

**UNIVERSIDAD PRIVADA ANTENOR ORREGO**  
**FACULTAD DE MEDICINA HUMANA**  
**ESCUELA PROFESIONAL DE MEDICINA HUMANA**



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

---

“Morbimortalidad de prematuros tardíos que ingresan a la unidad de neonatología del hospital II - 2 Santa Rosa – Piura, 2018”

---

**Área de Investigación:**  
Mortalidad Materna e infantil

**Autor:**  
Br. Castro Carrera, Patricia del Rosario

**Jurado Evaluador:**

**Presidente:** Capristan Diaz, Edwin Arturo

**Secretario:** Salcedo Espejo, Elena Ysabel

**Vocal:** Gamarra Vilela, Jhon Omar

**Asesor:**  
Palacios Feria, Cesar Javier  
**Código Orcid:** <https://orcid.org/0000-0001-6040-9199>

**Piura – Perú**  
**2021**

**Fecha de sustentación:** 2021/07/23



**UNIVERSIDAD PRIVADA ANTENOR ORREGO**  
**FACULTAD DE MEDICINA HUMANA**  
**ESCUELA PROFESIONAL DE MEDICINA HUMANA**



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

---

“Morbimortalidad de prematuros tardíos que ingresan a la unidad de neonatología del hospital II - 2 Santa Rosa – Piura, 2018”

---

**Área de Investigación:**  
Mortalidad Materna e infantil

**Autor:**  
Br. Castro Carrera, Patricia del Rosario

**Jurado Evaluador:**

**Presidente:** Capristan Diaz, Edwin Arturo

**Secretario:** Salcedo Espejo, Elena Ysabel

**Vocal:** Gamarra Vilela, Jhon Omar

**Asesor:**  
Palacios Feria, Cesar Javier  
**Código Orcid:** <https://orcid.org/0000-0001-6040-9199>

**Piura – Perú**  
**2021**

**Fecha de sustentación:** 2021/07/23

## **DEDICATORIA**

ESTA TESIS ESTÁ DEDICADA A DIOS, POR HABERME PROPORCIONADO LA FUERZA NECESARIA  
PARA CONSERVARME FIRME EN EL PROPÓSITO DE ALCANZAR MIS OBJETIVOS Y NO  
DEFALLECER ANTE LAS ADVERSIDADES.

ADEMÁS, A QUIENES, CON SU AMOR INCONDICIONAL, CONFIANZA Y EJEMPLO SIEMPRE  
ESTUVIERON DISPUESTOS A OFRECERME SU APOYO, MIS PADRES, SIENDO ELLOS, MI  
SOPORTE PARA ENFRENTAR LOS DIFERENTES RETOS Y PARA PODER ALCANZAR TODAS MIS  
METAS.

## **AGRADECIMIENTO**

PRINCIPALMENTE AGRADEZCO A LOS GRANDES AMORES DE MI VIDA, MI PADRE Y MI MADRE, QUE CON SU AMOR Y ENSEÑANZAS HAN FORJADO EN MI VALORES Y HAN MOTIVADO MIS DESEOS DE SUPERACIÓN. POR ESTAR PRESENTES EN CADA PASO DADO, POR ACOMPAÑARME EN LOS MOMENTOS DIFÍCILES, ASÍ COMO EN LOS MOMENTOS LLENOS DE DICHA A LO LARGO DE MI VIDA, POR SOSTENER MI MANO E IMPULSARME A CONTINUAR EN LA BÚSQUEDA DE MIS OBJETIVOS.

A LOS MAESTROS QUE COMPARTIERON CONMIGO SU CONOCIMIENTO Y EXPERIENCIA, NO SOLO DE LA FACULTAD, SINO TAMBIÉN DE LA VIDA, GRACIAS A USTEDES, POR FORMAN PARTE DE LO QUE SOY AHORA.

POR ÚLTIMO, AL MÁS ESENCIAL DE TODOS, A TI MI DIOS POR HACER POSIBLE ESTE SUEÑO, POR TODO EL AMOR CON QUE ME BENDICES Y POR LLEVARME DE LA MANO A LO LARGO DE ESTE CAMINO.

## RESUMEN

**Objetivo:** Establecer la morbilidad y mortalidad de prematuros tardíos que ingresaron a la unidad de neonatología del Hospital Santa Rosa-Piura 2018. **Metodología:** Estudio observacional, descriptivo y transversal. Se incluyeron 116 neonatos que cumplían criterios de inclusión y exclusión considerados en esta investigación. **Resultados:** Se obtuvo que, entre los prematuros tardíos estudiados, prevalece el sexo masculino en un 51.72% y que el 35.30% nace en la semana 36 con un peso promedio de 2736.90 gr, la estancia hospitalaria promedio fue de 12.7 días. Las patologías presentadas fueron, sepsis neonatal 58.62% seguida de la enfermedad de membrana hialina 39.66%, hipoglucemia 27.59%, Ictericia 26.72%, Taquipnea transitoria del recién nacido 18.10%, malformaciones congénitas 9.49%, Apnea del prematuro 6.03%, y en menor proporción, hipertensión pulmonar y enterocolitis necrotizante, ambas en un 1.72%, por último, convulsiones neonatales en el 0.86%. El porcentaje de prematuros tardíos fallecidos fue de 0.86%. **Conclusión:** El sexo masculino predominó en los neonatos prematuros tardíos, el mayor porcentaje presentó buen peso al nacer, en cuanto a las semanas de gestación los porcentajes son muy similares tanto para neonatos de 34, 35 y 36 semanas. Las principales morbilidades en neonatos prematuros tardíos fueron Sepsis neonatal, seguido de Enfermedad de membrana hialina, Hipoglucemia, Ictericia neonatal, TTRN y malformaciones. La mortalidad en neonatos prematuros tardíos es baja entre las enfermedades relacionadas a la mortalidad se tuvo (Hipertensión Pulmonar y Sepsis neonatales). El tiempo de hospitalización fue de aproximadamente 12 días.

**Palabras Clave:** Neonato, Prematuro tardío, Morbilidad y mortalidad.

## RESUME

**Objective:** To establish the morbidity and mortality of late preterm infants who were admitted to the neonatology unit of Hospital Santa Rosa-Piura 2018. **Methodology:** Observational, descriptive and cross-sectional study. 116 infants who met the inclusion and exclusion criteria considered in this research were included. **Results:** It was obtained that, among the late preterm infants studied, the male sex prevailed in 51.72% and that 35.30% were born in week 36 with an average weight of 2736.90 g, the average hospital stay was 12.7 days. The pathologies presented were neonatal sepsis 58.62% followed by hyaline membrane disease 39.66%, hypoglycemia 27.59%, Jaundice 26.72%, transient tachypnea of the newborn 18.10%, congenital malformations 9.49%, Apnea of prematurity 6.03%, and to a lesser extent, pulmonary hypertension and necrotizing enterocolitis, both in 1.72%, and finally, neonatal seizures in 0.86%. The percentage of late preterm infants who died was 0.86%. **Conclusion:** Male sex predominated in late preterm infants, the highest percentage had a good birth weight, in terms of gestation weeks the percentages are very similar for both 34, 35 and 36 week neonates. The main morbidities in late preterm infants were Neonatal sepsis, followed by Hyaline membrane disease, Hypoglycemia, Neonatal jaundice, TTRN, and malformations. Mortality in late preterm infants is low among diseases related to mortality (Pulmonary Hypertension and Neonatal Sepsis). The hospitalization time was approximately 12 days.

**Key Words:** Neonate, Late preterm, Morbidity and mortality.

**TÍTULO DE LA TESIS EN ESPAÑOL:**

**MORBIMORTALIDAD DE PREMATUROS TARDÍOS QUE INGRESAN A LA UNIDAD DE NEONATOLOGÍA DEL HOSPITAL II - 2 SANTA ROSA DE PIURA, 2018.**

**TÍTULO DE LA TESIS EN INGLÉS:**

**MORBIMORTALITY OF LATE PREMATURES ENTERING THE NEONATOLOGY UNIT OF HOSPITAL II - 2 SANTA ROSA DE PIURA, 2018.**

**AUTOR: PATRICIA DEL ROSARIO CASTRO CARRERA**

**ASESOR: DR. CESAR JAVIER PALACIOS FERIA**

**INSTITUCIÓN DE ESTUDIO: II - 2 SANTA ROSA DE PIURA, 2018.**

**CORRESPONDENCIA:**

Nombres y apellidos: Patricia Del Rosario Castro Carrera

Dirección: AAHH María Goretti Mz B Lote 6

Teléfono: +(51) 918 348 359

Email: [pcastroc@upao.edu.pe](mailto:pcastroc@upao.edu.pe) , [pdrcc1909@gmail.com](mailto:pdrcc1909@gmail.com)



## INDICE

DEDICATORIA .....	I
AGRADECIMIENTO .....	II
RESUMEN .....	III
ABSTRACT .....	ERROR! BOOKMARK NOT DEFINED.
<b>I. INTRODUCCIÓN: .....</b>	<b>12</b>
<b>1.2 OBJETIVOS: .....</b>	<b>13</b>
<b>1.2.1 Objetivo general: .....</b>	<b>13</b>
<b>1.2.2 Objetivos específicos: .....</b>	<b>13</b>
<b>1.3 JUSTIFICACIÓN DEL ESTUDIO: .....</b>	<b>14</b>
<b>II. MARCO DE REFERENCIA: .....</b>	<b>14</b>
<b>2.1 ANTECEDENTES DEL ESTUDIO: .....</b>	<b>14</b>
<b>2.1.1 Antecedentes Internacionales: .....</b>	<b>14</b>
<b>2.1.2 Antecedentes Nacionales: .....</b>	<b>17</b>
<b>2.2 MARCO TEÓRICO .....</b>	<b>20</b>
<b>2.3 MARCO CONCEPTUAL .....</b>	<b>26</b>
<b>2.4 SISTEMA DE HIPÓTESIS, VARIABLES E INDICADORES.....</b>	<b>27</b>
<b>2.4.1 Formulación de la Hipótesis.....</b>	<b>27</b>
<b>2.4.2 Operacionalización de variables.....</b>	<b>27</b>
<b>III. MATERIAL Y MÉTODOS .....</b>	<b>32</b>
<b>3.1 TIPO Y NIVEL DE LA INVESTIGACIÓN: .....</b>	<b>32</b>
<b>3.2 POBLACIÓN Y MUESTRA DEL ESTUDIO: .....</b>	<b>32</b>

3.2.1	<i>Población:</i> .....	32
3.2.2	<i>Criterios de Inclusión:</i> .....	32
3.2.3	<i>Criterios de Exclusión:</i> .....	33
3.2.4	<i>Muestra y Muestreo:</i> .....	33
3.2.5	<i>Método de elección:</i> .....	33
3.3	DISEÑO DE INVESTIGACIÓN: .....	34
3.4	TÉCNICAS E INSTRUMENTOS DE INVESTIGACIÓN: .....	34
3.5	PROCESAMIENTO Y ANÁLISIS DE DATOS: .....	35
3.5.1	<i>Procesamiento:</i> .....	35
3.5.2	<i>Análisis Univariado:</i> .....	35
IV.	PRESENTACIÓN DE RESULTADOS .....	36
4.1	ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE RESULTADOS.....	36
V.	DISCUSIÓN DE LOS RESULTADOS .....	40
	CONCLUSIONES .....	43
	RECOMENDACIONES:.....	44
	REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	45
	ANEXOS:.....	52

## ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1. Morbilidad de neonatos prematuros tardíos que ingresan a la Unidad de Neonatología del Hospital I I- 2 Santa Rosa de Piura 2018. **Error! Bookmark not defined.**

Tabla 2. Mortalidad de neonatos prematuros tardíos que ingresan a la Unidad de Neonatología del Hospital I I- 2 Santa Rosa de Piura 2018 .....37

Tabla 3. Características clínicas de madres de neonatos prematuros tardíos que ingresan a la Unidad de Neonatología del Hospital I I- 2 Santa Rosa de Piura 2018.....37

Tabla 4. Características de neonatos prematuros tardíos que ingresan a la Unidad de Neonatología del Hospital I I - 2 Santa Rosa De Piura 2018.**Error! Bookmark not defined.8**

Tabla 5. Hospitalización de los neonatos prematuros tardíos que ingresan a la Unidad de Neonatología del Hospital I I - 2 Santa Rosa De Piura 2018.**Error! Bookmark not defined.**

## **I. INTRODUCCIÓN:**

### **1.1 Problema de investigación:**

Según la OMS, a nivel mundial nacen 15 millones de neonatos en condición de prematuros cada año (1), Actualmente se considera al parto pretérmino como un problema de salud significativo, y tanto su diagnóstico como tratamiento adecuado son de importancia básica, ya que se sabe que una oportuna intervención y tamizaje permitiría prevenir hasta el 44% de los partos pretérminos (2,3).

Se define al neonato prematuro como aquel cuyo nacimiento se da antes de cumplir las 37 semanas de vida intrauterina. Éstos pueden clasificarse de acuerdo a su edad gestacional al momento del nacimiento como, prematuro extremo, < 28 semanas ; muy prematuro, 28 - 31.6 semanas; moderadamente prematuro, 32 - 33.6 semanas y prematuro tardío, 34 - 36.6 semanas (4,5). Siendo estos últimos el grupo con mayor incidencia, representando cerca del 70 - 80% de todos los nacimientos prematuros (6). Se considera que la prematuridad es la principal causa de mortalidad en niños de menos de 5 años a nivel global (1), se sabe también que los bebés prematuros tardíos tienen un mayor riesgo de morbimortalidad que los nacidos a término, ya que tienen más probabilidades de desarrollar problemas como dificultad respiratoria, apnea, intolerancia alimentaria, hiperbilirrubinemia, hipoglucemia e hipotermia (7,8).

Existen diversos factores que favorecen la morbimortalidad de los neonatos prematuros, en los que se incluyen enfermedades maternas como lo son: infecciones severas, patologías cardíacas, renales y hepáticas, así como anemias y trastornos del sistema endocrino, alteraciones de la presión arterial y diabetes (9). factores obstétricos y ginecológicos como la paridad, antecedente de infertilidad, incompetencia del cuello uterino, mioma uterino, polihidramnios, traumatismos durante el embarazo, ruptura prematura de membranas, corioamnionitis, alteraciones placentarias; edad materna inferior a 16 años o superior a 40 años en casi el 25% de los casos y así

también las causas de tipo social como : nivel socioeconómico bajo, trabajo físico intenso, abuso de sustancias ; así como alteraciones psíquicas y deficiencias en la alimentación (12%) y finalmente las causas fetales como malformaciones congénitas, cromosomopatías y productos múltiples (10% de los casos) (10,11,12,13).

Según el Boletín epidemiológico del Perú del año 2019, la principal causa de muerte neonatal en nuestro país está relacionada a nacimientos prematuros hasta en un 30% y la mayor proporción registrada es en el año 2018 (14).

Debido a todo lo expresado nos planteamos la siguiente interrogante:  
¿Cuál es la incidencia de la Morbimortalidad de prematuros tardíos que ingresan a la Unidad de Neonatología del Hospital II-2 Santa Rosa Piura 2018?

## **1.2 Objetivos:**

### **1.2.1 Objetivo general:**

- Establecer la morbilidad de neonatos prematuros tardíos que ingresan a la Unidad de Neonatología del Hospital II - 2 Santa Rosa Piura 2018.

### **1.2.2 Objetivos específicos:**

- Establecer las características clínicas de las madres de los neonatos prematuros tardíos que ingresan a la Unidad de Neonatología del Hospital II- 2 Santa Rosa de Piura 2018.
- Establecer las características de los neonatos prematuros tardíos que ingresan a la Unidad de Neonatología del Hospital II- 2 Santa Rosa de Piura 2018.

- Establecer los días de estancia hospitalaria de los neonatos prematuros tardíos que ingresan a la Unidad de Neonatología del Hospital II- 2 Santa Rosa de Piura 2018.

### **1.3 Justificación del estudio:**

Este estudio se centra principalmente en la extracción y análisis de datos asociados a la morbilidad y mortalidad, en aquellos neonatos nacidos en condición de prematuros tardíos, debido a que durante las últimas décadas los nacimientos prematuros han constituido un problema de salud pública importante, además de que las tasas de dichos nacimientos en el país se encuentran en ascenso.

Esta investigación es significativa ya que los trabajos similares son insuficientes, además de que no se encuentran desarrollados en la actualidad a nivel local y regional, por lo que consta escasa bibliografía acerca de las patologías que afectan de manera más frecuente a los prematuros tardíos. Por último, se espera que los resultados alcanzados se utilicen como referencia para posteriores estudios, aportando no solo la identificación de las patologías que los afectan con mayor frecuencia, y la incidencia de mortalidad en este grupo de neonatos, sino también enfatizando otros datos, como podría ser la identificación de factores prevenibles para tomar acciones sobre ellos.

## **II. MARCO DE REFERENCIA:**

### **2.1 Antecedentes del estudio:**

#### **2.1.1 Antecedentes Internacionales:**

Mosquera D. En Ecuador (2016), en su tesis "Determinación De Prematuros Tardíos Que Ingresan A Cuidados Intensivos, Intermedios Y Cuidados Mínimos Durante El Periodo Enero 1 De 2016 A Junio 30 De 2016 En Los Servicios De Neonatología Del Hospital Metropolitano Y Hospital De Los

Valles, Quito-Ecuador”, que tuvo como objetivo definir los factores de la madre y del recién nacido que intervienen en la morbilidad de los neonatos nacidos en condición de prematuros tardíos, la población estudiada estuvo constituida por 121 neonatos prematuros tardíos que ingresaron desde el 1 de enero al 30 de junio de 2016 al servicio de neonatología en los Hospitales Metropolitano y De los Valles, los resultados indicaron que la necesidad de reanimación neonatal al inmediatamente después del nacimiento aumentó en 1.8 veces el riesgo de ingreso a UCI, así mismo se evidenció una diferencia importante en el promedio de días de hospitalización en UCI (20.4 días), en contraste de los que no (12.4 días), se describió además diferencias en el peso de los neonatos que precisaron ingreso a UCI ( 2.029,30 gr ) a diferencia de los que no (2.216.58 gr) (15).

Morilla A. et al., en su investigación “Recién nacidos pretérminos tardíos, un grupo de riesgo”, publicado en el 2016 en la Revista Cubana de Pediatría, cuyo objetivo fue clasificar a aquellos neonatos nacidos en condición de prematuros tardíos que ingresaron al servicio de neonatología del hospital materno-infantil “Dr. Ángel Arturo Aballí,” de 2009 a 2013. Se hizo un estudio observacional, de cohortes, en el que se comparó a los prematuros tardíos con los neonatos nacidos a término. Se tomaron como variables aquellas características maternas, y del neonato, así como sus complicaciones y la mortalidad. Se concluyó que los neonatos prematuros tardíos presentaron 6,6 veces mayor riesgo de necesidad de reanimación y así como 5.1 veces más riesgo de uso de ventilación mecánica en comparación a aquellos neonatos nacidos a término, también se observó mayor riesgo de presentar complicaciones como ictericia RR: 1,3 (1,14-1,59), hipoglucemia RR: 2,3 (1,05-5,19) y enfermedad de la membrana hialina RR: 101,8 (19,78-524,10), además de presentar 6,5 veces más riesgo de fallecimiento (16).

Pérez A. et al., en “Caracterización del prematuro tardío durante los años 2015-2016”, publicado en 2018 en la revista Panorama. Cuba y salud, cuyo objetivo fue clasificar a aquellos neonatos nacidos en condición de pretérminos tardíos en comparación a los recién nacidos a términos ingresados a UCI desde enero de 2015 hasta diciembre de 2016 en el

Hospital General Docente " Ivan Portuoto". En el que se consideraron las siguientes variables: sexo del neonato, vía de nacimiento, morbilidades y factores de riesgo. Como resultados se obtuvo que la incidencia de pretérminos tardíos fue de 4,96, de los que el 73,4% nacieron vía cesárea, como principales morbilidades se observaron la enfermedad de membrana hialina (OR: 32,7) y distrés transitorio (OR: 8,10), presentaron además mayor riesgo de bajo peso al nacer (OR: 2,28) y mayor necesidad de ventilación mecánica (OR: 4,56), en comparación con los neonatos a nacidos términos (17).

Reyes M. et al., en su estudio "Complicaciones respiratorias y metabólicas de los niños recién nacidos pretérmino tardío hospitalizados en la unidad de recién nacidos de la clínica universitaria Colombia entre 2011 y 2014", publicado en 2018 en la Revista Médica Sanitas, tuvo como objetivo, señalar la prevalencia de complicaciones respiratorias y metabólicas de los pretérminos tardíos hospitalizados en la unidad de recién nacidos en la clínica universitaria de Colombia en los años 2011 al 2014. Se hizo un estudio observacional retrospectivo, en el que se incluyó a los neonatos nacidos desde las 34 y 36.6 semanas de edad gestacional ingresados en la unidad de recién nacidos de dicha clínica. Se describió las características materno/fetales, así como de los desenlaces respiratorios y metabólicos de los recién nacidos. Se documentaron 12.037 nacimientos en la institución, de los cuales 1.188 fueron pretérmino tardío (9,9%). El 66,2% de los pacientes requirió vigilancia en cuidado intensivo, 26,1% ventilación mecánica y el 18,3% ventilación no invasiva. Las complicaciones respiratorias fueron enfermedad por déficit de surfactante (29,6%) y taquipnea transitoria (27,5%). El 32,4% de los pacientes egresaron con oxígeno domiciliario. Las complicaciones metabólicas más frecuentes fueron ictericia (32,4%) e hipoglicemia (18,3%) (18).

