

4031256

~~FF~~ S  
70164



**COMPLICACIONES DE LOS RECIÉN NACIDOS PRETERMINOS DE  
32 – 36 SEMANAS DE GESTACIÓN SEGÚN LA VÍA DE NACIMIENTO EN EL  
HOSPITAL MATERNO INFANTIL NIÑO JESÚS DE BARRANQUILLA –  
ATLÁNTICO AÑO 2004**

**DELVYS PEREA PADILLA  
OXIELYS SAENZ TORRIJO**

**CORPORACION EDUCATIVA MAYOR DEL DESARROLLO SIMON BOLIVAR  
FACULTAD DE ENFERMERIA  
VII SEMESTRE  
BARRANQUILLA  
2005**

UNIVERSIDAD SIMON BOLIVAR  
BIBLIOTECA  
BARRANQUILLA

No INVENTARIO 4031256

PRECIO \_\_\_\_\_

FECHA 01-11-2008

CANJE \_\_\_\_\_ DONACION \_\_\_\_\_

**COMPLICACIONES DE LOS RECIÉN NACIDOS PRETERMINOS DE  
32 – 36 SEMANAS DE GESTACIÓN SEGÚN LA VÍA DE NACIMIENTO EN EL  
HOSPITAL MATERNO INFANTIL NIÑO JESÚS DE BARRANQUILLA –  
ATLÁNTICO AÑO 2004**

**DELVYS PEREA PADILLA  
OXIELYS SAENZ TORRIJO**

**Cátedra: PROYECTO DE INVESTIGACIÓN**

**Asesora:  
TAYDE MONTERROZA**

**CORPORACION EDUCATIVA MAYOR DEL DESARROLLO SIMON BOLIVAR  
FACULTAD DE ENFERMERIA  
VII SEMESTRE  
BARRANQUILLA  
2005**

**Nota de Aceptación**

---

---

---

---

Presidente del Jurado

---

Jurado

---

Jurado

Barranquilla, Mayo de 2005



## **AGRADECIMIENTOS**

A Dios mi rey por haberme permitido llegar a donde estoy por guiarme en cada paso que doy, por abrirme una puerta de luz y esperanza en cada uno de los momentos más difíciles de mi vida.

A la docente Tayde Monterroza por sus valiosas asesorías para la realización de este proyecto.

A la jefa y docente Yamile Maestre de Hazbún por su dedicación y comprensión.

## DEDICATORIA

*Al Rey de Reyes y señor de señores; por ser el transmisor de la sabiduría y el principal ente de mi guía profesional.*

*A mis padres Calixto y Incolaza, seres que con mucho amor y esmero estuvieron presentes en todo el crecimiento de mi vida personal y profesional.*

*A mis hermanos quienes con su amor y comprensión me han motivado para seguir adelante.*



## DEDICATORIA

*A Dios Padre Celestial quien siempre me ha iluminado guiándome por el camino del saber.*

*A mi madre Nubys Corzo la estrella más linda que tiene el cielo la cual me sigue iluminando todo el camino de la vida y por ser un modelo a seguir.*

*A mi padre José Sáenz por ser tan amoroso con todos sus hijos por comprenderme y apoyarme lo cual a sido de gran valor.*

*A mis hermanos quienes son la razón de ser de mi vida al igual que mi padre quienes con su amor me motivan a seguir adelante.*

