

UNIVERSIDAD PERUANA LOS ANDES

FACULTAD DE MEDICINA HUMANA

ESCUELA PROFESIONAL DE MEDICINA HUMANA



TESIS

Título: Estudio clínico epidemiológico en recién nacidos prematuros menores de 1500g. – Hospital El Carmen Huancayo 2021.

Para optar : El Título Profesional de Médico Cirujano

Autor : Daianna Adela Hinostroza Carrasco

Asesor : Dr. Miguel Mercado Rey

Líneas de Investigación Institucional: Salud y Gestión de la salud

Fecha de inicio : 01 de Febrero 2021

Fecha de culminación: 01 de febrero 2022

Huancayo – Perú

2022

DEDICATORIA

A mi familia, por su cariño y apoyo constante para realizarme profesionalmente y a mis amigos.

AGRADECIMIENTOS

A la Universidad Peruana los Andes, Facultad de Medicina Humana, escuela profesional de medicina humana, por las enseñanzas impartidas en las aulas a donde acudí para formarme como profesional de la salud, así también por darme las facilidades administrativas para el desarrollo de la tesis. También agradezco a la dirección del Hospital El Carmen que me permitió el acceso a la información

CONTENIDO

	Página
Caratula.....	i
Dedicatoria.....	ii
Agradecimientos.....	iii
Contenido.....	iv
Contenido de tablas.....	v
Contenidos de figuras.....	vi
Resumen/Abstract.....	vii

CAPITULO I

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

1.1. Descripción de la realidad problemática.....	11
1.2. Delimitación del problema.....	12
1.3. Formulación del problema.....	13
1.3.1. Problema General.....	12
1.3.2. Problema (s) Especifico (s).....	13
1.4. Justificación.....	13
1.4.1. Social.....	13
1.4.2. Teórica.....	13
1.4.3. Metodológica.....	14
1.5. Objetivos.....	14
1.5.1. Objetivo general.....	14
1.5.2. Objetivo(s) Especifico(s).....	14

CAPITULO II

MARCO TEORICO

2.1. Antecedentes (internacionales, nacionales y regionales)	16
2.2. Bases Teóricas o Científicas.....	18
2.3. Marco Conceptual (de las variables y dimensiones)	25

CAPITULO III

HIPOTESIS

3.1. Hipótesis General.....	28
3.2. Hipótesis específica.....	28
3.3. Variables (definición conceptual y operacional).....	28

CAPITULO IV

METODOLOGIA

4.1. método de investigación.....	29
4.2. Tipo de Investigación.....	29
4.3. Nivel de Investigación.....	29
4.4. Diseño de investigación.....	29
4.5. Población y muestra.....	30
4.6. Técnicas e Instrumentos de recolección de datos.....	31
4.7. Técnicas de procesamiento y análisis de datos.....	32
4.8. Aspectos éticos de investigación.....	32

CAPITULO V

RESULTADOS

5.1. Descripción de resultados.....	33
ANALISIS Y DISCUSION DE RESULTADOS.....	40
CONCLUSIONES.....	48
RECOMENDACIONES.....	51
REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS.....	50
ANEXOS	
Anexo 1. Matriz de consistencia.....	57
Anexo 2. Matriz de operalización de variables.....	58
Anexo 3 Instrumento de investigación.....	60
Anexo 4 La data de procesamiento de datos.....	63
Anexo 5 Proveído de aceptación del Hospital el Carmen.....	66
Anexo 6 Fotos de recolección de datos.....	67

CONTENIDO DE TABLAS

Tabla Nro 1	36
Distribución según perfil clínico epidemiológico: Características del parto y examen físico en los recién nacidos prematuros menores de 1500g. – Hospital El Carmen Huancayo 2021	
Tabla Nro 2	36
Distribución según perfil clínico epidemiológico: Antecedentes prenatales en los recién nacidos prematuro menores de 1500g. - Hospital El Carmen Huancayo 2021.	
Tabla Nro. 3	37
Distribución según perfil clínico epidemiológico: Estancia hospitalaria en los recién nacidos prematuros menores de 1500g. - Hospital El Carmen Huancayo 2021.	
Tabla Nro.4	38
Distribución según perfil clínico epidemiológico: Sexo y edad gestacional de los recién nacidos prematuros menores de 1500g.- Hospital El Carmen Huancayo 2021.	
Tabla Nro. 5	41
Distribución según perfil clínico epidemiológico: Condición de supervivencia al alta en los recién nacidos prematuros menores de 1500g. – Hospital El Carmen Huancayo 2021.	

CONTENIDO DE FIGURAS

Grafico Nro. 1	v
Etiologías en los recién nacidos prematuros menores de 1500g. – Hospital El Carmen Huancayo 2021.	

Grafico Nro. 2	40
Distribución porcentual de los antecedentes maternos en los recién nacidos prematuros menores de 1500g. – Hospital El Carmen Huancayo 2021	
Gráfico Nro 3	40
Distribución porcentual de patologías maternas durante la gestación de los recién nacidos prematuros menores de 1500g. – Hospital El Carmen Huancayo 2021.	

Objetivo: Analizar el perfil clínico epidemiológico de los recién nacidos prematuros menores de 1500g. en el Hospital El Carmen Huancayo 2021.

Métodos: Diseño observacional, retrospectivo, descriptivo, transversal, con un muestreo probabilístico, aleatorio simple.

Resultados: Se estudio a 108 recién nacidos prematuros menores de 1500g. los cuales presentaban un peso 1000 – 1499g. 82,4%, Apgar normal 76,9%, PEG 72,2%, parto por cesárea 97,2%, con membranas integras 85,2%. Antecedentes prenatales: edad materna 18-35años 69,4%, grado de instrucción secundaria 73,2%, multigestas 63,0%, < 6 CPN 79,6%. Actividades hospitalarias: administración de surfactante 37%, corticoides antenatales 88%, fototerapia 16,7%, oxígeno suplementario ≤ 28 días 54%, inicio de alimentación enteral < 48 horas 74,1%. Estancia hospitalaria < 30 días 39,8%. Antecedentes maternos: cesárea 12,5%, prematuridad 6,7%.

Conclusiones: En el perfil clínico epidemiológico de los recién nacidos prematuros menores de 1500 g. se encontró que el sexo mujer representa la mayor parte, con una edad gestacional de 28 a 32 semanas. La sepsis neonatal, membrana hialina, displasia broncopulmonar, la anemia son las etiologías mas frecuentes y la condición de supervivencia al alta fue vivo.

Palabras clave: Estudio clínico epidemiológico, Recién nacidos, Prematuros menores de 1500g. (Fuente:DeCS BIREME)

Objective: To analyze the clinical epidemiological profile of premature newborns under 1500 g. at El Carmen Huancayo Hospital 2021.

Methods: Observational, retrospective, descriptive, cross-sectional design, with a probabilistic, simple random sampling.

Results: The study of 108 preterm infants weighing less than 1500 g were studied. which had a weight of 1000 – 1499g. 82.4%, normal Apgar 76.9%, PEG 72.2%, cesarean delivery 97.2%, with intact membranes 85.2%. Prenatal history: maternal age 18-35 years 69.4%, secondary education level 73.2%, multiple gestations 63.0%, < 6 CPN 79.6%. Hospital activities: administration of surfactant 37%, antenatal corticosteroids 88%, phototherapy 16,7%, supplemental oxygen \leq 28 days 54%, start of enteral feeding < 48 hours 74.1%. Hospital stay < 30 days 39.8%. Maternal history: caesarean section 12.5%, prematurity 6.7%

Conclusions: In the clinical epidemiological profile of premature newborns under 1500 g. It was found that the female sex represents the majority, with a gestational age between 28 to 32 weeks. Neonatal sepsis, hyaline membrane, bronchopulmonary dysplasia, anemia are the most frequent etiologies and the survival condition at discharge was alive.

Keywords: Clinical epidemiological study, Newborns, Premature infants less than 1500g. DASS-21. (Source: MeSH NLM)

CAPITULO I

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

1.1. Descripción de la realidad problemática

La organización Mundial de la salud define al prematuro como nacido vivo antes de haber cumplido las 37 semanas de gestacion¹.

Las complicaciones del prematuro son la principal causa directa de muerte neonatal y en los sobrevivientes, es común algún tipo de deficiencia, limitación o restricción, condiciones que afectan a la persona, familia, al sistema de salud y la sociedad. Las tasas mundiales de discapacidad asociadas a los prematuros oscilan entre el 9% y el 34% se estima una tasa del 14,6% de parálisis cerebral atribuible a los nacimientos prematuros que ocurren entre las semanas 22 y 27 de gestación².

Es necesario saber cuales son los factores relevantes en los prematuros, para reforzar las estrategias diseñadas para encontrar tener impacto en la disminución de la mortalidad neonatal³. El prematuro es un ser funcional y estructuralmente inmaduro el cual es susceptible a las enfermedades, provenientes del macro y microambiente de la madre, en la transición de la vida intrauterina a la vida fuera del utero⁴.

Actualmente, el servicio de neonatología del Hospital El Carmen se enfrenta al reto de mejorar la supervivencia de los recién nacidos de bajo peso al nacer, así como minimizar las morbilidades.

Las tasas de supervivencia revelan desigualdades notables entre los distintos países del mundo, la mitad de los bebés que nacen a las 32 semanas mueren por falta de atención rápida, eficaz y adecuada, como por ejemplo aportar al recién nacido calor suficiente, apoyo a la lactancia materna y atención básica para combatir infecciones y problemas respiratorios⁵.

El trabajo actual investigo las tasas de supervivencia, así como las comorbilidades y las causas de muerte de los recién nacidos con bajo peso al nacer ($\leq 1500\text{g}$).⁶ Nos permitirá establecer una línea de base para mejorar la supervivencia y calidad de vida de los prematuros.

1.2. Delimitación del problema

Se incluyo en el estudio a los neonatos prematuros menores de 1500g. que estuvieron hospitalizados en el departamento de neonatología del Hospital Regional Docente Materno Infantil el Carmen durante el año 2019 y 2020.

1.3. Formulación del problema

1.3.1. Problema general

¿Cuál es el perfil clínico epidemiológico, en recién nacidos prematuros menores de 1500 g. en el Hospital El Carmen Huancayo 2021?

