UNIVERSIDAD TÉCNICA DE MANABÍ

FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

ESCUELA DE MEDICINA

Trabajo de Titulación

PREVIO A LA OBTENCIÓN DEL TITULO DE

MÉDICO CIRUJANO

TEMA:

SEGUIMIENTO PONDOESTATURAL RELACIONADAS CON SU MORBILIDAD DE LOS PRETÉRMINOS MENORES DE 2.000 GRAMOS DEL SUBPROCESO DE NEONATOLOGÍA DEL HOSPITAL DR. VERDI CEVALLOS BALDA, OCTUBRE DE 2014 MARZO DE 2015

Autoras:

BARBA VÉLEZ MARÍA ALEJANDRA

BAZURTO RESABALA EDITA VIRGINIA

Director del Trabajo de Titulación:

DRA. CECIBEL GIRÓN VILLACIS, Sp

PORTOVIEJO - MANABÍ – ECUADOR

2014 - 2015

TEMA:

SEGUIMIENTO PONDOESTATURAL RELACIONADAS CON SU MORBILIDAD DE LOS PRETÉRMINOS MENORES DE 2.000 GRAMOS DEL SUBPROCESO DE NEONATOLOGÍA DEL HOSPITAL DR. VERDI CEVALLOS BALDA, OCTUBRE DE 2014 MARZO DE 2015

DEDICATORIA

Quiero dedicar este trabajo a Dios porque él me ha permitido avanzar hasta el punto en que me encuentro y haberme dado salud para cumplir mis objetivos.

A mis padres por haberme educado y soportar mis errores. Gracias mama por ser mi fortaleza, el pilar fundamental en mi vida y gracias papá por ayudarme alcanzar mis principales metas, ser una profesional, GRACIAS.

A mi hija Valentina razón por la cual quiero mejorar cada día para inculcar en ti los mejores valores ya que eres mi orgullo y motivo para luchar y seguir adelante.

A mis incondicionales hermanas Belén y Jennifer que siempre me han brindado amor, en especial a ti Jennifer por tus consejos, por cultivar e inculcar en mí ese sabio don de la responsabilidad, por el ejemplo de perseverancia y constancia. Te dedico mi triunfo como muestra de amor y agradecimiento.

A mi pareja de toda la vida Stalin por formar parte de mi vida y compartir conmigo grandes momentos de superación, entrega y confianza.

Barba Vélez María Alejandra

DEDICATORIA

Quiero dedicar este trabajo a Dios, el gran arquitecto del universo, que me ha permitido avanzar hasta el punto en que me encuentro y haberme dado salud para cumplir mis objetivos y mis logros.

Quiero dedicar este triunfo al gran esfuerzo mis padres: Edita Resabala y Jhonny Bazurto, quienes han depositado en mí: su sacrificio, dedicación, motivación, sobre todo por su amor incondicional y darle gracias a Dios por tenerlos a mi lado, todo esto se los debo a Uds.

A mi hijo Isaac razón por la cual quiero mejorar cada día para inculcar en ti los mejores valores ya que eres mi orgullo y motivo para luchar y seguir adelante, eres mi principal motivación, mi inspiración. TE AMO

A mis incondicionales hermanos Israel e Isamar que siempre me han brindado amor, y su apoyo de una u otra manera.

A mi esposo Jefferson Zambrano por formar parte de mi vida y compartir conmigo grandes momentos de superación, entrega y confianza.

Bazurto Resabala Edita Virginia

AGRADECIMIENTO

Este proyecto es el resultado del esfuerzo en conjunto de todas las personas que de una u otra manera han colaboraron a la concepción del mismo, por ello, agradecer a Dios por haber iluminado a lo largo de todos estos años y permitir terminar con satisfacción esta etapa impuesta.

A la Universidad Técnica de Manabí, en especial a los Catedráticos de la Facultad de Ciencias de la Salud, Escuela de Medicina, quienes aportaron con conocimientos y moldearon el perfil profesional.

A la Dra. Cecibel Girón por haber colaborado en la implementación y formación de este proyecto, por guiar en el desarrollo y culminación del Trabajo de Titulación.

A los Miembros del Tribunal de revisión y evaluación por sus valiosas aportaciones y sugerencias en el trabajo realizado.

Al Hospital Dr. Verdi Cevallos Balda por la apertura de poder realizar el presente trabajo de titulación en esta casa de Salud, así como a los médicos tratantes del área de Neonatología por el conocimiento del cual aportaron para la culminación de la investigación.

A todas esas personas que de una u otra forma colaboraron con la ejecución de este proyecto. A todos gracias.

Barba Vélez Ma. Alejandra

Bazurto Resabala Edita Virginia

CERTIFICACIÓN DEL DIRECTOR DEL TRABAJO DE TITULACIÓN

YO, Dra. CECIBEL GIRÓN VILLACIS, Docente de la Universidad Técnica de Manabí en calidad de director del trabajo de titulación

CERTIFICO:

Que el presente TRABAJO DE TITULACIÓN titulado "SEGUIMIENTO PONDOESTATURAL RELACIONADAS CON SU MORBILIDAD DE LOS PRETÉRMINOS MENORES DE 2.000 GRAMOS DEL SUBPROCESO DE NEONATOLOGÍA DEL HOSPITAL DR. VERDI CEVALLOS BALDA, OCTUBRE 2014 – MARZO 2015", ha sido exhaustivamente revisada en varias sesiones de trabajo, se encuentra lista para su presentación y apta para su defensa.
Las opiniones y conceptos vertidos en este Trabajo de Titulación son fruto del trabajo, perseverancia y originalidad de sus autoras: MARÍA ALEJANDRA BARBA VÉLEZ Y EDITA VIRGINIA BAZURTO RESABALA de su exclusiva responsabilidad.

Habiendo cumplido con los requisitos reglamentarios exigidos para la elaboración de un proyecto investigativo previo a la obtención del título de Médico Cirujano. Es todo lo que puedo certificar en honor a la verdad.

Dra. Cecibel Girón Villacis
DIRECTOR DEL TRABAJO DE TITULACIÓN

CERTIFICACIÓN DEL PRESIDENTE DEL TRABAJO DE TITULACIÓN

YO, Dra. PAULA MACÍAS MOREIRA Docente de la Universidad Técnica de Manabí en calidad de presidente del trabajo de titulación

CERTIFICO:

Que el presente TRABAJO DE TITULACIÓN titulada "SEGUIMIENTO PONDOESTATURAL RELACIONADAS CON SU MORBILIDAD DE LOS PRETÉRMINOS MENORES DE 2.000 GRAMOS DEL SUBPROCESO DE NEONATOLOGÍA DEL HOSPITAL DR. VERDI CEVALLOS BALDA, OCTUBRE 2014 – MARZO 2015", ha sido exhaustivamente revisada en varias sesiones de trabajo.

Las opiniones y conceptos vertidos en este trabajo de titulación son fruto del trabajo, perseverancia y originalidad de sus autoras: MARÍA ALEJANDRA BARBA VÉLEZ Y EDITA VIRGINIA BAZURTO RESABALA siendo de su exclusiva responsabilidad.

Considero que dicho informe investigativo reúne los requisito y merito suficientes para ser sometidos a la evaluación del jurado examinador del Honorable Consejo Directivo para continuar con el trámite correspondiente de la ley.

Dra. Paula Macías Moreira
PRESIDENTE DEL TRIBUNAL DEL TRABAJO DE TITULACIÓN

CERTIFICACIÓN DEL TRIBUNAL DE REVISIÓN Y EVALUACIÓN

TEMA

"SEGUIMIENTO PONDOESTATURAL RELACIONADAS CON SU MORBILIDAD DE LOS PRETÉRMINOS MENORES DE 2.000 GRAMOS DEL SUBPROCESO DE NEONATOLOGÍA DEL HOSPITAL DR. VERDI CEVALLOS BALDA, OCTUBRE 2014 – MARZO 2015". Sometida a consideración de las autoridades de la Universidad Técnica de Manabí, Facultad de Ciencias de la Salud. Como requisito previo a la obtención del título de Médico Cirujano de MARÍA ALEJANDRA BARBA VÉLEZ y EDITA VIRGINIA BAZURTO RESABALA.

APROBADO POR EL TRIBUNAL

DIRECTOR DEL TRABAJO DE TITULACIÓN _____

Dra. Cecibel Girón Villacis

PRESIDENTA DEL TRABAJO DE TITULACIÓN _____

Dra. Paula Macías Moreira

MIEMBRO DE TRIBUNAL _____

Dra. Karla Moncayo Chica

MIEMBRO DE TRIBUNAL _____

Dr. Walter Paz y Miño

UNIVERSIDAD TÉCNICA DE MANABÍ

FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

ESCUELA DE MEDICINA

CERTIFICACIÓN DEL TRIBUNAL EXAMINADOR

TRABAJO DE TITULACIÓN

"SEGUIMIENTO PONDOESTAURAL RELACIONADAS CON SU MORBILIDAD DE LOS PRETÉRMINOS MENORES DE 2.000 GRAMOS DEL SUBPROCESO DE NEONATOLOGÍA DEL HOSPITAL DR. VERDI CEVALLOS BALDA, OCTUBRE 2014 – MARZO 2015".

Trabajo de Titulación sometido a consideración del Tribunal de Revisión y Evaluación, legalizado por el Honorable Consejo Directivo como requisito previo a la obtención del título de: MÉDICO CIRUJANO

APROBADO

Dra. Yira Vásquez Giler, MN
DECANA DE LA FACULTAD (E)

Dra. Ingerbord Véliz, GS
PRESIDENTE DE LA COMISIÓN DE INVESTIGACIÒN DE LA FCS (E)

Ab. Abner Bello Molina
ASESOR JURÌDICO (E)

Dra. Paula Macìas Moreira
PRESIDENTE DEL TRABAJO DE TITULACIÓN

Dra. Cecibel Girón Villacis
DIRECTORA DEL TRABAJO DE TITULACIÓN

Dra. Karla Moncayo Chica
MIEMBRO DEL TRIBUNAL DE TITULACIÓN

Dr. Walter Paz y Miño Intriago
MIEMBRO DEL TRIBUNAL DE TITULACIÓN

DECLARACIÓN DE AUTORÍA

MARÍA ALEJANDRA BARBA VÉLEZ Y EDITA VIRGINIA BAZURTO RESABALA egresadas de la Escuela de Medicina de la Facultad de Ciencias de la Salud de la Universidad Técnica de Manabí declaro que en calidad de autoras del tema del Trabajo de Titulación e informe final cuyo nombres es "SEGUIMIENTO PONDOESTATURAL RELACIONADAS CON SU MORBILIDAD DE LOS PRETÉRMINOS MENORES DE 2.000 GRAMOS DEL SUBPROCESO DE NEONATOLOGÍA DEL HOSPITAL DR. VERDI CEVALLOS BALDA, OCTUBRE 2014 – MARZO 2015", certifico que el contenido del mismo a excepción de las citas de autores es producto de mi autoría y por lo tanto somos las únicas responsables de las ideas, conclusiones y recomendaciones de las mismas que constituyen un aporte original con la supervisión de la Dra. Cecibel Girón Villacis.

ALEJANDRA BARBA VÉLEZ	EDITA BAZURTO RESABALA

RESUMEN

El recién nacido prematuro es el mayor desafío clínico actual de la Medicina Pediátrica. La mayor parte de las muertes neonatales ocurren en recién nacidos prematuros y la prematuridad es un factor de alto riesgo de deficiencia y discapacidad, con sus repercusiones familiares y sociales. Existe un aumento en la tasa de prematuridad en los países desarrollados, que refleja no solo la tasa de incidencia, sino también los cambios en la práctica asistencial a estos neonatos, con avances de los cuidados obstétricos y neonatales, que permite la supervivencia de neonatos cada vez más inmaduros.

El presente estudio analítico, descriptivo y prospectivo donde el universo fueron los pretérminos menores de 2.000 gramos en el cual se hizo un seguimiento pondoestatural relacionadas con su morbilidad ingresados en el subproceso de Neonatología del Hospital Dr. Verdi Cevallos Balda, Octubre 2014 – marzo 2015 y para ello se tomó como muestra aleatoria de 50 pretérminos y conforme los resultados de la población en estudio se determinó que la prematuréz está relacionada con el bajo peso al nacer del recién nacido. El 82 por ciento de los pretérminos ingresaron con un peso de 1.500 a 2.000 gramos; el 14 porciento de 1.000 a 1.500 y por último el 4 porciento <1.000gr, en comparación 92 por ciento de los pretérminos egresaron con un peso de 1.500 a 2.470 gramos; mientras tanto el 4 porciento egresó con un peso <1000gr; y el 4 porciento de 1.000 a 1.500 gr.

Así mismo pudimos determinar la morbimortalidad de los pretérminos durante su estadía en el área de neonatología el cual obtuvimos un 96 por ciento de vivos durante su estadía y 4 por ciento de muertos durante su estadía demostrando que estos últimos presentaban un peso extremadamente bajo al nacer.

Palabras claves: Prematurez, pretérminos, bajo peso al nacer, pondoestatural

SUMARY

The premature infant is the largest current clinical challenge of Pediatric Medicine. Most neonatal deaths occur in premature infants and prematurity is a high risk factor of impairment and disability, their family and social impacts. There is an increase in the rate of prematurity in developed countries, reflecting not only the incidence rate, but also changes in clinical practice these infants, with advances in obstetric and neonatal care, allowing the survival of infants each Once more immature.

The present analytical, descriptive and prospective study the universe were preterm under 2,000 grams which makes tracking pondostatural related morbidity admitted thread Neonatal Hospital Dr. Verdi Cevallos Balda, October 2014 - March 2015 and for it was taken as a random sample of 50 preterm and as the results of the study population was determined that prematurity is associated with low birth weight newborns. 82 percent of preterm entered weighing 1500-2000 grams; 14 percent of 1000-1500 and finally the 4 percent <1000gr, compared 92 percent of preterm graduated with a weight of 1500-2470 grams; while 4 percent graduated with a weight <1000gr; and 4 percent from 1000 to 1500 gr.

Also we could determine morbidity and mortality in preterm while in the area of neonatology which got 96 percent of living during your stay and 4 percent of deaths during your stay showing that the latter had an extremely low birth weight.

Keywords: Prematurity, preterm, low birthweight, pondostatural

ÍNDICE

Tema:..... i
Dedicatoria ii
Dedicatoria iii
Agradecimiento iv
Certificación del Director del Trabajo de Titulación v
Certificación del Tribunal de Revisión y Evaluación vii
Declaración de autoría..... ix
Resumen..... x
Sumary xi
Índice..... xii
Índice de cuadros y gráficos..... xv

Capítulo I
Introducción
Justificación..... 1
Planteamiento del Problema..... 2
Subproblema 3
Objetivos 4
Objetivo General 4
Objetivos Específicos..... 4

Capítulo II
Marco Teórico..... 5
Patologias mas comunes en prematuros..... 8
Enfermedad de Membrana Hialina (EMH)..... 8
Retardo del Crecimiento Intrauterino..... 9
Ictericia..... 9
Factor Rh..... 11
Operacionalización de Variables..... 132

Capitulo III

Diseño Metodológico 16
Tipo de Estudio 16
Líneas de Investigación 16
Universo y Muestra 16
Modalidad de la Investigación. 17
Criterios de Inclusión 17
Criterios de Exclusión 18
Instrumentos 18
Período de la investigación 18
Análisis e interpretación de resultados 18
Instrumentos para la recolección de datos 18
Talentos humanos 18
Recursos físicos 19
Recursos institucionales 19
Presentación de resultados 20

Capítulo IV

Conclusiones 45
Recomendaciones 456

Capítulo V

Propuesta. 477
Título 477
Justificación 47
Fundamentación 48
Objetivos 50
Beneficiarios 51
Responsables 51
Ubicación 51
Factibilidad 52

Actividades..... 52
Recursos 52
Impacto..... 53
Presupuesto 59
Cronograma..... 59
Bibliografía. 61
Anexos..... 63

ÍNDICE DE CUADROS Y GRÁFICOS

Grafitabla N°1
Incidencia de nacimiento..... 21
Grafitabla N°2
Indicadores de sexo..... 23
Grafitabla N°3
Procedencia..... 25
Grafitabla N°4
Viabilidad al nacer..... 27
Frafitabla N°5
Peso de ingreso..... 29
Grafitabla N°6
Peso de egreso..... 31
Grafitabla N°7
Morbimortalidad..... 33
Grafitabla N°8
Talla al ingreso..... 35
Grafitabla N°9
Estadía de hospitalización..... 37
Grafitabla N°10
Edad gestacional..... 39
Grafitabla N°11
Patologías comúnes..... 41
Grafitabla N°12
Tipo de alimentación..... 43

CAPÍTULO I

INTRODUCCIÓN

La OMS define a un recién nacido pretérmino como un nacido antes de las 37 semanas cumplidas (259 días), con peso de nacimiento entre 500 y 1.500g continúan contribuyendo a la morbilidad y mortalidad perinatal a pesar de representar sólo el 1-1,5% del total de nacimientos, poniendo en evidencia que en la actualidad, el nacimiento de un niño antes de las 25 semanas de edad gestacional que pesa menos de 750 g ocasiona una complejidad de decisiones hospitalarias, sociales y éticas. (Herrera, 2009) & (Contreras, 2010).

