

“Año de la lucha contra la corrupción y la Impunidad”

UNIVERSIDAD NACIONAL DE HUANCAMELICA

(Creada por Ley N°. 25265)



FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

PROGRAMA DE SEGUNDA ESPECIALIDAD

TESIS

**CARACTERISTICAS DEL NEONATO PRETERMINO NACIDO POR
CESAREA EN EL HOSPITAL REGIONAL DOCENTE MATERNO
INFANTIL EL CARMEN, HUANCAYO 2018.**

**LÍNEA DE INVESTIGACIÓN
SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA**

**PRESENTADO POR:
CARDENAS LEON, Sandra Elizabeth**

**PARA OPTAR EL TITULO DE ESPECIALISTA EN:
EMERGENCIAS Y ALTO RIESGO OBSTETRICO**

HUANCAMELICA – PERÚ

2019

ACTA DE SUSTENTACIÓN

En la Ciudad Universitaria de Paturpampa a los 10 días del mes de junio a las 15:00 horas del año 2019 se instaló el Jurado Evaluador de la Sustentación de Tesis del (la) Egresado:
Cardenas Leon Sandra Elizabeth

Siendo los Jurados Evaluadores:

Presidente : Dr. Leonardo Leyva Yataco
Secretario : Dra. Jenny Mendoza Vilcahuaman
Vocal : Mg. Rossibel Juana Muñoz De la Torre

Para calificar la Tesis titulada:

Características del neonato pretermino nacido por cesarea en el Hospital Regional Docente Materno Infantil el Carmen, Huancayo 2018.

Concluida la sustentación, se procede con las preguntas y/o observaciones por parte de los miembros del jurado, designado bajo Resolución N° 310-2019 concluyendo a las 16:00 horas. Acto seguido, los Jurados deliberan en secreto llegando al calificativo de: APROBADO por UNANIMIDAD.

Observaciones:

Ciudad Universitaria de Paturpampa, 10 de junio 2019.

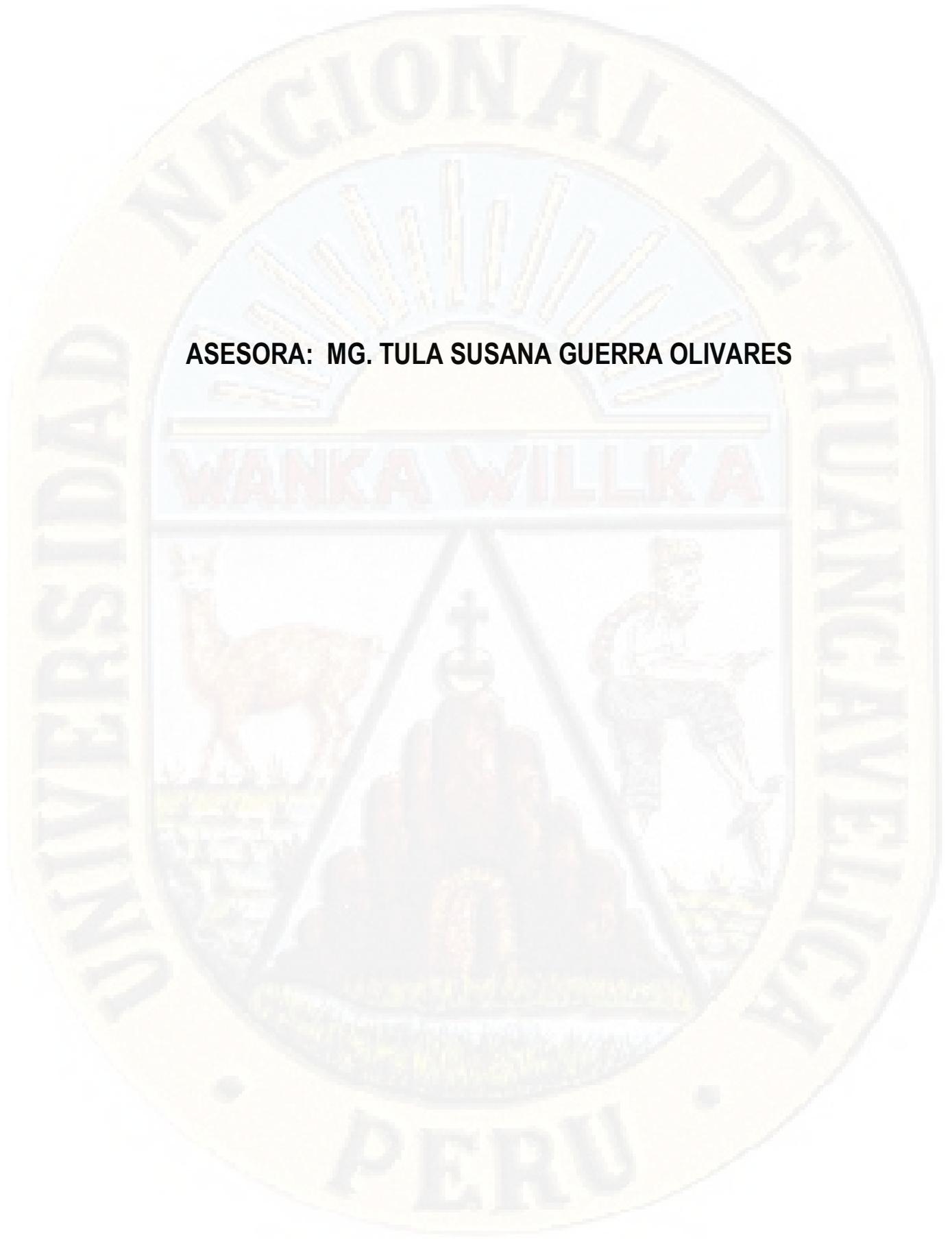
UNIVERSIDAD NACIONAL DE HUANCVELICA
PRESIDENTE
Dr. LEONARDO LEYVA YATACO

UNIVERSIDAD NACIONAL DE HUANCVELICA
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
SECRETARIO
Mg. JENNY MENDOZA VILCAHUAMAN
DIRECTORA

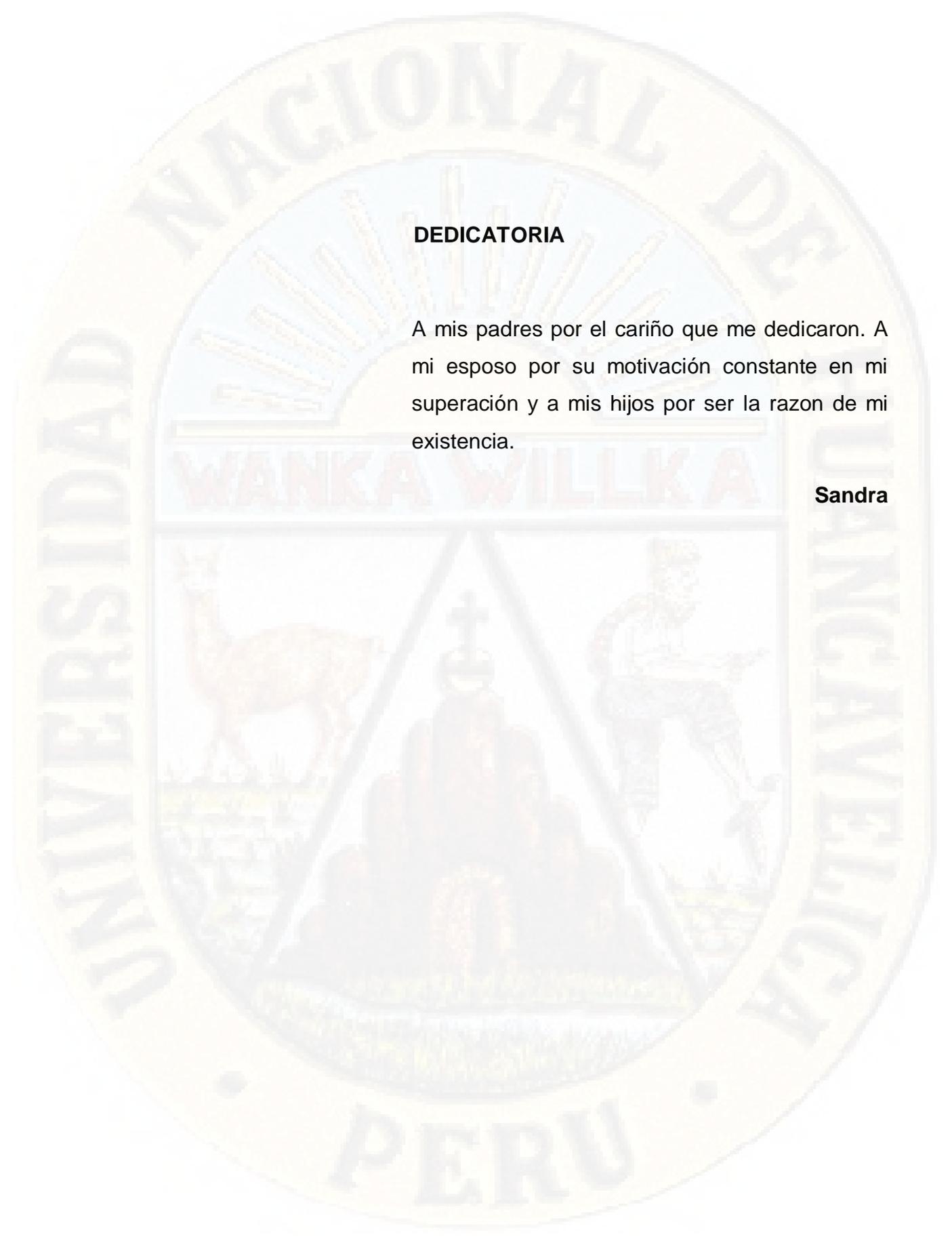
UNIVERSIDAD NACIONAL DE HUANCVELICA
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
E. P. OBSTETRICIA
Mg. ROSSIBEL JUANA MUÑOZ DE LA TORRE

UNIVERSIDAD NACIONAL DE HUANCVELICA
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
DECANA
Mg. TULA SUSANA GUERRA OLIVARES
DECANA

UNIVERSIDAD NACIONAL DE HUANCVELICA
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
SECRETARIA
DOCENTE
SECRETARIA DOC.
OBSTETRIA
C.O.P. N° 3579