Romero S. et al., en "Morbilidad del recién nacido prematuro tardío durante su primer mes de vida comparado con el recién nacido de término", publicado en la revista Medigraphic en el año 2013, dicha investigación tuvo como objetivo valorar la morbimortalidad durante el periodo neonatal en el



prematureo tardío en comparación con el neonato a término. Se hizo un estudio comparativo entre dos cohortes (grupo 1: Neonatos prematuros tardíos, grupo 2: Neonatos a término). Este estudio estuvo conformado por 59 prematuros tardíos y 69 recién nacidos a término. Los resultados indicaron que el primer grupo presentó mayor riesgo para hiperbilirrubinemia (OR: 1.7 con IC 95% 1.1-2.65), reflujo gastroesofágico (1.8 con IC 95% 1.1-2.9) y dificultad en la alimentación (OR 1.66 con IC 95% 1.14-2.4) (19).

García M. et al., desarrolló el tema “Prematuro tardío en España: experiencia del Grupo SEN34-36”, publicado en la revista Anales de Pediatría en el año 2018, cuyo objetivo fue describir la incidencia y los datos perinatales de los recién nacidos pretérminos tardíos de 58 hospitales españoles registrados en la base de datos durante marzo de 2017. Se estudió un número de 9121 prematuros. Como resultado se obtuvo que el 47,1% de prematuros tardíos nacieron a las 36 semanas, el 30,8% a las 35 semanas y el 21,7% a las 34 semanas de gestación, también se identificó que el 27,7% fueron embarazos múltiples, que el 47,9% presentó enfermedades maternas y el 41,4% presentaron patología gestacional, además de que el 47,9% nacieron vía cesárea. El 58,6% requirió ingreso en neonatología, el 15,2% en UCIN. El 46,2% presentó algún diagnóstico, los más frecuentes: ictericia (43,5%), hipoglucemia (30%) y trastornos respiratorios (28,7%) y se registraron como fallecidos un 2,8% (20).

### **2.1.2 Antecedentes Nacionales:**

Chipana L. (2020), en su tesis “Incidencia Y Morbilidad En Recién Nacidos Pretérminos Tardíos En El Servicio De Neonatología Del Hospital Hipólito Unanue De Tacna 2017-2019”, que tuvo como objetivo señalar la incidencia y morbilidad de prematuros tardíos en el servicio de neonatología de dicho Hospital, en el que se estudiaron 565 prematuros tardíos. En los resultados se evidenció una incidencia de prematuros tardíos de 6,05%, de los que la mayor parte fueron de sexo masculino (53,10%), nacidos con bajo peso (27,43%), depresión al primer minuto (9,38%) y a los cinco minutos (1,59%). Se observó además una tasa de morbilidad del 14,33 %, siendo las

principales patologías: síndrome de dificultad respiratoria, hiperbilirrubinemia e infección perinatal. Las principales causas de morbilidad específica fueron: Membrana hialina, hiperbilirrubinemia y sepsis neonatal. La tasa de mortalidad fue de 15,9 por cada 1000 nacidos vivos (21).

Mendoza R. (2020), en su tesis titulada “Características Epidemiológicas En Recién Nacidos Prematuros Tardíos. Hospital Regional De Huacho, 2019”, que tuvo como objetivo identificar las características epidemiológicas de los pretérminos nacidos en dicho hospital en el año 2019, esta investigación de tipo descriptivo, transversal y retrospectivo, estudió a 140 prematuros tardíos, en los que se observó: que de 2917 recién nacidos vivos el 4,79% fueron prematuros, a su vez los prematuros tardíos representaron el 79,09%, predominantemente de sexo masculino en el 52,9%, nacidos por cesárea en un 72,9%. Con respecto a la edad gestacional el 55,7% fue de 36 semanas, el 57,1% presentó un peso comprendido entre los 2500 – 3999 gr. La estancia hospitalaria promedio fue de 3,94 días, se hallaron como comorbilidades más frecuentes la ictericia neonatal, el síndrome de dificultad respiratoria y sepsis clínica, con el 32,5%, 25,4% y 14% respectivamente; siendo la Taquipnea transitoria del recién nacido 69%, la causa principal de dificultad respiratoria. El 5,7% fallecieron (22) .

Gonzales V. (2017). En su investigación “Factores Asociados A La Presencia De Morbilidad En Recién Nacidos Prematuros Tardíos Hospital Nacional Sergio E. Bernales 2017” cuyo objetivo fue describir factores asociados a morbilidad en prematuros tardíos, este estudio cuantitativo, analítico, observacional, retrospectivo de corte transversal estuvo constituido por 132 pretérminos tardíos, Se observó que ninguno de los antecedentes maternos como: edad, parto prematuro, aborto y cesárea previos se asociaron con presencia de patología del prematuro tardío; además los CPN, el uso de corticoides, infecciones durante la gestación y RPM tampoco mostraron relación alguna, por el contrario la gestación múltiple ( $p=0.041$ ) y la pre eclampsia ( $p=0.017$ ) demostraron asociación de dichas entidades con la presencia de patología en el prematuro tardío; ningún antecedente relacionado al parto (causa y tipo de parto) presentó asociación; en relación

al neonato se asoció a su peso ( $p=0.004$ ) y a las semanas de gestación ( $p=0.028$ ), más no con la depresión al nacer ni el sexo (23).

Córdova D. (2016), en su investigación “Influencia de los factores maternos asociados a la morbilidad precoz de los recién nacidos prematuros tardíos en el Hospital Regional Honorio Delgado Espinoza 2015”, que se planteó como objetivo establecer la influencia de factores maternos a morbilidad precoz en pretérminos tardíos en el Hospital Honorio Delgado Espinoza en el año 2015, Se realizó un estudio retrospectivo, transversal y analítico de casos y controles, en el que se observó que la incidencia de prematuros tardíos fue de 43.21 casos por cada 1000 nacidos vivos, de los que presentaron morbilidad precoz 57.89% de los prematuros tardíos, siendo las principales: la morbilidad respiratoria con el 44.95%, sepsis con el 41.28%, ictericia el 17.43% e hipoglicemia con el 14.68%. Los factores maternos con asociación significativa fueron la multiparidad con el 43,12% de casos (OR = 1,11), la RPM mayor a 18 horas con el 33,94% (OR: 14.88), la EHE severa con el 17.43% (OR: 2.26) y la ITU con el 25.69% (OR: 2.45) (24).

Orbegozo K. (2015), en su tesis “Morbilidad En Prematuro Tardío”, que tuvo como objetivo, describir el incremento de la morbilidad de pretérminos tardíos en comparación a los nacidos a términos, en el Servicio de Neonatología del Hospital Arzobispo Loayza en el periodo de septiembre 2013 hasta febrero de 2014, se incluyeron 1972 recién nacidos de los cuales 93 (4.71%) fueron la cohorte de expuestos (EG. media 35.4 semanas) y 1879 (95.2%) de la cohorte de no expuestos (EG. Media 39.4 semanas). El Riesgo relativo (RR) para hipoglicemia fue de 19,0 (IC: 6,7-53,7), para dificultad respiratoria un RR de 13,3 (IC 7,1-25,1), para fototerapia un RR: 7,1 (IC: 3,7-13,8), para apoyo ventilatorio tuvo un RR: 11,8 (IC: 3,9-35,9), para hospitalización un RR: 11,6 (IC: 7,6-18,7 y para mortalidad un RR: 12,5 (IC: 2,9-53,1) (25).

## 2.2 Marco teórico

Se define como prematuro tardío a todo aquel bebé nacido entre las 34 0/7 y 36 6/7 semanas de gestación (1). Estos neonatos que llegan un poco antes del término tienen tasas de morbilidad más elevadas que los recién nacidos a término debido a su inmadurez tanto fisiológica como metabólica (26).

El Instituto Nacional de Salud y Desarrollo Humano (NICHD), de los EEUU, en el año 2005, establecieron el término “prematuro tardío”, en reemplazo de la frase utilizada inicialmente “cerca del término”, con el propósito de evidenciar la inmadurez de desarrollo de dicho grupo de neonatos, además de establecer su definición, delimitando la edad gestacional de dicho grupo, como aquellos niños que nacían entre 34 y 36 6/7 de gestación. La importancia de la correcta identificación de este grupo de recién nacidos es debido a que estos neonatos nacidos poco antes del término presentaban mayor riesgo de morbilidad y mortalidad en comparación con los nacidos después de las 37 semanas de gestación (27).

Se considera al parto pretérmino como uno de los problemas clínicos obstétricos más importantes en la actualidad, asociado no solo con morbilidad neonatal, sino también con discapacidad infantil (28). Se estima que 2/3 de los nacimientos prematuros se desencadenan de forma espontánea, sin una causa conocida, y que 1/3 de los restantes son a causa de la intervención médica, con objeto de proteger la salud de la madre o del neonato (29).

El parto pretérmino está relacionado a múltiples factores, como lo son la ausencia del control prenatal, control prenatal deficiente, así como tener una edad materna inadecuada (inferior a 16 años o superior a 40 años), el antecedente de haber tenido un parto pretérmino o antecedente de aborto inducido, el periodo intergenésico  $\leq 1$  año, también aquellos factores relacionados con la gestación como, la ruptura prematura de membranas (RPM), el sangrado transvaginal, , la infección del tracto urinario (ITU), el

oligohidramnios, preeclampsia, anemia, el consumo de tabaco y el embarazo múltiple ( aproximadamente entre el 57-60 % de los embarazos gemelares y 90-92 % de los embarazos triples terminan en nacimientos prematuros). El bajo nivel socioeconómico y educativo también han sido asociados como factores de riesgo para prematuridad (3,28).

## PATOLOGÍAS DEL NEONATO PREMATURO

El neonato pretérmino puede presentar dificultades para adecuarse a la vida extrauterina, y esto estará determinado por el grado de inmadurez tanto orgánico como funcional, así como de la inmadurez del sistema inmune, lo que será un factor de riesgo para posibles infecciones (23).

- **Síndrome de distrés respiratorio (SDR):**

El SDR es una patología que se presenta con frecuencia en neonatos prematuros, ya que en estos el sistema respiratorio aún permanece inmaduro, lo que ocasiona una relativa deficiencia de surfactante pulmonar además de deficiencia en el aclaramiento del líquido pulmonar. Las características clínicas que presenta el neonato durante la dificultad respiratoria son: cambios en la frecuencia y el ritmo respiratorio, retracciones costales, quejido espiratorio, cianosis, necesidad de oxígeno suplementario y alteraciones en la auscultación pulmonar, estas manifestaciones clínicas generalmente aparecen durante las primeras horas de vida y llegan a su pico de intensidad entre las 24 - 48 horas (21,30).