Se estima que cada año nacen unos 15 millones de niños prematuros (antes de que se cumplan las 37 semanas de gestación). Esa cifra está aumentando. Cada año mueren más de un millón de bebés prematuros debido a complicaciones en el parto. El nacimiento prematuro es la principal causa de mortalidad entre los recién nacidos (durante las primeras cuatro semanas de vida) y la segunda causa de muerte entre los niños menores de cinco años, después de la neumonía. En los 184 países estudiados, la tasa de nacimientos prematuros oscila entre el 5% y el 18% de los recién nacidos.

Ecuador se encuentra entre uno de los 11 países con las tasas más bajas de nacimientos prematuros con 5.1 por ciento a diferencia de África y Asia con el 60 por ciento por lo cual son los países con mayor tasas de nacimiento prematuros, lo cual se considera un verdadero problema mundial, según la (Dra. Joy Lawn, coeditora del informe y Directora, Evidencia Global y Política para Save the Children, 2012).

Mediante promedios, porcentajes y desviaciones estándar, se pudo comprobar que la incidencia de bajo peso al nacer es de 9%, incidencia menor a la encontrada en el estudio realizado en nuestro país en 1993, por el Soc. José Madero, de 12.7%, (Maternidad Isidro Ayora, 2009).

JUSTIFICACIÓN

Un adecuado crecimiento fetal intrauterino determina un peso normal al nacimiento, sinónimo de bienestar y salud en el recién nacido, tales resultados como binomio madre-hijo debe interactuar biológicamente dentro de un adecuado ecosistema que garantice su integridad, por lo tanto, todos aquellos sucesos negativos que alteren el desarrollo y crecimiento embrionario-fetal serán las causas directas de un peso bajo al nacer.

Se hizo preciso realizar esta investigación porque como autoras evidenciamos la falta de controles prenatales que son causantes de nacimientos pretérminos menores de 2.000 gramos, donde los patrones de crecimiento pueden afectados con patologías propias de estas edades gestacionales, el cual nos surgió el interés de realizar una investigación sobre el seguimiento del crecimiento de estos pequeños pacientes durante su estadía hospitalaria.

La factibilidad de realizar este estudio estuvo dada porque se cuenta con una institución que presta las facilidades para llevar a cabo el desarrollo del mismo, en lo institucional por que se tiene el apoyo de la asesora de trabajo de titulación y los médicos tratantes que labora en el área de Neonatología del Hospital Dr. Verdi Cevallos Balda , quienes brindaron sus estudios sobre cantidad de neonatos ingresados, en lo financiero se contó con los recursos económicos necesarios, en lo técnico se tiene el apoyo académico y legal porque esta abalizada por el reglamento interno de la entidad educativa.

Desde el punto de vista social de este proyecto se logró mejorar los cuidados especiales en los neonatos prematuros y evitar secuelas posteriores al desarrollo pondoestatural con la participación activa de los padres de familia así como de los médicos de la institución.

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Estimamos que en 2005 se registraron 12,9 millones de partos prematuros, lo que representa el 9,6% de todos los nacimientos a nivel mundial. Aproximadamente 11 millones (85%) de ellos se concentraron en África y Asia, mientras que en Europa y América del Norte (excluido México) se registraron 0,5 millones en cada caso, y en América Latina y el Caribe, 0,9 millones. Las tasas más elevadas de prematuridad se dieron en África y América del Norte (11,9% y 10,6% de todos los nacimientos, respectivamente), y las más bajas en Europa (6,2%), (OMS, 2010).

Según un informe presentado por las Naciones Unidas, que analiza los índices de nacimientos prematuros en 184 países, en Ecuador el 5,1% de los bebés viene al mundo antes de lo previsto.

Este último grupo se considera de alto riesgo y constituye el 10% del total de prematuros que nacen anualmente en la maternidad Santa Marianita, del suburbio guayaquileño, explica Oswaldo Andrade, jefe de la Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales.

¿Cómo se realiza el seguimiento pondoestatural en pretérminos menores de 2.000 gramos del subproceso de neonatología en el Hospital Dr. Verdi Cevallos Balda?

SUBPROBLEMAS

¿Cómo identificar las características generales de la población en estudio?

¿Cómo registrar de acuerdo a la curva de Babson el seguimiento pondoestatural de los pretérminos menores de 2.000 gramos?

¿Cómo analizar las patologías más comunes que se presentaron en los menores de 2.000 gramos?

¿Cómo socializar una gestión educativa sobre cuidados especiales de los pretérminos a los padres de familia o cuidadores?

OBJETIVOS

OBJETIVO GENERAL

Determinar el seguimiento pondoestatural relacionados con su morbilidad de los pretérminos menores de 2.000 gramos del subproceso de neonatología del Hospital Dr. Verdi Cevallos Balda en el período octubre de 2014 a marzo de 2015.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

Identificar las características generales de la población en estudio de los pretérminos menores de 2.000 gramos del subproceso de neonatología del Hospital Dr. Verdi Cevallos Balda en el período octubre de 2014 a marzo de 2015.

Registrar de acuerdo a la curva de Babson el seguimiento pondoestatural de los pretérminos menores de 2.000 gramos del subproceso de neonatología del Hospital Dr. Verdi Cevallos Balda en el período octubre de 2014 a marzo de 2015.

Analizar las patologías más comunes que se presentaron en los pretérminos menores de 2.000 gramos del subproceso de neonatología del Hospital Dr. Verdi Cevallos Balda en el período octubre de 2014 a marzo de 2015.

Socializar mediante una gestión educativa sobre cuidados especiales de los pretérminos con retraso del desarrollo pondoestatural para mejorar la calidad de vida dirigida a los padres de familia o cuidadores.

CAPÍTULO II

MARCO TEÓRICO

La definición de prematurez según (Herrera, 2002) asegura que: La OMS define a un recién nacido pretérmino como a todo aquél que es nacido antes de las 37 semanas de gestación (259 días). En cuanto, la Academia Americana de Pediatría propone que es aquel recién nacido menor de 38 semanas. Esto último lo añaden por el riesgo mayor de patología entre las 37 y 38 semanas. Por su parte (Cernadas, 2009), concuerda con Herrera al referirse que el prematuro es todo niño que nace después de las 20 semanas completas de gestación.

También es común que se considere prematuro, al recién nacido (RN) con peso inferior de 2.500 g y recién nacidos menos de 2.500 g que son a término, esto tiene una razón práctica dado que el peso es un dato mayormente objetivo y fiable y suele constar en los registros e historias clínicas así como en los certificados de nacimiento; a su vez (Contreras, 2010) menciona que los recién nacidos con un peso de nacimiento entre 500 y 1.500g contribuyen desproporcionadamente a la morbilidad y mortalidad perinatal a pesar de representar sólo el 1-1,5% del total de nacimientos, poniendo en evidencia que en la actualidad, el nacimiento de un niño antes de las 25 semanas de gestación que pesa menos de 750 g ocasiona una complejidad de decisiones hospitalarias, sociales y éticas. Aunque la prevalencia de dichos nacimientos es baja, el impacto sobre los niños, sus familias, los sistemas de salud y la sociedad es muy importante.

Se determina la valoración de los pretérminos según (Cernadas, 2009) como un problema de salud para el individuo así también para la comunidad y, probablemente, la evaluación supondría un coste económico equilibrado con respecto a la totalidad del posible gasto en cuidados médicos.

De acuerdo al Componente Normativo Neonatal del Ministerio de Salud Pública del Ecuador, clasifica: peso bajo al nacimiento, cuando el recién nacido

presenta un peso menor a 2500g; peso muy bajo menor de 1500g y peso extremadamente bajo menor de 1000g.

(Guadaíra, 2003) Menciona que peso bajo para la edad gestacional es igual pequeño para la edad gestacional (PEG), y que esta se establece de acuerdo a la Curva Peso/Edad Gestacional y corresponde al recién nacido que se ubica por su peso por debajo o en el percentil 10, en relación a la edad gestacional. Es necesario determinar si un peso inferior conlleva a la restricción de crecimiento fetal (RCF), simétrico o asimétrico, la cual se determina mediante el índice de Rohrer (Índice ponderal o índice pondoestatural: IPE).

Por otra parte manifiesta (Avery, 2001) que la relación pondoestatural del recién nacido pretérmino dependerá de la nutrición materna y de sus patologías, de sus hábitos tóxicos, de la constitución física de los padres, de la etnia, de la estación del año, por lo general menciona que los nacidos en meses de climas fríos suelen tener un peso un poco elevado.

El peso se obtiene mediante el empleo de básculas, adaptadas para su uso en incubadoras, o bien, las habituales para los recién nacidos. Cuando nos encontramos con un RN con peso bajo para la edad gestacional debemos realizar el índice pondoestural o comúnmente conocida como índice de (Towis, 2012) Babson la cual sirve para medir a neonatos prematuros y valorar sus curvas de talla, peso y perímetro cefálico usándolas desde la semana 22 hasta la semana 10 postnatal. Es importante saber que los pretérminos en comparación con los recién nacidos a términos van a presentar retraso en el crecimiento y talla, por eso son importantes dichas tablas que midan estos valores específicos para esta población.

En recién nacidos sanos, la talla media oscila entre 50 y 55 cm, en comparación de un pretérmino que suele ser menor de 43 cm. La máxima velocidad de crecimiento se produce en el cuarto mes de vida intrauterina y en los primeros seis meses de vida postnatal.

Todos los bebés pierden peso luego del nacimiento en los primeros días, esto es normal y se debe a factores fisiológicos como son la expulsión del meconio (hasta 90 g), la caída del cordón umbilical y la eliminación del vérnix caseoso. La pérdida puede llegar de un 10 hasta un 15% del peso del neonato en los primeros 7 días.

Tienen la piel muy delgada con una gran área de superficie relativa a la masa muscular y falta de grasa, por lo que pierden fácil y rápidamente calor, por eso es la necesidad del uso de incubadoras. Sus tejidos inmaduros se pueden dañar con el exceso de O_2 y además presentan insuficiencia respiratoria por su inmadurez muscular.

La inmadurez del sistema nervioso hace que los esfuerzos por respirar sean débiles, sus reflejos fundamentales sean insuficientes y sean más propensos a hemorragias. El sistema inmunológico es inmaduro, esto ocasiona más riesgo de nacer infectados o infectarse por su débil sistema defensivo. Tienen un volumen sanguíneo pequeño, esto los hace más susceptibles a hipovolemia.

Las características que presenta un pretérmino según (Avery, 2001) son relacionadas con la inmadurez de su sistema renal, el mínimo progreso de la piel y el repartimiento específico de sus líquidos orgánicos. Su peso entre 70% y 80% pertenece a agua y esto los hace apto de mostrar alteraciones hidroelectrolíticas graves.

En pretérminos, los problemas neonatales están más relacionados con su edad gestacional que con su peso al nacimiento, por lo que vamos a referirnos a los de bajo peso para la edad gestacional, los cuales tienen un peso bajo para la talla y perímetro torácico y cefálico son normales. Se diferencian por el índice ponderal: peso x 100 / talla^3.

Entre las patologías más comunes que encontramos en prematuros fueron:

Enfermedad de membrana hialina (EMH).

Esta enfermedad de acuerdo a lo que define (Ruza T. F., 2002), también se denomina síndrome de distrés respiratorio idiopático o distrés respiratorio neonatal por déficit de surfactante, es un cuadro donde se afectan las vías respiratorias y tiene un comienzo inmediato al nacimiento que afecta mayormente a recién nacidos pretérminos. Por su parte (Rodríguez & Gaviria, 2009) indica que en los recién nacidos prematuros, de 32 semanas de gestación y peso de 1.500 gr, son más susceptible de presentar esta enfermedad, aunque también puede ocurrir en los prematuros menor de 35 semanas de edad gestacional.

En los recién nacidos pretérminos sus pulmones se encuentran inmaduros, tanto desde el punto de vista anatómico como fisiológico. Estos factores hacen que se reduzcan la ventilación, con oxigenación y perfusión deficientes y causan hipoxemia, acidosis metabólica y por último, progresar a una insuficiencia respiratoria. Existen otros factores que contribuyen para este cuadro aun en los recién nacidos de término, como cesárea electiva no precedida por trabajo de parto, anoxia prenatal, hidropesía fetal, diabetes gestacional, hipotermia y embarazo gemelar.

Es necesario mencionar que la enfermedad de membrana hialina es más común en hombres que en mujeres, y en pacientes de raza blanca que en afroamericanos. Las cifras de mortalidad son variables y dependen además de factores como la calidad de atención al recién nacido.

De tal modo que (Ruza T. F., 2002) revela que la edad gestacional y los factores de riesgo que presente el neonato en su vida intrauterina tiene una relación directa de gravedad con la enfermedad de membrana hialina. Los cuadros más graves se manifiestan en los primeros minutos de vida, en la misma sala de partos, donde la elevada necesidad de oxígeno y la hipoventilación

alveolar suelen hacer necesario realizar medidas de reanimación e iniciar asistencia respiratoria sin esperar el traslado a la unidad de cuidados intensivos.

Retardo del crecimiento intrauterino

El retardo del crecimiento intrauterino es la incapacidad del feto para obtener el tamaño adecuado dentro de lo normal, es decir presenta tanto un peso y un percentil bajo para la edad gestacional. Otro concepto que se puede definir al retardo de crecimiento intrauterino es retardo del crecimiento fetal. Por lo común los fetos nacidos con este problema muchas veces son descritos como pequeños para la edad gestacional (PEG).

(Gordon & Ann, 2001) Manifiesta: Un feto nacido con retardo de crecimiento intrauterino presenta un percentil por debajo de 10 para la edad gestacional además de presentar signos de compromiso fetal que pueden incluir las anormalidades de la circulación feto placentaria identificándose por medio de Doppler, así como la disminución del líquido amniótico o alteraciones al momento de realizar las pruebas de bienestar fetal. El retardo del crecimiento intrauterino presenta una etiología muy variada ya que esta patología se considera como una condición multifactorial donde encontramos aspectos maternos, fetales y placentarios, entre los cuales podemos nombrar la reducción de nutrientes, disponibilidad del oxígeno, ingesta de drogas, disminución de la masa y flujo placentario, malformaciones e infecciones.

Ictericia

La ictericia se denomina de acuerdo (Contreras, 2010) cuando un recién nacido tiene niveles altos de bilirrubina sérica en la sangre. La bilirrubina, sustancia amarilla que no es más que el reemplazo de los glóbulos rojos viejos, producida por nuestro cuerpo. El hígado descompone esta sustancia de manera que pueda ser eliminada del cuerpo mediante las heces. Los niveles altos de bilirrubina producen que la piel, mucosas y la esclerótica de los ojos del bebé

luzcan amarillas, lo cual se denomina ictericia. De esta manera (Gil, 2010) confirma que la mayoría de los recién nacidos tienen algún color amarillento en la piel esto se denomina "ictericia fisiológica", con valores menores de 12 – 15mg/dl en recién nacidos pretérminos. Con frecuencia es más notoria cuando el bebé tiene de 2 a 4 días de nacido. La mayoría de las veces, no causa problemas y desaparece al cabo de 2 semanas.

Se pueden presentar dos tipos de ictericia en los recién nacidos que están siendo amamantados y ambos tipos por lo común son inofensivos. La ictericia se asocia a hiperbilirrubinemia sobrepasando los valores séricos de 46 mg/ de bilirrubina total, por lo que en este momento necesitan tratamiento con fototerapia.

El problema puede deberse a la forma como las sustancias en la leche materna afectan la descomposición de la bilirrubina en el hígado. Este tipo de ictericia es diferente de la ictericia por la lactancia. La ictericia grave del recién nacido es cuando presenta consecuencias neurológicas por el depósito de bilirrubina no conjugada en el tejido cerebral esta patología se denomina Encefalopatía bilirrubínica o Kernicterus.

Dentro de las causas hemolítica que se evidenciaron en el presente estudio que originaron presencia de Ictericia se nombran las siguientes: Enfermedad hemolítica ABO, incompatibilidad del Rh; entre las no hemolítica se menciona la policitemia.

Policitemia Poliglobulia.

La policitemia es donde se define al Hematocrito (Hto) de sangre venosa superior o igual a 65%. O si valores de Hematocrito (Hto) sobrepasan los siguientes límites: Sangre capilar mayor al 70%; sangre venosa periférica mayor al 65%; sangre venosa o arterial central mayor al 60%.

Factor RH

El factor Rh es una proteína integral de la membrana de los glóbulos rojos. Son Rh positivas todas las personas que presentan dicha proteína en sus eritrocitos y Rh negativa quienes no presenten la proteína. Un 85% de la población tiene en dicha proteína una estructura dominante, que corresponde a una determinada secuencia de aminoácidos que son denominados habitualmente Rh+. Alrededor de la sexta semana de gestación, el antígeno Rh comienza a ser expresado en los glóbulos rojos humanos.