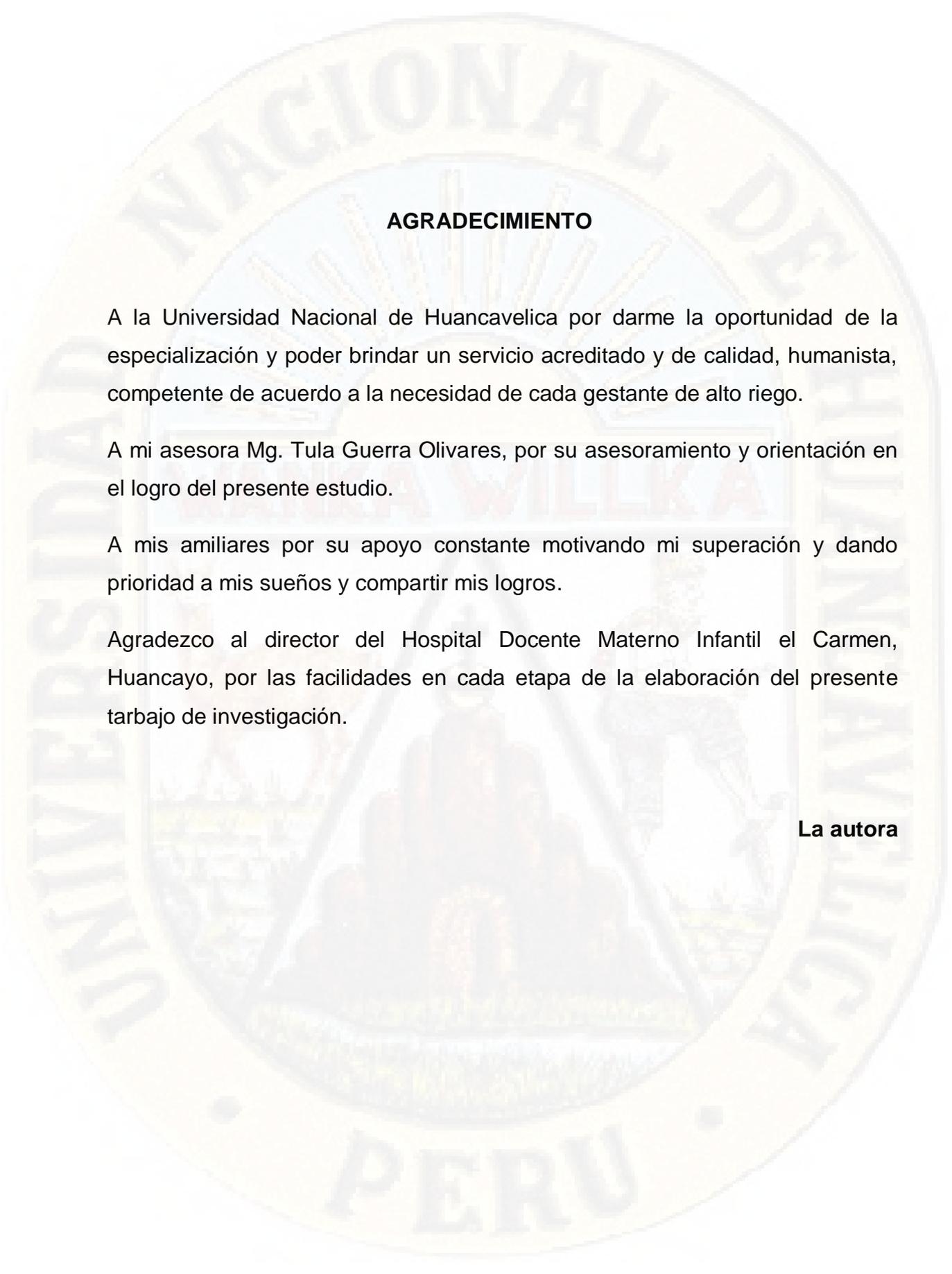
ASESORA: MG. TULA SUSANA GUERRA OLIVARES



DEDICATORIA

A mis padres por el cariño que me dedicaron. A mi esposo por su motivación constante en mi superación y a mis hijos por ser la razón de mi existencia.

Sandra



AGRADECIMIENTO

A la Universidad Nacional de Huancavelica por darme la oportunidad de la especialización y poder brindar un servicio acreditado y de calidad, humanista, competente de acuerdo a la necesidad de cada gestante de alto riesgo.

A mi asesora Mg. Tula Guerra Olivares, por su asesoramiento y orientación en el logro del presente estudio.

A mis amiliares por su apoyo constante motivando mi superación y dando prioridad a mis sueños y compartir mis logros.

Agradezco al director del Hospital Docente Materno Infantil el Carmen, Huancayo, por las facilidades en cada etapa de la elaboración del presente trabajo de investigación.

La autora

RESUMEN

El presente trabajo de investigación tuvo como objetivo: Determinar las características del neonato pretermino nacido por cesárea en el Hospital Regional Docente Materno Infantil El Carmen Huancayo 2018. Metodología: Estudio descriptivo, no experimental, retrospectivo. Población 367 recién nacidos prematuros nacidos por cesárea. Muestra No probabilístico por conveniencia tomados en el horario restringido que fueron 92. Técnica análisis de documentos, instrumento ficha de recolección de datos. Resultados: El 57.6% de los recién nacidos prematuros nacidos por cesárea, fueron de sexo masculino, el 53.3% fueron prematuros leves (entre 35 y 36 semanas), el 66.3% fueron prematuros con un peso mayor a 1500 gramos y menor de 2500 gramos, lo que hace ver que si se enfatiza en la Atención Prenatal Reenfocada se puede mejorar la condición del neonato. El 64.1% de prematuros nacido por cesárea tuvieron un apgar al minuto normal o sin depresión. El 91.3% de prematuros nacidos por cesárea tuvieron un apgar a los 5 minutos normal o sin depresión. Uno de cada dos gestantes madres de los preterminos nacidos por cesárea recibieron 6 a más atenciones prenatales, lo que hace ver que es importante fortalecer la Atención Prenatal de la gestante, para disminuir complicaciones materno fetales. Los principales diagnósticos de Hospitalización del neonato pretermino nacido por cesárea encontrados fueron: el 28.3% fueron hospitalizados por más de 2 patologías (SDR, sepsis, Retinopatía, Hipoglicemia, otros), el 22.8% fueron hospitalizados por SDR mas sepsis neonatal, siendo el problema cardiorespiratorio mas afectado, siendo evidente el riesgo elevado de mortalidad en este tipo de neonatos. El 19.6% de neonatos pretérminos nacidos por cesárea en el Hospital Regional Docente Materno Infantil El Carmen Huancayo 2018 tuvieron como diagnóstico de alta fallecido, lo que implica tomar medidas integrales en la atención del caso. Conclusión. La mayoría de los prematuros nacidos por cesárea fueron prematuros leves y pesaron entre 1500 gramos y 2500 gramos y tuvieron un apgar normal o sin depresión.

Palabras Clave: Características, Neonato, Cesárea, y complicaciones neonatales.

ABSTRACT

The objective of this research was to: Determine the characteristics of the preterm neonate born by caesarean section at the Regional Maternal and Child Teaching Hospital El Carmen Huancayo 2018. Methodology: Descriptive, non-experimental, retrospective study. Population 367 premature newborns born by caesarean section. Non-probabilistic sample for convenience taken during the restricted hours that were 92. Technical analysis of documents, instrument data collection card. Results: 57.6% of the premature newborns born by cesarean section were male, 53.3% were premature (between 35 and 36 weeks), and 66.3% were premature with a weight greater than 1500 grams and less than 2500 grams. , which shows that if emphasis is placed on Refocused Prenatal Care, the condition of the newborn can be improved. The 64.1% of premature babies born by caesarean had an apgar at the normal minute or without depression. 91.3% of premature babies born by cesarean had an apgar at five normal or no depression. One in two pregnant mothers of the preterm born by cesarean received six more prenatal care, which shows that it is important to strengthen prenatal care of the pregnant woman, to reduce maternal-fetal complications. The main diagnoses of hospitalization of the preterm neonate born by caesarean section were: 28.3% were hospitalized for more than 2 pathologies (SDR, sepsis, retinopathy, hypoglycemia, others), 22.8% were hospitalized for SDR plus neonatal sepsis, the problem being cardiorespiratory system more affected, the high risk of mortality and mortality in this type of neonates being evident. The 19.6% of preterm infants born by caesarean section at the Regional Maternal and Child Teaching Hospital El Carmen Huancayo 2018 were diagnosed as deceased, which implies taking comprehensive measures in the care of the case. Conclusion. Most of the premature babies born by cesarean were mildly preterm, weighed between 1500 grams and 2500 grams, and had a normal or no depression apgar.

Key Words: Characteristics, Neonate, Caesarean, and neonatal complications.

ÍNDICE

Portada	I
Hoja de Asesor	II
Dedicatoria	III
Agradecimiento	IV
Resumen	V
Abstract	VI
Indice	VII
Indice de tablas	X
Introducción	XI
CAPITULO I. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	
1.1. Fundamentación del problema	13
1.2. Formulación del problema	14
1.3. Objetivos de la investigación	14
1.3.1. Objective General	14
1.3.2. Objective Especifico	15
1.4. Justificación e importancia	15
1.5. Factibilidad de la Investigación	16
CAPITULO II: MARCO TEÓRICO	
2.1. Antecedentes de la investigación	17
2.2. Bases teóricas	23
2.2.1. Neonato	23
2.2.2. Recien nacido prematuro	23
2.2.3. Recien Nacido	24

2.2.4.	Parto pretermino	24
2.2.5.	Cesarea	24
2.2.6.	Diagontico de parto pretermino	25
2.2.7.	Complicaciones del recién nacido pretermino	26
2.2.8.	Apgar al nacimiento del neonato por cesarea	27
2.2.9.	Atencion Prenatal	29
2.2.11.	Complicaciones neonatales post cesarea	29
2.3	Formulación de Hipótesis	32
2.4	Definición de términos	32
2.5	Identificación de variables	33
2.6	Operacionalización de variables	33
CAPITULO III. METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN		
3.1	Tipo de investigación	36
3.2	Nivel de Investigación	36
3.3	Método de Investigación	36
3.4	Diseño de Investigación	36
3.5	Población y muestra	37
3.5.1.	Población	37
3.5.2.	Muestra	37
3.5.3.	Criterios de selección	37
3.6	Técnicas e instrumentos de recolección de datos	38
3.6.1.	Técnica	38
3.6.2.	Instrumento	38
3.7	Técnicas de Procesamiento y análisis de datos	38

	CAPITULO IV: RESULTADOS	
4.1	Presentación e Interpretación de resultados	39
4.2	Discusión de resultados	47
	CONCLUSIONES	49
	RECOMENDACIONES	50
	REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS	51
	ANEXOS	54
	Instrumento	55
	Matriz de consistencia	56

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1	Sexo del recién nacido pretérmino nacido por cesárea atendido en el Hospital Regional Docente Materno Infantil El Carmen, Huancayo 2018.	39
Tabla 2	Clasificación del recién nacido pretérmino por Cesárea en el Hospital Regional Docente Materno Infantil El Carmen, Huancayo 2018	40
Tabla 3	Peso del recién nacido pretérmino por Cesárea en el Hospital Regional Docente Materno Infantil El Carmen, Huancayo 2018.	41
Tabla 4	Apgar al minuto en el recién nacido pretérmino por Cesárea en el Hospital Regional Docente Materno Infantil El Carmen, Huancayo 2018.	42
Tabla 5	Apgar a los 5 minutos en el recién nacido pretérmino por Cesárea en el Hospital Regional Docente Materno Infantil El Carmen, Huancayo 2018	43
Tabla 6	Atenciones prenatales recibidas por la madre del recién nacido pretérmino nacido por cesárea atendido en el Hospital Regional Docente Materno Infantil El Carmen, Huancayo 2018.	44
Tabla 7	Diagnóstico de Hospitalización del recién nacido pretérmino por Cesárea en el Hospital Regional Docente Materno Infantil El Carmen, Huancayo 2018.	45
Tabla 8	Diagnóstico de alta del recién nacido pretérmino por Cesárea en el Hospital Regional Docente Materno Infantil El Carmen, Huancayo 2018.	46

INTRODUCCION

La presente investigación se refiere a las características del neonato preterminado nacido por cesárea en el Hospital Regional Docente Materno Infantil El Carmen, Huancayo 2018, definiendo al neonato nacido por cesárea como al recién nacido que tiene 30 días o menos que haya sido por parto por cesárea.