*Y a todas esas personas por quienes de una u otra forma estoy aquí.*

*OxIELYS SáENZ*

## CONTENIDO

	Pág.
TITULO	
INTRODUCCIÓN	
1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	10
1.1 DESCRIPCIÓN	10
2. JUSTIFICACIÓN	12
3. PROPÓSITO	13
4. OBJETIVOS	14
4.1 OBJETIVO GENERAL	14
4.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS	14
5. MARCO TEÓRICO	15
6. DISEÑO METODOLÓGICO	29
6.1 TIPO DE ESTUDIO	29
6.2 POBLACIÓN OBJETO DE ESTUDIO	29
6.3 POBLACIÓN ACCESIBLE	29
6.4 POBLACIÓN ELEGIBLE	30
6.5 CRITERIOS DE INCLUSIÓN	30
6.6 TÉCNICA Y RECOLECCIÓN DE DATOS	30
6.7 FUENTES	30
6.8 MUESTRAS	31
6.9 TÉCNICA DE RECOLECCIÓN.	31
7. PRESENTACIÓN Y ANÁLISIS DE RESULTADOS	32
8. RECURSOS ADMINISTRATIVOS	49
8.1 RECURSOS HUMANOS	49
8.2 RECURSOS ECONÓMICOS Y FINANCIEROS	49
9. CUADRO OPERATIVO DE VARIABLES.	50

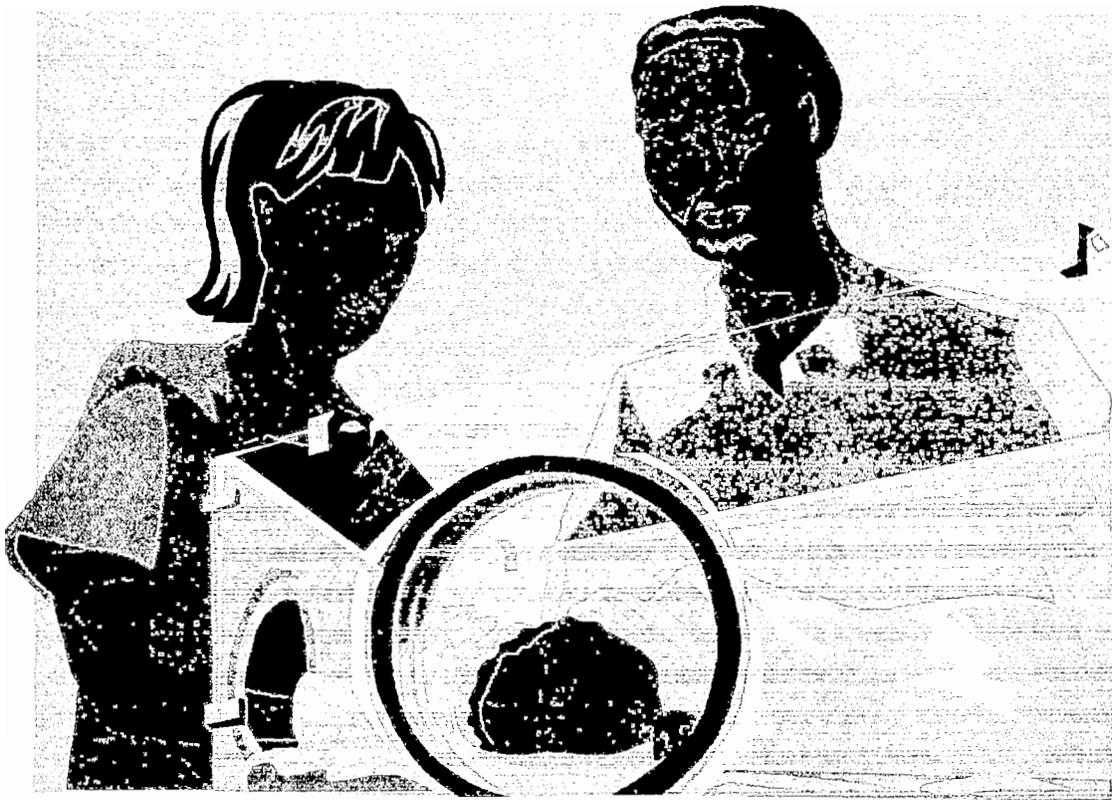


CONCLUSIONES	51
RECOMENDACIONES	51
BIBLIOGRAFIA	52
ANEXOS	53



## TITULO

COMPLICACIONES DE LOS RECIÉN NACIDOS PRETERMINOS DE  
32 – 36 SEMANAS DE GESTACIÓN SEGÚN LA VÍA DE NACIMIENTO EN EL  
HOSPITAL MATERNO INFANTIL NIÑO JESÚS DE BARRANQUILLA –  
ATLÁNTICO AÑO 2004



## INTRODUCCIÓN

La prematurez es una de las problemáticas más importante que afecta a la niñez a nivel mundial siendo una de las poblaciones con mayor riesgo de sufrir alteraciones de tipo respiratorio.