1.3.2. Problemas específicos

- ¿Cuál es la distribución según sexo que tienen los recién nacidos prematuros menores de 1500 g. en el Hospital El Carmen Huancayo 2021?
- ¿Cuál es la distribución según edad gestacional al nacimiento, de los recién nacidos prematuros menores de 1500 g. en El Hospital el Carmen Huancayo 2021?
- ¿Cuáles son las etiologías más frecuentes que presentan los recién nacidos prematuros menores de 1500 g. en el Hospital El Carmen Huancayo 2021?
- ¿Cuál fue la condición de supervivencia al alta en los recién nacidos prematuros menores de 1500 g. en el Hospital El Carmen Huancayo 2021?

1.4. Justificación

1.4.1. Social

Al conocer las características clínico epidemiológicas de los neonatos prematuros nos permitirá indagar como influye en la mortalidad y morbilidad. Los neonatos prematuros tiene una serie de problemas, que se pueden prevenir para mejorar la supervivencia, eso se lograra contando con el equipamiento y medicamentos complementarios para el soporte de cada neonato, lo que podrá mejorar a futuro el desarrollo normal de los neonatos, además mejorara la calidad de vida y reducirá gastos.

1.4.2. Teórica

La prematuridad de los recién nacidos es un problema prevalente en la ciudad de Huancayo, la recolección y análisis de información nos dará un mejor panorama acerca de la situación en la que se mantiene a los neonatos prematuros, además se conocerán aspectos médicos que no han sido evaluado, así también

conoceremos mas a fondo las principales causas de morbilidad y los factores que intervienen en la supervivencia.

1.4.3. Metodología

En el presente trabajo se hará uso del método científico ordenado y sistematizado, el cual permitirá descubrir las condiciones en las que se presentan cada suceso específico, se utilizaran técnicas de investigación orientadas al análisis y síntesis, que nos permitirá conocer el estado clínico y epidemiológico el cual será evaluado por un instrumento que además podrá ser usado como modelo para otros estudios relacionados al tema.

1.5. Objetivos

1.5.1. Objetivo General

Determinar el perfil clínico epidemiológico en los recién nacidos prematuros menores de 1500 g. en el Hospital El Carmen Huancayo 2021

1.5.2. Objetivos(s) Especifico(s)

- Identificar la distribución según sexo que tiene los recién nacidos prematuros menores de 1500 g. en el Hospital El Carmen Huancayo 2021
- Identificar la distribución según edad gestacional al nacimiento de los recién nacidos prematuros menores de 1500 g. en El Hospital el Carmen Huancayo 2021.

- Identificar las etiologías más predominantes que presentan los recién nacidos prematuros menores de 1500 g. en El Hospital el Carmen Huancayo 2021.
- Identificar la condición de supervivencia al alta en los recién nacidos prematuros menores de 1500 g. en el Hospital El Carmen Huancayo 2021.

CAPITULO II

MARCO TEORICO

2.1. Antecedentes de investigación

A nivel internacional

Guillen, D. et al (2012) concluyeron que los factores fetales: como el sexo masculino, las malformaciones congénitas o múltiples productos del embarazo se asocian al parto prematuro y los factores maternos como embarazo adolescente, intervalo gestacional menor de 2 años y enfermedades del embarazo incluyendo infecciones de tracto urinario, anemia, control prenatal deficiente, representan un riesgo de parto prematuro³.

Valdes, NO. Et al (2015) concluyeron que la mortalidad del prematuro tardío obtuvo 14,7% y en la literatura se reportan tasas entre 4,7% y 19,7%. La hiperbilirrubinemia sigue siendo el diagnóstico más frecuente y se asocia a la mortalidad en 19,3%⁷.

Ortiz, P. (2017) concluye que existe un alto índice de factores de riesgo asociados a la morbilidad neonatal, siendo indispensable el diagnóstico oportuno y la implementación de intervenciones preventivas y terapéuticas que favorezcan la reducción de esas tasas⁴.

Rio, R. et al (2019) concluyeron que los modelos predictivos permiten una atención más personalizada de los prematuros y un mejor aprovechamiento de los recursos, para controlar la mortalidad en bebés prematuros de España⁸.

A nivel nacional

Chirinos, Y. (2011) concluye que, a mayor peso al nacer mayor sobrevivida, hay probabilidad de 27 veces de morir teniendo pesos 1000-1499g. las multigestas tienen 20 veces mayor probabilidad de un parto prematuro. Las infecciones y el síndrome de dificultad respiratoria predominan en la mayoría de los casos así también la retinopatía de la prematuridad tiene riesgo 5 veces mayor con oxígeno suplementario > de 7 días⁹.

Orbezoza, KL. (2015) concluye que la prematuridad tardía incrementa considerablemente el riesgo de morbilidad y mortalidad neonatal¹⁰.

Pacherre, YM. Et al (2016) concluyeron que los partos atendidos el 8,7% fueron prematuros, el 69% de ellos tenía Apgar 7 a 10 y el 62% fueron trasladados a la UCIN (Unidad de cuidados intensivos neonatales), hospitalizados una semana 62%. Las madres eran de zona urbana en un 60,8%, el 62% tuvo cesárea y el 38% parto vaginal, el 52% infección urinaria, el 8% parto pretérmino y el 1% abrupto placentario⁵.

Mendoza, P. (2018) concluye que el género masculino en los prematuros es el de mayor porcentaje, el tipo de parto más frecuente es cesárea con un 60% seguido del parto vaginal con un 40%, el APGAR a los 5 minutos, el nivel más frecuente es de 7 a 10 puntos¹¹.

Collazos, L. et al (2018) concluyeron que la cardiopatía congénita, el síndrome de distrés respiratorio y el no tener ningún control prenatal; son factores que se asocian a la mortalidad neonatal en prematuros¹².

2.2. Bases teóricas o científicas

2.2.1. Perfil clínico epidemiológico

2.2.1.1. Prematuridad del recién nacido

Se define como un recién nacido vivo producto de un parto normal o cesárea antes de llegar a las 37 semanas de gestación. Los prematuros se dividen en subcategorías:

- a. Según edad gestacional¹:
 - Extremos (menos de 28 semanas)
 - Muy prematuros (28 a 32 semanas)
 - Moderados a tardíos (32 a 37 semanas)

La inducción de parto y la cesárea no deben programarse antes de las 39 semanas de gestación, sino está indicado por razones medicas¹.

- b. Según peso al nacer¹³:

Las tablas de crecimiento de Fenton evalúan la edad gestacional vs. El crecimiento.

Constan de los siguientes:

- < 1000 g. peso extremadamente bajo al nacer (PEBN)
- 1000 a 1499 g. muy bajo peso al nacer (MBPN)
- 1500 a 2500 g. bajo peso al nacer (BPN)

Epidemiologia

Los bebés con bajo peso al nacer son el 50% de las muertes infantiles y el 50% de niños discapacitados. La tasa de supervivencia es directamente proporcional al peso al nacer. En Estados Unidos sobrevive un 20% entre 500 – 600g. y 85 a 90% pesan 1250 – 1500g. En Perú y en otros países del mundo, la tasa de supervivencia de prematuros está aumentando debido a la tecnología, el uso de surfactante y personal especializado⁹.

En el Perú se reporta que 1,4% nacen con muy bajo peso al nacer siendo la principal causa de muerte la depresión, asfixia y posteriormente el síndrome de dificultad respiratoria, con una tasa de mortalidad 37% según información del Hospital Nacional Guillermo Almenara⁹.

En el Hospital Nacional dos de Mayo, según estudios realizados entre 2002 – 2004, el 1% nacen con menos de 1500g, con la principal causa de morbimortalidad, el síndrome distress respiratoria y en segundo lugar la sepsis⁹.

El nacimiento prematuro es la principal causa de mortalidad perinatal y es la causa del 50% de los defectos de nacimiento, además nacen en España unos 30.0000 bebés prematuros y en un 10% tenía edad gestacional (EG) \leq 32 semanas o peso al nacer menor de 1500g.⁷.

El 90% de prematuros extremos con menos de 28 semanas, en países de bajos ingresos, mueren en los primeros días de vida y en países de ingresos altos, menos del 10% de los bebés mueren¹⁴.

2.2.1.2. Mortalidad en prematuros con peso menor de 1500g.

Los RN menores de 1500g. representan entre 1 – 2% de los nacimientos, lo cual aportan significativamente a la mortalidad neonatal con 50 al 70% y la infantil

con 25 al 40% en la región del Sur de América, los cuales requieren atención perinatal especializada⁶.

La primera causa de mortalidad neonatal se asocia a parto prematuro 33%, seguido de infecciones 20%, malformaciones congénitas 13%, asfixia y causas relacionadas con la atención de parto 11% y otras causas 20%¹⁵.

Las defunciones en RN prematuros en Perú, está en aumento con 63%, registrado en 2011 a 67% en 2018, para 2019 aumento al 70%; se divide en prematuros extremos 23%, muy prematuros 21% y prematuros tardíos 26%¹⁵.

2.2.1.3. Enfermedades de los prematuros menores de 1500g.

Los prematuros extremos no están preparados para la vida ectópica, su principal problema es la asfixia. Los pulmones inmaduros son un desafío y les puede afectar la enfermedad de membrana hialina (EMH) y va a depender mucho el tratamiento que reciban para la supervivencia¹⁴. Posteriormente se debe vigilar la apnea del prematuro y prevenir la displasia broncopulmonar, mediante el manejo adecuado de la oxigenoterapia¹³.

Los bebés nacidos entre 35 y 36 semanas de edad tenían 13,2 veces más probabilidades de tener hiperbilirrubinemia, hospitalización y fototerapia en comparación a los nacidos a término, siendo la edad gestacional un predictor de ictericia grave⁸.

No está bien descrito un crecimiento recuperador en los recién nacidos muy pretérminos o de muy bajo peso al nacer. Los datos encontrados son contradictorios, pero hay evidencia de que la recuperación del crecimiento puede ocurrir en etapas posteriores, pudiendo, afectar su estatura adulta^{16,17}.

2.2.2.4. Factores maternos

La edad materna es un factor que aumenta la probabilidad de afecciones neonatales. Estudios indican que edades maternas mayores a 35 años apoyan a los defectos de nacimiento, aumentando el riesgo en 2,37 veces, comparado con mujeres de edades inferiores¹⁸.

Los embarazos en adolescentes tienen más probabilidades de tener enfermedad en sus hijos, con un mayor número de defectos cardíacos congénitos y otras afecciones como labio leporino, paladar hendido e infecciones bacterianas¹⁹.