- **Taquipnea transitoria del Recién Nacido (TTRN):**

La TTRN es una afección producida por alteración en la reabsorción de líquido pulmonar después del parto, ocasionando deficiencias en el correcto intercambio gaseoso y por ende la difusión del oxígeno, lo que a su vez se traduce en un aumento de la frecuencia respiratoria del neonato como mecanismo compensatorio. Por lo general este padecimiento se presenta de forma transitoria, con una duración de entre 48 - 72 horas, y se resuelve con

escaso apoyo ventilatorio. Para el diagnóstico de la TTRN es útil la radiografía de tórax, en la que se puede observar pulmones ligeramente hiperinsuflados y un aumento de la trama broncovascular perihiliar. Generalmente no se presentan complicaciones y su evolución clínica es favorable. (31)

- **Enfermedad de Membrana Hialina (EMH):**

La EMH es una patología causada por la producción deficiente de surfactante pulmonar, el déficit de dicha sustancia a nivel alveolar genera como consecuencia un alveolo inestable y con tendencia al colapso. Esta enfermedad se presenta con mayor frecuencia en neonatos pretérminos, y su incidencia aumenta a menor edad gestacional. El cuadro clínico es causado por la atelectasia alveolar difusa, el edema y la lesión celular consiguientes, los síntomas se manifiesta pocas horas después del nacimiento con la presencia de dificultad respiratoria progresiva con polipnea, tirajes, retracción xifoidea, disociación toracoabdominal, aleteo nasal, cianosis y puede llevar a la fatiga y consecuente apnea. En la radiografía se observa un patrón reticulogranular difuso asociado a broncograma aéreo y en cuanto a laboratorio, en el AGA se evidencia disminución de la PaO<sub>2</sub>. la PaCO<sub>2</sub> por lo general se halla elevada causando acidosis. La EMH implica un manejo en UCIN, con soporte ventilatorio (CPAP o Ventilación mecánica), monitorización, incubadora, surfactante exógeno, nutrición parenteral y antibióticos de ser necesarios (32,33).

- **Apnea del prematuro:**

Se define como apnea del prematuro al periodo de tiempo en que existe ausencia completa de la respiración, dicho periodo debe durar 20 o más segundos, o a aquellas pausas respiratorias que duran menos de 20 segundos y se acompañan de bradicardia, cianosis central y/o saturación de oxígeno <85%, esta alteración es causada por la inmadurez mecánica o neurológica del sistema respiratorio en el neonato prematuro (34).

- **Hipertensión pulmonar persistente del recién nacido (HTPP):**

La HTPP es una patología condicionada por aumento de la resistencia arterial pulmonar, cortocircuito de derecha a izquierda e hipoxemia intensa. Este padecimiento está asociado con enfermedades que afectan al parénquima pulmonar (síndrome de dificultad respiratoria, síndrome de aspiración de meconial); no obstante, en aquellos neonatos que no cursan con enfermedad pulmonar previa, se puede dar HTPP primaria. Se manifiesta por lo general pocas horas después del nacimiento con síntomas de dificultad respiratoria, la cual irá aumentando progresivamente en severidad o se presentará acompañada de disminución en la oxigenación e hipoxemia. Para su diagnóstico se recomienda el ecocardiograma, ya que es un método no invasivo muy útil. Su manejo inicial consiste, en corregir los factores que favorecen la vasoconstricción (hipotermia, la hipoglucemia, la hipocalcemia, la anemia y la hipovolemia), se recomienda el uso de ventilación mecánica en niveles óptimos en lugar de máximos, además el uso de surfactante y de óxido nítrico inhalado son efectivos en pacientes con antecedente síndrome de aspiración meconial disminuyendo la necesidad de uso de circulación por membrana extracorpórea (35).

- **Hipoglucemia:**

La hipoglucemia neonatal, se define como la baja concentración de glucosa sérica: <45 mg/dL. Es un trastorno que se presenta con mayor frecuencia en el recién nacido prematuro, (hasta 3 veces más frecuente que en el neonato a término), y esto puede deberse a que hay disminución de las reservas de glucógeno, ya que la acumulación de este se da principalmente en el tercer trimestre. Otros factores relacionados con el desarrollo de hipoglucemia en prematuros son: antecedente de diabetes materna, uso de corticoides prenatales en la madre con riesgo de parto pretérmino, además de que el prematuro puede presentar dificultades para su alimentación debido a su inmadurez (36,37).

- **Hiperbilirrubinemia:**

Se presenta de manera frecuente en neonatos prematuros, ya que en estos las vías metabólicas hepáticas permanecen inmaduras, ocasionando disminución de la capacidad de captación y conjugación hepática de la bilirrubina, además de la inmadurez de la función y motilidad gastrointestinal, razones por las que la ictericia se vuelve más prolongada, más prevalente y más grave en ellos. Ante este riesgo elevado de presentar elevación de la bilirrubina también aumenta el riesgo de daño cerebral por kernicterus, debido a que la barrera hematoencefálica en prematuros es relativamente inmadura, ya que hay menor concentración de albumina que transporta bilirrubina circulante. (36,37).

- **Sepsis neonatal:**

La sepsis neonatal es una patología resultante de la colonización y proliferación de bacterias, hongos o virus en la circulación del neonato. Esta se puede clasificar según el tiempo de inicio del cuadro clínico, como: Sepsis neonatal temprana, cuyo inicio de síntomas se da antes de las 72 horas de vida; y la sepsis neonatal tardía, en la que se manifiestan los síntomas después de las 72 horas de vida. La sepsis neonatal no es fácil de identificar ya que se presentan síntomas inespecíficos como: desequilibrio de la temperatura, taquicardia, dificultad respiratoria, apnea, letargia, irritabilidad, hipoglicemia, ictericia y vómitos. Para la confirmación del diagnóstico de sepsis neonatal se debe realizar un cultivo y aislar al agente etiológico (21,37).

- **Enterocolitis necrotizante (ECN):**

La ECN se trata de un proceso isquémico - necrótico en la mucosa de la pared intestinal, que podría evolucionar a neumatosis intestinal (acumulación de gas en la submucosa, producto de la inflamación), y ocasionalmente, a una perforación intestinal. Su origen es multifactorial y se le considera como la urgencia gastrointestinal más frecuentes en neonatos, sobre todo en



prematuros con muy bajo peso al nacer. Los síntomas suelen ser inespecíficos, se puede manifestar: letargo, inestabilidad de la temperatura y alteraciones en el patrón alimentario, acompañado de retención de contenido gástrico, y disminución de la distensibilidad abdominal, siendo estos últimos signos clínicos tempranos para su diagnóstico. La radiografía simple de abdomen es de gran utilidad, ya que se puede evidenciar la presencia de neumatosis intestinal, lo que confirmaría el diagnóstico (38).

- **Convulsiones Neonatales:**

Las convulsiones neonatales, se describen como la manifestación clínica más habitual de alteraciones del sistema nervioso central. Su identificación en pretérminos no es fácil debido a la inmadurez propia de la edad. Se pueden presentar como una alteración en la función neurológica: motora, de la conducta, autonómica o en ocasiones por combinación de todas ellas. Las convulsiones sutiles en el pretérmino son la forma más frecuente de presentación y a su vez las más difíciles de identificar (37).

- **Malformaciones congénitas:**

Son defectos estructurales, microscópicos, trastornos fisiológicos o errores del metabolismo, también pueden ser anomalías celulares y moleculares que comprometen la función de un órgano o sistema (21).

- **Cardiopatías congénitas:**

Es aquella alteración presente en la estructura del corazón o de los grandes vasos que lo rodean. Su etiología no es clara, sin embargo, se podrían tomar en cuenta tres causas principales: genética, factores ambientales y multifactorial. En el neonato se puede observar taquipnea, cianosis, presencia de soplos cardíacos o alteración de los pulsos como signos de Cardiopatía congénita. En la actualidad con la ecocardiografía fetal se puede

identificar la existencia de estas anomalías estructurales antes del nacimiento (39).

### 2.3 Marco conceptual

**Edad gestacional:** Término utilizado para describir el tiempo en semanas que transcurre desde el primer día del último periodo menstrual de la madre, hasta el nacimiento.

**Recién nacido a término:** Todo aquel neonato que nace después de las 37 semanas de edad gestacional.

**Prematuro:** Todo aquel neonato nacido antes de las 37 semanas de edad gestacional. La OMS clasifica a los prematuros según su edad gestacional como: prematuros extremos (menos de 28 semanas), muy prematuros (28 a 32 semanas) y prematuros moderados a tardíos (32 a 37 semanas) (1).

**Prematuro tardío:** Todo aquel neonato nacido entre las 34 y 36 6/7 de edad gestacional.

**Mortalidad Neonatal:** La OMS lo define como, muerte que ocurre entre el nacimiento hasta los 28 días de vida.

**Morbilidad Neonatal:** Cantidad de recién nacidos que padecen enfermedad en un determinado espacio y periodo de tiempo.

**Parto pretérmino:** Nacimiento que tiene lugar desde las 22 semanas hasta antes de las 37 semanas de gestación.

**Bajo peso al nacer:** Término utilizado para describir a los neonatos que nacen con un peso menor de 2,500 gr.

## 2.4 Sistema de hipótesis, variables e indicadores.

### 2.4.1 Formulación de la Hipótesis

Este estudio no cuenta con hipótesis ya que se trata de un estudio descriptivo.

### 2.4.2 Operacionalización de variables

VARIABLES	DEFINICIÓN	TIPO POR SU NATURALEZA	ESCALA	CATEGORÍAS	INSTRUMENTO
<b>CARACTERÍSTICAS NEONATALES</b>					
Edad gestacional al momento del nacimiento.	Edad gestacional determinada mediante examen físico del neonato al momento del nacimiento.	Cuantitativo	Razón	Prematuros tardíos: 34 – 36.6 semanas	Ficha de recolección de datos
Sexo del neonato	Conjunto de las condiciones anatómicas y fisiológicas, que caracteriza a la especie humana como hombres y mujeres.	Cualitativo	Nominal	Masculino  Femenino	Ficha de recolección de datos

Peso	Peso al nacer de cada neonato.	Cualitativo	Razón	Bajo peso al nacer (1500gr - 2500gr) Adecuado peso al nacer (2500gr - 4000gr)	Ficha de recolección de datos
Vía de nacimiento	Vía por la que se da la salida del feto del útero de la madre.	Cualitativo	Nominal	Parto vaginal  Parto por Cesárea	Ficha de recolección de datos
<b>ANTECEDENTES PRE NATALES: CARACTERÍSTICAS MATERNAS</b>					
Edad de la madre	Tiempo transcurrido desde su nacimiento hasta la fecha actual.	Cuantitativa	Razón	Adolescente: <19 años Edad promedio: 19 a 35 años Añosa: >35 años	Ficha de recolección de datos.

Características gineco-obstétricas de la madre.	Presencia de antecedentes durante la gestación: multiparidad, anemia gestacional, antecedente de prematuridad en embarazo previo, embarazo múltiple.	Cualitativa	Nominal	Multiparidad: Sí, No Anemia Materna: Sí, No Antecedente de prematuridad: Sí, No Embarazo múltiple: Sí, No	Ficha de recolección de datos.
<b>MORBILIDAD DEL NEONATO</b>					
Morbilidad neonatal	Cantidad de recién nacidos que padecen enfermedad en un determinado espacio y periodo de tiempo.	Cualitativo	Nominal	Sí No	Ficha de recolección de datos.
Síndrome de Dificultad Respiratoria	Alteración del patrón respiratorio que se caracteriza por elevación de la FR y/o tiraje o quejido.	Cualitativo	Nominal	Taquipnea transitoria: Sí, No Enfermedad de Membrana Hialina: Sí, No Hipertensión pulmonar persistente: Sí, No	Ficha de recolección de datos.