La tasa de prematuridad va en incremento en los países desarrollados, haciendo que haya avances en la práctica asistencial gracias al apoyo de la tecnología los cuidados gineco obstétricos que permite la supervivencia de neonatos cada vez más inmaduros.(1)

Se considera la tasa ideal de cesárea en todo el mundo debe oscilar entre el 10% y el 15%, siendo norma la indicación de cesárea en prematuros. La cesárea está asociada a riesgos a corto y a largo plazo que pueden perdurar por muchos años después de la intervención y afectar a la salud del neonato, como el que se encontró en la presente investigación el Síndrome de Distres Respiratorio, Sepsis Neonatal, SDR más Sepsis Neonatal, Taquipnea transitoria del R, Anemia, Hipoglicemia, Ictericia neonatal, Neumonía bacteriana, Retinopatía, Hipoglicemia entre otros (2)

El sistema de salud a través de sus políticas de salud a través de los sistemas de salud viene realizando esfuerzos por revertir estas cifras; sin embargo se evidencia incrementos en el comportamiento no saludables de los adolescentes, todo esto por el desconocimiento de su sexualidad del adolescente. Tales comportamientos exponen la salud física y psicológica del adolescente haciéndola más vulnerable a los embarazos precoces, a un incremento de la morbimortalidad de la adolescente.(3)

En el marco de la metodología utilizada en la investigación es un estudio descriptivo prospectivo de corte transversal. La técnica de estudio fue la encuesta y el instrumento el cuestionario. La población y muestra lo constituyeron 94 adolescentes que acudieron al Centro de Salud La Libertad Huancayo 2019. En el presente estudio se ha distribuido los contenidos en capítulos: Capítulo I: Planteamiento del

Problema, Capitulo II: Marco Teorico, Capitulo III: Metodologia Capitulo IV:
Resultados, finalmente Conclusiones y Recomendaciones.



CAPITULO I

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

1.1 FUNDAMENTACIÓN DEL PROBLEMA

El recién nacido pretermino es aquel que nace antes de completar las 37 semanas de gestación y el neonato nacido por cesarea que tiene 30 días o menos y que haya sido por parto por cesárea.

El 12.7% de todos los nacimientos es pretérmino, considerado cuando el nacimiento ocurre entre las 20.1 y 36.6 semanas de gestación, las principales condiciones responsables de este incremento en la frecuencia de la prematuridad, el incremento en los embarazos múltiples, cambios en la conducta obstétrica entre las 34 y 36 semanas de gestación (inducción del parto en la ruptura prematura de membranas) y el aumento en las intervenciones obstétricas a edades tempranas de la gestación (4)

Aproximadamente, 20% de los nacimientos pretérmino por cesarea son indicados por razones maternas o fetales (RCIU, preeclampsia, placenta previa, registros cardiotocográficos anormales, etc.) De la restante se asocia con nacimientos pretérmino, el 30% resultan de la RPM, del 20 al 25% son el resultado de infecciones intraamnióticas y el otro 25 a 30% son las formas espontáneas o sin causa aparente.(2)

La prematuridad continua siendo la mayor causa de morbilidad neonatal y la responsable del 7% de las muertes neonatales y del 50% de las secuelas neurológicas del recién nacido. El parto prematuro espontáneo y la rotura prematura de membranas son los responsables de aproximadamente el 80% de los nacimientos pre término; el 20% restante se debe a causas maternas o fetales.(5)

Las complicaciones neonatales tales como la enfermedad de membrana hialina, hemorragia intraventricular severa y enterocolitis necrotizante, entre otras, suelen ser graves y en muchos casos invalidantes, con repercusiones tanto a nivel individual como familiar (6)

El parto prematuro tiene como indicación obligada la cesarea por exposición de la gestación a enfermedad materna, fetal u ovular que ponen en riesgo la salud del binomio madre-niño.(7)

La prematuridad es un problema para la salud pública de todo el mundo y en el mundo anualmente nacen 13.000.000 de niños antes del término, variando esto en distintos continentes. América del norte el que tiene mayor frecuencia (10,6%) y el continente europeo (6,2%) el de menor frecuencia 15. La OMS reporta en su boletín del 2010 que en el Perú mueren al año alrededor de 12,400 recién nacidos prematuros.(8)

En el Hospital Regional Docente Materno Infantil el Carmen Huancayo se observa un alto porcentaje de partos prematuros por cesarea, es por ello nació la inquietud por describir las características del neonato pretermino nacido por cesarea por el que formuló la interrogante.

1.2 FORMULACIÓN DEL PROBLEMA

1.2.1 Problema general

¿Cuáles son las características del neonato pretermino nacido por cesárea en el Hospital Regional Docente Materno Infantil El Carmen Huancayo 2018?

1.3 OBJETIVOS DE LA INVESTIGACION

1.3.1 Objetivo General

Determinar las características del neonato pretermino nacido por cesárea en el Hospital Regional Docente Materno Infantil El Carmen Huancayo 2018.

1.3.2 Objetivos Especifico

- ✓ Determinar el diagnóstico al nacimiento del neonato pretermino nacido por cesárea en el Hospital Regional Docente Materno Infantil El Carmen Huancayo 2018.
- ✓ Identificar el Apgar al minuto y a los cinco minutos del neonato pretermino nacido por cesárea en el Hospital Regional Docente Materno Infantil El Carmen Huancayo 2018
- ✓ Determinar la atención Pre Natal de la madre del Neonato pretermino nacido por cesárea en el Hospital Regional Docente Materno Infantil El Carmen Huancayo 2018
- ✓ Identificar el diagnóstico de Hospitalización del neonato pretermino nacido por cesárea en el Hospital Regional Docente Materno Infantil El Carmen Huancayo 2018
- ✓ Determinar el diagnóstico de alta del neonato pretermino nacido por cesárea en el Hospital Regional Docente Materno Infantil El Carmen Huancayo 2018

1.4 JUSTIFICACIÓN E IMPORTANCIA

La Organización Mundial de Salud (OMS) define la mortalidad neonatal como la muerte producida entre el nacimiento hasta los 28 días de vida, y al neonato pretermino nacido por cesarea como aquel recién nacido que tiene 30 días o menos que haya sido por parto por cesárea.

Las complicaciones de recién nacidos prematuros son la causa principal de muerte neonatal y la segunda causa de muerte en niños menores de 5 años. La OMS viene haciendo esfuerzos para reducir aún más la mortalidad infantil sin embargo debe incluir medidas urgentes para reducir el parto prematuro. Las intervenciones maternas más beneficiosas pueden aumentar las posibilidades de supervivencia si el parto prematuro es inevitable y pueden mejorar los resultados de salud de los bebés prematuros.

Conociendo las características de los neonatos pre términos nacidos por cesárea es un problema de salud publica permitirán implementar o reforzar

los cuidados de la embarazada a través de la atención prenatal. Y que esta debe cumplir con los requisitos establecidos en una atención integral de la embarazada. Los resultados encontrados servira de base para futuras investigaciones utilizando otras metodologias activas.

1.5 FACTIBILIDAD DE LA INVESTIGACIÓN

El trabajo de investigación es de tipo descriptivo, es retrospectivo de corte transversal tuvo el proposito de Determinar las características del neonato pretermino nacido por cesárea en el Hospital Regional Docente Materno Infantil El Carmen Huancayo. Para la recolección de datos se ha utilizado la técnica analisis de documento y el instrumento ficha de recoleccion de datos. Para ello se solicitó la autorización del Director del hospital y apoyo del personal administrativo de la institución. El instrumento fue aplicado por un personal entrenado y capacitado por la objetividad de los mismos. Asi mismo se contó con suficiente información virtual y fisico. En cuanto al recurso humano se cuenta con la voluntad de la investigadora y apoyo de la asesora, lo que tuvo todas las condiciones favorables en su ejecución.

CAPITULO II

MARCO TEÓRICO

2.1. ANTECEDENTES DE LA INVESTIGACION

Internacional

Perez et al (9) Morbilidad y mortalidad del recién nacido prematuro en el Hospital General de Irapuato. Hospital infantil de Mexico 2013, con el objetivo de conocer la incidencia de bebés prematuros y las principales causas de morbilidad y mortalidad de los bebés prematuros en el Hospital General de Irapuato. Métodos Se realizó un estudio retrospectivo para analizar los archivos de bebés prematuros de 2011 a 2012. De esto, el 6,9% (736) fueron prematuros. El 64% de los nacimientos prematuros (472) y el 4,4% de todos los nacimientos ingresaron en la unidad de cuidados intensivos neonatales. En 2012, los ingresos de la unidad de cuidados intensivos neonatales (n = 266) aumentaron en comparación con 2011 (n = 206). Las principales causas de hospitalización fueron 248 (52.5%) enfermedad de membrana vítrea, 12 (12.7%) sepsis y 43 (9.1%) asfixia. Las principales causas de muerte neonatal fueron la sepsis (n = 12, 32.4%), la enfermedad de la membrana vítrea (n = 8, 21.6%) y la cardiopatía congénita (n = 4, 10.8%). La mortalidad neonatal fue de 3,5. Conclusión La incidencia de bebés prematuros aumentó de 6.5% en 2011 a 7.4% en 2012. Es necesario identificar los factores de riesgo para establecer medidas preventivas.

Beracaza (10) Resultados perinatales según la vía del parto en pretérminos en la E.S.E clínica maternidad rafael calvo. Universidad de cartagena. Colombia 2015, con el Objetivo: Determinar el comportamiento de las complicaciones neonatales según la vía de parto en pre término. Metodología. estudio descriptivo retrospectivo, un grupo de estudio que determinó la

prevalencia de complicaciones neonatales teniendo en cuenta la vía de parto seleccionada en el parto prematuro, población de embarazadas prematuras en enero de 2014, Por cesárea o parto vaginal en el hospital ESE Rafael Carbo durante el período comprendido entre el día del mes y el 31 de diciembre, se incluyeron un total de 822 pacientes, 425 cesáreas y 396 partos vaginales, y la edad promedio de los grupos de cesárea y vaginales fue de 23 y 20 años, respectivamente. Resultado. Dentro del diagnóstico de hospitalización, la incidencia de cesárea en la incisión del líquido amniótico y el trastorno hipertensivo del embarazo aumenta significativamente. <0.0001 . No hubo diferencias estadísticamente significativas en los síntomas de hemorragia intracerebroventricular, traumatismo neonatal, enteritis necrotizante y muerte neonatal entre los dos grupos. Sin embargo, hubo diferencias en la infección neonatal, el ingreso en la UCI, los requisitos del ventilador y los tiempos de ventilación del ventilador, que fueron mayores en el grupo de cesáreas. Conclusiones: los resultados observados sugieren que los recién nacidos prematuros nacidos por cesárea tienen consecuencias más perjudiciales que los nacidos por parto vaginal.

León (11) Morbimortalidad Neonatal del Pretermino Nacido por Parto Abdominal y Vaginal - Hospital La Merced 2006 Universidad Nacional Del Centro, con el Objetivo General: Determinar la morbimortalidad neonatal de los recién nacidos pretérminos nacidos por cesárea y por vía vaginal. Método: Se realizó un estudio observacional, descriptivo, retrospectivo y de corte transversal. Población y Muestra: Conformado por 22 pretérminos nacidos por cesárea y 18 pretérminos nacidos por vía vaginal, de 28 a 36 semanas de edad gestacional, ocurridos en el Hospital la Merced, de Enero a Diciembre del 2006. Para el análisis se realizaron tablas de frecuencias en porcentajes comparativos; para determinar las diferencias se usaron la Prueba de Chi cuadrado, con una significancia del 95 %. Se usó el paquete estadístico SPSS_v15. Resultados: La incidencia de parto pretérmino fue de 7,8%, el 55% nacieron por cesárea y el 45% por vía vaginal. Las patologías neonatales más frecuentes fueron: sepsis, taquípnea transitoria del RN, hipoglicemia, enfermedad de membrana hialina, hiperbilirrubinemia, asfixia neonatal y

enterocolitis necrosante y las maternas; cesárea previa, RPM y preeclampsia severa. Hubo tres casos de muerte neonatal en ambos grupos (15%), siendo las causas Enfermedad de membrana Hialina y sepsis. No existen diferencias significativas en la estancia hospitalaria de los RN de ambos grupos, las madres de los pretérminos nacidos por cesárea permanecieron más días hospitalizados. Conclusiones: No hubo diferencia estadística significativa al determinar la morbimortalidad de los pretérminos nacidos por cesárea ó vía vaginal, por lo tanto al decidir la vía de culminación se sugiere seguir las guías clínicas o protocolos del hospital.