Varios autores han informado defectos de cierre del tubo neural en bebés de madres adolescentes, teniendo una incidencia y mortalidad incrementada en 2 – 3 veces. En este caso, son 3 veces más susceptibles a insuficiencia respiratoria e infección prenatal²⁰.

La morbilidad neonatal en el embarazo adolescente puede ser multifactorial; en primer lugar, es un embarazo no planificado que conduce a una actitud de negación, ocultamiento por temor, conllevando a una atención prenatal tardía. En segundo lugar, la inmadurez de los genitales. En tercer lugar, un entorno familiar disfuncional con ausencia de apoyo^{18,19,20}.

Las enfermedades crónicas también se asocian con una mayor morbilidad en los lactantes²¹. La hipertensión crónica se asocia al parto prematuro, el bajo peso al nacer y el RCIU (restricción de crecimiento intrauterino), contribuyendo a las altas tasas de morbilidad del neonato²¹.

Entre otros factores encontramos el peso de la madre antes del embarazo, asociado con un mayor estrés respiratorio, hipoglicemia neonatal que también ocurre como una complicación común en mujeres obesas²².

Los hábitos tóxicos de la madre que aumentan la morbilidad en los bebés; fumar en el embarazo aumenta el riesgo de dificultad respiratoria al nacer y asfixia perinatal debido a la prematuridad y al bajo peso al nacer^{23,24}.

El humo del tabaco tiene nicotina que provoca el aumento de los niveles de carboxihemoglobina fetal y la vasoconstricción de arterias uterinas, así también el cianuro, el tiocianato y el monóxido de carbono, provocan envejecimiento prematuro de la placenta, disminuyendo el flujo de oxígeno y nutrientes del útero al feto, llevando a un parto prematuro y asfixia neonatal²⁴.

2.2.2.5. Patología materna

Varias afecciones se asocian con altas tasas de morbilidad neonatal, incluidas infecciones vaginales y del tracto urinario, diabetes gestacional, ruptura prematura de membranas y preeclampsia²³.

Muchos estudios muestran que las infecciones del tracto urinario y vaginales en el embarazo están relacionadas a la enfermedad de membrana hialina, bronconeumonía, hiperbilirrubinemia, prematuridad y la taquipnea transitoria del recién nacido. Las infecciones estimulan la liberación de citoquinas proinflamatorias, interleucinas, prostaglandinas, que desencadenan el parto pretérmino, la ruptura de las membranas, la corioamnionitis y el síndrome de respuesta inflamatoria fetal²⁵.

La rotura prematura de membranas se asocia con el síndrome de dificultad respiratoria, enfermedad de membrana hialina y otras como la hemorragia interventricular, enteritis, uveítis, anemia neonatal e hipertensión pulmonar²⁶. Se identifica que el feto es expuesto a microorganismos patógenos que se encuentran en el canal del parto, lo que aumenta la probabilidad de infección neonatal²⁷.

La preeclampsia aumenta la probabilidad de partos pretérmino, asociado con la taquipnea neonatal transitoria, la asfixia perinatal, la hipoglucemia neonatal transitoria y la policitemia lo cual pueden afectar a la homeostasis y al crecimiento fetal y neonatal²⁸.

Por otro lado, hijos de madres con diabetes gestacional tienen riesgo de asfixia perinatal y trauma obstétrico, podrían asociarse con un elevado número de recién nacidos con pesos extremos²⁹.

2.2.2.6. Factores influyentes en el trabajo de parto

Muchos factores influyen en el trabajo de parto como el parto pretérmino, en la que el neonato tiene 4 veces mayor riesgo de complicaciones médicas que los nacidos a término³⁰.

Los prematuros a menudo tienen pulmones inmaduros, con llevándolos a la hipoxia y a efectos neurológicos, con un deterioro del metabolismo oxidativo, lactato elevado, pH disminuido, necrosis cortical y neuronal selectiva, hemorragia intraventricular, disfunción renal y cardíaca^{31, 32}.

El líquido amniótico meconial aumenta la morbilidad neonatal, es factor de riesgo para la asfixia perinatal y el síndrome de distrés respiratorio, lo cual es más

frecuente en prematuros, provocando neumonía química con atelectasia y aumento de la presión pulmonar³³.

La cesárea puede causar una taquipnea transitoria y un síndrome de dificultad respiratoria en el recién nacido, tanto en pretérmino y a término especialmente en cesárea selectiva, asociado también con la aparición de hipertensión pulmonar, edema pulmonar, broncoaspiración del líquido amniótico meconial. Las complicaciones son causa de la falta de aclaramiento del líquido pulmonar durante el paso del recién nacido del medio interno al externo, suceso favorecido por las contracciones del parto ^{33, 34}.

2.2.2.7. Factores neonatales

Los neonatos de peso extremadamente bajo al nacer tienen mayor morbilidad, todos con una alta necesidad de soporte ventilatorio³⁵.

Recientemente se ha comprobado que el uso de CPAP desde el nacimiento reduce la necesidad de surfactantes exógenos en más del 40% de los casos, lo cual reduce el uso de asistencia ventilatoria³⁶.

Se ha demostrado que los varones tienen más probabilidades de experimentar dificultades en el periodo neonatal como el síndrome de dificultad respiratoria, apnea neonatal y la necesidad de ventilación mecánica. Esto se explica al azar, el cual favorece a las mujeres por su potencial reproductivo para la perpetuación de la especie humana³³.

2.2.2.8. Avances en el manejo de prematuros

La supervivencia de los bebés muy prematuros mejoró dramáticamente a principios de la década de 1970 con tres factores: uso de corticoesteroides administrados en la gestación para maduración pulmonar fetal, el ventilador mecánico y el uso del CPAP. El tercer hecho; es el uso de la nutrición parenteral, que contribuye a mejorar el estado constitucional de los recién nacidos prematuros extremos¹⁴.

2.2.2.9. Alimentación parenteral y enteral en el prematuro

La mayoría de los recién nacidos de bajo peso al nacer, por debajo del percentil 10 a las 36 semanas de gestación. Lo que recomienda según el comité de nutrición de la academia estadounidense de pediatría, es iniciar lo más temprano posible la alimentación enteral, ya que el objetivo es lograr una tasa de crecimiento posnatal similar a la de los fetos de la misma edad gestacional ¹⁴.

2.3. Marco conceptual (de las variables y dimensiones)

2.3.1. Nacido vivo

Es una extracción completa de un neonato del cuerpo de la madre independientemente de la duración del embarazo, el cual manifieste algún signo de vida, como el latido del corazón, pulsaciones del cordón umbilical o movimiento efectivo de músculos voluntarios³⁴.

2.3.2. Periodo perinatal

Abarca desde las 22 semanas de gestación (154 días) hasta el final de las primeras semanas de vida neonatal (28 días)³⁷.

2.3.3. Periodo neonatal

Es un bebe que tiene menos de 28 días desde su nacimiento, por parto vaginal o por cesárea, es un periodo muy corto de la vida en el que ocurre cambios muy lentos con consecuencias importantes para el resto de la vida del bebe³⁸.

2.3.4. Muertes neonatales

Ocurre cuando un bebe muere dentro de los primeros 28 días después del nacimiento³⁹.

2.3.5. Muerte neonatal precoz

La muerte ocurre desde al nacimiento hasta los primeros 7 días de vida⁴⁰.

2.3.6. Muerte neonatal tardía

La muerte ocurre entre el octavo y los 28 días de vida⁴⁰.

2.3.7. Características clínicas

Es un cuadro clínico, manifestaciones clínicas o solo clínica, es un contexto o marco significativo, definido por la relación entre los signos y síntomas que se presentan en una determinada enfermedad (en realidad, que presenta el enfermo)⁴¹.

2.3.8. Características epidemiológicas

Las variables de persona son rasgos, cualidades, propiedades de la persona que, por tener alguna relación con una enfermedad, tienen interés epidemiológico ya que individuos con ciertas características pueden tener mayor o menor probabilidad de padecer una enfermedad⁴².

CAPITULO III

HIPOTESIS

3.1. Hipótesis General

No aplica por ser una investigación de carácter descriptivo.

3.2. Hipótesis específica

No aplica por ser una investigación de carácter descriptivo.

3.3. Variables

3.3.1. Variables de caracterización

Características clínico epidemiológicas

3.3.2. Variable de interés

Recién nacidos prematuros menos de 1500g.

CAPITULO IV

METODOLOGIA

4.1. Método de Investigación⁴³

Cuantitativo

4.2. Tipo de Investigación⁴⁴

Según categoría cuantitativo

Según la intervención del investigador Observacional

Según la planificación de la medición Retrospectiva

Según la planificación de mediciones Transversal

Según la manipulación de variables Descriptivo

4.3. Nivel de Investigación⁴⁴

Descriptivo

4.4. Diseño de la Investigación⁴³

No experimental, transversal tipo descriptivo:

M → O

Donde:

M= Es la muestra.

O= Es la observación de hechos relevantes.

4.5. Población y muestra

La población de estudio estuvo conformada por los 120 recién nacidos prematuros menores de 1500g. que salieron de alta del servicio de UCI neonatal del Hospital el Carmen Huancayo que reunieron los criterios de inclusión durante el 2019 y 2020.

Determinación de la muestra⁴⁵

Donde:

$$n = \frac{N * Z_{\alpha}^2 * p * q}{d^2 * (N - 1) + Z_{\alpha}^2 * p * q}$$

N = Marco muestral

α = Alfa (máximo error muestral)

Z_{α} = Nivel de Confianza

d = Precisión

P = Prevalencia de enfermedad

q = Complemento de p

n = Tamaño de muestra

Para determinar que:

N=	Marco muestral	N=	120
α =	Alfa (máximo error tipo I)	α =	0,050
Z=	Valor tipificado	Z=	1,96
d=	Precisión	d=	3%
P=	Prevalencia de enfermedad	P=	0,5
q=	Complemento de p	q=	1 - 0,5
n=	Tamaño de muestra	n=	107,9

Determinándose que se estudiara 108 unidades de análisis.

Tipo de muestreo⁴⁵

Se realizó un muestreo probabilístico, aleatorio simple, se asigna un número a cada individuo de la población a través de números aleatorios, se eligen tantos sujetos como sea necesario para completar el tamaño de muestra requerido.

