de edad.

En nuestro estudio de un total de 111 pacientes 28 pacientes fueron menores de 19 años de estas solo 21 tuvieron parto a las 37 semanas de gestación. 83 pacientes fueron mayores de 19 años y 18 tuvieron parto a las 37 semanas. La Ruptura Prematura de Membranas esta descrita como la primera causa de parto pretermino junto con la edad avanzada de la madre.

En nuestro estudio de las 111 pacientes 18 presentaron Ruptura Prematura de Membranas al igual que la edad avanzada de la madre 10 tuvieron parto antes de las 37 semanas de gestación.

Se ha reportado que la historia obstétrica de parto pretermino se dan principalmente en el 2do trimestre con o sin RPM. Que es uno de los factores que más se asocian con la prematuridad y el riesgo de recurrencia parece depender del número de partos pretermino.

En nuestro estudio de las 111 pacientes 4 tuvieron antecedente de preeclampsia y de estas las 4 pacientes tuvieron cesárea antes de las 37

semanas de gestación. y 16 pacientes tuvieron antecedente de infecciones de las vías urinarias de estas 10 pacientes tuvieron parto antes de las 37 semanas de gestación. En relación a la paridad asociados a la edad de las 18 pacientes menores de 19 años de edad 16 pacientes fueron primigestas y 2 de las 18 pacientes fueron multigestas. De las cuales 7 tuvieron parto antes de las 37 semanas de gestación.

Entre el grupo de pacientes de edades entre 20 y 35 años, 28 tuvieron parto antes de las 37 semanas de gestación.

Hay reporte que el sangrado transvaginal como factor de riesgo para parto pre termino en más de un trimestre. El sangrado vaginal durante el embarazo es un factor de riesgo para parto pretermino cuando no es causado por placenta previa o desprendimiento. Se observó una asociación entre el sangrado del segundo trimestre y parto pretermino. El sangrado vaginal causado por placenta previa o desprendimiento de placenta es asociado con el riesgo parto pretermino casi como la gestación múltiple. El sangrado del 2do trimestre no asociado con placenta previa o con separación de placenta también ha sido asociado significativamente con parto pretermino. En nuestro estudio de las 111 pacientes 12 pacientes acudieron con sangrado transvaginal de las cuales 9 tuvieron parto antes de las 37 semanas de gestación.

## **CONCLUSION**

Con este estudio podemos concluir que los factores de riesgo más importantes estadísticamente significativos son las rupturas prematuras de membranas, edad avanzada de la paciente y sangrado transvaginal. La ruptura prematura de membranas esta descrita como la principal causa de parto pretermino el exceso de esfuerzo físico y preeclampsia no fueron estadísticamente significativas. Hay estudios en donde se ha demostrado



que el uso de antibióticos por vía vaginal en pacientes con infecciones de vías urinarias ha disminuido la incidencia de partos pretermino.

## **RECOMENDACIONES**

Establecimos que las infecciones de vías urinarias y las leucorreas patológicas son desencadenantes de parto pretérmino, por tanto, recomendamos promover en áreas de salud y sub centros de salud el control prenatal adecuado, incentivar a las mujeres gestantes a acudir a dichos centros para detectar estas patologías y tratarlas a tiempo.

Se debe realizar controles prenatales adecuados, detectar IVU y leucorreas patológicas para tratarlas a tiempo y referir a una unidad de mayor complejidad en caso de embarazos de alto riesgo.

Recomendamos que mujeres gestantes con labor de parto pretérmino sean transferidas de emergencia a un hospital especializado para evitar la muerte del feto.