Hemorragias cerebrales cardiovasculares inmunitario y tegumentario al igual que el sistema nervioso central entre otros. Por tal razón se ve la necesidad de estudiar y analizar esta situación por medio de una investigación en el cual buscamos establecer cual o cuáles son las patologías de mayor prevalencia en los recién nacidos a pretérmino entre 32 – 36 semanas de gestación según la vía de nacimiento en el Hospital Materno Infantil Niño Jesús.

La prematuridad se ha convertido en la primera causa de morbilidad perinatal, y para los recién nacidos con edad gestacional mayor o igual 28 semanas es 426 veces mayor el riesgo relativo de muerte neonatal temprana, en comparación con los nacidos a término a parte de la disminución de la edad gestacional, la reducción del peso del recién nacido se relaciona con un incremento de la tasa de mortalidad perinatal de la morbilidad y secundariamente con un aumento del gasto sanitario.



## 1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

### 1.1 DESCRIPCIÓN

Parto pretermino se define como el parto que se producen entre las 28 y 37 semanas de embarazo. Las diferentes vías de nacimiento como el parto vaginal pueden por si solo producir algunas complicaciones como: Trauma perinatal, anoxia e inclusive la muerte mientras que algunos recién nacidos por cesáreas pueden presentar taquipnea y traumatismo entre otras. En general no existe una causa sino factores que predisponen al parto pretermino y su principal consecuencia es la prematuridad del bebé lo que ocasiona mayor riesgo de morbilidad y enfermedades de recién nacidos, esto es debido principalmente a la inmadurez pulmonar y a la posibilidad de hemorragias cerebrales cuanto menor seas la edad gestacional al momento del parto; mayor es el peligro para el recién nacido.<sup>1</sup>

En el año 2000 se realizaron estudios que permitieron reducir el riesgo de morbilidad y mortalidad de los recién nacidos preterminos. Una de las propuestas planteadas por los ginecoobstetras es el uso de la cesáreas al considerar las más

---

<sup>1</sup> SMITH, Mattson. Enfermería materno infantil. Lactantes nacidos antes de términos. McGraw Hill. Pág. 745



seguras y confiables que el parto vaginal. En este estudio el 21% de los nacimientos prematuros entre 32 – 36 semanas de gestación fue por cesárea.<sup>2</sup>

Se encontró que las embarazadas adolescentes y mayores de 40 años tenían un riesgo considerable de tener parto prematuro; los problemas potenciales y las necesidades de cuidados de un bebé pretermino que pesa 2000 gr. difieren de las de un bebé a término postérmino o postmaduro de igual peso, como ya se menciono los bebe pretérmino están en una clara desventaja cuando tratan de hacer la transición desde la vía intrauterina hasta la extrauterina pero el grado de estas desventajas depende si tiene complicaciones y anomalías llevándonos éstas a formular el siguiente interrogante:

¿Cuáles son las complicaciones más comunes de los recién nacidos preterminos de 32 – 36 semanas de gestación según la vía de nacimiento en el Hospital Materno Infantil Niño Jesús de Barranquilla – Atlántico año 2004?

---

<sup>2</sup> Controversia en ginecología y obstetricia. Vía de nacimiento y su relación con la morbilidad y mortalidad en recién nacidos preterminos en el HUV. Pág. 33.

## 2. JUSTIFICACIÓN

Todos los años nacen en el mundo alrededor de 13 millones de niños prematuros (10.88%) la mayor parte de esos niños nacen en países de desarrollo y constituyen el componente principal de la morbilidad y mortalidad perinatales.

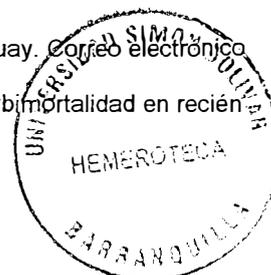
En Latinoamérica el nacimiento anual es de 1.7 millones de neonatos con retardo en su crecimiento fetal. Estos niños tendrán una mayor mortalidad y además aquellos que sobrevivan tendrán comprometida su salud a corto y largo plazo.