Manzano (12) parto pretérmino, factores de riesgo y sus principales Complicaciones en el neonato en el Hospital General Dr.Liborio Panchana Sotomayor” en la ciudad de Santa Elena de Ecuador. 2018. Metodología. Estudio analítico observacional, con una muestra de 204 mujeres embarazadas sin ningún rango de edad y cuyos partos culminaron entre la semana 22 y 36 de gestación durante los años 2016 y 2017 atendidos en el Hospital General “Dr.Liborio Panchana Sotomayor” en la ciudad de Santa Elena de Ecuador. En el presente estudio se tomó en cuenta cuáles fueron los diagnósticos que se relacionaron con los factores desencadenantes del parto pretérmino y cuáles fueron las principales complicaciones de estos neonatos prematuros. Resultado: Se observó que los diagnósticos que con mayor frecuencia acompañaron al parto pretérmino fueron la ruptura prematura de membranas ovulares y la preeclampsia severa. Y que la principal causa desencadenante de la ruptura prematura de membranas ovulares fueron las infecciones maternas. Además, se determinó que las principales complicaciones de neonatos productos de partos pretérmino fueron el síndrome de dificultad respiratoria del recién nacido seguido por la sepsis bacteriana neonatal. Adicionalmente, se concluyó que los factores sociales y ambientales influyen de manera importante en la culminación anticipada de las gestas.

Nacional

Monasterio (13) Factores asociados a la mortalidad neonatal del Hospital

Regional Jose Alfredo Mendoza Olavarria Jamo II-2 de tumbes en el año 2017. Universidad Nacional de Piura 2018., con el Objetivo: Determinar los factores relacionados con la mortalidad neonatal en el Hospital Regional de Tumbes José Alfredo Mendoza Olavarría II-2 en 2017. Clínica y defunciones neonatales. Resultados: En 2017, murieron 2.382 recién nacidos y 24 recién nacidos, y se informó una tasa de mortalidad de 10.08 por 1000 nacimientos. Los factores sociodemográficos más frecuentemente encontrados son: Presencia de cónyuge (45.8%). Los factores perinatales más frecuentes son la preeclampsia patológicamente grave (33,3%) de la madre, el parto prematuro de la patología obstétrica (41,7%), el control prenatal 0-4 (62,5%) y la cesárea de emergencia. El tipo de incisión y entrega (50.0%). Los factores neonatales más frecuentes fueron: parto prematuro extremo (37.5%), peso extremadamente bajo (45.8%) y género masculino (54.2%). La mayoría de las muertes neonatales ocurrieron dentro de los 7 días del nacimiento (66.7%). La causa subyacente más frecuente fue la malformación congénita (33,3%). Las causas de muerte más asociadas con la mortalidad neonatal inmediata y temprana fueron la inmadurez extrema y la mortalidad tardía, sepsis bacteriana neonatal. Conclusiones y recomendaciones: La mortalidad neonatal es un promedio nacional. Se recomienda la atención integral para mujeres en edad reproductiva y mujeres con intervenciones inadecuadas de tratamiento prenatal.

Morales (14) Complicaciones materno neonatales de la cesárea electiva versus parto vaginal en pacientes con cesárea previa atendidas en el Instituto Nacional Materno Perinatal, 2015. UNMSM. Con el Objetivo: Comparar las complicaciones maternas y neonatales de la cesárea electiva versus el parto vaginal en pacientes con cesárea previa que participaron en la Asociación Nacional de Madres e Hijos de 2015. Metodología: Estudio descriptivo retrospectivo transversal. En este estudio, trabajamos con dos muestras. En la Asociación Médica Materno infantil de 2015, hubo 102 mujeres embarazadas que alcanzaron el nivel máximo por cesárea y 48 mujeres embarazadas que alcanzaron la presión arterial más alta por parto vaginal. Se calcularon medidas cuantitativas y cuantitativas, frecuencias absolutas y

porcentajes, y se utilizaron herramientas gráficas Microsoft Excel 2013 como gráficos de barras. Resultados: los datos obtenidos para las complicaciones maternas en la cesárea mostraron una hemorragia posparto del 2,9%, anemia leve del 34,3% y anemia moderada del 11,8% como principales complicaciones maternas. Otras complicaciones tienen un porcentaje del 21,6%, como el síndrome de adhesión pélvica y la rotura uterina inminente, se notificó un caso de rotura uterina y ningún caso de muerte materna. En el grupo de parto vaginal, el porcentaje de desgarros vulvovaginales de grado I fue del 35,4%, el porcentaje de grado II fue del 2,1% y el 50% de los pacientes se sometieron a una incisión perineal. El 45,8% tenía anemia leve, el 6,3% tenía anemia moderada y solo el 4,2% tenía otras complicaciones, como un parto incompleto y un hematoma perineal. Respecto a las complicaciones neonatales, en el grupo de cesáreas, las principales complicaciones neonatales son: 7.8% síndrome de dificultad respiratoria, 5.9% taquipnea neonatal transitoria y 14.7% de amonio líquido meconio La solución tenía un 9,8% de espesor. Dos casos de APGAR 3 y APGAR 7 se informaron después de 5 minutos cada uno y un caso fue muerte neonatal. En el grupo de parto vaginal, se observó que el 39,6% sufría de traumatismo obstétrico, como el sebo craneocervical y el hematoma craneal, y el 25% presentaba fluido fecal fluido. En ambos grupos, solo el 2% mostró otras complicaciones como los recién nacidos hospitalizados. Conclusiones: Ambas rutas de entrega son seguras y la decisión final depende de la evaluación individual de cada mujer embarazada, así como de la comunicación adecuada de los riesgos y beneficios para una decisión conjunta entre el médico y el paciente.

Saavedra(15) “Factores asociados a prematuridad en el Hospital Ili-1 de yurimaguas, julio a diciembre del 2014” Universidad de la Amzonia Peruana 2015, con el Objetivo Determinar los factores asociados a prematuridad en el Hospital II – 1 de Yurimaguas - Loreto, entre julio a diciembre 2014. Metodología El presente estudio es de tipo cuantitativo de diseño analítico de caso control; los casos son madre con recién nacido prematuro y los controles son madres con recién nacido a término; la población estuvo constituida por 98 madres con recién nacido prematuro nacidos en el Hospital II – 1 de

Yurimaguas - Loreto, obteniendo una muestra de 55 casos y 110 controles que cumplen los criterios de inclusión y exclusión. Resultados Las madres con recién nacidos prematuros presentan entre 20 a 34 años (74.5%), proceden de la zona urbano marginal (43.6%) y urbana (40.0%), son convivientes (76.4%) y de nivel de instrucción de secundaria (78.2%); el 7.3% tienen antecedente de prematuridad, el 49.1% son primíparas y el 61.8% tienen menos de 6 controles pre natales. El 61.8% han presentado morbilidad durante el embarazo; las principales morbilidades registradas fueron anemia (38.2%), infección urinaria (ITU) (21.8%), hipertensión inducida en el embarazo (14.5%) y pre eclampsia (9.1%). Las madres que proceden de la zona rural tienen (OR 1.39) y zona urbanomarginal (OR 2.16) tuvieron mayor riesgo significativamente ($p=0.011$); las que proceden de la zona urbana tienen un OR protectorio (0.37). Las madres con menos de 6 controles prenatales tuvieron un OR de 2.43 ($p=0.008$) para presentar recién nacido prematuro; las que tienen 6 a más controles tienen un OR protectorio (0.41). Las madres con morbilidad durante el embarazo tienen un OR de 1.94 ($p=0.047$) para tener un recién nacido prematuro, siendo la hipertensión inducida por el embarazo (OR 4.51; $p = 0.01$) y pre eclampsia (OR 5.4; $p=0.02$) para presentar recién nacido prematuro. Las madres que presentaron con mayor frecuencia recién nacidos prematuros fueron entre: las menores de 20 años (52.9%, $p=0.145$); las casadas (38.5%, $p=0.521$); las de nivel de instrucción primaria (66.7%, $p=0.343$), con antecedente de prematuridad (66.7%, $p=0.07$), las nulíparas (52.2%, $p=0.203$) Las madres con anemia ($p=0.192$), infección urinaria ($p=0.391$) y malaria ($p=0.720$) estadísticamente no se relacionaron con la presencia de prematuridad. Conclusiones Las madres con antecedente de hijo prematuro, con morbilidad durante el embarazo y la falta de control prenatal adecuada tienen mayor riesgo significativo de presentar recién nacido prematuro.

Yauri (16) Características perinatales de los recién nacidos en el Hospital Nacional Dos de Mayo en el 2015. UNMSM, con el Objetivo: determinar las características neonatales perinatales en el hospital Nacional dos de mayo durante 2015. La neonatología tomó a 2662 recién nacidos como una

población total, recopiló datos de madres y recién nacidos, los datos se procesaron y presentaron en tablas y gráficos. Resultados: la prevalencia del control prenatal adecuado es más alta, con un 71%, seguida del 25% de un control prenatal deficiente, el sexo masculino tiene una prevalencia del 50,18% y la descendencia temporal. Los bebés prematuros representan el 94,4% del total, con el valor más bajo de 0,41% (n = 117 para los recién nacidos de muy bajo peso al nacer) y el 78% para los recién nacidos con el peso adecuado para la edad gestacional. Mostró alta prevalencia. El período de gestación fue el segundo con 14%, con el tipo de parto más frecuente fue 57.74% para cesárea y 31.52% para cesárea de emergencia. Según apgar después de 5 minutos, de 7 a 96.76% de los recién nacidos de apgar después de 5 minutos fueron seguidos de 4 a 6 con 2.33%. La lesión obstétrica más común fue un tumor óseo craneal (n = 41) seguido de una fractura de clavícula (n = 24). Conclusiones: en este estudio, los datos encontrados son similares a los estudios previos realizados en el país y en otros países, y los bebés prematuros tienen un embarazo oscilante desde bebés prematuros extremos hasta bebés prematuros tardíos, Tanto los bebés prematuros como el peso al nacer están relacionados y ambos contribuyen a la mortalidad neonatal.

2.2. BASES TEÓRICAS

2.2.1. NEONATO

Se llama neonato al bebé recién nacido, que es un bebé que tiene 30 días o menos, contados desde el día de su nacimiento, ya sea que haya sido por parto natural o por cesárea. La palabra se aplica tanto a aquellos bebés nacidos antes de tiempo, en tiempo y forma o pasados los nueve meses de embarazo. Esta es una fase muy corta de la vida, pero los cambios posteriores pueden tener consecuencias muy importantes para el resto de la vida del recién nacido. Incluso si se descubre una enfermedad, una enfermedad genética que un recién nacido puede haber nacido (18)

2.2.2. RECIEN NACIDO PREMATURO

Según la definición de la Organización Mundial de la Salud (OMS),

parto prematuro es aquel que ocurre antes de las 37 semanas de gestación. El límite inferior entre parto prematuro y aborto es, de acuerdo a la OMS, 22 semanas de gestación, 500 g de peso o 25 cm de longitud cefalo-nalgas.(19)

2.2.3. RECIEN NACIDO

Un recién nacido es un niño que tiene menos de 28 días. Estos 28 primeros días de vida son los que comportan un mayor riesgo de muerte para el niño. Por este motivo, es esencial ofrecer una alimentación y una atención adecuadas durante este periodo con el fin de aumentar las probabilidades de supervivencia del niño y construir los cimientos de una vida con buena salud.(18)

2.2.4. PARTO PRETERMINO

El parto pretérmino o prematuro es definido por la edad gestacional como un subrogado de la madurez. Es todo parto que ocurra antes de la semana 37 o antes de los 259 días posconcepcionales. No se debe aproximar hacia arriba. El paciente que tiene 36 semanas y 6/7 días es un prematuro menor de 37 semanas. A su vez la Organización Mundial de la Salud (OMS) ha clasificado a los niños prematuros de acuerdo con su edad gestacional en: a) Prematuro general: < 37 semanas. b) Prematuro tardío: de la semana 34 con 0/7 días a la semana 36 con 6/7 días. c) Muy prematuro: aquellos nacidos antes de las 32 semanas. d) Extremadamente prematuro: menores de 28 semanas.(19)

2.2.5. CESAREA

La cesárea es una intervención quirúrgica que se utiliza para finalizar un embarazo o parto cuando hay causas maternas, fetales u ovulares que desaconsejan el parto vaginal. Consiste en la apertura del útero y posterior extracción de su contenido. La OMS refiere que las cesáreas son eficaces para salvar la vida de las madres y los neonatos solamente cuando son necesarias por motivos médicos. A nivel de población, las tasas de cesárea superiores al 10% no están asociadas con una

reducción en las tasas de mortalidad materna y neonatal. La cesárea puede causar complicaciones graves, discapacidad y, a veces, incluso la muerte permanente, especialmente en lugares donde las instalaciones y los procedimientos no se pueden realizar de manera segura y las complicaciones quirúrgicas no se pueden tratar. Lo ideal es que las cesáreas solo se realicen cuando sean necesarias por razones médicas. Se debe hacer todo lo posible para realizar una cesárea para todas las mujeres que lo necesitan, en lugar de alcanzar un cierto porcentaje. Se desconoce el impacto de las tasas de cesárea en otros resultados como muerte fetal, morbilidad materna y perinatal, resultados infantiles, bienestar psicológico o social. Se necesitan algunos estudios adicionales para comprender el impacto de la salud de la cesárea en los resultados inmediatos y futuros (20).