## REFERENCIAS

- Instituto Nacional de Estadísticas y Censo, INEC, bases de datos 2000-2012. Disponible en: <http://www.ecuadorencifras.gob.ec>
- Ministerio de Salud de Chile. Guía Clínica PREVENCIÓN PARTO PREMATURO. Santiago: MINSAL, 2010
- OMS. Nacimientos prematuros. Nota descriptiva N°363 Noviembre de 2013. Disponible en: [www.who.int/mediacentre/factsheets/fs363/es](http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs363/es)
- Limperopoulos C, Bassan H, Sullivan N, Soul JS, et al. Positive screening for autism in ex-preterm infants: prevalence and riskfactors. *Pediatrics*. 2008; 121(4):758-65.
- Perez Rodriguez, J. y Peralta Calvo, J “Retinopatía de la prematuridad en la primera década del siglo XXI. Dos caras de la misma moneda” *An Pediatr (Barc)* 2007; 66: 549-450
- Perkin Elmar. Nacimiento prematuro. retos y oportunidades de la predicción y prevención (2009). Disponible: [http://www.efcni.org/fileadmin/Daten/Web/Brochures\\_Reports\\_Factsheets\\_Position\\_Papers/Prevention\\_Perkin\\_Elmar/1244856\\_Perkin\\_Elmer\\_Spanish.pdf](http://www.efcni.org/fileadmin/Daten/Web/Brochures_Reports_Factsheets_Position_Papers/Prevention_Perkin_Elmar/1244856_Perkin_Elmer_Spanish.pdf)
- Morken, Nils-Halvdan; Källen, Karin; Hagberg, Henrik; Jacobsson, Bo. Preterm birth in Sweden: Rate, subgroups, and effect of changing patterns in multiple births, maternal age, and smoking. *Acta Obstetrica et Gynecologica Scandinavica*, Volume 84, Number 6, June 2005, pp. 558-565.
- Barfield WD. Standard terminology for fetal, infant, and perinatal deaths. The Committee on fetus and newborn. *Pediatrics*; 128: 177-81. 2011.
- Elk Grove Village. Guidelines for perinatal care 7th Ed American Academy of pediatric and American college of obstetricians and gynecologist. 2011.
- Guía de práctica clínica del recién nacido prematuro, Guía Ministerio de Salud Pública - Ecuador (2014). Disponible en:

<http://www.salud.gob.ec/wp-content/uploads/2014/05/GPC-ec%C3%A9n-nacido-prematuro.pdf>

- Guía de práctica clínica del recién nacido prematuro, Guía No. 04, 11 Sistema General de Seguridad Social en Salud – Colombia, 2013.
- Tucker J, McGuire W, Epidemiology of preterm birth .329:675-678 BMJ 2014.
- Kimberly G.L, Choherty J.P. Edt Choherty J P, Eichenwald E.C., Stark A.R. 4 Identificación del recién nacido de alto riesgo y valoración de la edad gestacional. Prematuridad, hipermadurez, peso elevado y bajo peso para su edad gestacional. Ed I. En Manual de Cuidados Neonatales (Barc) 2005.
- Organización Panamericana de la Salud/ Organización Mundial de la Salud. 15 millones de RN nacen demasiado pronto Disponible en: <http://www.paho.org/arg/> año 2012.
- Cardesa-Garcia J.J., Galan E. Muerte subita del lactante. En Tratado de Pediatría. M.Cruz. 9ª Edicc. Ergon Ed. Madrid 2010.
- Guyatt GH, Oxman AD, Santesso N, Helfand M, Vist G, Kunz R et al. GRADE guidelines 12. Preparing Summary of Findings tables-binary outcomes. J Clin Epidemiol 2012.
- Guyatt G, Oxman AD, Sultan S, Brozek J, Glasziou P, Alonso-Coello P et al. GRADE guidelines 11-making an overall rating of confidence in effect estimates for a single outcome and for all outcomes. J Clin Epidemiol 2012
- Manuel Gómez-Gómez, Cecilia Danglot-Banck, Manuel Aceves-Gómez. Clasificación de los niños recién nacidos, Rev Mex Pediatr vol 79 2012
- Sheila M. Gephart, Corrine K. Hanson, Preventing Necrotizing Enterocolitis With Standardized Feeding Protocols Not Only Possible, But Imperative. Advances in Neonatal Care, Vol. 13, No. 1, pp. 48-54 2013.