Apnea del prematuro	Ausencia de respiración por 20 segundos o más, acompañadas de bradicardia, cianosis central y/o disminución de la saturación de oxígeno.	Cualitativo	Nominal	Sí No	Ficha de recolección de datos.
Hipoglicemia neonatal	Baja concentración de glucosa sérica en el neonato: <45 mg/dl.	Cualitativo	Nominal	Sí No	Ficha de recolección de datos.
Hiperbilirrubinemia	Aumento del nivel de bilirrubina sérica que causan pigmentación amarilla de piel del neonato.	Cualitativo	Nominal	Sí No	Ficha de recolección de datos.
Sepsis neonatal	Patología caracterizada por signos y síntomas sistémicos de Infección, con presencia de bacterias en sangre.	Cualitativo	Nominal	Sí No	Ficha de recolección de datos.
Enterocolitis necrotizante	Proceso isquémico - necrótico en la mucosa intestinal.	Cualitativo	Nominal	Sí No	Ficha de recolección de datos.

Malformaciones congénitas	Defectos estructurales que comprometen la función de un órgano o sistema y se desarrollan durante la vida intrauterina.	Cualitativo	Nominal	Sí No	Ficha de recolección de datos.
Cardiopatías congénitas	Es aquella anomalía estructural del corazón o de los grandes vasos.	Cualitativo	Nominal	Sí No	Ficha de recolección de datos.
Convulsiones neonatales	Alteraciones neurológica: que se manifiesta de forma motora, de la conducta, autonómica o por combinación de todas ellas.	Cualitativo	Nominal	Sí No	Ficha de recolección de datos.
Estancia hospitalaria	Número de días en los que el neonato permanece hospitalizado.	Cualitativo	Razón	Número de días: _____	Ficha de recolección de datos.
<b>MORTALIDAD NEONATAL</b>					
Mortalidad neonatal	Se refiere a la muerte del neonato, dentro de los 28 primeros días de vida.	Cualitativo	Nominal	Sí No	Ficha de recolección de datos.

### **III. MATERIAL Y MÉTODOS**

#### **3.1 Tipo y nivel de la investigación:**

Este estudio es de tipo no experimental u observacional, dado a que no se manipularon deliberadamente las variables, en su lugar, los fenómenos fueron observados, así como se dieron en su ambiente natural.

Así mismo esta investigación tiene un enfoque cuantitativo dado que los datos fueron producto de mediciones, la representación fue mediante cantidades y el análisis se realizó a partir de métodos estadísticos (40).

La investigación presentó un nivel descriptivo, ya que se busca precisar las características y perfiles de personas o grupos, que son objeto de análisis (40).

#### **3.2 Población y Muestra del estudio:**

##### **3.2.1 Población:**

Neonatos nacidos en condición de prematuros tardíos que ingresaron a la Unidad de Neonatología del Hospital II - 2 Santa Rosa de Piura durante el periodo del 1 de enero hasta el 31 de diciembre del año 2018.

##### **3.2.2 Criterios de Inclusión:**

- Neonatos prematuros tardíos nacidos entre la semana 34<sup>+0</sup> y 36<sup>+6</sup>.
- Neonatos prematuros tardíos de sexo masculino y femenino.
- Neonatos prematuros tardíos cuyas historias clínicas estén completas y escritas con letra legible para la obtención de datos.



### 3.2.3 Criterios de Exclusión:

- Neonatos prematuros tardíos natimueertos.
- Neonatos prematuros tardíos cuyas historias clínicas estaban incompletas y/o no legibles.
- Neonatos prematuros tardíos que fueron referidos a otro centro de mayor complejidad.

### 3.2.4 Muestra y Muestreo:

**Unidad de análisis:** Historias clínicas de neonatos nacidos en condición de prematuros tardíos atendidos en el Hospital II-2 Santa Rosa - Piura en el 2018.

**Unidad de muestreo:** Recién nacidos en condición de prematuros tardíos atendidos en el Hospital II-2 Santa Rosa - Piura en el 2018.

**Marco muestral:** Conjunto de fichas de recolección de datos completadas con información de los recién nacidos en condición de prematuros tardíos nacidos en el año 2018 dentro del Hospital II-2 Santa Rosa - Piura, 2018.

### 3.2.5 Método de elección:

#### **Muestra:**

La obtención del tamaño y tipo de la muestra no fue necesaria, debido a que se trabajó con toda la población de estudio, es decir con todos los recién nacidos prematuros tardíos que ingresaron al servicio de neonatología del Hospital II-2 Santa Rosa de Piura durante el periodo del 1 de enero hasta el 31 de diciembre de 2018, siendo un total de 142. Aplicando los criterios de inclusión y exclusión se seleccionaron 116 neonatos para esta investigación.

### **3.3 Diseño de investigación:**

El diseño del estudio es transversal, dado que la medición de las variables se realizó en una sola oportunidad establecida por la investigadora. Asimismo, es una investigación retrospectiva, dado que la planificación e inicio fueron posteriores a los hechos estudiados (41).

### **3.4 Técnicas e instrumentos de investigación:**

La técnica que se utilizó fue documental, se recurrió a diferentes métodos y técnicas para la búsqueda, almacenamiento y procesamiento de información que se incluían en dichos documentos para posteriormente, presentarse de manera sistémica y ordenada en un nuevo documento científico (42).

Se aplicó la ficha de recolección de datos como instrumento, dicha herramienta fue elaborada en base a experiencias e investigaciones previas, siendo moldeadas a la realidad, objetivos y necesidades de esta investigación. Este instrumento está constituido por cuatro dimensiones:

- I. Características clínicas de la madre.
- II. Clasificación del neonato.
- III. Estancia hospitalaria.
- IV. Morbilidad del neonato.
- V. Mortalidad del neonato.

### **3.5 Procesamiento y análisis de datos:**

#### **3.5.1 Procesamiento:**

En primer lugar, se solicitó autorización tanto al Hospital I I-2 Santa Rosa de Piura, así como a la Universidad Privada Antenor Orrego. (Anexo N°1 y Anexo N°2). Posterior a ello, se diseñó una ficha de recolección de datos (Anexo N°3), considerando los criterios de inclusión y exclusión planteados en este estudio, además se solicitaron las historias clínicas de los neonatos prematuros tardíos que ingresaron a la Unidad de Neonatología del Hospital I I- 2 Santa Rosa de Piura durante el año 2018. Finalmente se emplearon para análisis y tabulación de datos los siguientes programas informáticos: IBM SPSS v.23 y Microsoft Excel 2016.

#### **3.5.2 Análisis Univariado:**

Las variables cuantitativas fueron expresadas mediante su promedio y desviación estándar.

Las variables cualitativas fueron expresadas mediante frecuencias absolutas (n) y porcentajes (%)

## IV. PRESENTACIÓN DE RESULTADOS

### 4.1 Análisis e interpretación de resultados

**Tabla 1.** Morbilidad de neonatos prematuros tardíos que ingresan a la Unidad de Neonatología del Hospital II- 2 Santa Rosa de Piura 2018.

<b>Morbilidad</b>		
<b>Sepsis Neonatal</b>	<b>68</b>	<b>58.62%</b>
<b>Enfermedad de membrana hialina</b>	<b>46</b>	<b>39.66%</b>
<b>Hipoglucemia Neonatal</b>	<b>32</b>	<b>27.59%</b>
<b>Ictericia neonatal</b>	<b>31</b>	<b>26.72%</b>
<b>TTRN</b>	<b>21</b>	<b>18.10%</b>
<b>Malformaciones congénitas</b>	<b>11</b>	<b>9.49%</b>
Cardiopatías congénitas	8	72.73%
Encefalocele occipital	1	9.09%
Hidrocefalia	1	9.09%
Labio leporino	1	9.09%
<b>Apnea del prematuro</b>	<b>7</b>	<b>6.03%</b>
<b>Enterocolitis necrotizante</b>	<b>2</b>	<b>1.72%</b>
<b>Hipertensión pulmonar</b>	<b>2</b>	<b>1.72%</b>
<b>Convulsiones del RN</b>	<b>1</b>	<b>0.86%</b>

Fuente: Ficha de recolección de datos

En la Tabla 1 se muestra que entre las patologías observadas en los 116 neonatos prematuros tardíos incluidos en esta investigación la que presentó mayor prevalencia fue sepsis neonatal 58.62% seguida de la enfermedad de membrana hialina 39.66% e hipoglucemia 27.59%, otras enfermedades que estuvieron presentes fueron Ictericia 26.72%, TTRN 18.10%, malformaciones congénitas 9.49% y Apnea del prematuro 6.03%. Asimismo, en menor proporción se observa hipertensión pulmonar y enterocolitis necrotizante 1.72% para ambas patologías y en cuanto a las convulsiones neonatales se vieron presentes en 0.86% de los recién nacidos.

**Tabla 2.** Mortalidad de neonatos prematuros tardíos que ingresan a la Unidad de Neonatología del Hospital II- 2 Santa Rosa de Piura 2018.

<b>Mortalidad en neonatos (n=116)</b>		
	<b>n</b>	<b>%</b>
<b>Mortalidad</b>		
<b>Fallecido</b>	<b>1</b>	<b>0.86%</b>
Hipertensión pulmonar	1	100.00%
Sepsis Neonatal	1	100.00%

Fuente: Ficha de recolección de datos

En la tabla 2 se observa que uno de los 116 neonatos prematuros tardíos que formaron parte del estudio falleció lo que representa solo un 0.86% de la población estudiada, las patologías presentadas por el neonato fueron Hipertensión pulmonar y Sepsis neonatal.

**Tabla 3.** Características clínicas de madres de neonatos prematuros tardíos que ingresan a la Unidad de Neonatología del Hospital II- 2 Santa Rosa de Piura 2018.

<b>Características clínicas de la madre del neonato</b>	<b>n=116</b>	
	$\bar{x}$	<b>DS</b>
<b>Edad materna</b>	<b>25.3</b>	<b>6.1</b>
	<b>n<sub>i</sub></b>	<b>%</b>
Adolescente	19	16.40%
Edad promedio	88	75.90%
Añosa	9	7.8%
<b>Multiparidad</b>	<b>75</b>	<b>64.66%</b>
<b>Anemia</b>	<b>29</b>	<b>25.00%</b>
<b>Embarazo múltiple</b>	<b>4</b>	<b>3.45%</b>
<b>Antecedente de prematuridad</b>	<b>4</b>	<b>3.45%</b>

Fuente: Ficha de recolección de datos

En la tabla 3 se puede observar que la edad de las madres fue de  $25.3 \pm 6.1$  años en promedio, El 16.40% de las madres presentó una edad materna adolescente, 75.90% una edad promedio (entre 19 y 35 años) y un 7.8% se clasificó en el grupo de madres arias. Además, que la prevalencia de multiparidad fue de 64.66%, asimismo, 25.00% de las madres presentaron anemia. Por otro lado, el porcentaje de madres que presentaron embarazo múltiple y tuvieron antecedentes de prematuridad fue de 3.45% para ambos casos.