2.2.6. DIAGNOSTICO DE PARTO PRETERMINO

De acuerdo con la edad gestacional el recién nacido se clasifica en:

Recién nacido pretérmino:

El niño o niña que nace entre las 22 semanas a menos de 37 semanas (menos de 259 días) de gestación;

Recién nacido inmaduro:

El niño o niña que nace entre o tiene de 21 semanas a 27 semanas de gestación o de 500 gramos a menos de 1,000 gramos;

Recién nacido prematuro:

El niño o niña que nace entre o tiene de 28 semanas a 37 semanas de gestación, que equivale a un producto de 1,000 gramos a menos de 2,500 gramos;

Recién nacido a término:

El niño o niña que nace entre o tiene de 37 semanas a 41 semanas de gestación, equivalente a un producto de 2,500 gramos o más;

Recién nacido postérmino:

El niño o niña que nace entre o tiene de 42 semanas o más de gestación.

Recién nacido con bajo peso:

Producto de la concepción con peso corporal al nacimiento menor de 2,500 gramos, independientemente de su edad gestacional.

De acuerdo con el peso corporal al nacimiento y la edad gestacional el recién nacido se clasifica en:

de bajo peso (hipotrófico): Cuando el peso resulta inferior de la percentila 10 de la distribución de los pesos correspondientes a la edad gestacional;

de peso adecuado (eutrófico): Cuando el peso corporal se sitúa entre la percentila 10 y 90 de la distribución de los pesos correspondientes a la edad gestacional;

de peso alto (hipertrofico): Cuando el peso corporal sea mayor a la percentila 90 de la distribución de los pesos correspondientes a la edad gestacional

2.2.7. COMPLICACIONES DEL RECIEN NACIDO PRETERMINO

Patología Respiratoria:

La función pulmonar temprana se ve afectada por varios factores, incluida la inmadurez del sistema nervioso central y la debilidad de los músculos respiratorios asociada con el pulmón con desarrollo alveolar deficiente, síntesis de surfactante alterada y pulmón Hay un aumento en el grosor de la membrana capilar alveolar. La angiogénesis pulmonar tiene un desarrollo incompleto con una reducción en el número de capas delgadas de músculos arteriolares y capilares alveolares. La patología respiratoria es la primera causa de morbilidad y mortalidad en el parto prematuro y se debe a una deficiencia de surfactante o disnea debida a la enfermedad de la membrana vítrea, seguida de apnea rápida y displasia broncopulmonar en el orden de aparición. Otras posibles enfermedades pulmonares como neumotórax, hipertensión pulmonar, atelectasia, enfisema intersticial, neumonía, edema pulmonar, neumonía infecciosa o por aspiración

Patología Neurológica:

La inmadurez es una constante temprana del SNC y afecta a los sistemas con mala adaptación postnatal debido a la tabla de madurez relativamente fija. Las estructuras anatómicas se caracterizan por la fragilidad de la vasculatura a nivel de la matriz embrionaria y la migración de las neuronas pobres, la mielinización deficiente de la materia blanca y el crecimiento exponencial de la materia gris. Los cambios en la sensibilidad a la hipoxia, los cambios en la presión osmótica y la presión arterial causan hemorragia a nivel subepitelial y son comunes en el desarrollo de hemorragia intracerebroventricular y su forma más grave de infarto hemorrágico.

Patología Oftalmológicos:

La causa de la retinopatía del parto prematuro es la detención de la neovascularización de la retina que resulta en el nacimiento prematuro y el posterior crecimiento no regulado de nuevos vasos sanguíneos.

Patología Cardiovasculares:

La hipotensión temprana ocurre con más frecuencia con un menor peso corporal. Esta hipotensión puede estar relacionada con la incapacidad del sistema nervioso autónomo para mantener un tono vascular adecuado o hipovolemia, sepsis u otros factores como la disfunción cardíaca.

2.2.8. APGAR AL NACIMIENTO DEL NEONATO POR CESAREA

Apgar:

Es el examen clínico, en el cual el recién nacido es evaluado al primer minuto al quinto minuto y algunos a los 10 minutos posteriores al nacimiento. El Apgar mide 5 parámetros. Frecuencia cardíaca, esfuerzo respiratorio, tono muscular, Irritabilidad refleja y coloración de la piel.

Parámetros:

1. Ritmo cardíaco:

Si no hay ritmo cardíaco se puntúa 0.

Si es menor a 100 pulsaciones por minuto puntúa 1.

Si es mayor a 100 pulsaciones por minuto puntúa 2.

2. Respiración:

Si el bebé no está respirando se puntúa 0.

Si tiene una respiración lenta, irregular, se puntúa 1.

Si la respiración es correcta, buena, o está llorando, se puntúa 2.

2. Tono muscular:

Si el bebé está flácido, como sin tono muscular, la puntuación es 0.

Si hay algo de tono y, por ejemplo, flexiona un poco las extremidades, se puntúa 1.

Si el bebé se mueve activamente se puntúa 2.

3. Reflejos:

Es la respuesta a algún estímulo externo relativamente molesto (tocarle la planta de los pies, aspirar un poco la nariz,...).

Si no hay respuesta se puntúa 0.

Si el bebé hace muecas o gesticula se puntúa 1.

Si hay gesticulaciones y llanto, o tose o estornuda (en caso de utilizar una perilla o catéter para aspirar por la nariz) se puntúa 2.

4. Color de la piel:

Si el bebé está azulado o pálido se puntúa 0.

Si el cuerpo está rosado pero las manos y los pies están notoriamente azulados la puntuación es 1.

Si todo el bebé está sonrosado la puntuación es 2.

Una vez realizado el test, como ya hemos explicado, se suman los puntos y en función de la puntuación se decide qué hacer. La mayoría de bebés tienen una puntuación máxima de 9 al minuto de nacer, porque todos tienen aún las manitas y pies muy azulados. A los 5 minutos están más sonrosados y entonces, en condiciones normales, puntúan 10. Incluso muchos bebés que puntúan por debajo de 7, con un poco de estimulación, tienen una puntuación correcta a los 5 minutos.

2.2.9. ATENCION PRENATAL

Número de controles prenatales:

Los controles prenatales son evaluaciones periódicas de la embarazada por parte de profesionales especializados para la mejor vigilancia de la evolución de la gestación, siendo esta:

Gestación controlada (6 CPN a más)

Gestación no controlada (Menos de 6 CPN) (21)

2.2.10. COMPLICACIONES NEONATALES POST CESAREA

Síndrome de Distres Respiratorio.

El síndrome de dificultad respiratoria o síndrome de dificultad respiratoria (enfermedad de la película de hialina) es un trastorno respiratorio en los bebés prematuros y no está abierto debido a la falta de sacos de aire pulmonar (alvéolos) en el recién nacido. La producción de sustancias (surfactantes) que los cubren es insuficiente. Como se observa en los bebés prematuros y en los niños de madres diabéticas, la falta o ausencia total de surfactante es un factor de riesgo para el síndrome de dificultad respiratoria (síndrome de dificultad respiratoria).

El diagnóstico se basa en los síntomas, los niveles de oxígeno en la sangre y los resultados de las radiografías de tórax. Sin tratamiento, este síndrome puede causar daño cerebral y la muerte.

Sepsis Neonatal

La sepsis neonatal es una infección invasiva que ocurre en el período neonatal y generalmente es bacteriana. Los síntomas son múltiples, inespecíficos e incluyen disminución de la actividad espontánea, apnea, apnea, bradicardia, inestabilidad térmica, disnea, vómitos, diarrea, distensión abdominal, inquietud, convulsiones, ictericia e ictericia. El diagnóstico es clínico y confirmado por los resultados del cultivo. La sepsis neonatal afecta el nacimiento de 0.5 a 8.0 / 1,000 personas. Mayor incidencia de neonatos de bajo peso al nacer. Recien nacido con función de nacimiento reducida que muestran una

puntuación de Apgar baja.

Taquipnea transitoria del R.

La taquipnea transitoria neonatal consiste en disnea transitoria causada por la reabsorción retardada del líquido pulmonar fetal.

La taquipnea neonatal transitoria afecta a los bebés nacidos a término nacidos con cesárea electiva sin parto y los recién nacidos con depresión respiratoria. Se sospecha taquipnea transitoria en un neonato cuando el bebé está sin aliento inmediatamente después del nacimiento. Los síntomas pueden ser taquipnea, contracciones intercostales y subcostales, gemidos, enrojecimiento de la nariz y cianosis. La radiografía de tórax, el hemograma completo y el hemocultivo generalmente se realizan, ya que la neumonía, el síndrome de dificultad respiratoria y la sepsis pueden mostrar signos similares

Anemia.

La anemia es un trastorno en el que la cantidad de glóbulos rojos en la sangre es demasiado baja. La anemia puede ser causada por la rápida destrucción de los glóbulos rojos, la pérdida de grandes cantidades de sangre o porque la médula ósea no produce suficientes glóbulos rojos. Si los glóbulos rojos se descomponen prematuramente, se producirá anemia y aumentarán los niveles de bilirrubina (el pigmento amarillo producido durante la degradación normal de los glóbulos rojos), lo que hará que la piel y el blanco de los ojos del recién nacido brille y se vuelven amarillas (ictericia).

Si una gran cantidad de sangre se pierde muy rápidamente, el recién nacido se enfermará gravemente, sufrirá conmoción, tendrá una apariencia pálida, tendrá un ritmo cardíaco elevado e hipotensión. También respira rápida y superficialmente. Si la pérdida de sangre no es tan severa o gradual, el recién nacido puede verse saludable, excepto por la ligereza. El tratamiento requiere una transfusión de líquidos o una transfusión de sangre posterior o una transfusión de

sangre de reemplazo. En los recién nacidos muy prematuros, la reducción en el número de glóbulos rojos es grande. Esta afección, llamada anemia prematura, es más común en los niños que tienen menos de 32 semanas de gestación y los niños que han pasado muchos días en el hospital.

Hipoglicemia.