4.6. Técnicas e Instrumentos de recolección de datos

La recolección de datos se realizó en el Hospital el Carmen Huancayo en la oficina de estadística, informática y archivo de historias clínicas, el instrumento de medición fue una ficha recolección de datos diseñada en función de objetivo general y específicos, consta de datos en relación al perfil clínico (datos del examen físico, características del parto y morbilidad neonatal), perfil epidemiológico (antecedentes prenatales, antecedentes maternos, patologías maternas, actividades hospitalarias y estancia hospitalarias) en los recién nacidos prematuros durante la permanencia de servicio de UCI neonatal.

Criterios de Inclusión

- Neonatos prematuros con peso menor de 1500g. que fueron registrados en el libro del servicio de UCI del Hospital El Carmen.
- Edad gestación menor de 37 semanas por examen físico.

Criterios de exclusión

- Recién nacidos menores de 500gr.
- Recién nacidos con malformaciones congénitas mayores.
- Recién nacidos de parto domiciliario.

- Recién nacidos a término y postérmino.
- Historia clínica con registros borrosos e incompletos.

4.7. Técnicas de procesamiento y análisis de datos

Una vez recolectados los datos se sometieron a un proceso de crítica, codificación, luego se transfirieron a una base de datos diseñada en el programa versión 22 para su tabulación cuyos resultados se presentaron en tablas y gráficos estadísticos de acuerdo a los objetivos específicos.

4.8. Aspectos éticos de la investigación

Principios éticos: Este trabajo cumplió con los principios de beneficencia, no maleficencia, autonomía y justicia que la bioética promueve. Para garantizar la protección de los principios de la ética, el presente estudio se realizó en estricto cumplimiento de las normas de buenas prácticas de investigación contenidas en el código Internacional Armonizado de la Organización Mundial de la Salud y en la Declaración de Helsinki. Así mismo este trabajo pasó por el comité de ética de la Facultad de Medicina Humana de la UPLA con dictamen favorable, además también cuenta con el permiso institucional del Hospital el Carmen – Huancayo.

CAPITULO V

RESULTADOS

5.1. Descripción de resultados

Tabla Nro.1

Distribución según perfil clínico epidemiológico: Características del parto y examen físico en los recién nacidos prematuros menores de 1500g.- Hospital

El Carmen Huancayo 2021.

Características del parto y examen físico	n	%
Peso (g.)		
1000-1499	89	82,4
500-999	19	17,6
APGAR		
Normal	83	76,9
Deprimido moderado	15	13,9
Deprimido severo	10	9,2
Peso/EG		
PEG	78	72,2
AEG	30	27,8
Tipo de parto		
Cesárea	105	97,2
Vaginal	3	2,8
Estado de las membranas amnióticas		
Integras	92	85,2
Rotas	16	14,8

Fuente: Elaboración propia n= 108

En la tabla Nro.1 se observa que el perfil clínico epidemiológico en los recién nacidos prematuros menores de 1500g. del Hospital El Carmen Huancayo 2021, tuvieron un peso (g.) 1000-1499: 89(82,4%) y 500-999: 19(17,6%), un APGAR normal 83(76,9%) y 15(13,9%) nacieron con depresión moderada. Según Peso/EG 78(72,2%) tuvieron un pequeño peso para edad gestacional y 30(27,8%) nacieron con adecuado para edad gestacional. El tipo de parto fue cesárea: 105(97,2%), vaginal: 3(2,8%) y el estado de las membranas amnióticas se encontraba íntegras: 92(85,2%) y rotas: 16(14,8%).

Tabla Nro. 2

Distribución según perfil clínico epidemiológico: Antecedentes prenatales en los recién nacidos prematuros menores d 1500g. - Hospital El Carmen

Huancayo 2021.

Antecedentes prenatales	N	%
Edad materna		
> 36 años	20	18,5
18-35 años	75	69,4
< 18 años	13	12,0
Grado de instrucción		
Superior	17	15,7
Secundaria	79	73,2
Primaria	12	11,1
Nº de gestaciones		
Multigesta	68	63,0
Primigesta	40	37,0
Control prenatal		
< 6 CPN	86	79,6
≥ 6 CPN	14	13,0
Ninguno	8	7,4

Fuente: Elaboración propia n= 108.

En la tabla Nro2 se observa que el perfil clínico epidemiológico en los recién nacidos prematuros menores d 1500g. del Hospital El Carmen Huancayo 2021, que

la edad materna fue de 18-35 años 75(69,4%) y en menor proporción < 18 años 13(12,0%). Grado de instrucción secundaria 79(73.2%) y primaria 12(11,1%). Numero de gestaciones, multigesta 68(63.0%) y primigesta 40(37,0%). Control prenatal < 6 CPN 86(79,6%) y ninguno 8(7,4%).

Tabla Nro. 3

Distribución según perfil clínico epidemiológico: Estancia hospitalarias en los recién nacidos prematuros menores de 1500g. - Hospital El Carmen

Huancayo 2021.

Estancia hospitalaria	N	%
Administración de Surfactante		
No	68	63,0
Si	40	37,0
Corticoides antenatales		
Si	95	88,0
No	13	12,0
Fototerapia		
No	90	83,3
Si	18	16,7
Oxígeno Suplementario		
≤ 28 días	54	50,0
> 28 días	44	40,7
No	10	9,3
Inicio de alimentación enteral		
< 48 horas	80	74,1
48h-72 horas	19	17,6
> 3 días	9	8,3
Días de hospitalización		
< 30 días	43	39,8
30-60 días	35	32,4
> 60 días	30	27,8

Fuente: Elaboración propia n=108

En la tabla Nro3 se observa que el perfil clínico epidemiológico en los recién nacidos prematuros menores de 1500g. del Hospital El Carmen Huancayo 2021, no se administró surfactante 68(63,0%) y se administró a 40(37,0%). Se uso

corticoides antenatales 95(88,0%) y no se usó 13(12,0%). No recibieron fototerapia 90(83,3%) y recibieron 18(16,7%). Requerimiento de oxígeno ≤ 28 días 54(50,0%) y no recibieron 10(9,3%). Inicio de la alimentación enteral < 48 horas 80(74,1%), > 3 días 9(8,3%). Tuvieron una estancia hospitalaria que fue, < 30 días 43(39,8%), > 60 días 30(27,8%).

Tabla Nro. 4

Distribución según perfil clínico epidemiológico: Sexo y edad gestacional de los recién nacidos prematuros menores de 1500g. – Hospital El Carmen

Huancayo 2021.

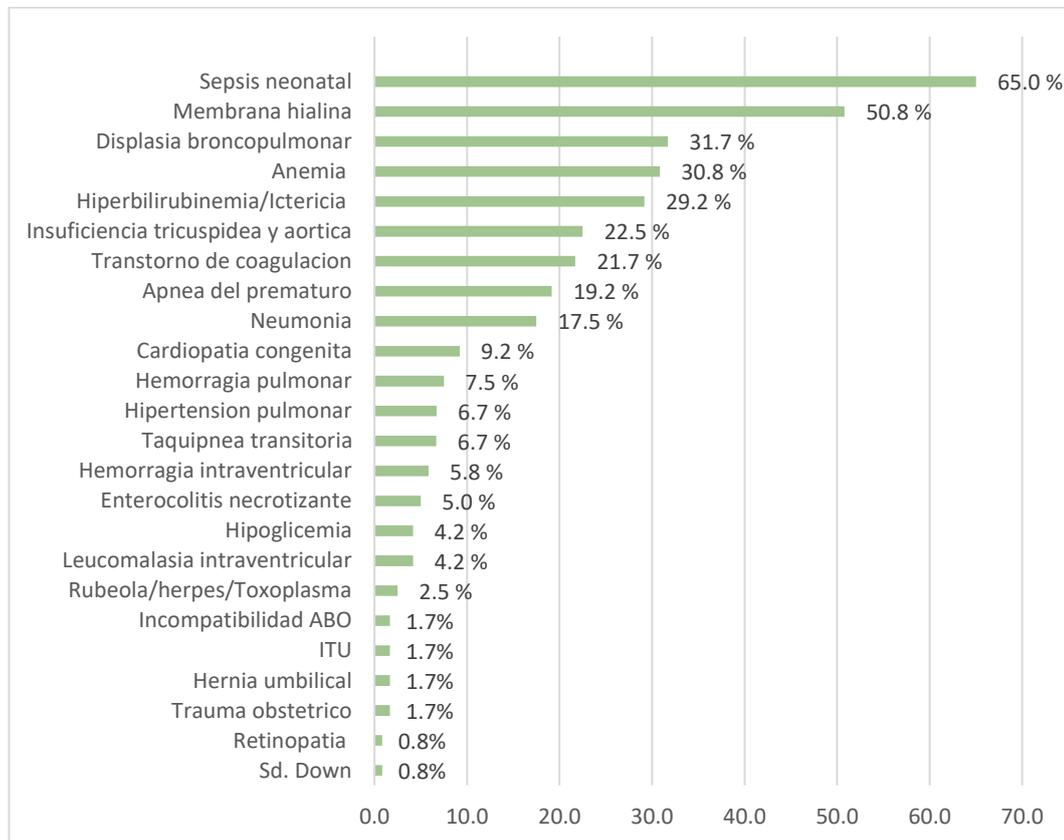
Perfil clínico epidemiológico	n	%
Sexo		
Mujer	56	51,9
Hombre	52	48,1
Edad gestacional		
> 32 sem.	35	32,4
28-32 sem.	69	63,9
< 28 sem.	4	3,7

Fuente: Elaboración propia n= 108

En la tabla Nro. 4 se observa que el perfil clínico epidemiológico en los recién nacidos prematuros menores de 1500g. del Hospital El Carmen Huancayo 2021, tuvo una distribución según sexo mujer: 56(51,9%) y hombre: 52(48,1%), con respecto a la edad gestacional al nacimiento fue 28 - 32 sem. 69(63,9%) y < 28 sem. 4(3,7%).

Gráfico Nro. 1

Etiologías en los recién nacidos prematuros menores de 1500g. - Hospital El Carmen Huancayo 2021.