**Tabla 4.** Características de neonatos prematuros tardíos que ingresan a la Unidad de Neonatología del Hospital II- 2 Santa Rosa de Piura 2018.

Características del neonato	n=116	
	$\bar{x}$	DS
<b>Peso al nacer (gramos)</b>	<b>2736.90</b>	<b>379.05</b>
<b>Edad gestacional (ss)</b>	<b>35.03</b>	<b>0.83</b>
	<b>n<sub>i</sub></b>	<b>%</b>
<b>Sexo</b>		
Masculino	60	51.72%
Femenino	56	48.28%
<b>Edad Gestacional</b>		
34 ss	38	32.80%
35 ss	37	31.90%
36 ss	41	35.30%
<b>BPN</b>	<b>34</b>	<b>29.30%</b>
<b>Tipo de parto</b>		
Cesárea	48	41.40%
Vaginal	68	58.60%

Fuente: Ficha de recolección de datos

En la tabla 4 se puede apreciar que el peso de los neonatos prematuros tardíos fue  $2736.90 \pm 379.05$  gramos y la edad gestacional de los mismos fue  $35.03 \pm 0.83$

semanas en promedio. Predominó el sexo masculino 51.72% frente al femenino 48.28%. El mayor porcentaje de los neonatos tuvo una edad gestacional de 36 semanas 35.30%, seguido del 32.80% con 34 semanas y un 31.90% con 35 semanas. Además, 29.30% de los neonatos presentaron bajo peso al nacer. En cuanto al tipo de parto, 58.60% fue vaginal, mientras que 41.40% fue por cesárea.

**Tabla 5.** Hospitalización de los neonatos prematuros tardíos que ingresan a la Unidad de Neonatología del Hospital I I- 2 Santa Rosa de Piura 2018.

Estancia Hospitalaria del neonato	n=116	
	$\bar{x}$	DS
Tiempo en hospitalización	12.07	6.33
	$n_i$	%
UCI	21	18.10%

Fuente: Ficha de recolección de datos

De la tabla 5 podemos determinar que la estancia hospitalaria de los neonatos prematuros tardíos fue  $12.07 \pm 6.33$  días. Asimismo, el 18.10% de los neonatos estuvo en la unidad de cuidados intensivos.

## V. DISCUSIÓN DE LOS RESULTADOS

En el presente trabajo de investigación realizado en 116 neonatos prematuros tardíos que ingresaron a la Unidad de Neonatología del Hospital II-2 Santa Rosa de Piura durante el periodo del 1 de enero hasta el 31 de diciembre del año 2018, se observa que con respecto a la morbilidad, los resultados obtenidos sobre taquipnea transitoria 18.10% y apnea 6.03% en nuestra investigación, son similares a los de Montero, M. (43), quien describe un 16.2% y (4-7)%, respectivamente para dichas patologías, así mismo, la prevalencia de apnea del prematuro difiere ligeramente en comparación con el estudio de Gonzales, V. (23) en el que se presentó en el 1.96% de los prematuros tardíos estudiados.

Por otro lado, los porcentajes de enfermedad de membrana hialina presentan una ligera semejanza con el estudio realizado en Quito - Ecuador por Aguilera, D. (44), observándose dicha patología en el 45.5% de su población de estudio frente al 39.66% en la presente investigación, contrario a los hallazgos obtenidos por Orbegozo, K. (25) quien describe para enfermedad de membrana Hialina el 18.2%.

Con respecto a ictericia neonatal los resultados obtenidos por Mendoza, L. et al. (45) presentan similitud, siendo 26.72% en la presente investigación, frente al 29% para el estudio de Mendoza. Se determinó además que la sepsis neonatal se presentó en el 58.62% de los 116 neonatos prematuros tardíos incluidos en esta investigación, entretanto en el estudio de Montero, M. (43) estuvo presente en el 35.8% de su población estudiada. De dicha fuente también se puede señalar que 11.9% de los recién nacidos tuvieron malformaciones congénitas, comparado con el 9.49% obtenido en la presente investigación.

En cuanto a hipoglucemia neonatal, en nuestra población de estudio se presentó en el 27.59%, mientras que en la ciudad de Huacho – Perú , Anicama, R. (22) registró en los neonatos prematuros tardíos el 32,5% para hipoglicemia neonatal. A su vez estos resultados contrasta con la investigación de Mendoza, L. et al. (45) en el que se presentó tan solo en 4.70% de los neonatos incluidos en su investigación, Asimismo, estos investigadores señalaron que la enterocolitis necrotizante obtuvo 2.40% de frecuencia, mientras que en nuestra investigación



estuvo presente en 1.72% de los neonatos prematuros tardíos, dato que coincide sutilmente.

En este trabajo de investigación se obtuvo también que el 0.86% de los casos correspondía a convulsiones del recién nacido, lo que difiere con los hallazgos de Valdés, E. et al. (46) en el que se manifiesta que 2.00% de los prematuros tardíos presentaron crisis convulsivas.

Se encontró también en nuestro estudio que solo un neonato falleció, lo cual representa el 0.86% del total de neonatos, dicha información concuerda con la obtenida por Muiños, S. et al. (47) quienes afirmaron en su trabajo que existe una mortalidad del 1.85% en los neonatos prematuros tardíos. Sin embargo, difiere en algunos puntos porcentuales con los resultados obtenidos por Guasch, X. et al. (48) quienes afirmaron que, existe un 5% de la mortalidad en neonatos prematuros tardíos. Dicha diferencia se puede explicar, puesto que, la muestra utilizada por el trabajo mencionado fue de 2003 neonatos prematuros tardíos, mientras que, la del presente estudio fue de 116.

La edad promedio de las gestantes fue de  $25.3 \pm 6.1$  años, resultado que coincide con los resultados obtenidos en el estudio de Mendoza et al. (45), quienes determinaron que la edad promedio de las madres de los neonatos prematuros tardíos fue de  $25 \pm 7$  años. Así mismo estos datos obtenidos difieren con los hallazgos de Gonzales, V. (23) quien obtuvo una edad media de  $28 \pm 6.99$  años en su estudio. Por otro lado, 64.66% de las gestantes presentaron multiparidad, dato que coincide con el obtenido por Valdés, E. et al. (46), quienes señalaron que el 50% de las madres de neonatos prematuros tardíos presentaron la condición de multíparas. En cuanto a los embarazos múltiples en los neonatos prematuros tardíos fue 3.45%, resultado que coincide con Jonguitud, A. & Salazar, M. (49), quienes afirmaron que el 6% de los embarazos fue gemelar.

Muiños, S. et al. (47) determinaron que el promedio del peso al nacer en los neonatos prematuros tardíos fue de  $2502.00 \pm 460.00$  gramos, no obstante, este estudio precisó  $2736.90 \pm 379.05$  gramos.

La edad gestacional al momento del nacimiento de los neonatos prematuros tardíos incluidos en esta investigación tuvo un promedio de  $35.03 \pm 0.83$  semanas estos resultados son semejantes a los obtenidos por Romero, S. et al. (50) en su estudio realizado en México en el cual determinó que los prematuros de su estudio nacían en promedio a las 35.6 semanas. Además, los resultados obtenidos por Jonguitud, A. & Salazar, M. (49) y por Montero, M. (43) también se asemejan, puesto que ambos autores determinaron un promedio de edad muy similar,  $35.5 \pm 1.2$  y  $35.2 \pm 0.8$  respectivamente.

El sexo al nacer predominante en los neonatos prematuros tardíos fue el masculino con una prevalencia del 51.72%, este resultado coincide con lo obtenido en los estudios realizados por Jonguitud, A. & Salazar, M. (49), que manifestaron que el sexo que predomina para este grupo es el masculino con un 69%, a la misma conclusión llegó Mendoza, L. et al. (45) en su estudio realizado en Cuba, donde determinan que el sexo predominante es el masculino con un 55% y Montero, M. (43) quien manifestó en su estudio realizado en Costa Rica que el sexo predominante es el masculino con un 52.8%.

El tipo de parto más frecuente en neonatos prematuros tardíos fue por vía vaginal con una prevalencia del 58.60%, esta información difiere de la información obtenida por Valdés, E. et al. (46) dado que el tipo de parto más frecuente en neonatos prematuros tardíos fue vía cesárea 63.13%, otros autores como Mendoza, L. et al. (45) determinaron un porcentaje de 53.2% y Montero, M. (43) de 54.5% a favor del embarazo vía cesárea, sin embargo, el porcentaje de dichos resultados no difiere en tantos puntos porcentuales con los obtenidos en este estudio.

La estancia hospitalaria fue  $12.07 \pm 6.33$  días, una estancia inferior se determinó en el estudio elaborado por Jonguitud, A. & Salazar, M. (49), quienes encontraron que la estancia media fue de  $6.3 \pm 4.9$  días.

## CONCLUSIONES

1. Las principales patologías observadas en los neonatos prematuros tardíos incluidos en esta investigación fueron: Sepsis neonatal, Enfermedad de Membrana Hialina, Hipoglucemia, Ictericia neonatal y Taquipnea transitoria del recién nacido. En menor proporción fueron afectados por Malformaciones congénitas, apnea del prematuro, enterocolitis necrotizante, hipertensión pulmonar y convulsiones del recién nacido.
2. La mortalidad en neonatos prematuros tardíos representó un porcentaje muy bajo, entre las enfermedades relacionadas a la mortalidad se hallaron (Hipertensión Pulmonar y Sepsis neonatales).
3. Entre las madres de prematuros tardíos se registró que la mayoría era múltipara, por otro lado, un porcentaje muy reducido presentó embarazos múltiples y antecedentes de prematuridad en embarazos anteriores.
4. El sexo que predominó en los neonatos prematuros tardíos fue el masculino, el mayor porcentaje presentó un buen peso al nacer, en cuanto a las semanas de gestación los porcentajes son muy similares tanto para neonatos de 34, 35 y 36 semanas. Asimismo, el tipo de parto que prevaleció fue por vía vaginal.
5. El tiempo de estancia hospitalaria promedio fue de  $12.07 \pm 6.33$  días, cifra que aumentó a 21 días aproximadamente en neonatos prematuros tardíos que requirieron ingreso a UCI.