La hipoglucemia es un nivel de glucosa sérica de 40 mg / dL (2.2 mmol / L) en recién nacidos a término y 30 mg / dL (1.7 mmol / L) en prematuros. Los factores de riesgo son los bebés prematuros y son pequeños en el embarazo, la diabetes materna y la asfixia perinatal. Las causas más comunes son la deposición inadecuada de glucógeno, alimentación tardía e hiperinsulinemia. Los signos incluyen taquicardia, cianosis, convulsiones y apnea. El diagnóstico se sospecha empíricamente y se confirma mediante la detección de glucosa. El pronóstico depende de la enfermedad subyacente. En estos recién nacidos, el glucólisis anaeróbico consume almacenamiento de glucógeno y la hipoglucemia ocurre en cualquier momento durante las primeras horas o días, especialmente cuando los intervalos de alimentación son largos o cuando la ingesta de nutrientes es baja.

Ictericia neonatal.

La ictericia es una coloración amarillenta de la piel y los ojos causada por la hiperbilirrubinemia (aumento de la concentración sérica de bilirrubina). La concentración sérica de bilirrubina requerida para causar ictericia varía según el tono de la piel y la parte del cuerpo, pero cuando la bilirrubina alcanza una concentración de 2-3 mg / dL (34 a 51 $\mu\text{mol} / \text{L}$), la ictericia es La ictericia progresa en la dirección craneal, con un aumento en la concentración de aproximadamente 4 a 5 mg / dL (68 a 86 $\mu\text{mol} / \text{L}$) de bilirrubina, que generalmente se encuentra en la escleritis) y en la cara, aproximadamente 15 mg / dL (258 $\mu\text{mol} / \text{L}$) en el cordón umbilical L), parece aparecer alrededor de

20 mg / dL (340 μ mol / L) en el pie. Más de la mitad de los recién nacidos sufren de ictericia visible durante la primera semana de vida.

Neumonía bacteriana

La neurotoxicidad es una consecuencia importante de la hiperbilirrubinemia neonatal. La encefalopatía aguda puede causar varios trastornos neurológicos, como parálisis cerebral y disfunción sensoriomotora. La cognición no suele ser afectada. La encefalopatía ictericia es la forma más grave de neurotoxicidad. Aunque es raro en este momento, todavía se producen kernicterus. Generalmente, la bilirrubina unida a la albúmina sérica permanece en la luz vascular. Sin embargo, la bilirrubina atraviesa la barrera hematoencefálica y puede causar ictericia en ciertas situaciones.

2.3. FORMULACION DE HIPÓTESIS

Por tratarse de una investigación de tipo y nivel descriptivo no corresponde formular hipótesis.

2.4. DEFINICIÓN DE TÉRMINOS

Neonato

Se llama neonato al bebé recién nacido, que es un bebé que tiene 30 días o menos, contados desde el día de su nacimiento, ya sea que haya sido por parto natural o por cesárea.

Recien nacido prematuro

Según la definición de la Organización Mundial de la Salud (OMS), parto prematuro es aquel que ocurre antes de las 37 semanas de gestación. El límite inferior entre parto prematuro y aborto es, de acuerdo a la OMS, 22 semanas de gestación, 500 g de peso o 25 cm de longitud cefalo-nalgas

Parto pretermino

El parto pretérmino o prematuro es definido por la edad gestacional como un subrogado de la madurez. Es todo parto que ocurra antes de la semana 37 o antes de los 259 días posconcepcionales.

Cesarea.

La cesárea es una intervención quirúrgica que se utiliza para finalizar un embarazo o parto cuando hay causas maternas, fetales u ovulares que desaconsejan el parto vaginal. Consiste en la apertura del útero y posterior extracción de su contenido.

2.5. IDENTIFICACIÓN DE VARIABLES

Variable:

Características del neonato pretermino nacido por cesarea.

2.6. OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES

VARIABLE	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	DEFINICIÓN OPERACIONAL	DIMENSIONES	INDICADORES	ESCALA DE VALOR
Variable: Características del neonato pretermino nacido por cesárea .	Es la descripción del recién nacido por cesárea como al recién nacido que tiene 30 días o menos que haya sido por parto por cesárea, cuya observación se centra en la edad gestacional neonatal, Apgar al nacimiento y complicaciones de los neonatos.	Es el resultado de la aplicación del instrumento expresado en la valoración de edad gestacional del recién nacido, diagnóstico y valor del Apgar del neonato.	Diagnostico al nacimiento Por EG y por peso al nacer	Pretermino/ Prematuro leve: entre 35 y 36 semanas Prematuro moderado: entre 32 y 34 semanas Prematuro extremo: Menor de 32 semanas RNAT > 2500 gr Peso Normal RNPT < 2500 gr De bajo peso al nacer RNPT < 1500 gr De muy bajo peso al nacer RNPT < 1000 gr De extremado bajo peso al nacer	Ordinal
			Apgar al nacimiento	Al minuto A los 5 minutos	

		APN de la madre del neonato	<ul style="list-style-type: none"> • < de 6 APN • Igual o > a 6 APN 	Nominal
		Diagnóstico de hospitalización	Normal Síndrome de Diestres Respiratorio Sepsis Neonatal SDR mas Sepsis Neonatal Taquipnea transitoria del R. Anemia Hipoglicemia Ictericia neonatal Neumonía bacteriana Más de 2 patologías (SDR, sepsis, Retinopatía, Hipoglicemia, otros)	Nominal
		Diagnóstico de alta del neonato	Mejorado Fallecido	Nominal

CAPÍTULO III METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN

3.1. TIPO DE INVESTIGACIÓN

El presente trabajo de investigación es de tipo No experimental, observacional, de enfoque cuantitativo, prospectivo de corte transversal: Describe las características del neonato pretermino nacido por cesárea en el Hospital Regional Docente Materno Infantil El Carmen Huancayo 2018

3.2. NIVEL DE INVESTIGACIÓN

El nivel de investigación es descriptivo; porque describe las tendencias de un fenómeno en una circunstancia temporal de un grupo o población; está dirigido a sustentar las características del neonato pretermino nacido por cesárea en el Hospital Regional Docente Materno Infantil El Carmen Huancayo 2018. (22)

3.3. MÉTODOS DE INVESTIGACIÓN

Método general:

Inductivo, ya que se partió de lo particular a lo general

Método básico:

Descriptivo de observación naturalista porque se observaron las características del neonato pretermino nacido por cesárea.

3.4. DISEÑO DE INVESTIGACIÓN

La presente investigación utiliza el diseño descriptivo simple, observacional, prospectivo, transversal, no-experimental, porque se recogió datos e información para hacer una descripción, de esta manera podemos describir las características del neonato pretermino nacido por cesárea en el Hospital Regional Docente Materno Infantil El Carmen Huancayo 2018, cuyo diseño:

M O

Dónde:

M: Neonato pretermino nacido por cesárea en el Hospital Regional Docente Materno Infantil El Carmen Huancayo 2018

O₁: Características del neonato pretermino nacido por cesárea

3.5. POBLACIÓN Y MUESTRA

3.5.1. Población:

La población del estudio estuvo constituida por 367 recién nacido pretérmino por Cesárea en el Hospital Regional Docente Materno Infantil El Carmen, Huancayo 2018.

3.5.2. Muestra:

La muestra fue no probabilística, por conveniencia y que fueron 92 Historias Clínicas de recién nacido pretérmino por Cesárea en el Hospital Regional Docente Materno Infantil El Carmen, Huancayo 2018, los que se revisaron las historias clínicas solo en los días autorizados ya que la autorización fue restringida.

3.5.3. Criterios de Selección

3.5.3.1. Criterios de Inclusión

Todas las Historias Clínicas de los Neonatos pretermino nacidos por cesárea del Hospital Regional Docente Materno Infantil El Carmen Huancayo 2018

3.5.3.2. Criterios de exclusión

Recién nacidos que no hayan nacido Hospital Regional Docente Materno Infantil El Carmen Huancayo 2018

Las Historias clínicas de neonatos, cuyas madres tuvieron otra patología diferente a parto pretermino o prematuro.

HC Deterioradas

HC judicializadas

3.6. TÉCNICAS E INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS

3.6.1. Técnica:

Para la variable del presente estudio se utilizó la técnica análisis de documentos.

3.6.2. Instrumento:

El Instrumento utilizado para la recolección de datos fue la ficha de recolección de datos.

3.7. TÉCNICAS DE PROCESAMIENTO Y ANÁLISIS DE DATOS

Para realizar el procesamiento y análisis de los datos, se cuantificó el total de instrumentos correctamente llenados (Ficha de recolección de datos) se ordenó y elaboró una base de datos en el programa Excel. Se codificó y tabuló en una matriz de datos en el programa SPSS 23,0. Para el análisis de datos se emplearon técnicas cuantitativas, las que se detallan:

a. Estadística Descriptiva:

Se utilizó tablas de una y doble entrada con distribución de frecuencias absolutas y porcentuales.

b. Programas Estadísticos:

Se emplearon el programa SPSS versión 23,0. y el correspondiente proceso estadístico.

CAPITULO IV

RESULTADOS

4.1. PRESENTACIÓN E INTERPRETACIÓN DE RESULTADOS

Los resultados del estudio observacional descriptivo prospectivo sobre las características del neonato pretérmino nacido por cesárea en el Hospital Regional Docente Materno Infantil El Carmen Huancayo 2018, se muestran mediante las tablas de frecuencias simple y acumulada de manera ordenada en coherencia con los objetivos.

Tabla 1. Sexo del recién nacido pretérmino nacido por cesárea atendido en el Hospital Regional Docente Materno Infantil El Carmen, Huancayo 2018.

Sexo	Frecuencia	Porcentaje
Femenino	39	42.4
Masculino	53	57.6
Total	92	100.0

Fuente: Ficha de recolección de datos sobre Características del neonato pretérmino nacido por cesárea en el Hospital Regional Docente Materno Infantil El Carmen, Huancayo 2018.

En la tabla 1. Del total de recién nacidos 100% (92). El 42.4% (39) fueron de sexo femenino, el 57.6% (53) fueron de sexo masculino.

Tabla 2. Clasificación del recién nacido pretérmino por Cesárea en el Hospital Regional Docente Materno Infantil El Carmen, Huancayo 2018.

Clasificación de pretérmino	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
Prematuro leve: entre 35 y 36 semanas	49	53.3	53.3
Prematuro moderado: entre 32 y 34 semanas	17	18.5	71.7
Prematuro extremo: Menor de 32 semanas	26	28.3	100.0
Total	92	100.0	

Fuente: Ficha de recolección de datos sobre Características del neonato pretérmino nacido por cesárea en el Hospital Regional Docente Materno Infantil El Carmen, Huancayo 2018.

En la tabla 2. Del 100% (92) de recién nacidos pretérminos por Cesárea atendidos en el Hospital Regional Docente Materno Infantil El Carmen. El 53.3% (49) fueron prematuros leves (entre 35 y 36 semanas), el 18.5% (17) fueron prematuros moderados (entre 32 y 34 semanas) y el 28.3% (26) fueron prematuros extremos (menor de 32 semanas). El 71.7% fueron prematuros leves o moderados.

Tabla 3. Peso del recién nacido pretérmino por Cesárea en el Hospital Regional Docente Materno Infantil El Carmen, Huancayo 2018.

Peso del Recién Nacido	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
RNAT > 2500 gr Peso Normal	8	8.7	8.7
RNPT < 2500 gr De bajo peso al nacer	61	66.3	75.0
RNPT < 1500 gr De muy bajo peso al nacer	17	18.5	93.5
RNPT < 1000 gr De extremado bajo peso al nacer	6	6.5	100.0
Total	92	100.0	

Fuente: Ficha de recolección de datos sobre Características del neonato pretérmino nacido por cesárea en el Hospital Regional Docente Materno Infantil El Carmen, Huancayo 2018.