En Colombia los recién nacidos preterminos son considerados con alto riesgo de morbimortalidad por las diferentes complicaciones que pueden presentar desde su nacimiento debido a que no ha completado su desarrollo intrauterino. Se encontró que la tasa de morbilidad y mortalidad en el Hospital Materno Infantil Niño Jesús es del 5 – 10% con un peso al nacer menor de 2000 gramos y un apgar entre 4 – 6/10.

El parto pretermino es un problema no solo obstétrico sino también neonatal, ya que se asocia con un alto índice de problemas para el recién nacido, incluyendo la muerte del mismo. El parto pretermino aparece en el 5 – 10% de todas las embarazadas.<sup>3</sup>

---

<sup>3</sup> Centro Latinoamericano de perinología y desarrollo humano Montevideo – Uruguay. Correo electrónico [althabe@ops.oms.org](mailto:althabe@ops.oms.org)  
Controversia en ginecología y obstetricia vía de nacimiento y su relación con la morbimortalidad en recién nacidos pretermino en el HUV pág. 33



### **3. PROPÓSITO**

Detectar las complicaciones más frecuentes de los recién nacidos preterminos de 32 – 36 semanas de gestación según la vía de nacimiento en el Hospital Materno Infantil Niño Jesús de Barranquilla – Atlántico año 2004.

Afianzar nuestros conocimientos en cuanto a las patologías con más prevalencia y los de menos prevalencia.

Educar a las madres de estos niños para disminuir los factores que puedan complicar su estado de salud.

## 4. OBJETIVOS

### 4.1 OBJETIVO GENERAL

Determinar las complicaciones de los recién nacidos preterminos de 32 – 36 semanas de gestación según la vía de nacimiento en el Hospital Materno Infantil Niño Jesús de Barranquilla – Atlántico año 2004.

### 4.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- ☞ Determinar la vía de nacimiento en los recién nacidos pretérminos.
- ☞ Conocer el peso de los recién nacidos entre 32 y 36 semanas de gestación al nacer.
- ☞ Determinar en qué sexo son más frecuentes los recién nacidos pretérminos.
- ☞ Establecer la edad de las madres de los niños pretérminos.
- ☞ Identificar el nivel socioeconómico de los padres de estos niños.



## 5. MARCO TEÓRICO

Los lactantes prematuros o de pretérmino nacen antes de la semana 37 de gestación, sin importar su peso. Los que pesan menos de 2.500 g. al nacer son prematuros como también casi todos los que pesan menos de 1 500 g. Sin embargo, como se explicó no todos los lactantes que pesan menos de 2.500 g son de modo necesario prematuros.

El principal criterio es la edad gestacional. La mayor parte de estos lactantes de pretérmino son de tamaño adecuado para su edad gestacional, aunque algunos son más pequeños.

Gracias a los avances en tecnología neonatal, la supervivencia de los lactantes de muy bajo peso al nacer mejora año tras año. En un estudio se demuestra una mejoría con el transcurso del tiempo por lo que respecta a la tasa de supervivencia de neonatos que pesan menos de 800 g, aunque la gravedad de los defectos del sistema nervioso central es mayor para estos sobrevivientes. Existe controversia con respecto al control de los lactantes de muy bajo peso al nacer al tener en cuenta su costo financiero y el riesgo de alguna incapacidad.

## **LACTANTE NACIDO ANTES DE TÉRMINO**

Se dice que un lactante nace antes de término cuando no ha terminado las 37 semanas de la gestación. Son tres las categorías de premadurez.

1. **Limítrofe:** lactantes nacidos entre la semana 37 y 38 de la gestación. Por lo general, pesan entre 2.500 y 3.250 gramos al nacer, constituyen el 16% de todos los niños nacidos vivos.
2. **Moderada:** lactantes nacidos entre la semana 31 y 36 de la gestación, por lo común pesan entre 1.500 y 2.500 gramos al nacer. Constituyen el 6 al 7% de todos los niños nacidos vivos.
3. **Extrema:** lactantes nacidos entre la semana 24 y 30 de la gestación, por lo común pesan entre 450 y 1.500 gramos al nacer. Constituyen el 0.9 % de todos los niños nacidos vivos. Constituyen 84% de todas las defunciones neonatales entre lactantes de todas las edades gestacionales.