**Presidencia  
de la República  
del Ecuador**



**Plan Nacional  
de Ciencia, Tecnología,  
Innovación y Saberes**



**SENESCYT**  
Secretaría Nacional de Educación Superior,  
Ciencia, Tecnología e Innovación

## DECLARACIÓN Y AUTORIZACIÓN

Yo, **Lema Barragán Adriana Stephania**, con C.C: **0927352062** autora del trabajo de titulación: **Prevalencia de recién nacidos pre termino adecuado para edad gestacional en la maternidad Mariana de Jesús en el periodo de junio a noviembre del 2016** previo a la obtención del título de **MÉDICO** 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, 26 de abril de 2017

f. \_\_\_\_\_

**Lema Barragán Adriana Stephania**

**C.C: 0927352062**



**Presidencia  
de la República  
del Ecuador**



**Plan Nacional  
de Ciencia, Tecnología,  
Innovación y Saberes**



**SENESCYT**

Secretaría Nacional de Educación Superior,  
Ciencia, Tecnología e Innovación

## **DECLARACIÓN Y AUTORIZACIÓN**

Yo, **Sánchez Ricaurte Allan Jonathan**, con C.C: **09207058851** autor del trabajo de titulación: **Prevalencia de recién nacidos pre termino adecuado para edad gestacional en la maternidad Mariana de Jesús en el periodo de junio a noviembre del 2016** previo a la obtención del título de **MÉDICO** 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, 26 de abril de 2017

f. \_\_\_\_\_

**Sánchez Ricaurte Allan Jonathan**

**C.C: 0920758851**



Presidencia  
de la República  
del Ecuador



Plan Nacional  
de Ciencia, Tecnología,  
Innovación y Saberes



SENESCYT

Secretaría Nacional de Educación Superior,  
Ciencia, Tecnología e Innovación

REPOSITORIO NACIONAL EN CIENCIA Y TECNOLOGÍA			
FICHA DE REGISTRO DE TESIS/TRABAJO DE TITULACIÓN			
TEMA Y SUBTEMA:	Prevalencia de recién nacidos pre termino adecuado para edad gestacional en la maternidad Mariana de Jesús en el periodo de junio a noviembre del 2016.		
AUTORES	Lema Barragán Adriana Stephania - Sánchez Ricaurte Allan Jonathan		
REVISOR / TUTOR	Dra. Elizabeth Benites Estupiñán		
INSTITUCIÓN:	Universidad Católica de Santiago de Guayaquil		
FACULTAD:	Ciencias Médicas		
CARRERA:	Medicina		
TITULO OBTENIDO:	Médicos		
FECHA DE PUBLICACIÓN:	26 de abril de 2017	No. DE PÁGINAS:	46
ÁREAS TEMÁTICAS:	Medicina, ginecología, obstetricia		
PALABRAS CLAVES/ KEYWORDS:	pre termino, edad gestacional, prevalencia, nacimientos		
RESUMEN/ABSTRACT:	<p><b>Objetivo:</b> determinar la prevalencia de recién nacidos pre término adecuado para edad gestacional, con datos obtenidos del expediente clínico de pacientes con este diagnóstico en la Maternidad Mariana de Jesús en el periodo junio a noviembre del 2016. <b>Diseño:</b> estudio no experimental, retrospectivo de tipo observacional, descriptivo de corte transversal de prevalencia, analítica cohorte. <b>Métodos:</b> Se evaluaron 3000 pacientes que acudieron a la unidad de atención inmediata al recién nacido (AIRN) de la maternidad Mariana de Jesús en el periodo de junio a noviembre del 2016, de los cuales 111 fueron seleccionados de acuerdo a criterios de inclusión. El mecanismo de recolección de datos fue recogido de las historias clínicas del dpto. de estadística de la Maternidad Mariana de Jesús. <b>Resultados:</b> la prevalencia durante junio a noviembre del 2016 en la Maternidad Mariana de Jesús fue de 4%.</p>		
ADJUNTO PDF:	<input checked="" type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
CONTACTO CON AUTORES:	Teléfono: +593-9-97531462	E-mail: allansanchezbsc@hotmail.com	
CONTACTO CON LA INSTITUCIÓN (COORDINADOR DEL PROCESO UTE):	Nombre: Dra. Elizabeth Benites Estupiñán	Teléfono: +593-9-99615530	
	E-mail: ebenitese@hotmail.com		
SECCIÓN PARA USO DE BIBLIOTECA			
Nº. DE REGISTRO (en base a datos):			
Nº. DE CLASIFICACIÓN:			
DIRECCIÓN URL (tesis en la web):			