En la tabla 3. Del 100% (92) de recién nacidos pretérminos por Cesárea atendidos en el Hospital Regional Docente Materno Infantil El Carmen. El 8.7% (8) fueron prematuros con un peso mayor a 2500 gramos, el 66.3% (61) fueron prematuros con un peso mayor a 1500 gramos y menor de 2500 gramos, el 18.5% (17) fueron prematuros con un peso mayor a 1000 gramos y menor de 1500 gramos, el 6.5% (6) fueron prematuros con un peso menor a 1000 gramos.

Tabla 4. Apgar al minuto en el recién nacido pretérmino por Cesárea en el Hospital Regional Docente Materno Infantil El Carmen, Huancayo 2018.

Apgar al minuto	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
Depresión Severa (0 a 3)	11	12.0	12.0
Depresión Moderada (4 a 6)	22	23.9	35.9
Normal (7 a 10)	59	64.1	100.0
Total	92	100.0	

Fuente: Ficha de recolección de datos sobre Características del neonato pretérmino nacido por cesárea en el Hospital Regional Docente Materno Infantil El Carmen, Huancayo 2018.

En la tabla 4. Del 100% (92) de recién nacidos pretérminos por Cesárea atendidos en el Hospital Regional Docente Materno Infantil El Carmen. Según el Apgar al Minuto; el 12% (11) fueron prematuros con depresión severa, el 23.9% (22) fueron prematuros con depresión moderada y el 64.1% (59) fueron prematuros sin depresión o normales en referencia al Apgar. El 35.9% fueron prematuros con depresión moderada o severa.

Tabla 5. Apgar a los 5 minutos en el recién nacido pretérmino por Cesárea en el Hospital Regional Docente Materno Infantil El Carmen, Huancayo 2018.

Apgar al minuto	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
Depresión Severa (0 a 3)	3	3.3	3.3
Depresión Moderada (4 a 6)	5	5.4	8.7
Normal (7 a 10)	84	91.3	100.0
Total	92	100.0	

Fuente: Ficha de recolección de datos sobre Características del neonato pretérmino nacido por cesárea en el Hospital Regional Docente Materno Infantil El Carmen, Huancayo 2018.

En la tabla 5. Del 100% (92) de recién nacidos pretérminos por Cesárea atendidos en el Hospital Regional Docente Materno Infantil El Carmen. Según el Apgar a los cinco minutos; el 3.3% (3) fueron prematuros con depresión severa, el 5.4% (5) fueron prematuros con depresión moderada y el 91.3% (84) fueron prematuros sin depresión o normales en referencia al Apgar. El 8.7% fueron prematuros con depresión moderada o severa.

Tabla 6. Atenciones prenatales recibidas por la madre del recién nacido pretérmino nacido por cesárea atendido en el Hospital Regional Docente Materno Infantil El Carmen, Huancayo 2018.

Atención prenatal	Frecuencia	Porcentaje
Menos de 6 atenciones prenatales	42	45.7
De 6 a más atenciones prenatales	50	54.3
Total	92	100.0

Fuente: Ficha de recolección de datos sobre Características del neonato pretérmino nacido por cesárea en el Hospital Regional Docente Materno Infantil El Carmen, Huancayo 2018.

En la tabla 6. Del 100% (92) de las madres de los recién nacidos de parto prematuro por Cesárea. El 45.7% (42) recibieron menos de 6 atenciones prenatales y el 54.3% (50) recibieron 6 a más atenciones prenatales.

Tabla 7. Diagnóstico de Hospitalización del recién nacido pretérmino por Cesárea en el Hospital Regional Docente Materno Infantil El Carmen, Huancayo 2018.

Diagnóstico de Hospitalización	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
Más de 2 patologías (SDR, sepsis, Retinopatía, Hipoglicemia, otros)	26	28.3	28.3
SDR mas Sepsis Neonatal	21	22.8	51.1
Normal	14	15.2	66.3
Sepsis Neonatal	6	6.5	72.8
Hipoglicemia	6	6.5	79.3
Síndrome de Distrés Respiratorio	5	5.4	84.8
Neumonía bacteriana	5	5.4	90.2
Taquipnea transitoria del RN	4	4.3	94.6
Ictericia neonatal	3	3.3	97.8
Anemia	2	2.2	100.0
Total	92	100.0	

Fuente: Ficha de recolección de datos sobre Características del neonato pretérmino nacido por cesárea en el Hospital Regional Docente Materno Infantil El Carmen, Huancayo 2018.

En la tabla 7. Del 100% (92) de recién nacidos pretérminos por Cesárea atendidos en el Hospital Regional Docente Materno Infantil El Carmen. El 28.3% (26) fueron hospitalizados por más de 2 patologías (SDR, sepsis, Retinopatía, Hipoglicemia, otros), el 22.8% (21) fueron hospitalizados por SDR mas sepsis neonatal, el 15.2% (14) no tuvieron diagnósticos patológicos, el 6.5% (6) fueron hospitalizadas por sepsis neonatal, el 6.5% (6) fueron hospitalizadas por hipoglicemia, el 5.4% (5) fueron hospitalizados por síndrome de distrés respiratorio, el 5.4% (5) fueron hospitalizados por neumonía bacteriana y el 19.8% restante fueron hospitalizados por taquipnea transitoria del RN, ictericia neonatal, anemia.

Tabla 8. Diagnóstico de alta del recién nacido pretérmino por Cesárea en el Hospital Regional Docente Materno Infantil El Carmen, Huancayo 2018.

Diagnóstico de alta	Frecuencia	Porcentaje
Mejorado	74	80.4
Fallecido	18	19.6
Total	92	100.0

Fuente: Ficha de recolección de datos sobre Características del neonato pretérmino nacido por cesárea en el Hospital Regional Docente Materno Infantil El Carmen, Huancayo 2018.

En la tabla 8. Del 100% (92) de recién nacidos pretérminos por Cesárea atendidos en el Hospital Regional Docente Materno Infantil El Carmen. El 80.4% (74) tuvieron como diagnóstico de alta mejorado y el 19.6% (18) tuvieron como diagnóstico de alta fallecido.

4.2. DISCUSIÓN DE RESULTADOS

Las características de los recién nacidos prematuros nacidos por cesárea, el 57.6% fueron de sexo masculino, el 53.3% fueron prematuros leves (entre 35 y 36 semanas), el 66.3% fueron prematuros con un peso mayor a 1500 gramos y menor de 2500 gramos. Resultados similares a lo hallado por Monasterio (13) que reportó los factores neonatales más frecuentes: pretérmino extremo (37.5%), peso extremadamente bajo (45.8%) y de sexo masculino (54.2%).

El 64.1% de pretermino nacido por cesárea, tuvieron un apgar al minuto normales o sin depresión y el 91.3% de prematuros tuvieron un apgar a los 5 minutos norma o sin depresión, contrario a lo hallado por Morales (14) que reportó 2 casos de APGAR 3 y APGAR 7 a los 5 minutos.

Uno de cada dos gestantes madres de los preterminos nacidos por cesárea en el Hospital Regional Docente Materno Infantil El Carmen Huancayo 2018, recibieron 6 a más atenciones prenatales. Resultado diferente a lo hallado por Monasterio (13) Saavedra (15) que reportaron que el 62.5% y 61.8% de las madres de los Recien Nacidos preterminos tuvieron menos de 06 controles prenatales.

En relación al diagnóstico de Hospitalización del neonato pretermino nacido por cesárea en el Hospital Regional Docente Materno Infantil el Carmen Huancayo 2018, el 28.3% fueron hospitalizados por más de 2 patologías (SDR, sepsis, Retinopatía, Hipoglicemia, otros), el 22.8% fueron hospitalizados por SDR mas sepsis neonatal, el 15.2% no tuvieron diagnósticos patológicos, el 6.5% fueron hospitalizadas por sepsis neonatal, el 6.5% fueron hospitalizadas por hipoglicemia, el 5.4% fueron hospitalizados por síndrome de distrés respiratorio, el 5.4% fueron hospitalizados por neumonía bacteriana y el 19.8% restante fueron hospitalizados por taquipnea transitoria del RN, ictericia neonatal, anemia. Resultados parecidos a lo hallado por Perez et al (9) y León (11) que encontro que entre los motivos para

hospitalizarse en la unidad de cuidados intensivos fueron la enfermedad de membrana hialina (52.5%), septicemia (12.7%) asfixia neonatal (9.1%) y sepsis, taquípnea transitoria del RN, hipoglicemia y hiperbilirrubinemia. Coicdiendo tambien con Beracaza (10) que los recién nacidos pretérmino, producto de parto por cesárea tuvieron resultados adversos de importancia que pone en riesgo la vida del neonato.

En relación al diagnóstico de alta del neonato pretermino nacido por cesárea el 80.4% tuvieron como diagnóstico de alta mejorado y el 19.6% tuvieron como diagnóstico de alta fallecido. Resultados diferente a lo hallado por Perez et al (9) que encontro una tasa de 3.5 de fallecidos.

CONCLUSIONES

El 57.6% de los recién nacidos prematuros nacidos por cesarea, fueron de sexo masculino, el 53.3% fueron prematuros leves (entre 35 y 36 semanas), el 66.3% fueron prematuros con un peso mayor a 1500 gramos y menor de 2500 gramos, lo que hace ver que si se enfatiza en la Atención Prenatal Reenfocada se puede mejorar la condición del neonato.

El 64.1% de prematuros nacido por cesárea tuvieron un apgar al minuto normal o sin depresión.

El 91.3% de prematuros nacidos por cesarea tuvieron un apgar a los 5 minutos normal o sin depresión.

Uno de cada dos gestantes madres de los preterminos nacidos por cesarea recibieron 6 a más atenciones prenatales, lo que hace ver que es importante fortalecer la Atención Prenatal de la gestante, para disminuir complicaciones materno fetales.

Los principales diagnósticos de Hospitalización del neonato pretermino nacido por cesárea encontrados fueron: el 28.3% fueron hospitalizados por más de 2 patologías (SDR, sepsis, Retinopatía, Hipoglicemia, otros), el 22.8% fueron hospitalizados por SDR mas sepsis neonatal, siendo el problema cardiorrespiratorio mas afectado, siendo evidente el riesgo elevado de morbimortalidad en este tipo de neonatos

El 19.6% de neonatos pretérminos nacidos por cesárea en el Hospital Regional Docente Materno Infantil El Carmen Huancayo 2018 tuvieron como diagnóstico de alta fallecido, lo que implica tomar medidas integrales en la atención del caso.

RECOMENDACIONES

1. Al profesional de obstetricia del Hospital Docente El Carmen Fortalecer las actividades de control prenatal en las madres ya que el 50% de las madres con recién nacido prematuro tienen menos de 6 controles prenatales.
2. Al Director del hospital, capacitar a los profesionales de obstetricia para mejorar la atención de la embarazada y su impacto neonatal.