VARIABLES Y SU OPERACIONALIZACIÓN

VARIABLE DEPENDIENTE

Neonata pretérmino

VARIABLE INDEPENDIENTE

Seguimiento pondoestatural

OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES

VARIABLE DEPENDIENTE: NEONATO PRETERMINO

VARIABLE DEPENDIENTE	CONCEPTUALIZACIÓN	DIMENSIÓN	INDICADOR	ESCALA
Neonato pretérmino	Se determina neonato pretérmino según (Clavero, 2009) aquellos niños que nacen desde las 28 semanas hasta la 36,6 días, ya sea por parto o cesárea, es decir todo RN vivo con una edad gestacional menor de 37 semanas contadas a partir del primer día de la fecha última regla.	Características generales	Género	Masculino
				Femenino
			Edad gestacional	28-30 semanas
				31-33 semanas
				34-36,6 semanas
			Procedencia	Urbana
				Rural
			Viabilidad	Parto
				Cesárea
			Alimentación	Sonda oro gástrica
				Succión
				Vía parenteral
				Nutrición parenteral

	Complicaciones	Síndrome de Distrés Respiratorio	Leve
			Moderado
			Grave
		Retardo del crecimiento intrauterino	Simétrico o armónico
			Asimétrico o disarmónico
		Ictericia	Policitemia
			Cefalohematoma
			Factor Rh

VARIABLE INDEPENDIENTE: SEGUIMIENTO PONDOESTATURAL

Variable Independiente	Conceptualización	Dimensión	Indicador	Escala
Seguimiento pondoestatural	Se determina la valoración del prematuro mediante la Curva de Babson es la tabla para niños prematuros en que se ofrecen curvas de talla, peso y perímetro cefálico para usarlas desde la semana 22 hasta la semana 10 postnatal.	Características Generales	Peso al ingreso	<1000grs. 1000 a 1500grs 1500 a 2000grs.
			Peso al egreso	<1000grs. 1000 a 1500grs 1600 a 2470grs.
			Talla	< 37cm 38 a 44cm 45 a 50cm

CAPITULO III

DISEÑO METODOLÓGICO

TIPO DE ESTUDIO

Se realizó un estudio investigativo, cualicuantitativo, prospectivo, descriptivo y analítico a pretérminos menores de 2.000 gramos del subproceso de neonatología del Hospital Dr. Verdi Cevallos Balda en el período octubre de 2014 a marzo de 2015.

La metodología utilizada fue científica deductiva.

LÍNEAS DE INVESTIGACIÓN

Según la Comisión Académica de la Facultad de Ciencias de la Salud, entre las líneas de investigación vigentes desde el 2014-2015, el presente trabajo de titulación se encuentra en la línea de salud de los grupos vulnerables, sublínea pretérminos menores de 2000 gramos

UNIVERSO Y MUESTRA

UNIVERSO

Se tomó una muestra de 150 niños pretérminos ingresados en el área de del Hospital Dr. Verdi Cevallos Balda en el período octubre de 2014 a marzo de 2015.

MUESTRA

Dentro de la muestra se consideró a los préterminos que nacieron con un peso inferior a los 2.000 gramos, siendo estos un total de 50 neonatos pretérminos.

Fórmula de muestreo

n: muestra

N: población

P: Nivel de ocurrencia

Q: Nivel de ocurrencia

e: Margen de error

Z: Nivel de confiabilidad o confianza

$$n = \frac{Z^2.P.Q.N}{(Z)^2 \times P.Q. + N\ e^2}$$

$$n = \frac{(1.96)^2 \text{ X } 0.5 \text{ X } 0.5 \text{ X } 150}{(1.96)^2 \text{ X } 0.5 \text{ X } 0.5 + 150\text{x } (0{,}05)^2}$$

$$n = \frac{3{,}84 \text{ X } 37.5}{3.84 \text{ x } 0.5 \text{ x } 0.5 + 150\text{x } 0{,}0025}$$

n: 0.96 + 2

$$n = \frac{144}{1{,}335}$$

n: 50

MODALIDAD DE LA INVESTIGACIÓN

CRITERIOS DE INCLUSIÓN

Pretérminos menor de 2.000 gramos del subproceso de neonatología del Hospital Dr. Verdi Cevallos Balda en el período octubre de 2014 a marzo de 2015.

CRITERIOS DE EXCLUSIÓN

Pretérminos mayor de 2.000 gramos del subproceso de neonatología en el área de neonatología.

INSTRUMENTOS PARA LA RECOLECCIÓN DE DATOS

Se utilizaron las siguientes técnicas investigativas. Análisis de contenidos bibliográficos, lecturas científicas, revisión y vaciamiento de las historias clínicas de los recién nacidos pretérminos que cumplen los criterios de inclusión y elaboración de tablas estadísticas con gráficos.

PERÍODO DE LA INVESTIGACIÓN

El estudio se lo realizó en el periodo octubre 2014 marzo 2015.

ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE RESULTADOS

Los datos recopilados fueron tabulados en la hoja de cálculo de Excel y los resultados se representaron a manera de tablas y gráficos estadísticos, el cual facilito la recolección de datos.

INSTRUMENTOS PARA LA RECOLECCIÓN DE DATOS

TALENTOS HUMANOS

Director del trabajo de titulación
Autoras de la investigación
Pretérminos del Hospital Dr. Verdi Cevallos Balda.

Personal médico del Hospital Dr. Verdi Cevallos Balda.

RECURSOS FÍSICOS

Papel bond
Bolígrafo
Lapiceros
Computadora
Internet
Dispositivo USB
Tinta de impresora
Cámara digital
Teléfono
Textos
Revistas
Transporte

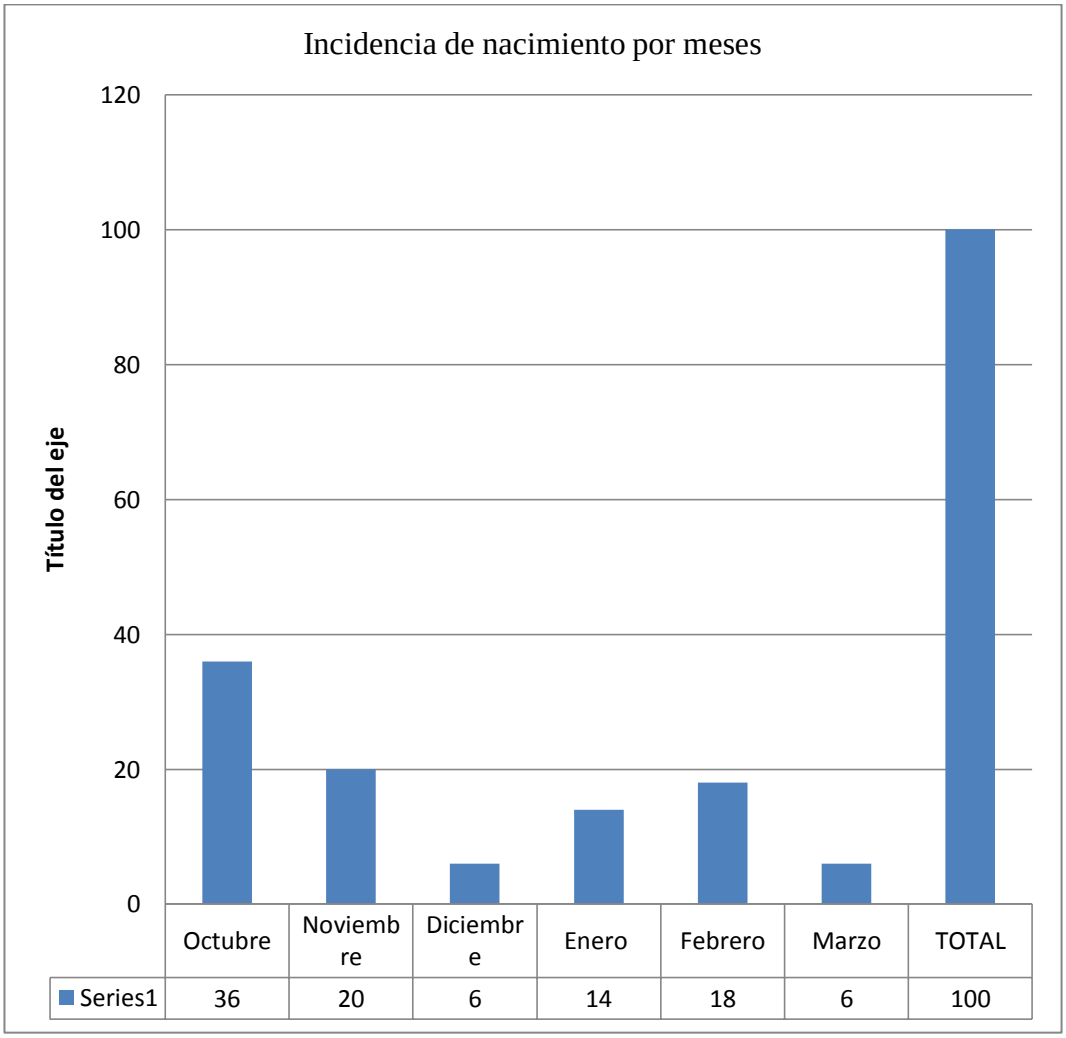
RECURSOS INSTITUCIONALES

Universidad Técnica de Manabí.
Hospital Dr. Verdi Cevallos Balda.

PRESENTACIÓN DE RESULTADOS

GRAFITABLA N°1

INCIDENCIA DE NACIMIENTO POR MESES DE LOS PRETÉRMINOS MENORES DE 2000 GRAMOS INGRESADOS EN SUBPROCESO DE NEONATOLOGÍA DEL HOSPITAL DR. VERDI CEVALLOS BALDA.



Fuente: Departamento de Estadística del Hospital Dr. Verdi Cevallos Balda.
Elaborado: Por investigadores: Barba Velez María A. y Bazurto Resabala Edita V.

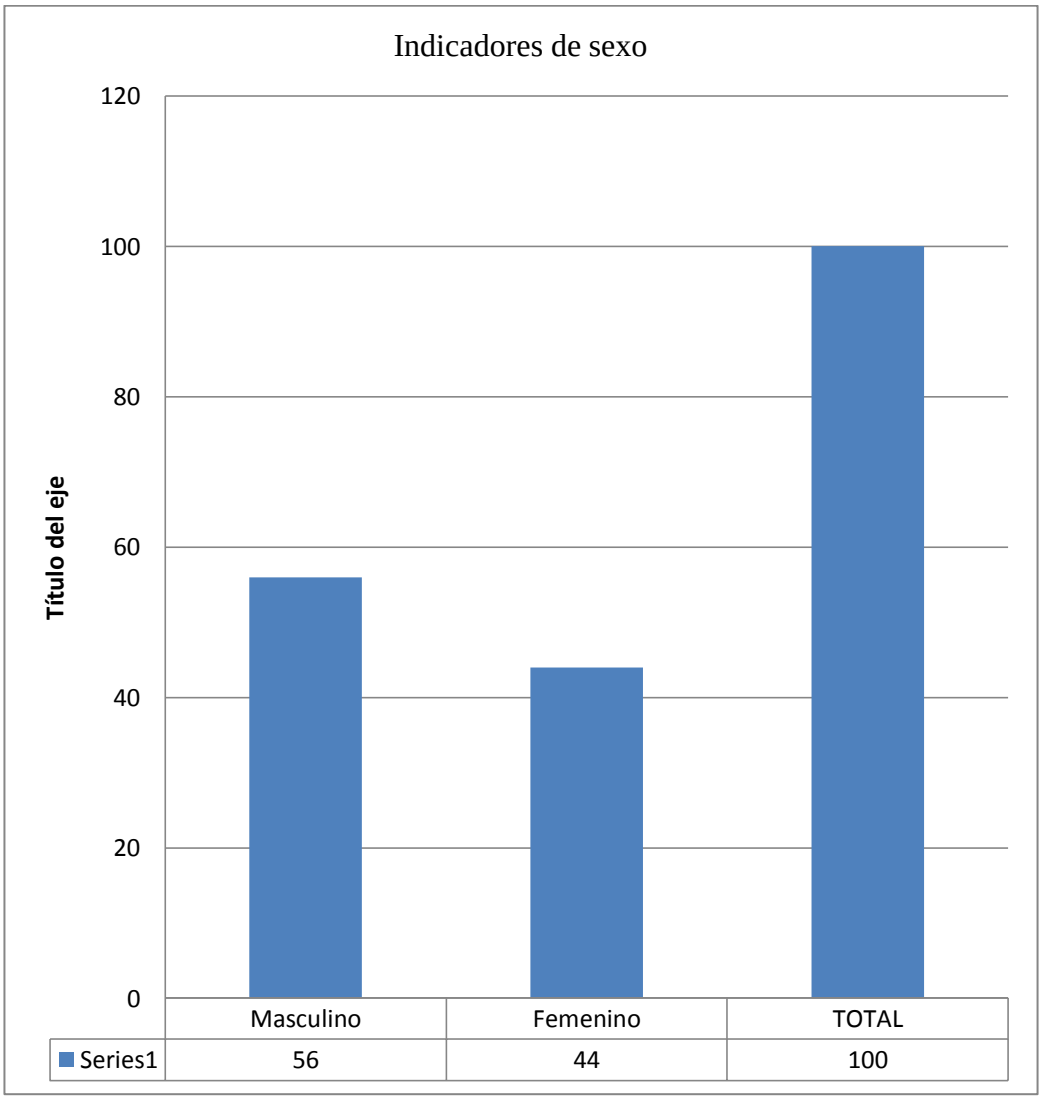
Análisis e Interpretación N° 1:

De los resultados obtenidos en el cuadro y gráfico N°1, se puede determinar que el 36% de los pretérminos nacieron en octubre; 20% noviembre; 18 febrero; 14% enero; 6% marzo, y el 6% restante diciembre.

(Rodríguez R. S., 2014)Existe un aumento de la tasa de prematuridaden los países desarrollados, que reflejano solo el aumento de la tasa de incidencia,sino también los cambios en la práctica asistenciala estos neonatos, con avances de loscuidados obstétricos y neonatales, que permitela supervivencia de neonatos cada vez más inmaduros.

GRAFITABLA N°2

INDICADORES DE SEXO DE LOS PRETÉRMINOS MENORES DE 2000 GRAMOS INGRESADOS EN SUBPROCESO DE NEONATOLOGÍA DEL HOSPITAL DR. VERDI CEVALLOS BALDA.



Fuente: Departamento de Estadística del Hospital Dr. Verdi Cevallos Balda.
Elaborado: Por investigadores: Barba Velez María A. y Bazurto Resabala Edita V.

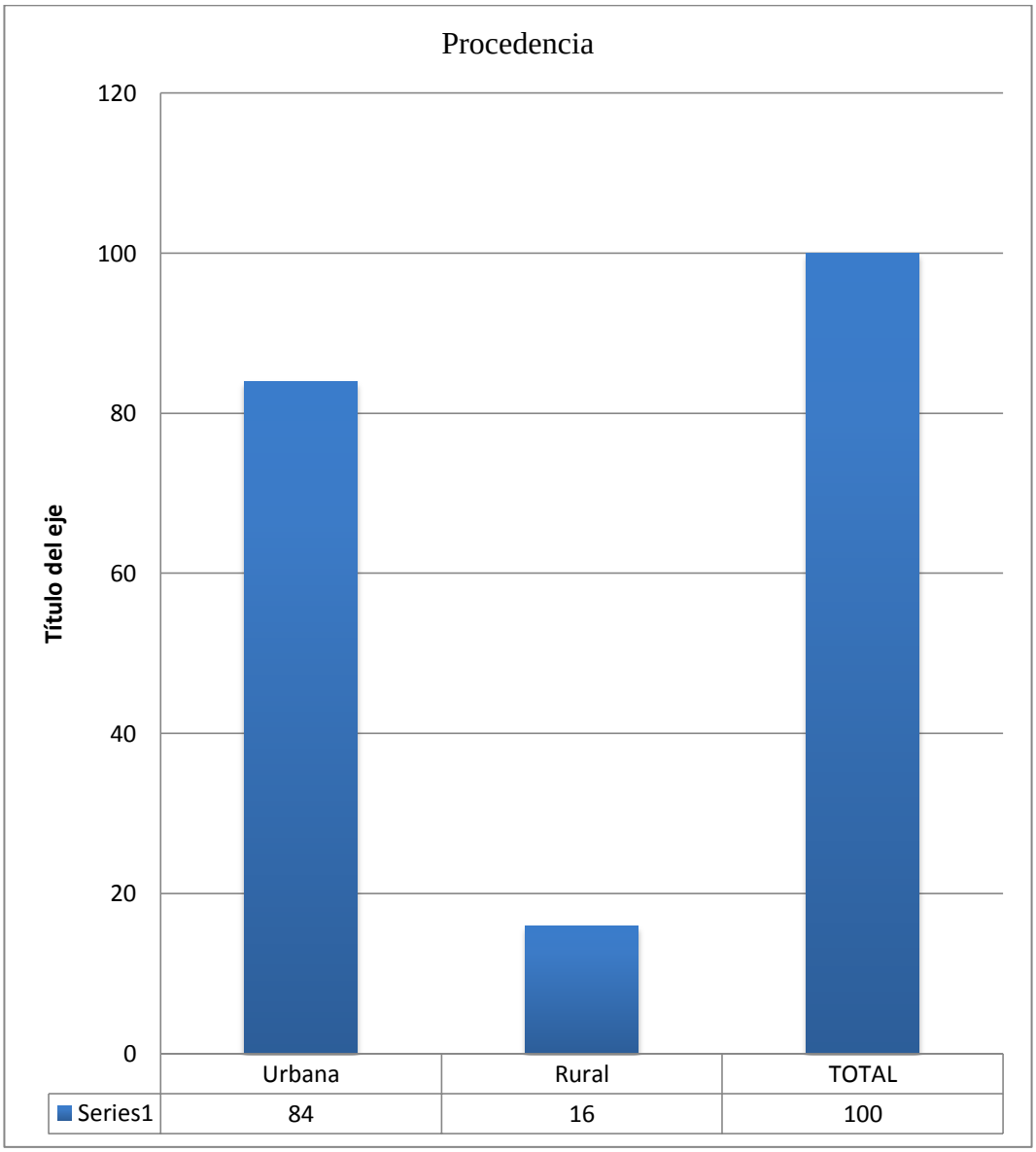
Análisis e Interpretación N° 2:

De acuerdo a los resultados obtenidos en cuadro y gráfico N°2, se puede determinar que el 56% son de sexo masculino y el 44% femenino.