## **Recomendaciones:**

- Instaurar programas de salud integrales en donde se realice un adecuado manejo de los controles prenatales para incrementar la vigilancia de las gestantes.
- Examinar de manera más exhaustiva las circunstancias maternas y fetales que puedan conllevar a complicaciones en los prematuros tardíos.
- Generar reportes estadísticos acerca de la distribución e incidencia de las complicaciones en los prematuros tardíos para un mejor manejo a futuro.
- Promover la asistencia obligatoria de las gestantes a sus centros de salud para llevar un control íntegro con personal capacitado.
- Prevenir a los padres sobre las circunstancias que pueden generar las complicaciones en un prematuro tardío.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Organización Mundial de la Salud. Nacimientos Prematuros. [Online].; 2018. Available from: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/preterm-birth>.
2. Tacchino EH. Parto pretérmino: causas y medidas de. Peru Ginecol Obstet. 2018 julio; 3(64).
3. Ramírez FO. Parto Pretérmino: Detección y prevención de factores de riesgo. Tesis. Bogotá: Universidad De Ciencias Aplicadas y Ambientales U.D.C.A, Facultad de Ciencias de la Salud; 2016.
4. Manuales MSD. Recién nacidos prematuros. [Online].; 2019. Available from: <https://www.msdmanuals.com/es/professional/pediatr%C3%ADa/problemas-perinatales/reci%C3%A9n-nacidos-prematuros>.
5. Rellan Rodriguez S, García de Ribera C, Paz Aragón Garcia M. El recién nacido prematuro. 2nd ed. Madrid: Asociación Española de Pediatría; 2008.
6. Álvares García Y. Morbilidad del Prematuro Tardío. Tesis. Valladolid: Universidad de Valladolid; 2020.
7. Bulut C, Gürsoy T, Ovalı F. Short-Term Outcomes and Mortality of Late Preterm Infants. Trakya University Faculty of Medicine. 2016 January ; 33(198-203).
8. Bonnevier A, Brodzki J, Björklund L, Källén K. Underlying maternal and pregnancy-related conditions account for a substantial proportion of neonatal morbidity in late preterm infants. Acta Paediatrica. 2018 March.
9. Hernández Núñez J, Valdés Yong , Suñol Vázquez dIC, de la Caridad López Quintana. Factores maternos y perinatales influyentes en la morbilidad neonatal: revisión narrativa de la literatura. MEDwave. 2015 julio; 15(6).

10. Blencowe H, Cousens S, Chou D, Oestergaard M, Say L, Moller A, et al. Born Too Soon: The global epidemiology of 15 million preterm births. *Reproductive Health*. 2013; 10.
11. Bhutani V, Maisels M, Stark A, Buonocore G. Management of jaundice and prevention of severe neonatal hyperbilirubinemia in infants  $\geq$  35 weeks gestation. *Neonatology*. 2008; 94(1).
12. Instituto Peruano Materno Perinatal. Sala de prensa. Oficina de Comunicaciones. [Online].; 2015.
13. Sociedad Peruana de Pediatría. *El Prematuro*. 2017.
14. Centro Nacional de Epidemiología, Prevención y Control de Enfermedades. Vigilancia epidemiológica de la mortalidad neonatal en el Perú. *Boletín Epidemiológico del Perú*. 2019 Noviembre; 18(46).
15. MD DAM. Determinación De Prematuros Tardíos Que Ingresan A Cuidados Intensivos, Intermedios Y Cuidados Mínimos En El Periodo Enero 1 De 2016 A Junio 30 De 2016 En Los Servicios De Neonatología Del Hospital Metropolitano Y Hospital De Los Valles, Quito-Ecuador. Tesis. Quito: Pontificia Universidad Católica del Ecuador, Facultad de Medicina , Especialización en Pediatría; 2016.
16. Morilla Guzmán , García Fernández , Lombillo Rodríguez M, Argüelles Matos. Recién nacidos pretérminos tardíos, un grupo de riesgo. *Revista Cubana de Pediatría*. 2016 octubre; 88(2).
17. Pérez González A, Martínez Lemus O, Jiménez Abreu S, Rodríguez Díaz. Caracterización del prematuro tardío durante los años 2015-2016. *Panorama. Cuba y Salud*. 2018 septiembre; 13(3).

18. Camila Reyes , Restrepo N, Alfonso , Niño E. Complicaciones respiratorias y metabólicas de los niños recién nacidos pretérmino tardío hospitalizados en la unidad de recién nacidos de la clínica universitaria Colombia entre 2011 y 2014. Revista Médica Sanitas. 2018 febrero; 21(3).
19. Romero-Maldonado , Carrera-Muiños , Rodríguez-López. Morbilidad del recién nacido prematuro tardío durante su primer mes de vida comparado con el recién nacido de término. Medigraphic. 2013 mayo; 27(3).
20. García-Reymundo M, Demestre X, Calvo MJ, Ginovart G, Jiménez A, Hurtado A. Prematuro tardío en España: experiencia del Grupo SEN34-36. Anales de Pediatría. 2018; 88(5).
21. Chipana Chura MLdR. Incidencia Y Morbilidad En Recién Nacidos Pretérminos Tardíos En El Servicio De Neonatología Del Hospital Hipólito Unanue De Tacna 2017-2019. Tesis. Tacna: Universidad Nacional Jorge Basadre Grohmann, Escuela Profesional de Medicina Humana; 2020.
22. Anicama Mendoza LR. Características Epidemiológicas En Recién Nacidos Prematuros Tardíos. Hospital Regional De Huacho, 2019. Tesis. Huacho: Universidad Nacional José Faustino Sánchez Carrion, Facultad de Medicina Humana; 2020.
23. Gonzales Cardenas VR. Factores Asociados A La Presencia De Morbilidad En Recién Nacidos Prematuros Tardíos Hospital Nacional Sergio E. Bernales 2017. Tesis. Lima: Universidad De San Martín de Porres, Facultad de Medicina Humana; 2017.
24. Córdova Arcaya A. Influencia de los factores maternos asociados a la morbilidad precoz de los recién nacidos prematuros tardíos en el Hospital

- Regional Honorio Delgado Espinoza 2015. Tesis. Arequipa: Universidad Católica de Santa María, Facultad de Medicina Humana; 2016.
25. Orbezo Hoyos KL. Morbilidad En Prematuro Tardío. Tesis. Lima: Universidad De San Martín De Porres, Facultad de Medicina Humana; 2015.
26. Pérez DJM. Prematuros Tardíos. [Online].; 2016 [cited 2021 febrero 22. Available from: <https://hospitaldenens.com/es/guia-de-salud-y-enfermedades/prematuros-tardios/>.
27. Ticona Rendon , Huanco Apaza , Pacora Portella P, Ticona Huanco D. Trascendencia de viabilidad del recién nacido prematuro. Rev. Latin. Perina. 2016; 19(1).
28. Rodríguez Márquez A, Hernández Barrio , Villafuerte Reinante , Mesa Monter ZT, Hernández Cabrera Y. Factores de riesgo asociados al parto pretérmino. Cienfuegos 2012. MediSur. 2019 agosto; 19(4).
29. Gómez Santos. Prematuro Tardío: Desarrollo Ponderoestatural y Psicomotor durante el Primer Año de Vida. Morbimortalidad Neonatal y en el Primer Año de Vida. Tesis. Murcia: Universidad de Murcia, Escuela Internacional de Doctorado; 2017.
30. Pérez-Rodríguez J, Elorza. Dificultad respiratoria en el Recien Nacido: Etiología y diagnostico. An Pediatr Contin. 2003; 1(2).
31. Villanueva García D. PAC Neonatología Ciudad de México: Intersistemas S.A; 2016.
32. Gutiérrez Padilla JA, Angulo Castellanos E, García Hernández HA, al. e. Manual de Neonatología. Guia Clinica. Guadalajara: Universidad de Guadalajara, Facultad de Medicina Humana; 2019.



33. Ávila CJ. Guías Clínicas San José : Manual de Neonatología. 2016..
34. Balest AL. Manual MSD: Apnea del Prematuro. [Online].; 2018 [cited 2021 febrero 26. Available from: <https://www.msdmanuals.com/es/professional/pediatr%C3%ADa/problemas-respiratorios-en-reci%C3%A9n-nacidos/apnea-del-prematuro>.
35. Arias D NC. Atención al recién nacido con hipertensión pulmonar persistente. Reper MeD Cir. 2016 mayo; 10(8).
36. Martín Peinador , Soriano Faura , García Reymundo , Hurtado Suazo. El prematuro tardío: evolución y recomendaciones de seguimiento. Pediatría Integral. 2019; 13(3).
37. Christine A. Gleason MaSEJMP. Avery : Enfermedades del recién nacido. 10th ed.: Elsevier Castellano; 2018.
38. Escalona Gutiérrez. Enterocolitis Necrotizante. Revista Médica Sinergia. 2018 Abril; 3(4).
39. Perich Durán RM. Cardiopatías congénitas más frecuentes y seguimiento en atención primaria. Pediatría integral. 2012; 16(8).
40. Hernandez R, Fernandez C, Baptista M. Metodología de la investigación. 6th ed. México: McGraw-Hill; 2014.
41. Argimon J, Jiménez J. Métodos de investigación clínica y epidemiológica. 4th ed. España: Elsevier; 2013.
42. Tancara C. La investigación documental. Temas sociales. 1993.
43. Montero M. Estudio descriptivo para identificar las causas de hospitalización de los recién nacidos prematuros tardíos en la Unidad de Neonatología del

Hospital San Juan de Dios en el año 2013. Tesis de Posgrado en Pediatría. Ciudad Universitaria Rodrigo Facio: Universidad de Costa Rica; 2016.

44. Aguilera Mosquera. Determinación de morbimortalidad de prematuros tardíos que ingresan a cuidados intensivos, intermedios y cuidados mínimos durante el periodo del 1 de enero al 30 de junio de 2016 en los servicios de neonatología del Hospital Metropolitano Quito-Ecuador. Tesis. Quito: Pontificia Universidad Católica del Ecuador, Facultad de Medicina Humana; 2016.
45. Mendoza L, Rueda D, Gallego K, Vásquez M, Celis J, De León J, et al. Morbilidad asociada a la edad gestacional en neonatos prematuros tardíos. Revista Cubana de Pediatría. 2012; 84(4).
46. Valdés E, Sepúlveda A, Catalán J, Reyes A. Morbilidad neonatal de los prematuros tardíos en embarazos únicos: estudio de caso-control. Revista chilena de obstetricia y ginecología. 2012; 77(3).
47. Muiños SC,SMH,CLF,GGC,KEC,MPB,&MEY. Mortalidad neonatal en una institución de tercer nivel de atención. Perinatología y Reproducción Humana. ; 2016.
48. Guasch XD,TFR,MNS,CCV,SME,&CPS. Prematuros tardíos: una población de riesgo infravalorada. ; 2009.
49. Jonguitud A, Salazar M. Los olvidados: epidemiología del paciente prematuro tardío con síndrome de dificultad respiratoria. Perinatología y reproducción humana. 2007; 21(4).
50. Romero S, Carrera S, Rodríguez O. Morbilidad del recién nacido prematuro tardío durante su primer mes de vida comparado con el recién nacido de término. Perinatología y reproducción humana. 2013.