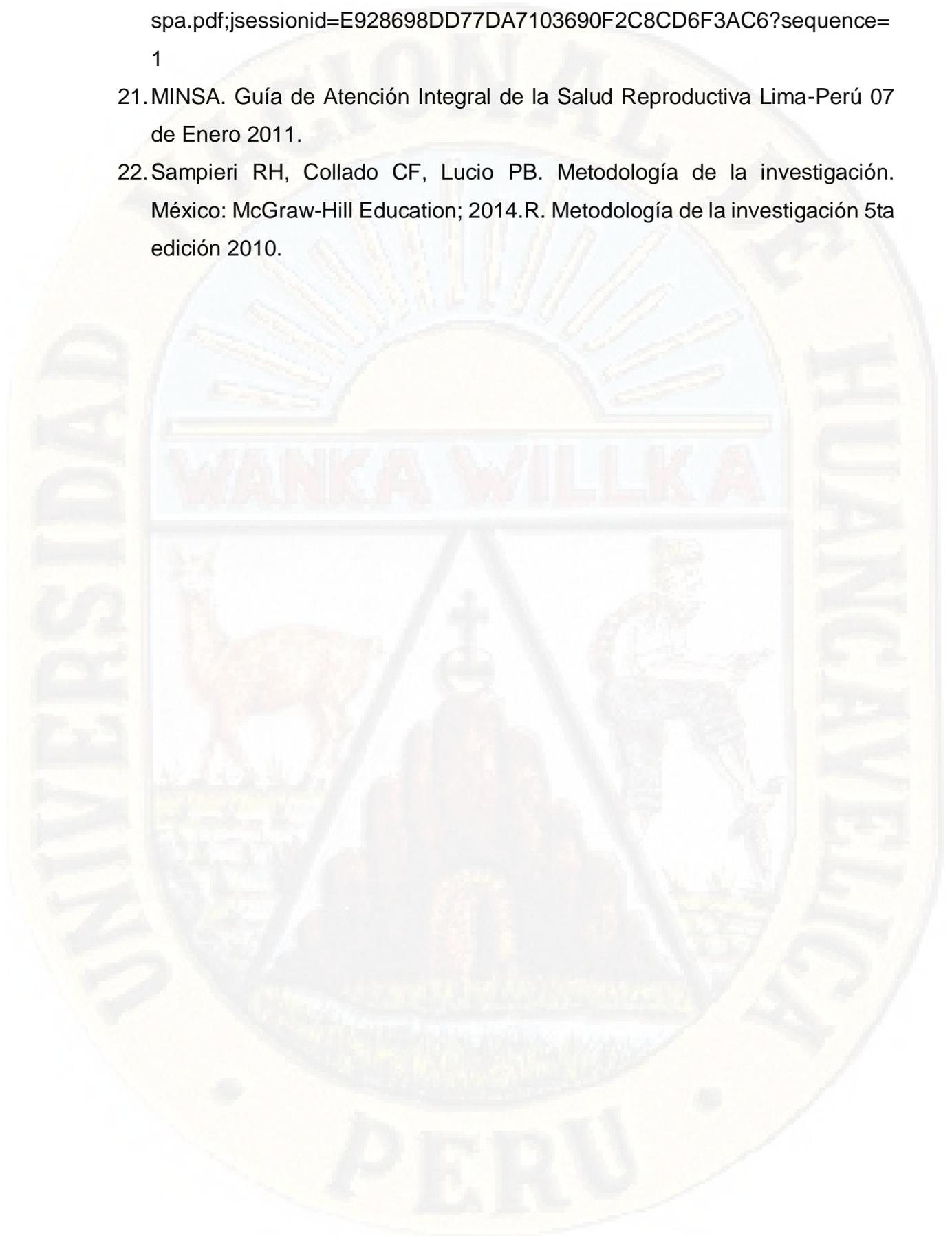
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. El recién nacido prematuro S. Rellan Rodríguez, C. Garcia de Ribera y M. Paz Aragón Garcia. Protocolos Diagnóstico Terapéuticos de la AEP: Neonatología © Asociación Española de Pediatría.
2. Organización Mundial de la Salud. Informe sobre la niñez en el mundo 2017: en deuda con la niñez. Disponible en: http://savethechildren.org.do/wpcontent/uploads/2015/08/EndofChildhood_Report_2017_SPANISH.pdf
3. Organización Mundial de la Salud. Estrategia mundial para la Salud de la mujer, el nacido y el adolescente 2016-2030. Disponible en: http://www.who.int/maternal_child_adolescent/documents/estrategiamundial-mujer-nino-adolescente-2016-2030.pdf?ua=1
4. Declaración de la OMS sobre tasas de cesárea .Organización Mundial de la Salud 2015. Departamento de Salud Reproductiva e Investigación Organización Mundial de la Salud. Disponible en: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/161444/1/WHO_RHR_15.02_spa.pdf?ua=1
5. Organización Mundial de la Salud. Estrategia mundial para la Salud de la mujer, el nacido y el adolescente 2016-2030. Disponible en: http://www.who.int/maternal_child_adolescent/documents/estrategiamundial-mujer-nino-adolescente-2016-2030.pdf?ua=1
6. Ministerio de Salud. Boletín estadístico de nacimientos Perú: 2015 Revisado [27 de Abril del 2019]. Disponible en: www.minsa.gob.pe
7. Organización mundial de la salud. Información general y técnica: salud de la madre, el recién nacido, del niño y del adolescente. Disponible en : http://www.who.int/maternal_child_adolescent/topics/adolescence/dev/es/
8. Organización Mundial de la Salud. Estrategia mundial para la Salud de la mujer, el nacido y el adolescente 2016-2030. Disponible en: http://www.who.int/maternal_child_adolescent/documents/estrategiamundial-mujer-nino-adolescente-2016-2030.pdf?ua=1
9. Pérez Zamudio Rosalinda, López Terrones Carlos Rafael, Rodríguez Barboza Arturo. Morbilidad y mortalidad del recién nacido prematuro en el

- Hospital General de Irapuato. Bol. Med. Hosp. Infant. Mex. [revista en la Internet]. 2013 Ago [citado 2019 Abr 24] ; 70(4): 299-305. Disponible en: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1665-11462013000400005&lng=es.
10. Andrea Cristina Beracaza Robledo. Resultados perinatales según la vía del parto en pretérminos en la e.s.e clínica maternidad rafael calvo. Universidad de cartagena. Colombia 2015.
 11. León Yurivilca, Iván Gustavo Morbimortalidad Neonatal Del Pretermino Nacido Por Parto Abdominal Y Vaginal - Hospital La Merced 2016 Universidad Nacional Del Centro.
 12. Joao antonio manzano altamirano Mariela alexandra fernández véliz parto pretérmino, factores de riesgo y sus principales Complicaciones en el neonato. 2018.
 13. Monasterio huertas, ronald franco factores asociados a la mortalidad neonatal del hospital regional jose alfredo mendoza olavarria jamo ii-2 de tumbes en el año 2017. Universidad nacional de piura 2018.
 14. Morales Máximo Diana Katherine Complicaciones materno neonatales de la cesárea electiva versus parto vaginal en pacientes con cesárea previa atendidas en el Instituto Nacional Materno Perinatal, 2015. UNMSM.
 15. Pacherras Fasanando Yoisy Madelein y Ruiz Vargas Lucia Gabriela,. Perfil Clinico Epidemiológico del Recien Nacido Prematuro Atendido en el Hospital Regional II-2 Tumbes - 2015. Universidad Nacional de Tumbes.
 16. Hitler, Saavedra Casternoque “Factores asociados a prematuridad en el Hospital Ili-1 de yurimaguas, julio a diciembre del 2014” Universidad de la Amazonia Peruana 2015.
 17. Randi Mauricio Yauri Lazo Características perinatales de los recién nacidos en el Hospital Nacional Dos de Mayo en el 2015. UNMSM.
 18. OMS. Lactante, Recien Nacido. Disponible en: https://www.who.int/topics/infant_newborn/es/
 19. OMS: Nacimientos prematuros. <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/preterm-birth>
 20. OMS. Declaración de la OMS sobre tasas de cesárea https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/161444/WHO_RHR_15.02_

spa.pdf;jsessionid=E928698DD77DA7103690F2C8CD6F3AC6?sequence=1

21. MINSA. Guía de Atención Integral de la Salud Reproductiva Lima-Perú 07 de Enero 2011.
22. Sampieri RH, Collado CF, Lucio PB. Metodología de la investigación. México: McGraw-Hill Education; 2014. R. Metodología de la investigación 5ta edición 2010.





ANEXO

FICHA DE RECOLECCIÓN DE DATOS

Título: Características del Neonato Pretermino nacido por cesárea en el Hospital Regional Docente Materno Infantil El Carmen Huancayo 2018

Nº Hist. Clínica: Código de ficha:

I. CARACTERÍSTICAS GENERALES DEL NEONATO

1. **Sexo:** Femenino (1) Masculino (2) Peso:kg.; Talla:Cm.

2. **Diagnostico al Nacimiento por edad gestacional**

Pretermino/ Prematuro leve: entre 35 y 36 semanas (1)

Prematuro moderado: entre 32 y 34 semanas (2)

Prematuro extremo: Menor de 32 semanas (3)

3. **Diagnostico al nacimiento según peso al nacer**

RNAT > 2500 gr Peso Normal (1)

RNPT < 2500 gr De bajo peso al nacer (2)

RNPT < 1500 gr De muy bajo peso al nacer (3)

RNPT < 1000 gr De extremado bajo peso al nacer (4)

4. **Apgar:** Minuto:; 5 minutos:

5. **APN de la Madre del Neonato:** < de 6 APN (1) igual o > a 6 APN (2)

6. **Diagnóstico de Hospitalización**

Normal (1)

Síndrome de Diestres Respiratorio (2)

Sepsis Neonatal (3)

SDR mas Sepsis Neonatal (4)

Taquipnea transitoria del R. (5)

Anemia (6)

Hipoglicemia (7)

Ictericia neonatal (8)

Neumonía bacteriana (9)

Más de 2 patologías (SDR, sepsis, Retinopatía, Hipoglicemia, otros) (10)

7. **Condición de alta**

Mejorado (1) Fallecido (2)

PROBLEMA	OBJETIVOS	VARIABLE	METODOLOGIA
<p>¿Cuáles son las características del neonato pretermino nacido por cesárea en el Hospital Regional Docente Materno Infantil El Carmen Huancayo 2018?</p>	<p>Objetivo General Determinar las características del neonato pretermino nacido por cesárea en el Hospital Regional Docente Materno Infantil El Carmen Huancayo 2018.</p> <p>Objetivos Especifico Determinar el diagnóstico al nacimiento del neonato pretermino nacido por cesárea en el Hospital Regional Docente Materno Infantil El Carmen Huancayo 2018. Identificar el Apgar al minuto y a los cinco minutos del neonato pretermino nacido por cesárea en el Hospital Regional Docente Materno Infantil El Carmen Huancayo 2018 Determinar la atención Pre Natal de la madre del Neonato pretermino nacido por cesárea en el Hospital Regional Docente Materno Infantil El Carmen Huancayo 2018 Identificar el diagnóstico de Hospitalización del neonato pretermino nacido por cesárea en el Hospital Regional Docente Materno Infantil El Carmen Huancayo 2018 Determinar el diagnóstico de alta del neonato pretermino nacido por cesárea en el Hospital Regional Docente Materno Infantil El Carmen Huancayo 2018</p>	<p>Univariable Características del neonato pretermino nacido por cesárea</p> <p>Dimensiones</p> <ul style="list-style-type: none"> • Diagnóstico de nacimiento. • Apgar al nacimiento • APN de la madre del Neonato • Diagnóstico de Hospitalización • Diagnóstico de alta 	<p>Tipo de Investigación Descriptivo, retrospectivo y transversal</p> <p>Nivel de Investigación Descriptivo</p> <p>Diseño de Investigación Descriptivo simple</p> <p>M O Donde: M= Neonato pretermino nacido por cesárea en el Hospital Regional Docente Materno Infantil El Carmen Huancayo 2018 O= Características del neonato</p> <p>Población: lo constituyeron los 367 Neonatos preterminos nacido por cearea en el Hospital Regional Docente Materno Infantil El Carmen Huancayo 2018</p> <p>Muestra: No probabilistico. Por conveniencias, lo constituyó 92 Neonatos preterminos nacidos por cesarea.</p> <p>Criterios de Inclusión Todas las Historias Clínicas de los Neonatos pretermino nacidos por cesárea del Hospital Regional Docente Materno Infantil El Carmen Huancayo 2018</p> <p>Criterios de exclusión Las Historias clínicas de neonatos, cuyas madres tuvieron otra patología diferente a parto pretermino o prematuro.</p>

		<ul style="list-style-type: none">• HC Deterioradas• HC judicializadas Técnicas de Procesamiento y Análisis de datos <ul style="list-style-type: none">a. Estadística Descriptivab. Programas Estadísticos
--	--	---