Los problemas clínicos están relacionados de manera directa con el grado de madurez orgánica; la premadurez no es una enfermedad sino una falta de madurez orgánica. Sin desarrollo completo los sistemas orgánicos no pueden funcionar al grado necesario para conservar la homeostasia extra uterina.

## **PROBLEMAS FISIOLÓGICOS**

### **SISTEMA CARDIOVASCULAR**

El defecto cardiovascular más frecuente de los lactantes de pretérmino es el conducto arterioso persistente. El conducto, que es la estructura fetal que actúa como vía para la sangre entre la arteria pulmonar y la aorta, permanece abierto en los niños de pretérmino. Los lactantes a pretérmino tienen menor resistencia vascular pulmonar como consecuencia de la falta de desarrollo muscular de las arteriolas pulmonares. Los esfuerzos de vasoconstricción no son tan fuertes con respecto al aumento de niveles de oxígeno. Mientras el conducto permanece abierto se observa incremento en la cantidad de sangre que se deriva al circuito pulmonar lo que en último término produce edema pulmonar y aumenta el esfuerzo respiratorio y el consumo de oxígeno.

Cerca de 15% de los lactantes con conducto arterioso persistente tienen defectos cardíacos adicionales.

### **SISTEMA RESPIRATORIO**

El lactante de pretérmino tiene riesgo de problemas respiratorios. Los pulmones no maduran en su totalidad sino hasta después de la semana 35 de gestación. La cantidad de factor surfactante, que es la sustancia que reduce la tensión superficial en los pulmones es deficiente en los lactantes de pretérmino. Además, hasta la 34ava o la 36ava semana maduran los alvéolos del pulmón fetal.



Durante las dos primeras semanas de vida se aconseja colocar un monitor de apnea a todos los lactantes con riesgo. La estimulación táctil y el cambio de posición para evitar la obstrucción faríngea por hiperflexión del cuello es de gran ayuda para controlar y prevenir los episodios de apnea. Otras técnicas de control incluyen presión nasal baja positiva y continua en vías respiratorias (CPAP) a razón de 3 a 5 cm de HaQ, xantinas y doxapram.

## **SISTEMA DIGESTIVO**

El aparato digestivo madura de la semana 36 a la 38 de gestación. Por tanto, en lactantes de pretérmino este aparato aún no funciona a todo su potencial. Estos lactantes están expuestos a los siguientes factores que interfieren en el funcionamiento gastrointestinal maduro.

1. Succión y deglución sin coordinación hasta la semana 34 o 35
2. Esfínter cardiaco incompetente
3. Retraso del tiempo de vaciado gástrico
4. Reducción de la absorción de grasa
5. Digestión incompleta de proteínas
6. Reducción o descoordinación de la motilidad"

## **SISTEMA NERVIOSO CENTRAL**

Es difícil evaluar los ciclos de sueño y vigilia en el lactante de pretérmino. Este experimenta por lo general sueño más tranquilo.

## **SISTEMA RENAL**

En el lactante pretérmino, los riñones y las estructuras urinarias que se relacionan son inmaduras. Los riñones no concentran bien la orina o excretan grandes cantidades de líquido. Además, la excreción de fármacos toma más tiempo. La eficiencia de la velocidad de filtración glomerulares paralela a la edad gestacional. La capacidad de amortiguación de los riñones es baja lo que predispone al neonato a sufrir acidosis por reducción de la excreción de bicarbonato y ácido.

## **SISTEMA HEPÁTICO**

El hígado inmaduro del lactante de pretérmino plantea graves problemas durante el período neonatal inmediato. Los niveles de bilirrubina aumentan con más rapidez que en los niños a término debido a que el hígado, es incapaz de procesar la bilirrubina. Los lactantes que pesan menos de 1 500 g pueden recibir fototerapia profiláctica.