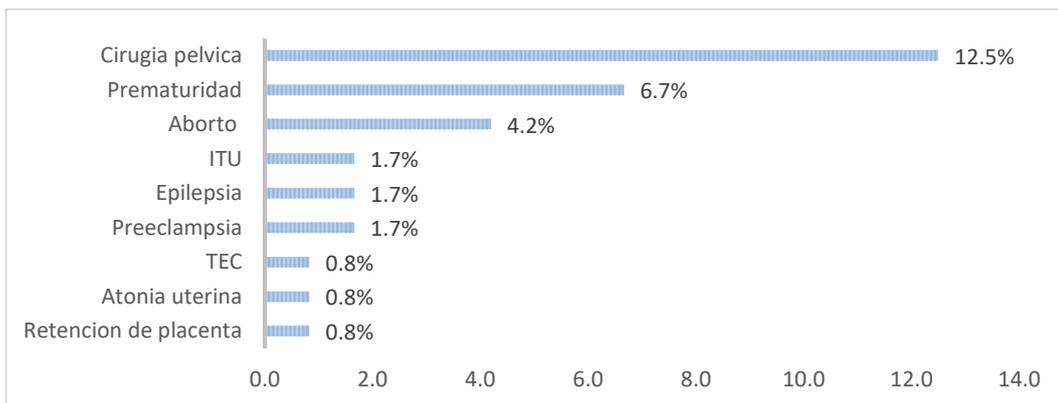


Fuente: Elaboración propia n=108.

En el gráfico Nro. 1 se observa que las etiologías en los recién nacidos prematuros menores de 1500g. del Hospital El Carmen Huancayo 2021 fue, la sepsis neonatal 78(65,0%) y en menor proporción el Sd. Down1(0,8%).

Gráfico Nro. 2

Distribución porcentual de los antecedentes maternos en los recién nacidos prematuros menores de 1500g. - Hospital El Carmen Huancayo 2021.

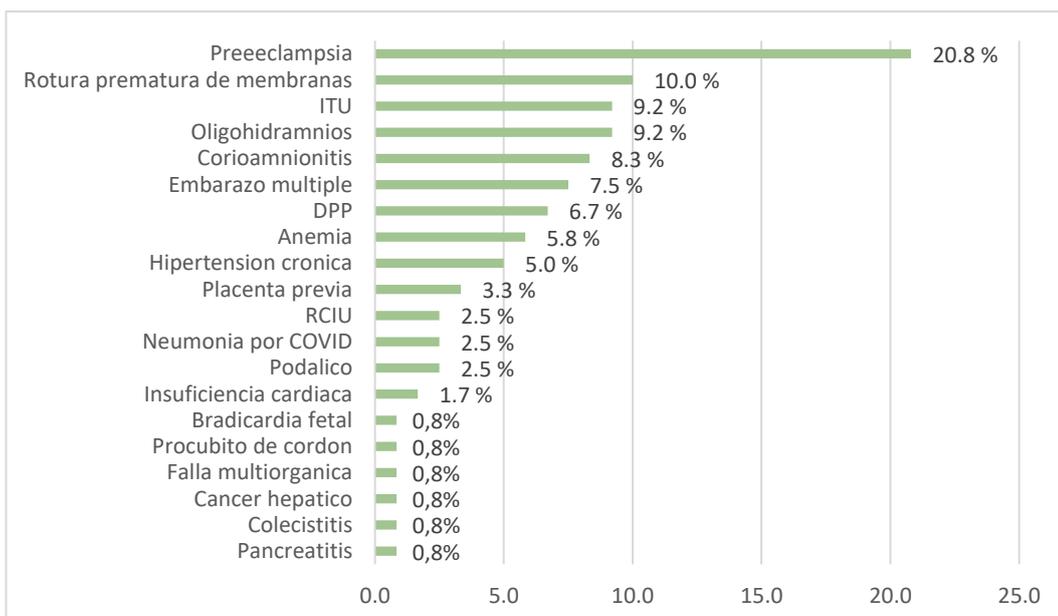


Fuente: Elaboración propia n=108

En el grafico Nro. 2, se observa que los antecedentes maternos en el estudio clínico epidemiológico en recién nacidos prematuros menores de 1500g. del Hospital El Carmen Huancayo 2021, fue la cirugía pélvica 15(12,5%) y en menor proporción está la retención de placenta 1(0,8%).

Gráfico Nro. 3

Distribución porcentual de patologías maternas durante la gestación de los recién nacidos prematuros menores de 1500g. - Hospital El Carmen Huancayo 2021.



Fuente: Elaboración propia n= 108.

En el grafico Nro. 3 se observa las patologías maternas presentes durante el estudio clínico epidemiológico en recién nacidos prematuros menores de 1500g. del Hospital el Carmen Huancayo 2021, fue la preeclampsia 25(20,8%) y en menor proporción la pancreatitis 1(0,8%).

Tabla Nro. 5

Distribución según perfil clínico epidemiológico: Condición de supervivencia al alta en los recién nacidos prematuros menores de 1500g. - Hospital El

Carmen Huancayo 2021.;

Condición de supervivencia al alta	N	%
Vivo	77	71,3
Muerto	31	28,7

Fuente: Elaboración propia n=108

En la tabla Nro. 5 se observa que el perfil clínico epidemiológico en los recién nacidos prematuros menores de 1500g. del Hospital el Carmen Huancayo, la condición de alta fue vivo 77(71,3%) y muerto 31(28,7%).

ANÁLISIS Y DISCUSIÓN DE RESULTADOS

Con los resultados y análisis realizados en la presente investigación se pudo determinar que en el perfil clínico epidemiológico de los recién nacidos prematuros menores de 1500g. del Hospital El Carmen Huancayo 2021, que el peso (g.) de los recién nacidos en un 82.4% estuvieron en rangos de 1000 – 1499 (82,4%), de igual modo Chirinos, Y⁹ (2011), en el estudio supervivencia y morbilidad de los prematuros se observó que la mayoría de los prematuros con peso inferior a 1500g. nacieron con un peso entre 1000 y 1240. Lo cual se relaciona con el presente estudio ya que esta dentro de los rangos encontrados, además los bebés con mayor peso al nacer y edad gestación tienen más posibilidades de sobrevivir, sin embargo, Ortiz, P⁴ (2017), menciona que el peso al nacer inferior de 1500g. tiene 10 veces más probabilidad de morir.

El APGAR a los cinco minutos fue normal 76.9% y 9,2% nacieron con depresión severa lo que indica que los recién nacidos prematuros en su mayoría presentaron un buen pronóstico y más posibilidad de sobrevivir. Hay muchos estudios en los que indican que el Apgar a los cinco minutos tiene un valor pronóstico y si es menor de 7 indica posibilidad de secuela neurológica, además también sirve como marcador de estrés fetal^{49,37}.

El 72.2% nacieron pequeños para la edad gestacional lo cual se relaciona con Chirinos, Y⁹ (2011), el cual encontró que en su mayoría los prematuros eran pequeños para la edad gestacional. Collazos, L et al¹² (2018), también reporta en su estudio que los pequeños para la edad gestacional se asocian mucho con la mortalidad neonatal. Además de ello tiene mayor riesgo de tener talla

baja y menor coeficiente intelectual y predisponen a desarrollar diabetes tipo 2, hipertension¹⁶.

El tipo de parto por cesare fue 97,2% podríamos afirmar que esto se produce para evitar el estrés que con lleva un parto tipo vaginal, es así que los datos encontrados se relacionan con Collazos, L. et al ¹² (2018), así mismo Siesto, P. et al⁵⁰ (2019), encontró una fuerte asociación entre parto prematuro y cesarí, lo que nos indicaría que son consecuentes.

El 85,2% de las membranas amnióticas fueron integras y en un 16% rotas, se encontró en un estudio que la incidencia de rotura prematura de membranas en un 80% ocurre después de las 37 sem. En tanto que en el 20% restante se presenta en embarazo pretérmino, lo cual indica que es poco frecuente que sean rotas, asociándolo a los datos optenidos²⁶. Chirinos, Y⁹ (2011), encontró que los partos prematuros en su mayoría presentaban las membranas integras esto de debía a que la morbilidad en las gestantes no están asociadas a procesos infecciosos, sino más bien, estados hipertensivos.

Se hallo también en este estudio que la edad materna entre 18 – 35 años representa el 69,4% lo cual estaría relacionado con estudios anteriores que indican que a mayor edad hay un mayor riesgo ya que subyacen muchos problemas de salud materna, como diabetes y preeclampsia; la reproducción asistida, que conduce a la mayor tasa de embarazos múltiples; y cambios en la práctica obstétrica, como un aumento en las cesáreas antes del término, todo ello se asocia a la prematuridad¹⁴. También se identifico en este estudio que el 12% fueron madres adolescentes esto se relaciona con lo encontrado en otro estudio, en el encontraron asociación

estadística entre la adolescencia y el parto prematuro, es así como los adolescentes se ven influenciados por muchos factores tanto sociales, económicos y culturales³.

El 73,2% las madres de los prematuros menores de 1500g. tienen un grado de instrucción de nivel secundario, además todas tenían algún grado de instrucción, lo cual mostro relación con el estudio de Incacutipa, LS.⁴⁶ (2017). Lo encontrado nos da un buen indicador, ya que el cuidado de los recién nacidos puede ser dirigido de forma adecuada, llegando a un buen entendimiento educativo.

Las multigestas son el 63%, es así que, en un estudio por Colina, MF. et al³⁰ (2014), identifico que cuanto mas gestaciones presentan las mujeres es mayor el riesgo en los recién nacidos, lo cual puede indicar que este puede ser un factor predisponente para tener prematuros menores de 1500g.

En la mayoría de las madres que dieron parto prematuramente con menos de 1500g. tuvieron < 6 CPN el 79,6%. Guillen, D. el al³ (2012) encontró asociaciones significativas entre madres con 4 o menos controles prenatales y la presencia de prematuros, similar a lo reportado en este estudio, concluyendo que el número de controles prenatales esta inversamente relacionado con la ocurrencia de partos prematuros, pero existe la necesidad de centrarse en mejorar la calidad y cantidad de la atención prenatal para las pacientes, especialmente aquellas con factores de riesgo.

La administración de surfactante se dio en el 37% de recién nacidos prematuros, lo cual no se relacionó con el estudio hecho por Chirinos, Y⁹ (2011) en el que se administró surfactante al 63% de los neonatos prematuros menores de 1500g. eso fue por mal pronóstico de sobrevivencia. Lo que se puede inferir es que en este estudio la mayoría recibe corticoides para maduración, lo cual tiene cierto

beneficio, además la administración de surfactante en algunos casos, fue en aquellos prematuros con FIO₂ menos de 40% no siendo considerado en algunos casos.