(Rodríguez R. S., 2014) Los niños corren más riesgos de nacer prematuramente que las niñas, y generalmente les va peor. La diferencia entre los dos géneros no es grande: un 55% de los nacimientos prematuros en el 2010 fueron varones, dijo el reporte de la Organización Mundial de la Salud. No está claro por qué sucede.

GRAFITABLA N°3

PROCEDENCIA DE LOS PRETÉRMINOS MENORES DE 2000 GRAMOS INGRESADOS EN SUBPROCESO DE NEONATOLOGÍA DEL HOSPITAL DR. VERDI CEVALLOS BALDA.



Fuente: Departamento de Estadística del Hospital Dr. Verdi Cevallos Balda.
Elaborado: Por investigadores: Barba Velez María A. y Bazurto Resabala Edita V.

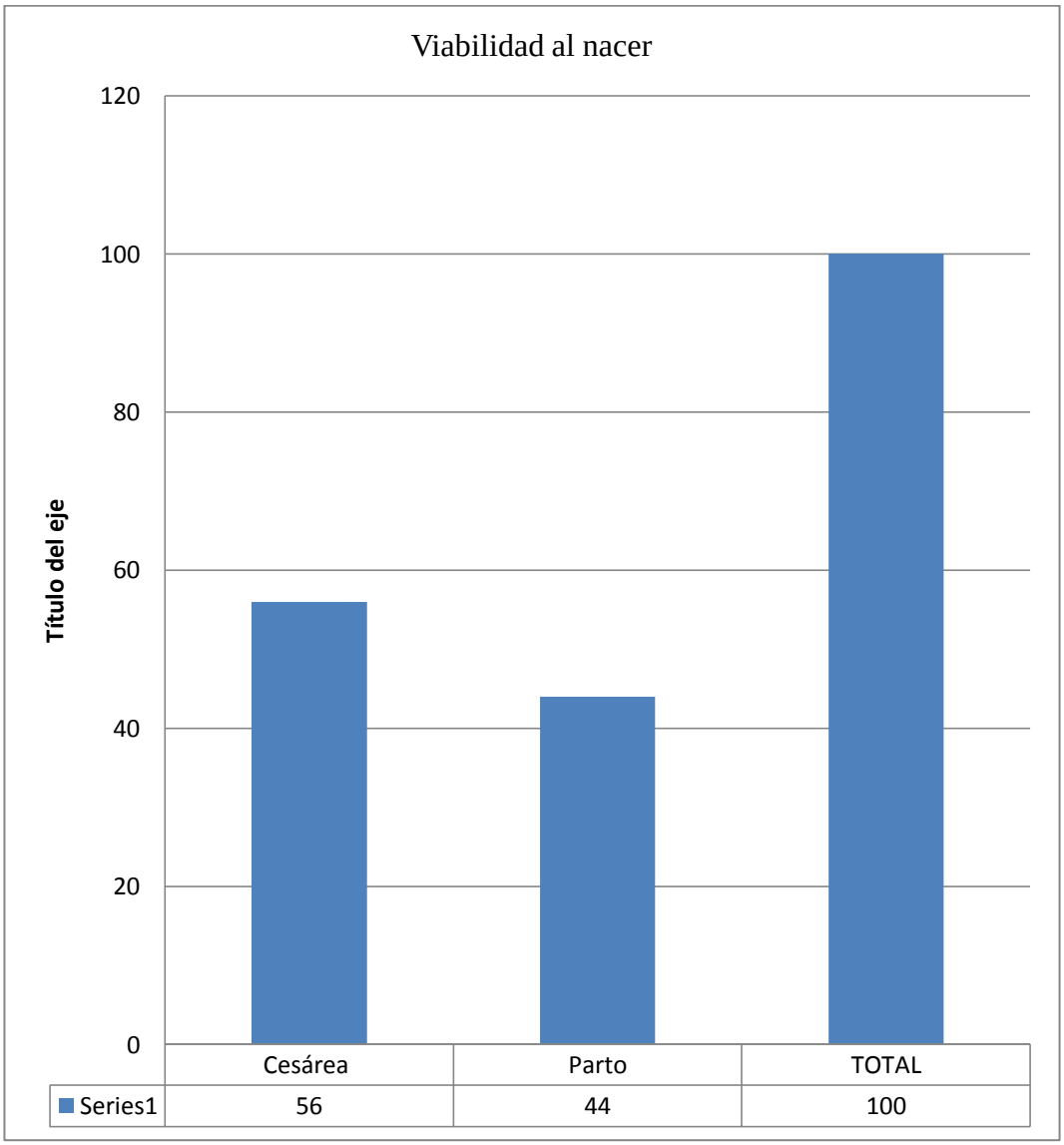
Análisis e Interpretación N° 3:

De acuerdo a los resultados obtenidos en el cuadro y gráfico N°3 se puede determinar que de los partos pretérminos que se presentaron en el Hospital Dr. Verdi Cevallos Balda de la ciudad de portovejense provinieron de en un 84% de zona urbana, mientras tanto el 16% provino de zona rural.

En países subdesarrollados, como e nuestro, se ha incrementado la incidencia partos pretérminos por diversas etiologías maternas y nuevos factores de riesgos asociados involucrados. A. Ovalle & E. Kakarieka (2012). Página 7.

GRAFITABLA N°4

VIABILIDAD AL NACER DE LOS PRETÉRMINOS MENORES DE 2000 GRAMOS INGRESADOS EN SUBPROCESO DE NEONATOLOGÍA DEL HOSPITAL DR. VERDI CEVALLOS BALDA.



Fuente: Departamento de Estadística del Hospital Dr. Verdi Cevallos Balda.
Elaborado: Por investigadores: Barba Velez María A. y Bazurto Resabala Edita V.

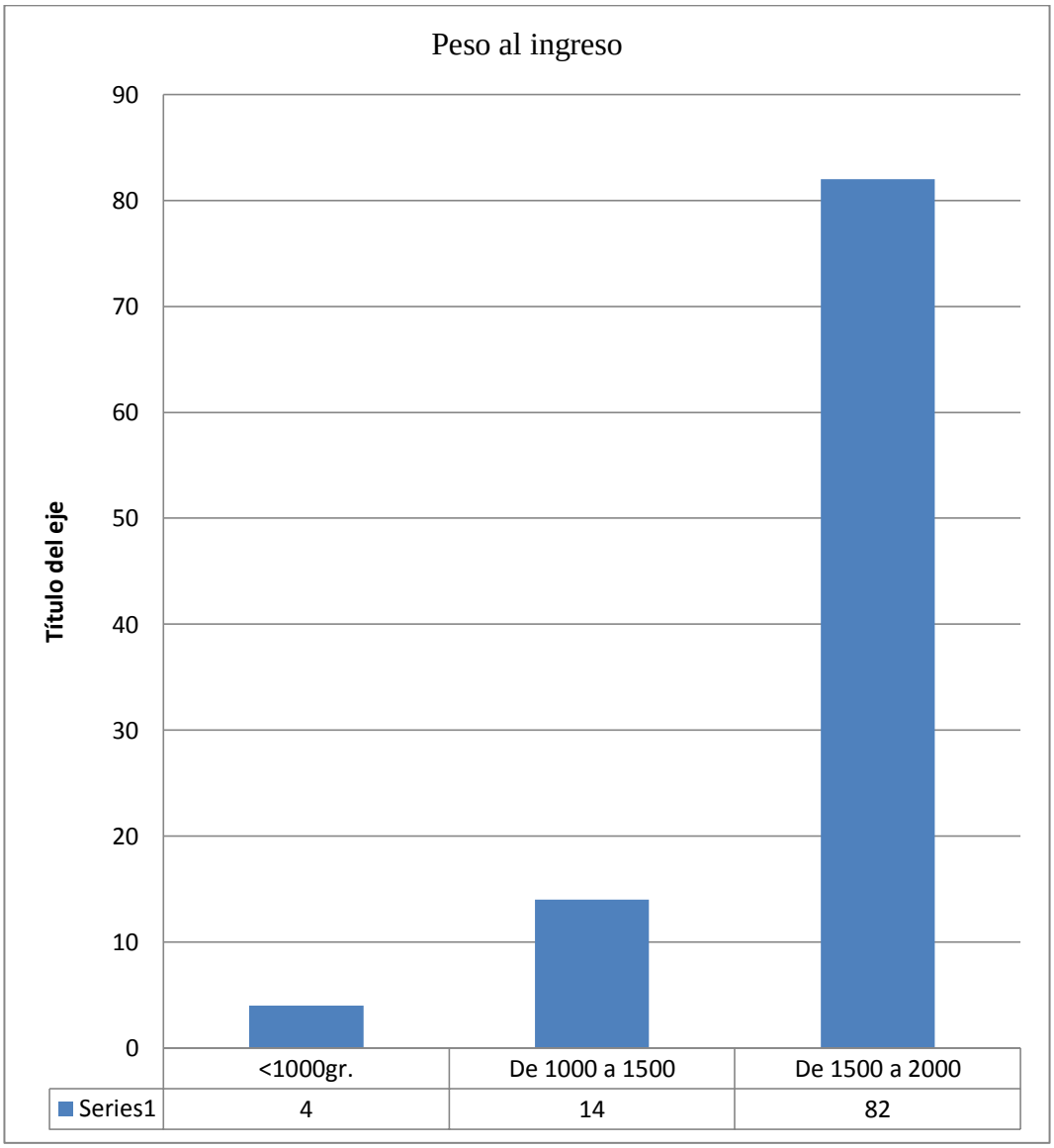
Análisis e Interpretación N° 4:

De acuerdo a los resultados obtenidos en el cuadro y gráfico N°4 se puede determinar que el 56% se produjo por parto de cesárea, y el 44% por parto normal.

(Ruza T. F., 2002) Alrededor de una cuarta parte de todos los nacimientos prematuros son planeados. Por ejemplo, el equipo médico puede decidir inducir el parto o practicar una cesárea antes de la fecha prevista para el parto debido a una complicación médica grave, como una oreeclampsia intensa, o porque el bebé ha dejado de crecer.

GRAFITABLA N°5

PESO AL INGRESO DE LOS PRETÉRMINOS MENORES DE 2000 GRAMOS INGRESADOS EN SUBPROCESO DE NEONATOLOGÍA DEL HOSPITAL DR. VERDI CEVALLOS BALDA.



Fuente: Departamento de Estadística del Hospital Dr. Verdi Cevallos Balda.
Elaborado: Por investigadores: Barba Velez María A. y Bazurto Resabala Edita V.

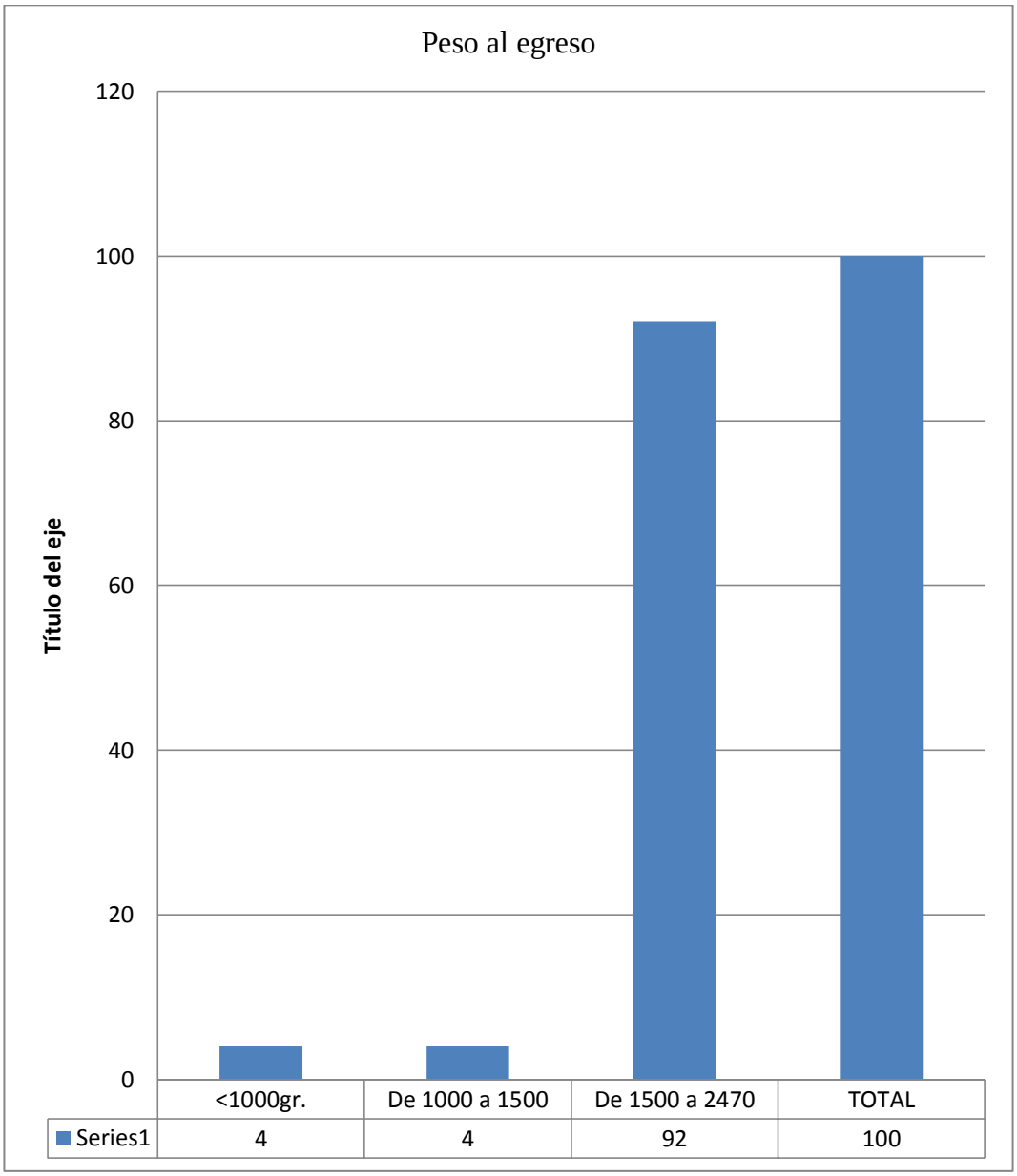
Análisis e Interpretación N° 5:

Los resultados obtenidos en el cuadro y gráfico N°5, determinan que el 82% de los pretérminos ingresaron con un peso de 1.500 a 2.000 gramos; el 14% de 1000 a 1500 y por ultimo el 4% <1000gr.

(Avery, 2001) El neonato como “bajo peso al nacimiento” el inferior a 2.500 gr. y los subgrupos de “muy bajo peso al nacimiento” a los de peso inferior a 1500 gr. y de “extremado bajo peso” al inferior a 1000 gr.

GRAFITABLA N°6

PESO AL EGRESO DE LOS PRETÉRMINOS MENORES DE 2000 GRAMOS INGRESADOS EN SUBPROCESO DE NEONATOLOGÍA DEL HOSPITAL DR. VERDI CEVALLOS BALDA.



Fuente: Departamento de Estadística del Hospital Dr. Verdi Cevallos Balda.
Elaborado: Por investigadores: Barba Velez María A. y Bazurto Resabala Edita V.