La hipoglucemia del recién nacido se debe a bajas reservas de glucógeno hepático. Los niveles inferiores de proteína en suero, la deficiencia de los factores de coagulación sanguíneos y la conjugación y detoxificación deficiente de ciertos fármacos son atribuibles a inmadurez hepática.

## **PROBLEMAS INMUNITARIOS**

El lactante de pretérmino tiene niveles inferiores de IgG, la cual se adquiere de modo principal en el último trimestre. Es probable que el neonato que no reciba



alimentación oral por determinadas enfermedades no cuente con IgA e JgM ya que éstas provienen del calostro.

La elevación de niveles de IgM o IgA en la sangre del cordón umbilical en ocasiones refleja exposición del feto a algún antígeno m útero. En caso de hemorragia transplacentaria de la madre al feto también se detecta elevación de los niveles de IgM o IgA.<sup>7</sup> Los leucocitos de los lactantes de pretérmino no funcionan muy bien para combatir las bacterias.

## **PROBLEMAS TEGUMENTARIOS**

La piel del lactante de pretérmino es delgada, transparente y cubierta de vérnix abundante. Se aprecia mayor proporción de pérdidas insensibles de agua, en particular en lactantes menores de 30 semanas de gestación. Además, la piel del lactante de pretérmino absorbe los productos químicos con facilidad por lo cual hay que tener precaución al aplicar ungüentos y soluciones tópicas sobre ella. Por último, la piel es vulnerable a daños por materiales adhesivos, de manera que hay que cuidar el tipo y cantidad de adhesivo que se emplea para fijar monitores y otros aparatos a la piel.

- ☞ Los lactantes nacidos antes del término tienen una alta incidencia de conducto arterioso persistente que permiten que la sangre salte los pulmones.
- ☞ El agujero oval puede conservarse abierto si la resistencia vascular pulmonar es alta.



El sistema inmunitario es tanto inmaduro como inexperto lo que vuelve susceptible a las infecciones al lactante nacido antes del término:

- ☛ Los lactantes nacidos antes del término suelen experimentar deficiencias de IgG a causa del nacimiento antes de la transferencia trasplacentaria.
- ☛ En ocasiones el nacimiento antes de término se produce como resultado de infección materna por bacterias patógenas; el lactante pretérmino es especialmente proclive a desarrollar infección por estreptococo beta hemolítico del grupo B.

El hígado inmaduro puede ser muy ineficiente para conjugar la bilirrubina , lo que causa una hiperbilirrubinemia.

El lactante nacido antes de término tiene gran dificultad para conservar la temperatura corporal.

El sistema renal del lactante nacido antes de término es inmaduro, por lo cual sobreviene:

- ☛ Disminución de la capacidad para concentrar orina.
- ☛ Falta de selectividad en la filtración urinaria.
- ☛ Disminución de la filtración glomerular

La hemorragia periventricular e intraventricular (PIVH) y los cambios isquémicos son de importancia particular en el lactante nacido antes de término:

☞ PIVH, los cambios isquémicos o ambos, se relacionan en proporción inversa con el feto al nacer. Se producen en 50 a 60% de los lactantes que pesan menos de 1.000 gramos al nacer, sucede en 10 a 20% en los lactantes que pesan 1.000 a 1.500 gramos al nacer, se produce cuando se fuga sangre en el interior de la cavidad craneal desde los vasos del encéfalo; hay cambios isquémicos cuando se interrumpe el flujo sanguíneo.

La hipocalcemia en 30 a 980% de los lactantes nacidos antes del término:

☞ Durante el embarazo el calcio se transporta activamente a través de la placenta desde la madre hacia el feto, lo que da por resultado aumento de las concentraciones séricas de éste en el feto en el momento del nacimiento. Al nacer se interrumpe esta provisión de calcio, en un momento en que el neonato normal incrementa sus propias concentraciones de hormona paratiroidea para corregir la deficiencia resultante.