El uso de corticoides antenatales fue en 95% lo cual se relaciona con los datos encontrados con Chirino, Y⁹ (2011). Así podemos decir que solo un pequeño grupo no recibió por pasar a cesárea de emergencia, lo cual no dio tiempo de administrar o por olvido del personal de salud.

Con respecto a la supervivencia la cual mejoro a principios de la década de 1070 con tres eventos: corticoides prenatales, uso de CPAP y ventilación mecánica con el fin de controlar los pulmones inmaduros^{14,35}. El uso de corticoides prenatales disminuye la incidencia de complicaciones propias de la prematurez como la hemorragia intracraneana la cual fue encontrada en 5,8% y la enterocolitis necrotizante en un 5% según datos encontrados en este estudio⁴⁶.

El 90% no uso fototerapia, ya que el recién nacido necesita tener el diagnostico de hiperbilirrubinemia para poder iniciar con el tratamiento, lo cual difiere de otros estudios como el de Ortiz, P.⁴ (2017) ya que en mayor frecuencia los prematuros menores de 1500g. recibieron fototerapia.

El requerimiento de oxígeno con duración ≤ 28 días fue 50%, podemos inferir que debido al tiempo de hospitalización los requerimientos de oxígeno aumentaron > 28 días representando el 40,7% y 9,3% no necesitaron oxígeno, es muy cierto que, debido a la inmadurez, la suplementación de oxígeno se debe a los diferentes cuadros clínicos como la insuficiencia respiratoria, taquipnea en recién nacidos, asfixia perinatal, sepsis y cualquier afección grave que ponga en peligro la vida del neonato. Los resultados en otros estudios tienen cierta asociación ya que el tiempo de requerimiento de oxígeno fue menos de 7 días⁴.

Iniciar la alimentación enteral en <48 horas represento el 74,1% es así que en menores de 32 semanas no hay succión, ni deglución y se le administra con sonda orogástrica a gravedad, además los datos encontrados se relacionan con el estudio de Chirinos, Y⁹ (2011). Cabe mencionar que existe un consenso cada vez mayor para iniciar la alimentación por sonda el primer día postparto en los recién nacidos prematuros que no están gravemente enfermos⁴⁸.

La estancia hospitalaria del prematuro menor de 1500g. fue de <30 días con 39,8% en su mayoría, las largas estancias hospitalarias se asocian a lo complejo del manejo de un recién nacido prematuro asociado a su inmadurez que conlleva a tener morbilidades. Ortiz, P⁴ (2017), en la población que estudio la mitad 56,4% requirió hospitalización de 2 – 10 das, seguido de 11 – 20 días 17,4% y un pequeño grupo permaneció más de 30 días hospitalizado 11,6%, esto se relaciona con este estudio ya que las largas estancias hospitalarias son necesarias para el mantenimiento de los prematuros.

Con respecto al tipo de sexo mujer representa el 51,9%, siendo similar al sexo hombre 48,1% lo cual se relaciona con el estudio de Perez, J⁵. (2018) no guardando relación con el estudio hecho por Guillen, D. et al ³ (2012), en el cual concluyeron que el sexo hombre fue más frecuente, podríamos afirmar que no hay una tendencia comprobada con respecto a los nacimientos según sexo, teniendo ambos sexos similar susceptibilidad de sufrir prematuridad.

La edad gestacional según Ballar fue del 69% de entre 28 – 32 sem, no mostrando asociación con otros estudios. Sin embargo, cabe mencionar que en otro estudio indica que los neonatos con menos de 28 sem. tiene poca probabilidad de

vivir en países de bajos recursos, entonces podemos afirmar que en nuestro medio con los rangos encontrados hay una mejor sobrevivencia¹⁴.

En cuanto a la morbilidad en recién nacidos menores de 1500g. la sepsis neonatal representa 65% y en segundo lugar se encuentra la enfermedad de membrana hialina con 50,8%, lo cual se asocia al estudio realizado por Pérez, J⁵ (2018), en el que hace referencia que la mayor morbilidad y mortalidad en los recién nacidos de bajo peso al nacer, la enfermedad de mayor incidencia es la enfermedad de membrana hialina, endocarditis y la principal causa de muerte es la sepsis neonatal. Se puede inferir que es debido a la inmadurez de sus órganos y sistemas, por lo tanto, existe una relación inversa entre la morbilidad y la edad gestacional, es decir a mayor morbilidad, menor edad gestacional¹⁴. Además, el bajo peso es un importante factor de riesgo para enfermar⁴⁶.

Los antecedentes maternos en primer lugar la cirugía pélvica 12,5%, en segundo lugar, la prematuridad 6,7%. Retureta, S⁴⁷ (2015), en un estudio realizado en Cuba identificó, el parto prematuro y el embarazo múltiple como factores de riesgo de gran peso, refieren la predisposición de 2,5 veces a sufrir nuevamente un parto prematuro y en caso de los embarazos múltiples, el útero tiene más tensión de la que puede soportar. La cirugía pélvica se explica por la alta atención de gestantes provenientes de diferentes lugares de la región Junín, incluso de otras regiones las cuales llegan necesitando terminar el embarazo de emergencia y en la mayoría de las gestantes no tienen antecedentes de sus embarazos anteriores o no son registrados en la historia perinatal.

Las patologías maternas como la preeclampsia se presentaron en 20,8% lo cual se correlaciona con el estudio de Guillen, D. et al³ (2012), menciona que la

preeclampsia se asocia con parto prematuro y bajo peso al nacer, mecanismos conocidos de hipoperfusión placentaria e isquemia que conducen a la hipoxia fetal, que también es un punto importante en la patogenia del retraso del crecimiento, el cual se asocia con una mayor incidencia con la enterocolitis necrotizante en bebe prematuros. Además de ello en su mayoría las gestantes con esta patogenia son referidas al Hospital el Carmen ya que es uno de los centros de mayor nivel de complejidad.

Los prematuros menores de 1500g. al alta resultaron estar vivos en un 71,3% lo que indicaría que ha mejorado y ha habido muchos avances en medicina perinatal, junto con un aumento en las unidades de cuidados intensivos neonatales, el uso de ventilación mecánica y el uso de técnicas de monitoreo no invasivas, logrando una buena evolución de los neonatos⁶. Asimismo, prematuros menores de 1500g. pueden presentar en mayor frecuencia las patologías respiratorias, debido a que su sistema inmunológico, no tuvo la oportunidad de madurar adecuadamente, entre más prematuro sea un recién nacido mayor será el riesgo para su edad y vida, por eso, los partos pretérminos deben ser atendido en un hospital que cuente con las condiciones necesarias para hacer frente a cualquier complicación, además debe tener un especialista, el neonatólogo³⁵.

El principal aporte del trabajo es brindar nuevos conocimientos acerca de las características clínico-epidemiológicas en los recién nacidos prematuros menores de 1500g.

CONCLUSIONES

1. En el perfil clínico epidemiológico de los RN prematuros menores de 1500 g. se encontró un peso: 1000 – 1499g, también tuvieron un Apgar normal y fueron pequeños para la edad gestacional, el tipo de parto: cesárea con membranas íntegras. La edad materna estuvo entre 18 – 35 años, con algún grado de instrucción, multigestas, con < 6 CPN y con antecedente materno de cesáreas previas. En la estancia hospitalaria de los neonatos se les administro surfactante, corticoides antenatales, fototerapia, oxígeno suplementario ≤ 28 días y el inicio de alimentación enteral en < 48 horas.
2. La distribución según sexo es mujer en la mayor parte de los recién nacidos prematuros menores de 1500g,
3. Los recién nacidos prematuros menores de 1500g tenían una edad gestacional entre 28 - 32 semanas.
4. La sepsis neonatal, membrana hialina, displasia broncopulmonar y la anemia fueron las etiologías más frecuentes que presentan los prematuros menores de 1500g.
5. La condición de supervivencia al alta en los prematuros menores de 1500g fue vivo.

RECOMENDACIONES

- Desarrollar un trabajo prospectivo más amplio, aplicando un instrumento donde se consigne variables similares para comparar.
- Se debe fomentar las intervenciones preventivas, relacionadas con el diagnóstico y tratamiento oportuno de enfermedades del período prenatal. De esta manera, se asegurarán las mejores condiciones de salud para el futuro del neonato.
- Se recomienda promover la promoción de la salud en todos los niveles de atención en salud está relacionada con la importancia del tamizaje prenatal, ya que es un factor importante asociado al riesgo de parto prematuro en los recién nacidos.
- Difundir los resultados obtenidos en relación con este estudio clínico epidemiológico en los Recién Nacidos Prematuros menores de 1500g. para lograr mejoras mediante la atención oportuna y mejoramiento de equipos para la atención especializada de los neonatos.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Organización mundial de la salud; Informe de Acción Global sobre

- Nacimientos Prematuros [Internet]. World Health Organization; 2012 [citado 4 de abril de 2020]. p. 1-12. Disponible en: https://www.who.int/pmnch/media/news/2012/preterm_birth_report/es/index3.html
2. Rogers E, Hintz S. Early neurodevelopmental outcomes of extremely preterm infants. *Semin Perinatol.* 2016;40(8):497-509. DOI: 10.1053/j.semperi.2016.09.002.
 3. Ortiz P. Perfil epidemiológico-clínico de los pacientes ingresados en el servicio de neonatología del Hospital Vicente Corral Moscoso. [Tesis de especialidad]. Cuenca, Ecuador. Universidad de Cuenca; 2017.
 4. Pacherras YM, Ruiz LG. Perfil Clínico Epidemiológico del Recién Nacido Prematuro Atendido en El Hospital Regional II-2, [Tesis] Tumbes. Universidad Nacional de Tumbes; 2016.
 5. Perez J, Osmany L, Jimenez S RH. Morbilidad, mortalidad y supervivencia en recién nacidos con peso menor a 1500 gr. *Rev Cuba Med Intensiva y Emergencias.* 2018;17:71-80. ISSN: 1810-2352.
 6. Guillén DL, Rodríguez E, Ortiz J, Rivera W, Hernández N. Perfil epidemiológico y factores de riesgo en recién nacidos prematuros. *Rev Med Hondur.* 2012;80(4):145-152. DOI: 98741 79556.
 7. Valdés NO, Valdés A, García JF. Morbimortalidad del recién nacido prematuro tardío. *Arch Investig Matern Infant Mex.* 2015;VII(2):69-76.
 8. Rio R, Thio M, Bosio M, Figueras J, Iriando M. Predicción de muertes en recién nacidos prematuros. Revisión sistemática actualizada. *An Pediatr Barcelona.* 2019;1(1):1-6. DOI: 10.1016/j.jinf.2020.02.020.