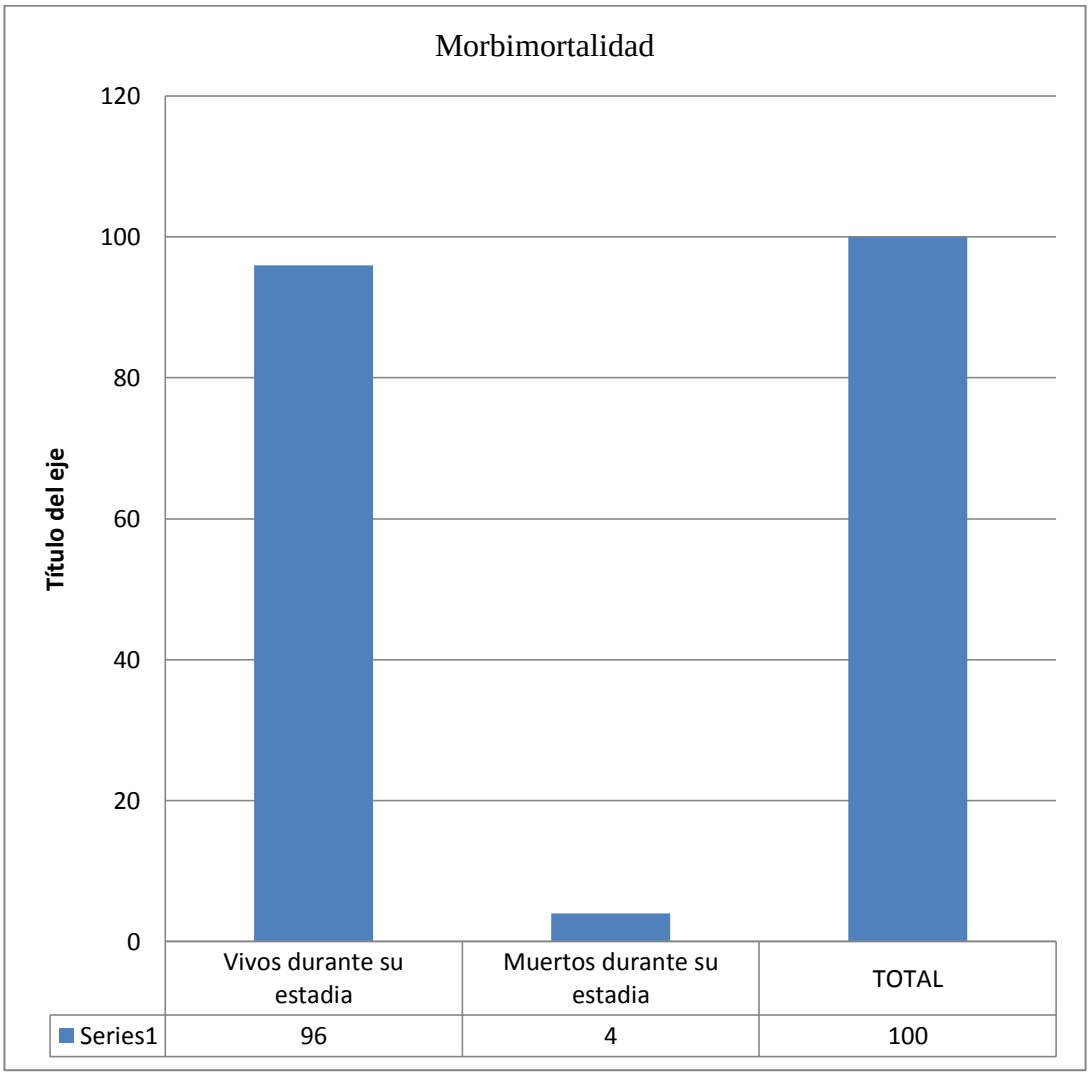
Análisis e Interpretación N°6:

De acuerdo a los resultados obtenidos en el cuadro y gráfico N°6, se puede determinar que el 92% de los pretérminos egresaron con un peso de 1.500 a 2.470 gramos; mientras tanto el 4% egresó con un peso <1000gr; y el 4% de 1000 a 1500.

(Gil, 2010) El momento del alta permite a los padres establecer una nueva relación con su hijo, similar a la que está presente en el momento del nacimiento. Por eso el alta adquiere gran importancia emotiva para los padres, en el que pueden aflorar angustias y ansiedades respecto del rol que recae sobre ellos ya que el peso debe ser mayor a 2000 gramos y que se observe un aumento de peso estable durante los últimos cinco días de internación.

GRAFITABLA N°7

MORBIMORTALIDAD DE LOS PRETÉRMINOS MENORES DE 2000 GRAMOS INGRESADOS EN SUBPROCESO DE NEONATOLOGÍA DEL HOSPITAL DR. VERDI CEVALLOS BALDA.



Fuente: Departamento de Estadística del Hospital Dr. Verdi Cevallos Balda.
Elaborado: Por investigadores: Barba Velez María A. y Bazurto Resabala Edita V.

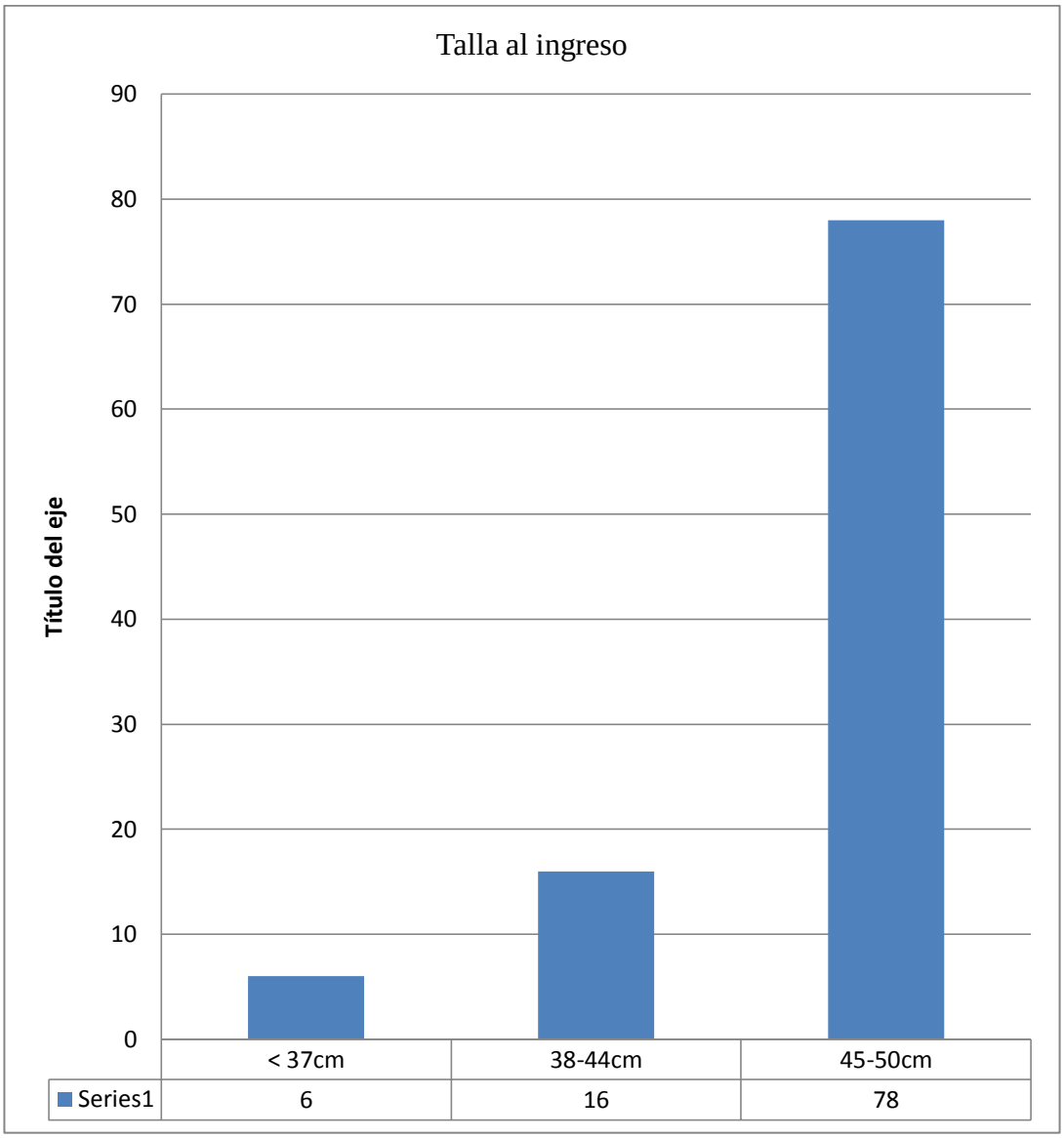
Análisis e Interpretación N°7:

De los resultados obtenidos en el cuadro y gráfico 7, se puede determinar que el 96% se encuentran vivos durante su estadía; mientras tanto el 4% murieron durante la estadía.

(Rodríguez & Gaviria, 2009) La mayor parte de la morbimortalidad afecta a los recién nacidos “muy pre términos”, cuya EG es inferior a 32 s. y especialmente a los “pre términos extremos” que son los nacidos antes de la semana 28 de EG.

GRAFITABLA N°8

TALLA AL INGRESO DE LOS PRETÉRMINOS MENORES DE 2000 GRAMOS INGRESADOS EN SUBPROCESO DE NEONATOLOGÍA DEL HOSPITAL DR. VERDI CEVALLOS BALDA.



Fuente: Departamento de Estadística del Hospital Dr. Verdi Cevallos Balda.
Elaborado: Por investigadores: Barba Velez María A. y Bazurto Resabala Edita V.

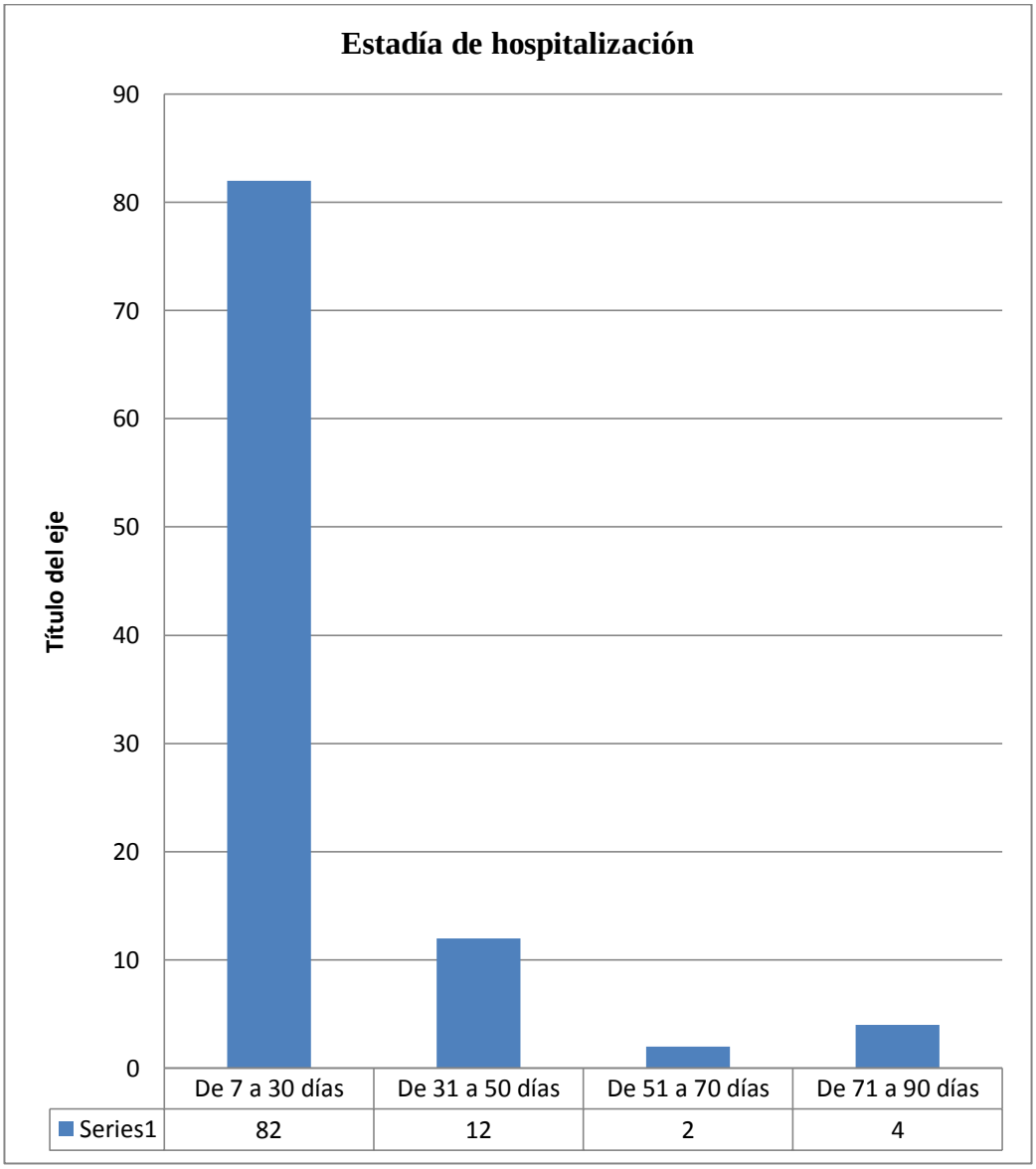
Análisis e Interpretación N°8:

De acuerdo a los resultados del cuadro y gráfico N°8, se puede evidenciar que el 78% de los pretetminos ingresaron con una talla de 45a 50 centímetros; el 16% de 38 a 44 centímetros y el 6% < 37 centímetros.

(Herrera, 2002) El recién nacido, por término medio, es de 50 cm, no obstante se producen variaciones causadas por los mismos factores señalados para el peso. La longitud límite inferior es de 46 cm, si es menor suele estar relacionado, entre otras causas, con la prematuridad. Durante el primer mes, el crecimiento en longitud del bebé es de unos 3 cm.

GRAFITABLA N°9

ESTADÍA DE HOSPITALIZACIÓN DE LOS PRETÉRMINOS MENORES DE 2000 GRAMOS INGRESADOS EN SUBPROCESO DE NEONATOLOGÍA DEL HOSPITAL DR. VERDI CEVALLOS BALDA.



Fuente: Departamento de Estadística del Hospital Dr. Verdi Cevallos Balda.
Elaborado: Por investigadores: Barba Velez María A. y Bazurto Resabala Edita V.

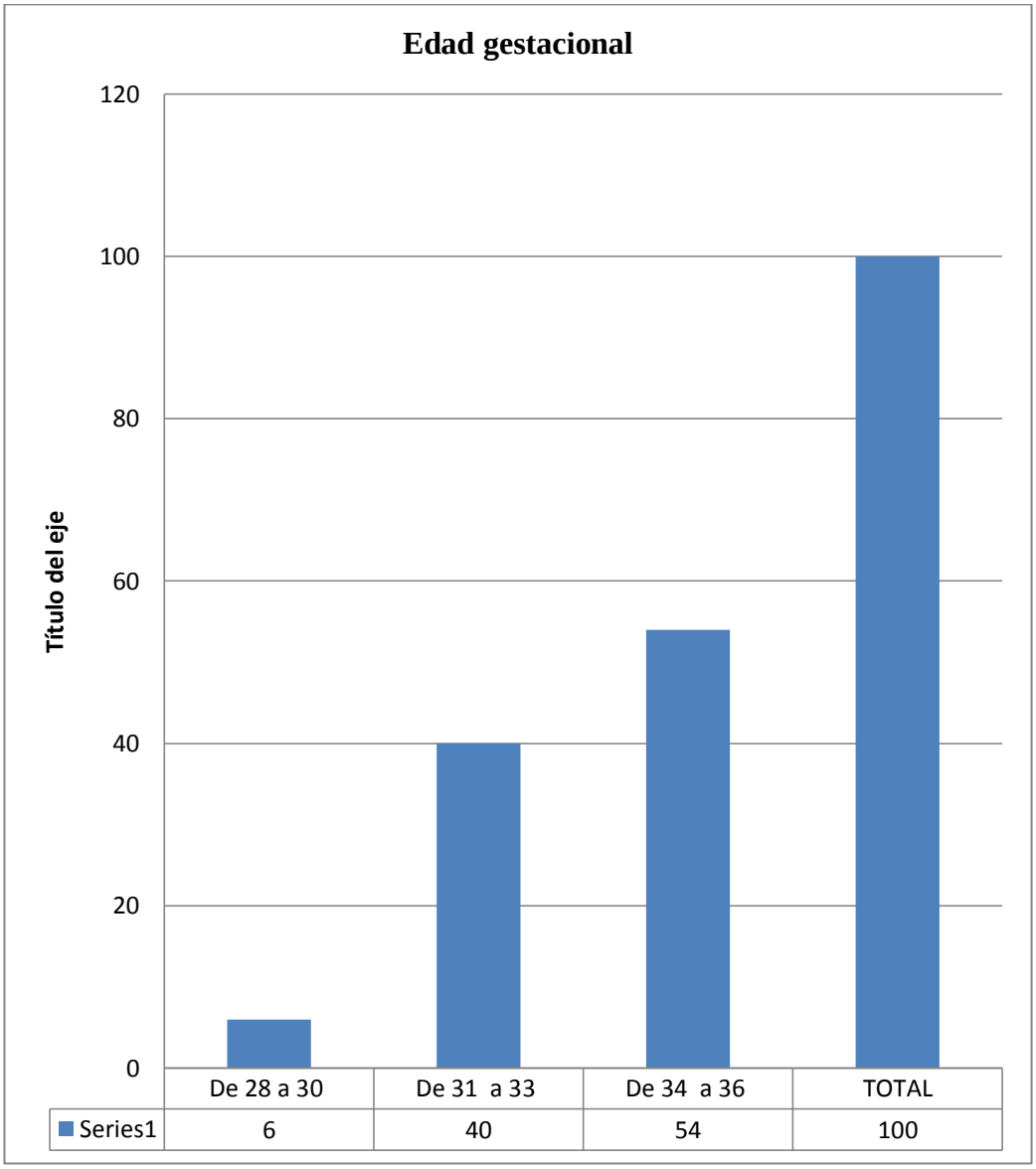
Análisis e Interpretación N°9:

De acuerdo a los resultados obtenidos en el cuadro y gráfico N°9 se puede determinar que el 82% de los pretérminos estuvieron hospitalizados de 7 a 30 días; el 12% de 31 a 50 días; 4% de 71 a 90 días y tan solo el 2% de 51 a 70 días.