51. Sepúlveda A, Kobrich S, Guíñez R, Hasbun J. Morbilidad de prematuros tardíos: evidencia actual y nuevo enfoque. Revista chilena de obstetricia y ginecología. 2012;; p. 154-158.
52. Almécija A, García J, Acosta A. Tamaño de muestra y precisión estadística. ; 2004.
53. Gonzales Cárdenas V. Factores asociados a la presencia de morbilidad en recién nacidos prematuros tardíos- Hospital Regional Sergio E. Bernales 2017. Tesis. Lima: Universidad San Martín de Porres, Facultad de Medicina Humana; 2017.
54. Apaza Canaza M. Morbilidad de neonatos hospitalizados en el servicio de neonatología procedentes de alojamiento conjunto y emergencia del Hospital Regional Manuel Núñez Butrón-Puno (Octubre del 2016- Febrero de 2017). Tesis. Puno: Universidad Nacional del Altiplano, Facultad de Medicina Humana; 2017.
55. Ramos Gonzales P. Factores de riesgo asociados a parto pretérmino, Hospital Nacional Hipólito Unzué enero - julio 2018. Tesis. Lima: Universidad Nacional Federico Villarreal, Facultad de Medicina Humana; 2019.
56. Orbegozo Hoyos K. Morbilidad en Prematuro Tardío. Tesis. Lima: Universidad San Martín de Porres, Facultad de Medicina Humana; 2015.
57. Lattari Balest A. Manual MSD: Apnea del Prematuro. [Online].; 2019 [cited 2020 marzo 16. Available from: <https://www.msdmanuals.com/es/professional/pediatr%C3%ADa/problemas-respiratorios-en-reci%C3%A9n-nacidos/apnea-del-prematuro>.

58. Anicama Mendoza R. Características epidemiológicas en recién nacidos prematuros tardío Hospital Regional de Huacho 2019. Tesis. Huacho: Universidad Jose Faustino Sánchez Carrión, Huacho; 2020.
59. Christine A. Gleason MaSEJMP. Avery; Enfermedades del Recién Nacido. 10th ed.: Elsevier Castellano; 2018.
60. Escalona Gutiérrez P. Enterocolitis Necrotizante. Revista Médica Sinergia. 2018 Abril; 4(3).
61. Perich Durán RM. Cardiopatías congénitas más frecuentes. Pediatría Integral. 2012 mayo; 6(4).

## **ANEXOS:**

**ANEXO N°1: Permiso de Recolección de datos en el Hospital II - 2 Santa Rosa de Piura.**



GOBIERNO REGIONAL  
PIURA

"Año del Bicentenario del Perú: 200 Años de Independencia"

Veintiséis de Octubre, 07 de abril de 2021

**MEMORANDUM N° 02- 2021 -HAPCSR-II-2-430020178-CIEI**

A : **Med. MANUEL GIRÓN SILVA**  
Jefe de la Unidad de Apoyo a la Docencia e Investigación

De : **Med. FRANCO ERNESTO LEÓN JIMÉNEZ**  
Presidente del Comité Institucional de Ética en Investigación HAPCSR II-2

Asunto : Informe y Opinión sobre Proyecto de Tesis



Ref. : MEMORANDUM N° - 2019/-HAPCSR-II-2-430020178

Por medio de la presente es para saludarlo cordialmente y a la vez, comunicarle que habiendo revisado el Proyecto de Tesis titulado "**MORBIMORTALIDAD DE PREMATUROS TARDÍOS QUE INGRESAN A LA UNIDAD DE NEONATOLOGÍA DEL HOSPITAL II-2 SANTA ROSA - PIURA, 2018**", presentado por la bachiller **Patricia del Rosario Castro Carrera** de la Universidad Privada Antenor Orrego de la Facultad De Medicina Humana; este comité opina **FAVORABLE** su ejecución.

Finalmente es requisito para este comité que la tesista y su patrocinador anexen una carta de compromiso que al término del estudio alcanzaran un ejemplar impreso y un CD grabado con dicho informe para que formen parte del repositorio institucional del Hospital de la Amistad Perú Corea Santa Rosa II -2.

Es todo lo que comunico a usted.

Atentamente,

MED. FRANCO ERNESTO LEÓN JIMÉNEZ  
Presidente del Comité Institucional de Ética en Investigación  
HAPCSR II-2

**ANEXO N°2: Resolución de comité de Bioética**



**UPAO**

VICERRECTORADO DE INVESTIGACION  
Comité de Bioética

**RESOLUCIÓN COMITÉ DE BIOÉTICA N°082-2021-UPAO**

Trujillo, 05 de mayo de 2021

**VISTO**, el oficio N° 443-2021-EPMEHU-UPAO de fecha 04 de mayo de 2021 presentado por la Escuela Profesional de Medicina Humana, quien solicita autorización de la alumna CASTRO CARRERA PATRICIA DEL ROSARIO para realización de investigación, y;

**CONSIDERANDO:**

Que por oficio, la alumna CASTRO CARRERA PATRICIA DEL ROSARIO solicita se le de conformidad a su proyecto de investigación, de conformidad con el Reglamento del Comité de Bioética en Investigación de la UPAO.

Que en virtud de la Resolución Rectoral N° 3335-2016-R-UPAO de fecha 7 de julio de 2016, se aprueba el Reglamento del Comité de Bioética que se encuentra en la página web de la universidad, que tiene por objetivo su aplicación obligatoria en las investigaciones que comprometan a seres humanos y otros seres vivos dentro de estudios que son patrocinados por la UPAO y sean conducidos por algún docente o investigador de las Facultades, Escuela de Posgrado, Centros de Investigación y Establecimiento de Salud administrados por la UPAO.

Que en el presente caso, después de la evaluación del expediente presentado por la alumna, el Comité Considera que el mencionado proyecto no contraviene las disposiciones del mencionado Reglamento de Bioética, por tal motivo es procedente su aprobación.

Estando a las razones expuestas y de conformidad con el Reglamento de Bioética de Investigación;

**SE RESUELVE:**

**PRIMERO:** APROBAR el proyecto de investigación: MORBIMORTALIDAD DE PREMATUROS TARDÍOS QUE INGRESAN A LA UNIDAD DE NEONATOLOGÍA DEL HOSPITAL II -2 SANTA ROSA PIURA 2018.

**SEGUNDO:** DAR cuenta al Vicerrectorado de Investigación.

**REGÍSTRESE, COMUNÍQUESE Y ARCHÍVESE.**

*Dr. José Guillermo González Cabeza*  
*Presidente del Comité de Bioética*  
*UPAO*

## ANEXO N°3: Resolución de aprobación de proyecto de tesis



**UPAO**

Facultad de Medicina Humana  
DECANATO

Trujillo, 07 de enero del 2021

### RESOLUCIÓN N° 0031-2021-FMEHU-UPAO

VISTOS, y:

CONSIDERANDO:

Que, por Resolución N° 0032-2019-FMEHU-UPAO se autorizó la inscripción del Proyecto de Tesis intitulado "MORBIMORTALIDAD DE PREMATUROS TARDIOS QUE INGRESAN A LA UNIDAD DE NEONATOLOGIA DEL HOSPITAL III - 1 CAYETANO HEREDIA PIURA 2018", presentado por el (la) alumno (a) CASTRO CARRERA PATRICIA DEL ROSARIO, registrándolo en el Registro de Proyectos con el número N° 3000 (tres mil) y la vigencia hasta el 10 de enero del 2021;

Que, con fecha 07 de enero del 2021 el (la) alumno (a) ha solicitado una ampliación de periodo de vigencia hasta el 01 de junio del 2021 y modificación de título del mencionado proyecto de tesis, proponiendo el siguiente "MORBIMORTALIDAD DE PREMATUROS TARDIOS QUE INGRESAN A LA UNIDAD DE NEONATOLOGIA DEL HOSPITAL II-2 SANTA ROSA PIURA 2018".

Estando a las consideraciones expuestas y en uso a las atribuciones conferidas a este Despacho;

SE RESUELVE:

- Primero.- DISPONER la rectificación de la Resolución N° 0032-2019-FMEHU-UPAO en lo referente al título del Proyecto de Tesis, debiendo quedar como "MORBIMORTALIDAD DE PREMATUROS TARDIOS QUE INGRESAN A LA UNIDAD DE NEONATOLOGIA DEL HOSPITAL II-2 SANTA ROSA PIURA 2018"; presentado por el (la) alumno (a) CASTRO CARRERA PATRICIA DEL ROSARIO y ampliar el período de vigencia, manteniéndolo hasta el 01 de junio del 2021, quedando subsistente todo lo demás.
- Segundo.- PONER en conocimiento de las unidades comprometidas en el cumplimiento de la presente resolución.

REGÍSTRESE, COMUNÍQUESE Y ARCHÍVESE.



Dr. JUAN ALBERTO DIAZ PLASENCIA  
Decano (e)



Dra. ZELMIRA BEATRIZ LOZANO SANCHEZ  
Secretaria Académica (e)

c.c. Intermed(a),  
Arbitro

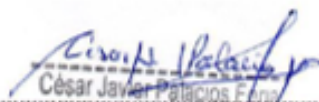
**ANEXO N°4:** Constancia de asesoría de tesis

**CONSTANCIA DE ASESORÍA**

Quién suscribe **Dr. Cesar Javier Palacios Feria**, Docente de la Escuela Profesional de Medicina Humana UPAO Campus Piura, hace constar que me comprometo a brindar el asesoramiento correspondiente para el desarrollo del Proyecto de Tesis titulado **“MORBIMORTALIDAD DE PREMATUROS TARDÍOS QUE INGRESAN A LA UNIDAD DE NEONATOLOGÍA DEL HOSPITAL II-2 SANTA ROSA PIURA - 2018”** “del Estudiante de Medicina Humana **PATRICIA DEL ROSARIO CASTRO CARRERA**, de la Escuela de Medicina Humana UPAO Campus Piura.

Se expide la presente para los fines que estime conveniente.

Piura; 24 de marzo del 2021



César Javier Palacios Feria  
MEDICO PEDIATRA  
CMP 42028 RNE 22156

Dr. Cesar Javier Palacios Feria

Docente UPAO – Piura



**ANEXO N°5:** Ficha de recolección de datos

**“MORBIMORTALIDAD DE PREMATUROS TARDÍOS QUE  
INGRESAN A LA UNIDAD DE NEONATOLOGÍA DEL  
HOSPITAL II-2 SANTA ROSA PIURA”.**



**I. CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS DE LA MADRE**

Edad: \_\_\_\_\_ años

Multiparidad

Sí ( ) No ( )

Anemia

Sí ( ) No ( )

Antecedente de prematuridad

Sí ( ) No ( )

Embarazo múltiple

Sí ( ) No ( )

**II. CLASIFICACIÓN DEL NEONATO**

Edad gestacional: \_\_\_\_\_ semanas

Peso al nacer: \_\_\_\_\_ kg

Tipo de parto

Parto vaginal ( ) Parto por cesárea ( )

**III. ESTANCIA HOSPITALARIA**

Tiempo en hospitalización: \_\_\_\_\_ días

Tiempo en UCI: \_\_\_\_\_ días

**IV. MORBILIDADES DEL NEONATO**

Taquipnea Transitoria

Sí ( ) No ( )

Enfermedad de Membrana Hialina	Sí	( )	No	( )
Malformaciones congénitas anatómicas	Sí	( )	No	( )
Hipertensión Pulmonar	Sí	( )	No	( )
Enterocolitis Necrotizante	Sí	( )	No	( )
Hiperbilirrubinemia	Sí	( )	No	( )
Hipoglicemia	Sí	( )	No	( )
Sepsis Neonatal	Sí	( )	No	( )
Convulsiones neonatales	Sí	( )	No	( )

## V. MORTALIDAD DEL NEONATO

Fallecimiento:	Sí	( )	No	( )
Tiempo de vida: _____(horas/días)				