9. Chirinos Y. Sobrevivencia y Morbilidad de los recién nacidos prematuros menores de 1500g , del Servicio de Neonatología del Hospital Nacional Dos de Mayo . [Tesis de especialidad]. Lima, Perú. Universidad Nacional Mayor de San Marcos; 2011.
10. Orbezo KL. Morbilidad en prematuro tardío, Hospital arzobispo Loayza, [Tesis de especialidad] Lima, Perú. Universidad San Martín de Porras; 2015.
11. Mendoza P. Perfil epidemiológico en recién nacidos Prematuros del Hospital Nacional Hipólito Unanue. [Tesis]. Lima, Peru. Universidad Nacional Federico Villarreal; 2018.
12. Collazos L. Martínez K. Factores perinatales de mortalidad neonatal en prematuros en el Hospital Regional Docente Materno Infantil El Carmen. [Tesis]. Huancayo, Perú. Universidad Nacional del Centro del Perú; 2018.
13. Martin JA, Hamilton BE, Michelle PD, Osterman MJ, Driscoll AK MT. Births: Final Data for 2015. Natl Vital Stat Reports. 2017;66(1):1-70. DOI: 10.1016/B978-0-12-374407-4.00228-4.
14. Ota A. Manejo neonatal del prematuro: avances en el Perú. Rev Peru Ginecol y Obstet. 2018;64(3):415-422. DOI: 10.31403/rpgo.v64i2106.
15. MINSA. Boletín epidemiológico del Perú [Internet]. Vol. 28 Sem. 14, Semana epidemiológica. 2019 [citado 28 de abril de 2020]. p. 420-437. ISSN: 2415-0762. Disponible en: <https://www.dge.gob.pe/portal/docs/vigilancia/boletines/2019/28.pdf>
16. Boguszewski M, Meriq V, Bergada I, Durvan D, Bergorosky A, Gunczler P, et al. Latin American Consensus: Children Born Small for Gestational Age. BMC Pediatr Chile. 2011;11(6):620-634. DOI: 10.1186/1471-2431-11-

66.

17. Hollanders JJ, VanderPal SM, VanDommelen P, Rotteveel J FM. Growth pattern and final height of very preterm vs. very low birth weight infants. *Pediatr Res.* 2017;82(2):317-323. DOI: 10.1038/pr.2017.63.
18. Vázquez VR, Torres CJ, Diaz AL, Torres G, Diaz D LR. Congenital Anomalies among Live Births. *MediSur.* 2014;12(1):42-50. ISSN 1727-897X.
19. Mendoza LA, Arias M, Mendoza LI. Hijo de madre adolescente: Riesgos, morbilidad y mortalidad neonatal. *Rev Chil Obstet Ginecol.* 2012;77(5):375-382. DOI: 10.4067/s0717-75262012000500000.
20. Vallejo J. Embarazo en adolescentes complicaciones [Internet]. *Revista Medica de Costa Rica y Centroamerica.* 2013 [citado 6 de marzo de 2020]. p. 65-9. Disponible en: <https://www.medigraphic.com/pdfs/revmedcoscen/rmc-2013/rmc131m.pdf>
21. Toirac AS, Pascual V, Blanco G, Daudinot C RA. Enfermedades crónicas no transmisibles. Caracterización comparativa para gestantes portadoras y su descendencia. *Medisan (Cuba)* [Internet]. 2013;17(12):9094-9109. ISSN 1029-3019. Disponible en: <http://scielo.sld.cu/pdf/san/v17n12/san101712.pdf>
22. Hernández J, Valdés M, Chong L, González IM, García MM. Resultados perinatales en gestantes con bajo peso pregestacional. *Rev Cuba Obstet y Ginecol.* 2013;39(2):76-86. ISSN: 0138600X.
23. Plaza M AC. de segundo nivel de atención [Internet]. Vol. 80, *Revista Mexicana de Pediatría.* 2013 [citado 6 de marzo de 2020]. p. 93-7. Disponible

en: <https://www.medigraphic.com/pdfs /pediat/sp-2013/sp133b.pdf>

24. Stone WL, Bailey B KN. The pathophysiology of smoking during pregnancy: a systems biology approach. *Front Biosci.* 2014;(1):318-328. DOI: 10.2741 / 708.
25. Paredes H. Influencia de las infecciones de vías urinarias del embarazo en la morbilidad de niños ingresados en el servicio de neonatología del Hospital Provincial General Latacunga [tesis], Ambato, Ecuador. Universidad Tecnica de Ambato, Facultad De Ciencias De La Salud Carrera De Terapia Física. 2014.
26. Sánchez N,Rodriguez A.Sanabria AM, Octuzar A, Couret MP, Diaz D. Morbilidad y mortalidad neonatal en pacientes con rotura prematura de membranas pretérmino. *Rev Cuba Obstet y Ginecol.* 2013;39(4):343-353. ISSN: 0138600X.
27. Blanchon L, et al. Rupture des membranes : physiopathologie , diagnostic , conséquences et prise en charge. *Jour Gynecol Obs Biol Reprod(Paris).* 2013;42(2):105-116. DOI:10.1016 /j.jgyn.2012.12.012.
28. Geraci T, Geraci S. Considerations in Women with Hypertension. *South Med association.* 2013;106(7):434-438. DOI: 10.1097/SMJ.0b013e31829bad37.
29. Cruz J, Márquez A, Lang J, Valdés L. Care for Pregnant Diabetics in Cuba : Achievements and Challenges. *MEDICC Rev.* 2013;15(3):38-41.
30. Colina MF, Galiano J, Madail A. Corioamnionitis subclínica : correlación histológica- microbiológica y morbilidad neonatal. *Rev Obs Ginecol Venez.* 2013;73(1):25-32:
31. Márquez-González H, Mota-Nova AR, Castellano-Garcia DM, Yanez-

- Gutierrez L, Muñoz-Ramirez MC, Villa-Romero AR. Diferencias gasométricas y ventilatorias en neonatos con enfermedades respiratorias. *Rev Mex Pediatr.* 2014;81(1):5-9.
32. Fang YV, Guirguis P, Borgida A, Ferdman D, Ingardia C, Herson V. Increased neonatal morbidity despite pulmonary maturity for deliveries occurring before 39 weeks. *J Matern Fetal Neonatal Med.* 2013;26(1):79-82. DOI: 10.3109/14767058.2012.728647 J.
33. Hernández J, Valdés M, De la Caridad Y, De la Caridad M. Maternal and perinatal risk factors for neonatal morbidity: a narrative literature review. *Medwave.* 2015;15(6):e 6182. DOI: 10.5867/medwave.2015.06.6182.
34. Definición de estadísticas e información en salud [Internet]. Ministerio de salud de Argentina. [citado 28 de abril de 2020]. Disponible en: <http://www.deis.msal.gov.ar/index.php/definiciones-y-conceptos/>
35. Prematuridad y Retos Prevención y Manejo Fascículo INP, CAV [Internet]. 2018 [citado 28 de abril de 2020]. Disponible en: https://www.pediatria.gob.mx/archivos/fasciculo_prematurez.pdf
36. Mancilla J VD. Neonatología 4, Libro 2 [Internet]. Mexico Int. 2016 [citado 28 de abril de 2020]. p. 127. Disponible en: https://www.anmm.org.mx/publicaciones/PAC/PAC_Neonato_4_L2_edited.pdf
37. Pirla JJ. Codificación clínica con la CIE9MC [Internet]. Ministerio de sanidad, Madrid. 2012 [citado 6 de marzo de 2020]. p. 7-111. Disponible en: https://www.mscbs.gob.es/estadEstudios/estadísticas/normalización/clasifEnferm/boletines/Codificacion_clinica_n04_96.pdf
38. Neonato - Wikipedia, la enciclopedia libre [Internet]. [citado 6 de marzo de

- 2020]. Disponible en: https://es.wikipedia.org/wiki/Neonato#Diagnóstico_precoz_de_enfermedades
39. Muerte del recién nacido [Internet]. [citado 6 de marzo de 2020]. Disponible en: <https://nacersano.marchofdimes.org/perdida/muerte-del-recien-nacido.aspx>
 40. Lomuto C. Mortalidad infantil y natalidad [Internet]. Anales de la Universidad de Chile. 2010 [citado 28 de abril de 2020]. p. 15-8. Disponible en: <https://www.fundasamin.org.ar/archivos /MORTALIDAD INFANTIL Y NEONATAL.pdf>
 41. Wikipedia enciclopedia libre. Enfermedad [Internet]. [citado 25 de junio de 2020]. Disponible en: <https://es.wikipedia.org/wiki/Enfermedad>
 42. Fundamentos de Epidemiología [Internet]. [citado 25 de junio de 2020]. Disponible en: <http://saludpublicavirtual.udea.edu.co/cvsp/fundamentos/cap14.htm>
 43. Espinoza C. Metodología de la Investigación Tecnológica. 1.^a ed. Auto, editor. Huancayo, Perú; 2010. 5-187 p.
 44. Supo J. Seminario de investigación científica-metodología de la investigación para la ciencia de la salud. 2da ed. Perú:Edit bioestadístico EIRL; 2014 45.
 45. Varkevisser C, Pathmanathan I BA. Diseño y realización de proyectos de investigación sobre sistemas de salud. 1era ed. Ottawa: Editorial CIID, 1993.
 46. Incacutipa LS. Factores de riesgo asociados a la enfermedad de membrana hialina en prematuros del servicio de neonatología en el Hospital Regional Manuel Nuñez Butron Puno - 2017. Univ Nac del Altiplano [Internet]. 2018;