(Ruza T. F., 2002) El recién nacido prematuro por su situación de salud requiere cuidados especiales en la Unidad Neonatal con hospitalización larga durante días e incluso meses, cuyas consecuencias pueden ser la disrupción de la relación padres-hijo afectando su desarrollo físico y emocional.

GRAFITABLA N°10

EDAD GESTACIONAL DE LOS PRETÉRMINOS MENORES DE 2000 GRAMOS INGRESADOS EN SUBPROCESO DE NEONATOLOGÍA DEL HOSPITAL DR. VERDI CEVALLOS BALDA.



Fuente: Departamento de Estadística del Hospital Dr. Verdi Cevallos Balda.
Elaborado: Por investigadores: Barba Velez María A. y Bazurto Resabala Edita V.

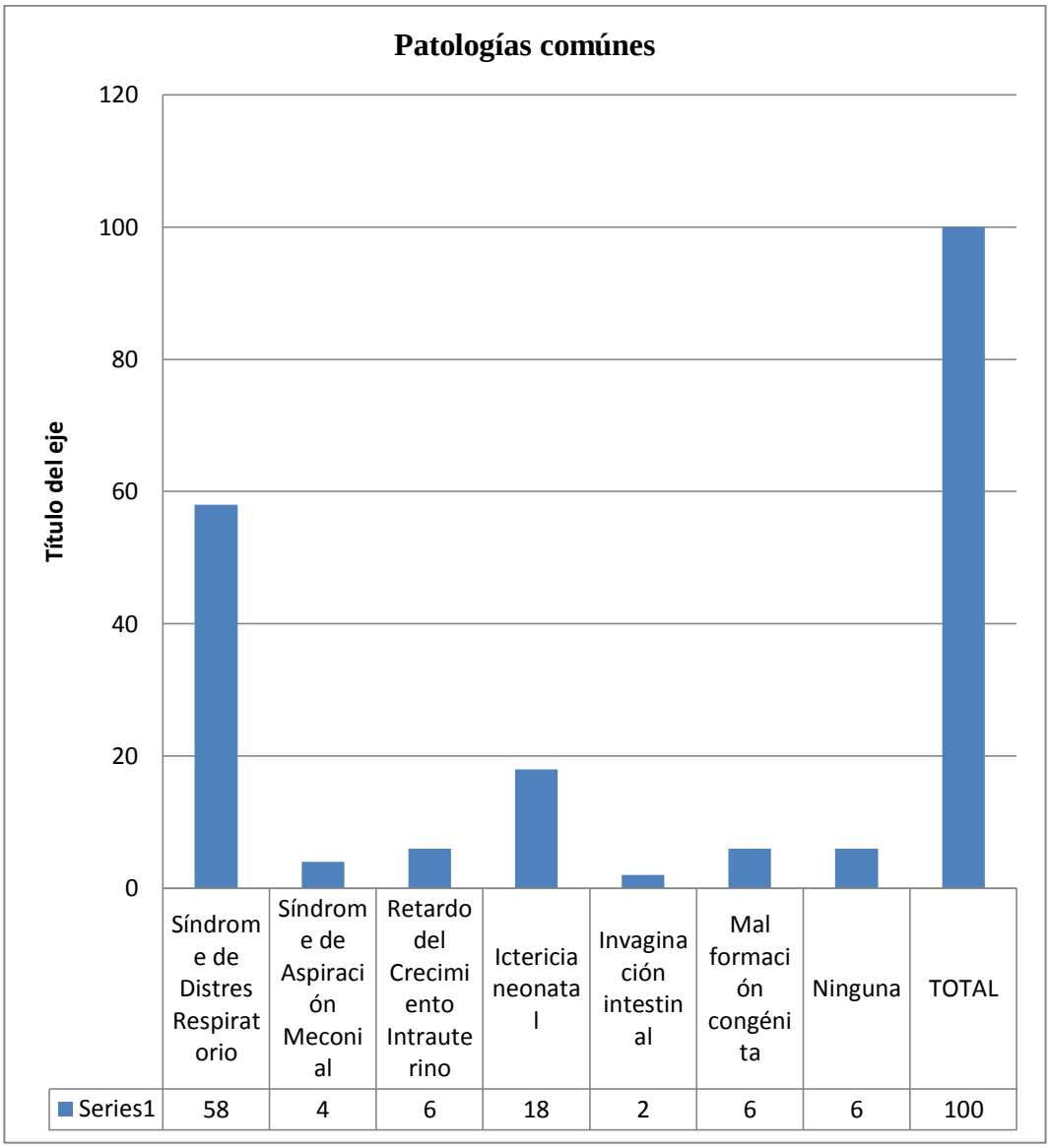
Análisis e Interpretación N°10:

De acuerdo a los resultados obtenidos en el cuadro y gráfico N°10, se establece que: el 94% tuvo una edad gestacional de 31 a 36.6 semanas y el 6% de 28 a 30 semanas.

(Ruza T. F., 2002) Se estima que cada año nacen unos 15 millones de niños prematuros (antes de que se cumplan las 37 semanas de gestación). Esa cifra está aumentando. En los 184 países estudiados, la tasa de nacimientos prematuros oscila entre el 5% y el 18% de los recién nacidos.

GRAFITABLA N°11

PATOLOGÍAS COMUNES DE LOS PRETÉRMINOS MENORES DE 2000 GRAMOS INGRESADOS EN SUBPROCESO DE NEONATOLOGÍA DEL HOSPITAL DR. VERDI CEVALLOS BALDA.



	Síndrome de Distres Respiratorio	Síndrome de Aspiración Meconial	Retardo del Crecimiento Intrauterino	Ictericia neonatal	Invaginación intestinal	Mal formación congénita	Ninguna	TOTAL
Series1	58	4	6	18	2	6	6	100

Fuente: Departamento de Estadística del Hospital Dr. Verdi Cevallos Balda.
Elaborado: Por investigadores: Barba Velez María A. y Bazurto Resabala Edita V.

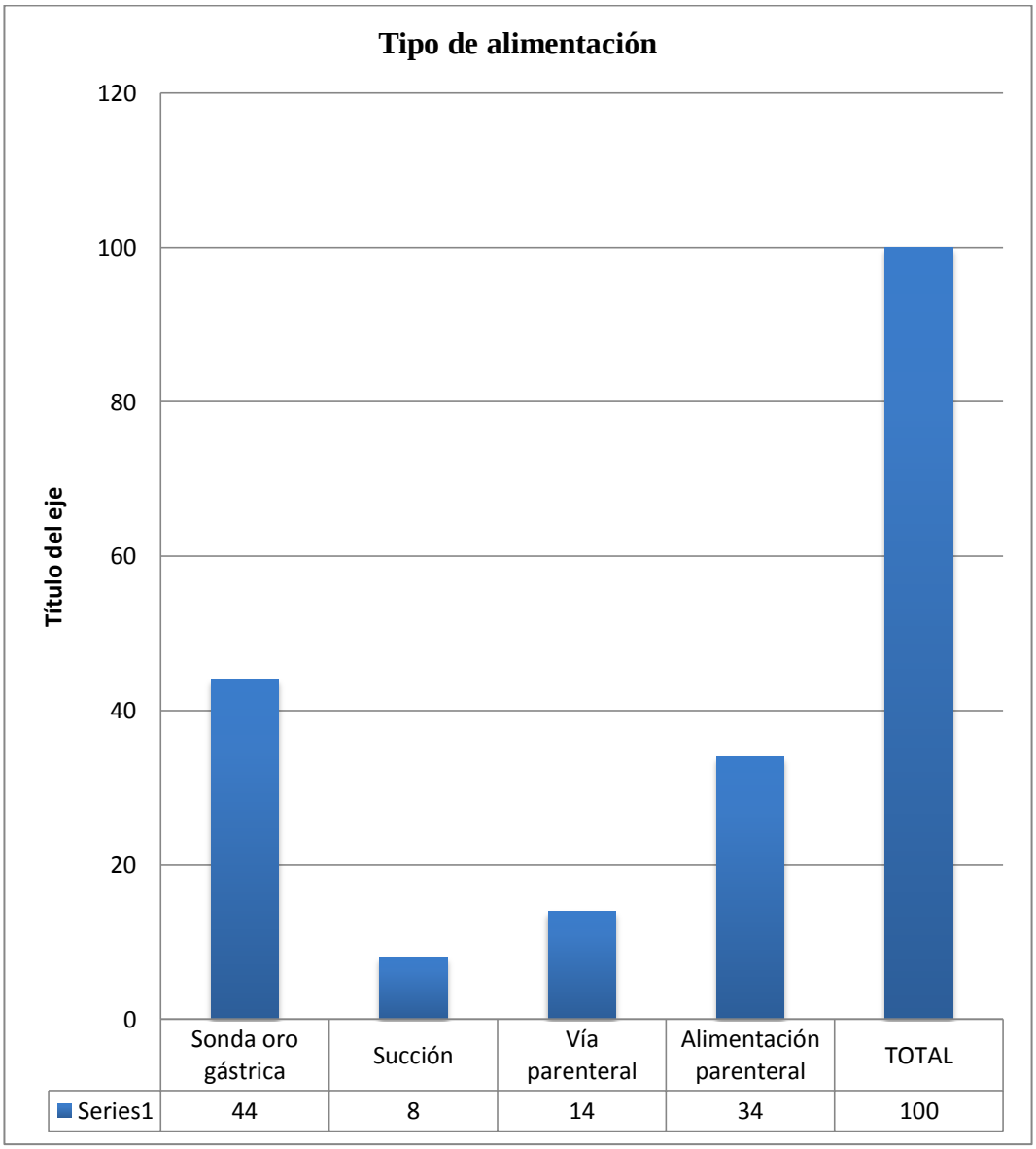
Análisis e Interpretación N°11:

De acuerdo a los resultados obtenidos en el cuadro y gráfico N°11 se determina que el 58% posee SDR; 18% Ictericia neonatal; 6% RCI; mal formación congénita ninguna; el 4% SAM y tan solo el 2% invaginación intestinal.

(Contreras, 2010) Dentro de las patologías más comunes que se dan en los prematuros se encuentran: la enfermedad de la membrana hialina, retardo del crecimiento intrauterino, ictericia.

GRAFITABLA N°12

TIPO DE ALIMENTACIÓN DE LOS PRETÉRMINOS MENORES DE 2000 GRAMOS INGRESADOS EN SUBPROCESO DE NEONATOLOGÍA DEL HOSPITAL DR. VERDI CEVALLOS BALDA.



Fuente: Departamento de Estadística del Hospital Dr. Verdi Cevallos Balda.
Elaborado: Por investigadores: Barba Velez María A. y Bazurto Resabala Edita V.

Análisis e Interpretación N°12:

De acuerdo a los resultados del cuadro y gráfico N°12, se determina que el 52% se alimenta con SOGA y succión; el 24% succión; el 20% vía parenteral y el 4% SOGA.

(Guadaíra, 2003) La recomendación actual es de iniciar precozmente la alimentación, desde el primer día en el prematuro relativamente sano, sin mayores alteraciones perinatales, independientemente del peso.

CAPÍTULO IV

CONCLUSIONES

Se determinó que la población de estudio fue de 150 neonatos pretérminos de los cuales 50 se encontraban con un peso menor de 2.000 gramos asociadas a una patologías se identificaron las siguientes características: que en el género masculino se obtuvo un mayor porcentaje con un 56 porciento a diferencia del género femenino de 44 porciento; la procedencia urbana con 84 porciento y rural con 16 porciento; y en la edad gestacional se establece que: el 94 porciento, tuvo una edad gestacional de 31 a 36.6 semanas y el 6 porciento de 28 a 30 semanas.

Dentro del peso de los pretérminos que ingresaron al hospital Dr. Verdi Cevallos Balda en los meses de estudios, se pudo determinar que el 82 porciento de los pretérminos ingresaron con un peso de 1.500 a 2.000 gramos; y el 14 porciento de 1.000 a 1.500 y por último el 4 porciento <1.000gr.; que el 78 porciento de los pretérminos ingresaron con una talla de 45 a 50 centímetros; el 16 porciento de 38 a 44 centímetros y el 6 porciento < 37 centímetros.

Entre las enfermedades analizadas se obtuvo que el 58 porciento posee SDR, siendo este el de mayor incidencia; 18 porciento Ictericia neonatal; 6 porciento RCIU; mal formación congénita ninguna; el 4 porciento SAM y tan solo el 2 porciento invaginación intestinal.

Por último se brindó una capacitación a las madres de familia mediante charlas educativas sobre los cuidados especiales en los neonatos prematuro y la importancia de controles prenatales ya que se pudo evidenciar el 94 porciento tuvo una edad gestacional de 31 a 36.6 semanas y el 6 porciento de 28 a 30 semanas.

RECOMENDACIONES

Sugerir al Ministerio de Salud Pública motivar a las pacientes en estado de gestación a realizarse de manera prioritaria todos los controles prenatales señalados en las normas para llevar un embarazo sin riesgo, y en el caso que lo hubiese poder manejar a tiempo posible complicaciones y factores de riesgos modificables que puede contribuir al desarrollo de un parto prematuro.

A la Universidad Técnica de Manabí, a la formación de la importancia y responsabilidad de la maternidad así como los controles prenatales y dar a conocer las principales complicaciones de estados de gestación que pueden desarrollar bajo peso y prematuridad al nacer.

Al Hospital Dr. Verdi Cevallos Balda de la ciudad de Portoviejo, para hacer cumplir a las pacientes gestantes los controles prenatales y evitar posteriores riesgos que desencadenan parto prematuro. Por parte de los médicos tratante del área de neonatología capacitar tanto a los internos como médicos residentes del área al manejo adecuado de los neonatos prematuros y sus complicaciones para evitar secuelas posteriores, además de evitar comprometer la morbilidad de estos pacientes.

CAPÍTULO V

PROPUESTA

TÍTULO

"PROGRAMA EDUCATIVO DE CUIDADOS ESPECIALES PARA MEJORAR LA CALIDAD DE VIDA DE LOS PREMATUROS A TRAVÉS DE CHARLAS EDUCATIVAS AL PERSONAL MÉDICO Y PARAMÉDICO DEL HOSPITAL DR. VERDI CEVALLOS BALDA DE PORTOVIEJO".

JUSTIFICACIÓN

Un adecuado crecimiento fetal intrauterino determina un peso normal al nacimiento, sinónimo de bienestar y salud en el recién nacido. Para obtener tales resultados, el binomio madre-hijo debe interactuar biológicamente dentro de un adecuado ecosistema que garantice su integridad.

Más de un millón de prematuros mueren cada año debido a complicaciones en el parto. Muchos de los bebés prematuros que sobreviven sufren algún tipo de discapacidad de por vida, en particular, discapacidades relacionadas con el aprendizaje y problemas visuales y auditivos. Cerca del 75% de estos prematuros que mueren podrían sobrevivir sin una atención costosa, con tratamientos simples, comprobados y económicos. Todo recién nacido pretérmino o de bajo peso al nacer, presenta mayor riesgo de morbilidad y mortalidad durante su estadio hospitalario en comparación con el recién nacido a término o con peso adecuado al nacer; es por esta razón que nuestro estudio se basó en charlas sobre cuidados especiales en pretérminos, para poder detectar de manera temprana complicaciones asociadas a su misma prematuridad, bajo peso o patología de nacimiento asociada y mejorar el índice de morbilidad de estos pacientes.