Disponible en: <http://repositorio.unap.edu.pe/handle/UNAP/6381>

47. Retureta Milán S, Rojas Álvarez L, R. Factores de riesgo de parto prematuro en gestantes del Municipio Ciego de Ávila Risk Factors for Preterm Labor in Pregnant Women from Ciego de Ávila Municipality. *Medisur* [Internet]. 2015;13(4):517-25. Disponible en: <http://medisur.sld.cu/index.php/medisur/article/view/2972>
48. Mena P, Milad M, Vernal P, Escalante MJ. Nutrición intrahospitalaria del prematuro. Recomendaciones de la Rama de Neonatología de la Sociedad Chilena de Pediatría. *Rev Chil Pediatr*. 2016;87(4):305-321. DOI: 10.1016/j.rchipe.2016.03.007.
49. Gesteiro E, Sánchez-Muniz FJ, Perea S, Espárrago M, Bastida S. Investigadores en Pediatría y Neonatología rendimos homenaje a la Dra Virginia Apgar. *JONNPR*. 2019;4(3):387-97. DOI: 10.19230/jonnpr.2541.
50. Siesto P, et al. Evolución temporal de los partos múltiples en Castilla y León durante 13 años, *An Pediatr (Barc)*. 2019;90(6):386-392. DOI: 10.1016/j.anpedi.2018.07.011

ANEXOS

Anexo 1. Matriz de consistencia

PROBLEMA GENERAL	OBJETIVO GENERAL	OBJETIVO ESPECIFICO	VARIABLES	HIPOTESIS	METODOLOGIA Y ANALISIS ESTADISTICO	TECNICA DE RECOLECCION DE DATOS
¿Cuál es el perfil clínico epidemiológico en recién nacidos prematuros menores de 1500 g. en el Hospital El Carmen Huancayo 2021?	Analizar el perfil clínico epidemiológico de los recién nacidos prematuros menores de 1500 g. en el Hospital El Carmen Huancayo 2021.	<ul style="list-style-type: none"> • Identificar la distribución según sexo que tiene los recién nacidos prematuros menores de 1500g, en el Hospital El Carmen Huancayo 2021. • Identificar es la distribución según edad gestacional al nacimiento de los recién nacidos prematuros menores de 1500g, en el Hospital El Carmen Huancayo 2021. 	<p>Características clínico epidemiológica</p> <p>Recién nacidos prematuros menores de 1500g.</p>	No se plantea hipótesis.	<p>Diseño observacional retrospectivo, transversal, descriptivo.</p> <p>Análisis estadístico descriptivo de frecuencias y porcentajes.</p>	<p>Ficha de recolección diseñada en función función de los objetivo general y específicos, consta de datos <u>en relación al</u> perfil clínico (datos del examen físico, características del parto y morbilidad neonatal), perfil epidemiológico (antecedentes prenatales, antecedentes maternos, patología materna, actividades hospitalarias y estancia hospitalaria) en los recién nacidos prematuro durante la permanencia de servicio de UCI neonatal.</p>

Anexo 2. Matriz de operacionalización de variables

VARIABLE	DEFINICION CONCEPTUAL	DEFINICION OPERACIONAL	DIMENSION	TIPO DE VARIABLE	ESCALA DE MEDICION	INDICADORES	VALORES	TECNICAS E INSTRUMENTOS
Perfil clínico epidemiológico en recién nacidos en prematuros menores de 1500g.	Perfil clínico: Son manifestaciones clínicas o solo «clínica», es un contexto o marco significativo, definido por la relación entre los signos y síntomas que presentan en una determinada enfermedad que presenta el enfermo.	Incluye datos del examen físico, características del parto, morbilidad neonatal identificados en la ficha de recolección.	Clínica	Cualitativa	Nominal	Sexo según genitales externos	Hombre, mujer	Técnica de medición se realiza con una ficha de recolección elaborada en Microsoft Excel 2016.
						Peso expresado en masa	500-999 g. / 1000-1499 g.	
						Apgar puntaje a los 5 minutos.	Normal 8-9 /Deprimido mod.: 4 - 7/ Deprimido sev.: 0- 3	
						Peso/EG evaluar la relación según edad gestacional	AEG/ PEG	
						Tipo de parto en el que culmino la gestación	Vaginal, cesárea	
						Estado de las membranas amnióticas al momento del parto	Integras, rotas	
						Edad gestacional según ballard en el nacimiento	<28 sem./ 28 -32 sem./ >32 sem.	
	Morbilidad neonatal que presenta el recién nacido durante su estancia hospitalaria	Causas encontradas en el estudio.						
	Perfil epidemiológico: Son variables de persona; como rasgos, cualidades, propiedades de la persona, que tienen alguna relación con	Incluye datos de antecedentes prenatales, antecedentes maternos, patología materna, actividades hospitalarias registrados	Clínica	Cualitativa	Nominal	Edad materna expresado en años	≤ de 18 años, 18 – 35 años, ≥ de 36 años	
						Grado de instrucción alcanzado por la madre	Primaria, secundaria, superior	
Numero de gestaciones con recién nacidos vivos						Primigesta, multigesta		

una enfermedad, estas características predisponen a tener mayor o menor probabilidad de padecer una enfermedad.	en la ficha de recolección				Número de Controles prenatales identificados	< 6 CPN, ≥ 6 CPN	
					Antecedentes maternos que presento la madre	Según estudio	
					Patologías maternas que presento la madre durante el embarazo	Según estudio	
					Administración de Surfactante en el prematuro	Si, No	
					Corticoides antenatales administrado en la madre gestante	Si, No	
					Fototerapia aplicada durante la estancia hospitalaria	Si, No	
					Oxígeno suplementario administrado a los prematuro	No, < de 28 días, > de 28 días	
					Inicio de la Alimentación enteral según en horas hasta días	< 48 horas, 48h-72 horas, > 3 días	
					Días de hospitalización	< 30 días, 30-60 días, > 60 días	
					Condición de supervivencia al alta	Vivo, muerto	

Anexo 3. Instrumento de investigación

FICHA DE RECOLECCION DE DATOS

ESTUDIO CLÍNICO EPIDEMIOLÓGICO EN RECIÉN NACIDOS

PREMATUROS MENORES DE 1500g - HOSPITAL EL CARMEN 2019

DATOS GENERALES:

N^o: N^o de HCL: Fecha de Nacimiento:

A. EXAMEN FISICO

3. Sexo: 1. Femenino 2. Masculino
4. Peso al nacer: 1. 1000 - 1499g 2. 500 - 999g
5. APGAR: 1. Normal 2. Deprimido Moderado 3. Deprimido severo
6. Relación Peso/EG: 1. AEG2 2. PEG simétrico 3. PEG asimétrico

B. CARACTERISTICAS DEL PARTO

1. Tipo de Parto: 1. Vaginal 2. Cesárea Motivo.....
2. Estado de la Membrana Amniótica: 1. Integras 2. Rotas
3. Edad Gestacional por Ballard:
1. < 28 ~~sem.~~ 2. 28 - 32 ~~sem.~~ 3. > 32 ~~sem.~~

C. MORBILIDAD NEONATAL

- | | | |
|-----------------------------------|-------|-------|
| 1. Neumonia Congénita | 1. Si | 2. No |
| 2. Hipoglucemia | 1. Si | 2. No |
| 3. Enfermedad de Membrana Hialina | 1. Si | 2. No |
| 4. Neumotórax | 1. Si | 2. No |
| 5. Displasia Broncopulmonar | 1. Si | 2. No |
| 6. Taquipnea transitoria del RN | 1. Si | 2. No |
| 7. Membrana hialina | 1. Si | 2. No |
| 8. Hemorragia pulmonar | 1. Si | 2. No |
| 9. Sepsis neonatal | 1. Si | 2. No |
| 10. Neumotórax | 1. Si | 2. No |
| 11. Otros..... | | |

A. ANTECEDENTES PRENATALES

1. Edad Materna: . 1. < 18 años 2. 18 - 35 años 3. > 35 años
2. Grado de Instrucción Materno: 1. Primaria 2. Secundaria 3. Superior
3. Número de gestación..... 1. Primigesta 2. Multigesta (≥2)

Controles Prenatales: 1. < 6 2. >= 6

B. ANTECEDENTES MATERNOS

1. Prematuridad: 1. Si 2. No
2. ~~P~~os término 1. Si 2. No
3. Embarazo Múltiple 1. Si 2. No
4. Cirugía Pélvica: 1. Si 2. No
5. Aborto: 1. Si 2. No
6. Otros:

C. PATOLOGIAS MATERNAS

1. Anemia: 1. Si 2. No
2. Pre eclampsia – Eclampsia 1. Si 2. No
3. Diabetes Gestacional: 1. Si 2. No
4. Infección Urinaria: 1. Si 2. No
5. Placenta Previa: 1. Si 2. No
6. Enfermedad Crónica: 1. Si 2. No

Especificar y medicación habitual.....

D. ACTIVIDADES HOSPITALARIAS

1. Administración de Surfactante: 1. Si 2. No
2. Corticoides antenatales 1. Si 2. No
3. Fototerapia 1. Si 2. No
4. Oxígeno suplementario: 1. No 2. < 28 días 3. > 28 días
5. Inicio de alimentación 1. < 28 horas 2. 48h – 72h 3. > 3 días

E. ESTANCIA HOSPITALARIA

1. Días de hospitalización 1. < 30 días 2. 30 -60 días 3. > 60 días
2. Condición de supervivencia al alta: 1. Vivo 2. Muerto



Huancayo, 09 de Junio del 2021.

PROVEIDO N° 007-2021-GRJ-DRSJ-HRDMIEC-OADI.

A : Bach. Daianna Adela Hinostroza Carrasco
DE : Jefe Oficina de Apoyo Docencia Investigación
ASUNTO : Autorización para desarrollar Proyecto de Tesis.

Visto el Informe N°S/N-2021-GRJ-DRSJ-HRDMIEC-DP, presentado por el Jefe del Departamento de Pediatría, quien opina favorablemente el desarrollo del proyecto de **Tesis ESTUDIO EPIDEMIOLOGICO EN RECIEN NACIDOS PREMATUROS MENORES DE 1500g. – HOSPITAL EL CARMEN HUANCAYO 2021**, presentado por la bachiller Daianna Adela Hinostroza Carrasco, de la Universidad Peruana Los Andes, se autoriza revisar historias clínicas de pacientes prematuros del año 2019-2020, a partir del 12 al 30 de Junio del 2021; debiendo al término presentar copia de proyecto y exposición de conclusiones.

Atentamente,

HOSPITAL REGIONAL DOCENTE
MATERNO INFANTIL EL CARMEN
Lic. Adm. Carolina Rosales Huancayo Lopez
JEFE DE OFICINA DE APOYO DOCENCIA E INVESTIGACION

DOC.	04880981
EXP.	03363202

CHL/chl.
C.c.Archivo