En este sentido, un plan de aprendizaje mediante charlas educativas a los involucrados directos e indirectos sobre los cuidados especiales específicos; es un instrumento que permitirá mejorar la morbilidad de los prematuros para evitar consecuencias negativas con el objetivo de preservar la Salud de los neonatos pretérminos que constituye una importante población atendida en el área de Neonatología del Hospital Dr. Verdi Cevallos Balda.

FUNDAMENTACIÓN

La definición de prematurez según (Herrera, 2002) asegura que: La OMS define a un recién nacido pretérmino como a todo aquél nacido antes de las 37 semanas cumplidas (259 días). Sin embargo la Academia Americana de Pediatría propone el límite a aquel recién nacido menor de 38 semanas. Esto último por el reconocido mayor riesgo de patología entre las 37 y 38 semanas. Por su parte (Cernadas, 2009), concuerda con Herrera al referirse al término prematuro a todo niño que nace después de las 20 semanas completas de gestación. También es común que se considere prematuro al recién nacido (RN) con peso menor de 2.500 g y RN menos de 2.8500 g que son de término, esto tiene una razón práctica dado que el peso es un dato más objetivo y fiable y suele constar en los registros e historias clínicas así como en los certificados de nacimiento y definición

Se determina la valoración del prematuro según (Cernadas, 2009) como un problema de salud importante tanto para el individuo como para la comunidad y, probablemente, la evaluación supondría un coste económico equilibrado con respecto a la totalidad del posible gasto en cuidados médicos; además, existen pruebas de que los beneficios del tratamiento iniciado en una fase temprana son superiores a los del tratamiento administrado en fases más tardías. En cuanto a los criterios no determinados, la historia natural del trastorno no ha llegado a comprenderse a la perfección, no existe una intervención ni un tratamiento para las pacientes afectadas que se haya aceptado universalmente y todavía no se ha establecido ninguna prueba de evaluación ni exploración adecuada y aceptable.

De acuerdo al Componente Normativo Neonatal del Ministerio de Salud del Ecuador el peso bajo al nacimiento se clasifica de la siguiente manera:

RN peso bajo al nacimiento: Cuando el recién nacido presenta un peso menor a 2.500g, se clasifica en: peso bajo <2.500g; peso muy bajo<1.500g y peso extremadamente bajo <1.000g.

(Guadaíra, 2003) Rn peso bajo para la edad gestacional: pequeño para la edad gestacional (PEG). Este se establece de acuerdo a la Curva Peso/Edad Gestacional. Corresponde al recién nacido que se ubica por su peso por debajo o en el percentil 10, en relación a la edad gestacional. Es necesario determinar si el peso bajo conlleva restricción de crecimiento fetal (RCF), simétrico o asimétrico. La RCF se determina mediante el índice de Rohrer (Índice ponderal o índice pondoestatural: IPE).

La talla del recién nacido de acuerdo (Herrera, 2002) proporciona un punto de partida para la valoración del crecimiento futuro. En recién nacidos sanos, la talla media oscila entre 55 y 60 cm. La máxima velocidad de crecimiento se produce en el cuarto mes intraútero y en los primeros seis meses de vida. La medición de la talla debe efectuarse siempre a la misma hora, pues de otro modo existen ligeras diferencias debidas al espeso de los distintos discos intervertebrales que quedan algo comprimidos por la propia carga gravitacional. Esto suele ocurrir en los lactantes cuando han iniciado la deambulación.

Tienen la piel delgada con gran área de superficie relativa a la masa muscular y falta de grasa, por lo que pierden calor fácilmente.

Sus tejidos inmaduros se pueden dañar con el exceso de O_2.

Presentan insuficiencia respiratoria por inmadurez muscular.

La inmadurez del sistema nervioso hace que los esfuerzos por respirar sean débiles.

El sistema inmunológico es inmaduro, esto ocasiona más riesgo de nacer infectados o infectarse.

Sus capilares frágiles de la matriz germinal pueden romperse durante el desarrollo del sistema nervioso central y causar hemorragia intra o periventricular.

Tienen un volumen sanguíneo pequeño, esto los hace más susceptibles a la hipovolemia. Las características que presenta un neonato pretérmino según (Avery, 2001) son relacionadas con la inmadurez del sistema renal, el mínimo progreso de la piel y el repartimiento específico de sus líquidos orgánicos. Entre 70% y 80% de su peso pertenece a agua y esto lo hace apto de mostrar disturbios hidroelectrolíticos graves.

Este proyecto integral está basado en parámetros básicos principalmente el alto número de pacientes pretérminos con bajo peso al nacer en base a los datos recolectados en el Área de Neonatología del Hospital Dr. Verdi Cevallos Balda. Seguido de las complicaciones y malformaciones que se pueden dar como causa de la prematurez. Por último ayudar en el aprendizaje de cuidados especiales oportunos y precoces que ayuden a la terapéutica empleada.

OBJETIVOS

OBJETIVO GENERAL

Indicar al personal médico y paramédico protocolos y medidas de cuidados especiales en neonatos prematuros

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

Facilitar protocolos de cuidados de pretérminos a personal médico y paramédico.

Verificar si el conocimiento transmitido a los médicos y paramédicos son asimilados

Determinar los principales factores de riesgos involucrados en el desarrollo del parto prematuro.

Motivar a las madres gestantes a la realización de los controles prenatales correspondientes a su embarazo.

BENEFICIARIOS

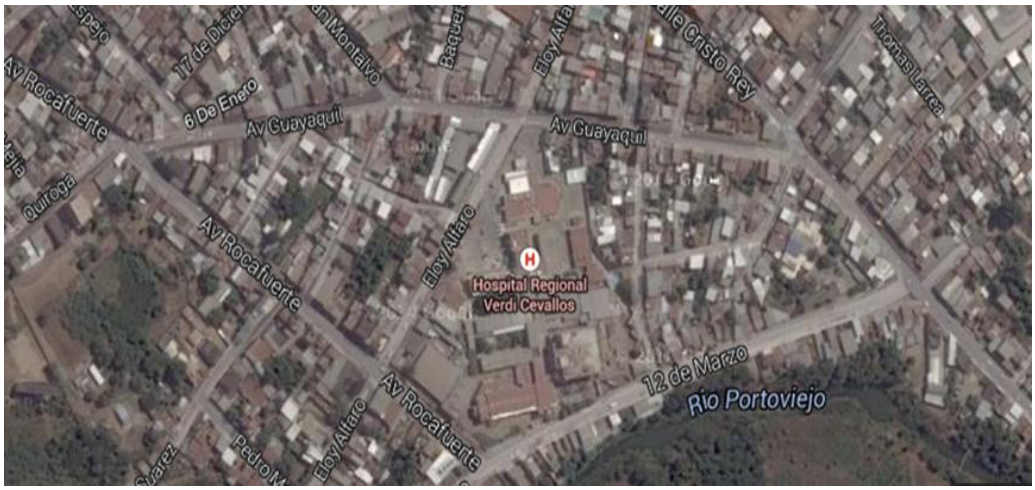
Son los padres de familias o cuidadores de los pretérminos menores de 2000 gramos que se encuentran ingresados en el área de neonatología del Hospital Dr. Verdi Cevallos Balda.

RESPONSABLES

Barba Vélez María Alejandra
Bazurto Resabala Edita Virginia

UBICACIÓN

Área de neonatología del Hospital Dr. Verdi Cevallos Balda de Portoviejo



FACTIBILIDAD

Este proyecto es factible ya que se cuenta con el tiempo requerido, motivación e interés por parte de los involucrados, información bibliográfica, así como los recursos humanos y económicos necesarios para desarrollarlo.

ACTIVIDADES

Implementación de charlas educativas con información concerniente de los cuidados importantes a considerar para el bienestar de los pretérminos a los internos residentes y médicos tratantes que laboran en esta casa de Salud.

Implementación de Charlas Informativas dirigidas a las madres de familia cuyos hijos que se encuentran ingresados en el Área de Neonatología

RECURSOS

TALENTOS HUMANOS

Padres de familia o cuidadores
Personal de Salud
Investigadoras

MATERIALES

Computadora
Afiche didáctico

INFRAESTRUCTURA

Instalaciones del Hospital Provincial Dr. Verdi Cevallos Balda.

CRONOGRAMA

ACTIVIDADES	DIA REALIZADO
Elaboración de Material Didáctico	9 de Marzo del 2015
Implementación de charlas al personal de Salud	12 de Marzo del 2015
Implementación de Charlas educativas a Madres de Familia	13 de Marzo del 2015

IMPACTO

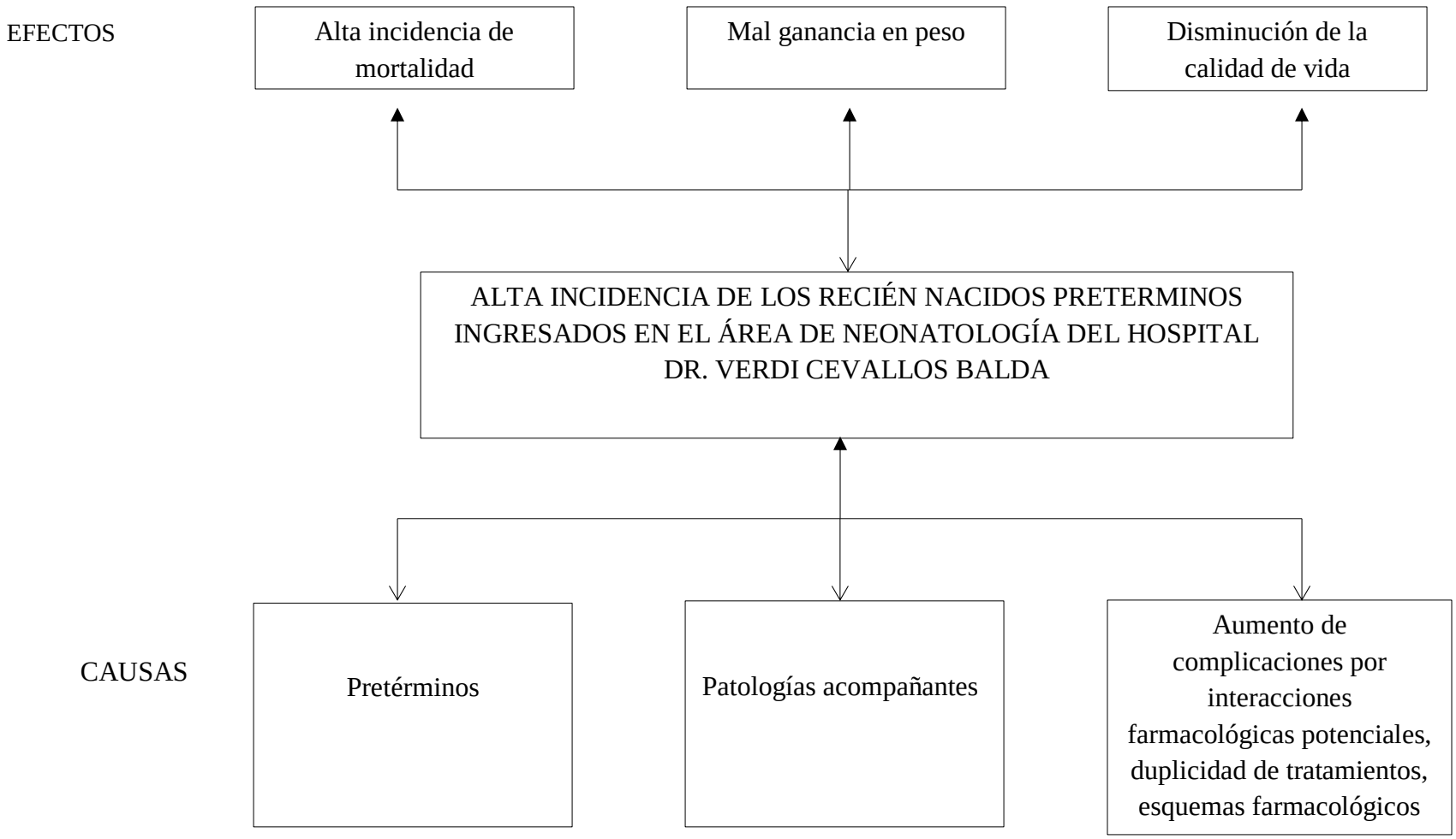
Con ésta propuesta se logró mejorar la calidad de vida de los pacientes neonatos prematuros con patologías asociadas y de ésta manera poder ayudar al tratamiento oportuno y así evitar secuelas posteriores en el desarrollo del paciente.

Así mismo se pretende, difundir información actualizada al personal de salud, sobre el manejo adecuado de los cuidados especiales de los neonatos prematuros.

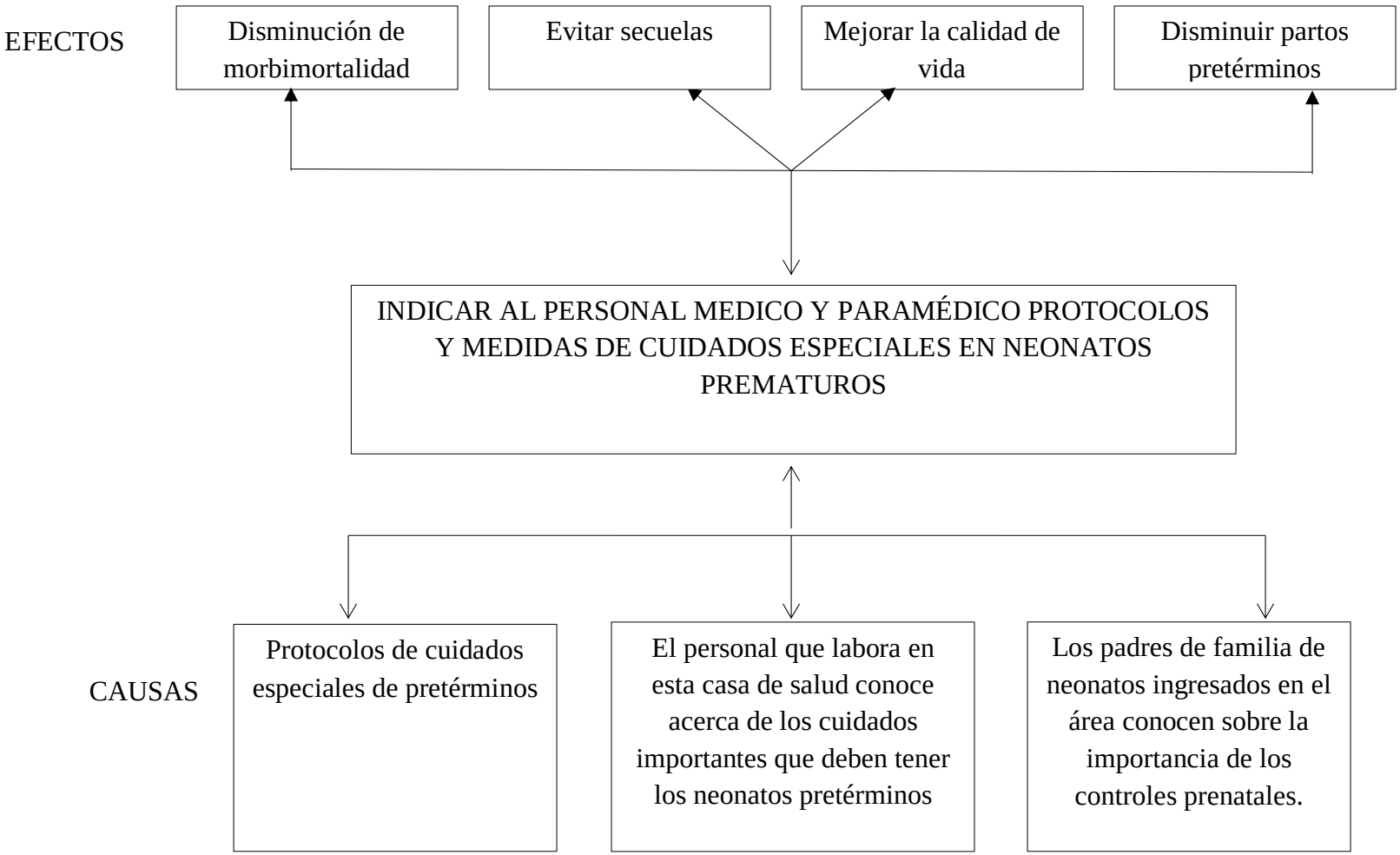
FODA

F	• La Unidad Hospitalaria cuenta con la especialidad de Neonatología para la atención integral del neonato complicado. • Se cuenta con un sistema informático para el manejo de la información pertinente a cada paciente la cual es fácilmente accesible a todos los especialistas que en el laboran. • Cumplimiento de procedimientos básicos y medidas de protocolos • Miembros del servicio de neonatología con humanismo y sentido de pertenencia
O	• Existe dotación de recursos e insumos médicos por parte del Ministerio de Salud Pública. • Se dispone de Guías Clínicas Componente Normativo Neonatal expedidas por el Ministerio de Salud Pública para la atención del Neonato. • El estado promueve la inversión social para el fortalecimiento de las habilidades y capacidades, así como la protección y cuidado del Neonato.
D	• Existe escasa comunicación entre el grupo multidisciplinario de especialistas encargados de la atención del Neonato. • Demasiada demanda de los neonatos.
A	• Falta de educación sobre cuidados especiales de los neonatos en personal médico y paramédico. • Existe un alto índice de complicaciones en neonatos pretérminos con patologías asociadas.

ÁRBOL DEL PROBLEMA



ÁRBOL DE OBJETIVOS



MATRIZ DEL MARCO LÓGICO

OBJETIVOS	INDICADORES	FUENTE DE VERIFICACIÓN	SUPUESTOS DE SUSTENTABILIDAD
OBJETIVO GENERAL: Programa educativo de cuidados especiales para mejorar la calidad de vida de los prematuros a través de charlas educativas al personal médico y paramédico del Hospital Dr. Verdi Cevallos Balda de Portoviejo	Monitoreo de conocimientos adquiridos mediante evaluación a los involucrados	Medios del fin: Fotos Registro de asistencia de los participantes	Supuestos del fin: Disponibilidad oportuna de recursos para el desarrollo del proyecto
COMPONENTES: Facilitar protocolos de cuidados de pretérminos a personal médico y paramédico.	Realización de charlas con información actual acerca de los cuidados especiales que se deben tener con los neonatos pretérminos.	Medios del fin: Fotos Registro de asistencia de los participantes	Supuestos del fin Participación activa y propositiva de los involucrados en el proyecto. Disponibilidad oportuna de recursos para la reproducción del material educativo a entregarse

Verificar si el conocimiento transmitido a los médicos y paramédicos son asimilados.	Implementación de charlas al personal médico y paramédico de esta casa de salud sobre las medidas generales en el cuidado de los neonatos prematuros.	Medios del fin: Fotos Registro de asistencia de los participantes	Supuestos del fin Predisposición y participación del personal médico involucrado en el proyecto. Disponibilidad oportuna de recursos para la reproducción del material educativo a entregarse
Motivar a las madres gestantes a la realización de los controles prenatales correspondientes a su embarazo.	Implementación de charlas a madres de familia sobre la importancia de los controles prenatales y el cuidado que se debe dar a los pretérminos.	Medios del fin: Fotos Registro de asistencia de los participantes	Supuestos del fin Participación activa y propositiva de las Madres de Familia involucrados en el proyecto

PRESUPUESTO

ÍTEMS	VALOR UNITARIO	CANTIDAD	VALOR TOTAL
Copias	0,15	600	90,00
Horas de Internet	1,00	200	200,00
Revistas Científicas	40,00	2	80,00
Impresión	0,25	100	25,00
CD	1,50	6	9,00
Papel Bond	0,02	600	12,00
Bolígrafo	0,25	6	1,50
Lápiz de Papel	0,35	6	2,10
Dispositivo USB	15,00	1	15,00
Tinta de Impresora	40,00	4	160,00
Textos	50,00	4	200,00
Transporte	5,00	10	50,00
Otros	80,00	2	160,00
	TOTAL		1004,60

Gráfico N°12. Gráfica porcentual del presupuesto utilizado en la elaboración del material investigativo "Seguimiento pondoestatural relacionados con su morbilidad de los pretérminos menos de 2.000 gramos del subproceso de neonatología del Hospital Dr. Verdi Cevallos Balda en el período octubre de 2014 a marzo de 2015".

CRONOGRAMA

ACTIVIDADES	2014												2015											
	OCTUBRE				NOVIEMBRE				DICIEMBRE				ENERO				FEBRERO				MARZO			
	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4
Presentación de tema para aprobación	■																							
Presentación de protocola de la investigación		■	■																					
Notificación a los Miembros del Tribunal y Evaluación					■																			
Reuniones con Director del Trabajo de Titulación											■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	
Planteamiento de Problema										■	■													
Justificación							■	■	■	■	■	■												
Objetivos								■	■	■	■	■	■	■										
Marco Teórico								■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■
Diseño Metodológico								■	■	■	■													
Tipo de diseño												■	■	■	■									
Tipo de estudio																			■	■	■			
Universo y muestra																				■	■	■	■	
Variable e hipótesis																							■	■
Instrumentos y recolección de datos																								■
Plan de trabajo																								
Plan de análisis																								
Plan de recolección de datos																								
Procesamiento de datos																					■	■	■	■
Presentación de datos y análisis																					■	■		
Elaboración de informe final																						■	■	■
Presentación de Trabajo de Titulación Final																								■

BIBLIOGRAFÍA

Herrera, N. J. (2002). *Neonatología.* Santiago, Chile: Universitaria, S.A.

Cernadas, C. (2009). *Neonatología práctica.* Buenos Aires, Argentina: Editorial Médica Panamericana.

Contreras, A. T. (2010). *Pediatría.* Buenos Aires, Argentina: Editorial Médica Panamericana.

Guadaíra, S. T. (2003). *ATS/DUE de las Fundaciones Públicas Sanitarias de Galicia.* Sevilla, España: CAPITEL S.L.

Avery, G. (2001). *Neonatología fisiopatológía y meno del recien nacido.* Argentina: Panamericana.

Clavero, H. E. (2009). *Neonatología práctica.* Santiago, Chile: Panamericana.

Gordon, A., & Ann, F. M. (2001). *Fisiopatología y manejo del recién nacido.* Madrid, España: Universidad de Madrid.

Ruza, T. F. (2002). *Cuidados intensivos pediátricos.* Madrid, España: CAPITEL S.L.

Rodríguez, S., & Gaviria, N. (2009). *Guías de pediatría práctica basada en la evidencia.* Colombia: Médica Panamericana.

Pantoja, S. M., & Tamez, N. R. (2006). *Enfermería en la unidad de cuidados intensivos neonatal.* Buenos Aires: Editorial Médica Panamericana.

Ruza, T. F. (2002). *Cuidados intensivos pediátricos.* Madrid, España: CAPITEL S.L.

Geomela, C.E. (2014) *Manuales clínicos neonatología*. Venezuela. Editorial Médica Panamericana.

Gil, H. A. (2010). *Tratado de Nutrición clínica.* Madrid, España: Narcea S.A.

Henández, R. M. (2004). *Pediatría.* Buenos Aires: PAIDOS S.A.

John, P, C. (2012). Manual de neonatología.séptima edición. Venezuela: Médica Panamericana.

Ortiz, E. I. (2013). *Estrategias para la prevención del bajo peso al nacer* (Vol. 4). Venezuela: Medica Panamericana.

Rodríguez, R. S. (2014). *El recién nacido prematuro.* Madrid, España: Asociación de pediatras de España.

ANEXOS

ANEXO 1

PLAN DE EGRESO

ÁREA NEONATOLOGÍA

HOSPITAL VERDI CEVALLOS BALDA

NOMBRE:

FECHA DE INGRESO: FECHA DE EGRESO:

PESO: PESO:

TALLA: TALLA:

EDAD GESTACIONAL:

PATOLOGÍA AGREGADA:

SI NO

ESPECIFICAR:

1. ÓRGANOS DE LOS SENTIDOS:
2. APARATO RESPIRATORIO:
3. APARATO CARDIOVASCULAR:
4. APARATO DIGESTIVO:
5. APARATO GENITOURINARIO:
6. SISTEMA HEMATOLÓGICO:
7. SISTEMA ENDOCRINO:
8. SISTEMA NERVIOSO :
9. OTRAS:

ALIMENTACIÓN:

CUIDADOS ESPECIALES:

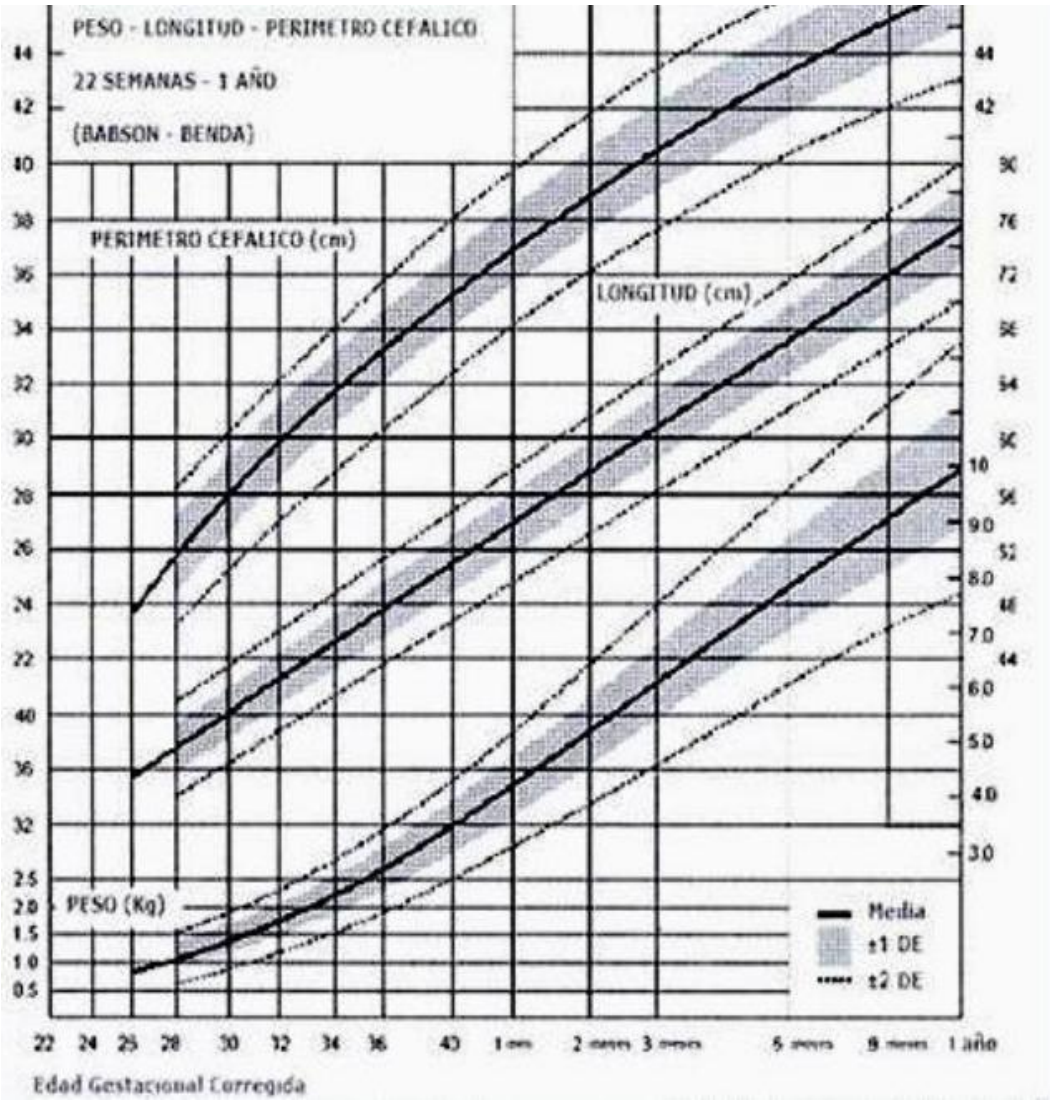
ANEXO 2

PLAN DE EGRESO

ÁREA NEONATOLOGÍA

HOSPITAL VERDI CEVALLOS BALDA

CURVA DE CRECIMIENTO



EVOLUCIÓN:

ANEXO 3

Búsqueda de histórias clínicas

ANEXO 4

Búsqueda de historia clínica

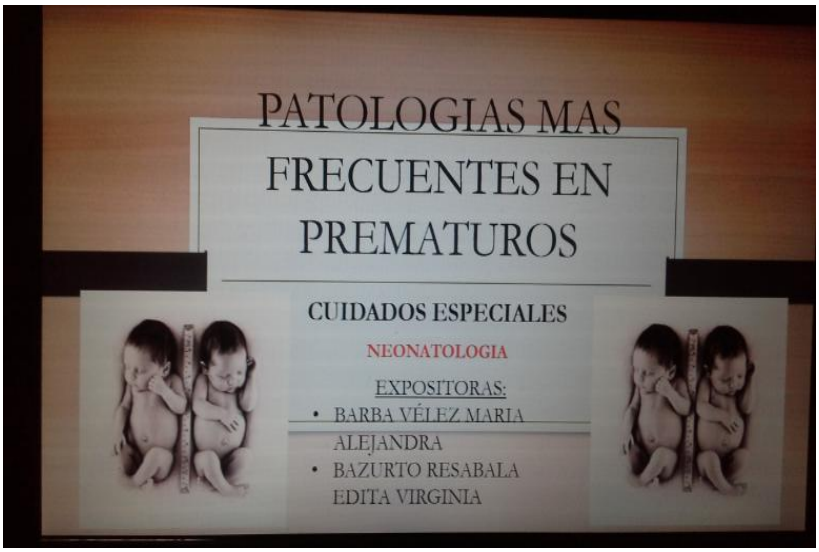
ANEXO 5

Revisión de historia clínica

ANEXO 6

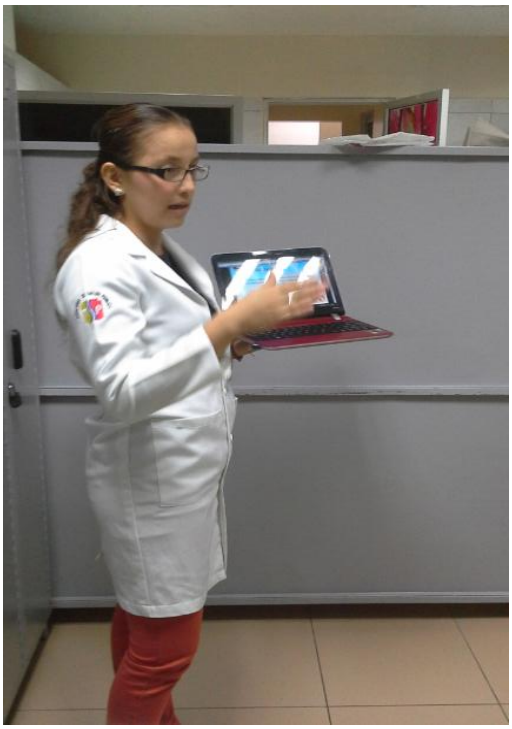
Revisión de historia clínica

ANEXO 7



Presentación de diapositivas para las charlas a los padres de familia

ANEXO 8



Exposición de charlas

ANEXO 9

Exposición de charlas

ANEXO 10

Personal de neonatología

ANEXO 11

Toma de medidas, peso y talla

ANEXO 12

Toma de medidas, peso y talla

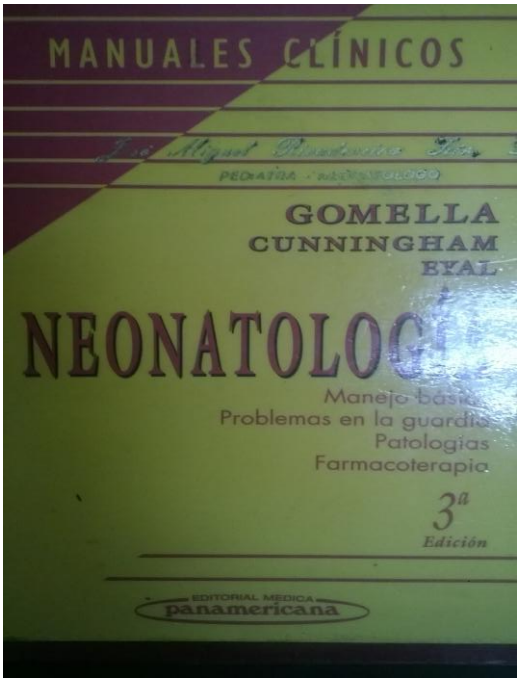
ANEXO 13

Toma de medidas, peso y talla

ANEXO 14

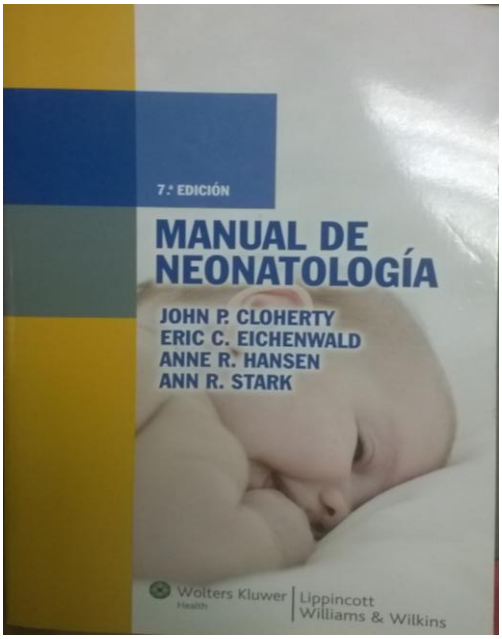
Toma de medidas, peso y talla

ANEXO 15



Guía para la realización de las charlas y del proyecto de investigación

ANEXO 16



Guía para la realización de las charlas y del proyecto de investigación