Cuando más inmadura o baja la edad gestacionaria, mayor es el riesgo de complicaciones:

**Síndrome de dificultad respiratoria (RDS):** su incidencia es inversamente proporcional a la edad gestacional y se produce con mayor frecuencia en lactantes



que pesan menos de 1.200 gramos al nacer y que tienen menos de 30 semanas de gestación. El principal factor que produce el desarrollo RDS es la deficiencia de agente tensoactivo. Otros problemas respiratorios en el lactante nacido antes de término son:

- ☛ Taquipnea transitoria del neonato (TTN): en la que hay eliminación retrazada del líquido pulmonar fetal y se manifiesta como respiración rápida, tiro respiratorio, gruñido y cianosis
- ☛ Hipertensión pulmonar persistente del neonato (PPHN). En la que hay hipoxemia y acidemia por el flujo sanguíneo pulmonar disminuido a causa del aumento de la resistencia vascular pulmonar.
- ☛ Displasia broncopulmonar (BPD): en la cual la oxigenoterapia el barotrauma por ventilación obligatoria intermitente se cambia para producir lesiones de las vías respiratorias pequeñas y fibrosis y edema intersticiales, con la telelectasia y el enfisema resultantes.

El aparato cardiovascular experimenta transición al nacer desde el tipo circulatorio fetal hasta el neonatal; el nacimiento antes del término puede afectar de manera adversa esta transición: Las contracciones uterinas a la vez, que reduce el tono del útero en reposo. Se discute aún sí la anestesia regional retarda la evolución

del trabajo de parto e incrementa la necesidad de oxitocina y de operación cesárea.<sup>4</sup>

## **CESÁREA**

El nacimiento por cesárea (que también se conoce como intervención cesárea) es el nacimiento del feto mediante una incisión que se realiza en la pared abdominal y en el útero; se trata de cirugía abdominal mayor. El nombre de este procedimiento proviene de la leyenda de que Julio César nació de esta forma/ pero si se consideran los riesgos que implicaba la cirugía de esa época, es muy poco probable que él o su madre sobrevivieran a la intervención. Antes del desarrollo de cirugías sin riesgos, el parto abdominal se reservaba para casos en que la madre estaba al borde de la muerte y había que salvar a un niño. No fue sino hasta fines del siglo XIX que las cesáreas se realizaron sin peligros.

### **Indicaciones**

Las indicaciones para el parto por cesárea se dividen en categorías maternas y fetales: Entre las razones maternas para realizar la cesárea se encuentran:

La cesárea que se realiza antes del inicio del trabajo de parto como resultado de un plan preordenado recibe el nombre de cesárea electiva (al igual que en el caso de los fórceps electivos, el obstetra no está forzado a efectuar la operación de

---

<sup>4</sup> GISPERT Carlos. Manual de la Enfermería, Trabajo de parto. OCÉANO /CENTRUM. Pag. 729 - 791

inmediato, sino que decide hacerla porque se trata del mejor procedimiento para la madre y el feto).

El parto de pretérmino es la complicación fetal más común por la que se realiza la cesárea electiva. En otro capítulo se mencionó la valoración de la edad fetal. El aumento en la incidencia de partos por cesárea es muy notorio durante los últimos años: de 4.5% antes de 1965 a 22.7% en 1985 y hasta 24% en 1988. Este incremento sugiere que el índice de cesáreas podría ser de 40% a finales de los años noventa.<sup>8,10</sup> Este aumento es objeto de gran controversia y en la actualidad se realizan investigaciones para analizar la elevada frecuencia de partos quirúrgicos. Más adelante se considerará esta controversia.<sup>5</sup>

### **Tipos de cesárea**

Hay dos tipos principales, la cesárea clásica, mediante una incisión abdominal vertical, y la cesárea realizada en el segmento inferior, que es la más empleada.

### **Cesárea del segmento inferior**

En este caso, se efectúa una incisión cutánea horizontal, llamada incisión de Pfannenstiel o "herida en bikini", en sentido transversal a nivel del monte de Venus. Las ventajas de la incisión de Pfannenstiel son;

---

<sup>5</sup> REEDER, MARTÍN - KONIAK, Cesárea, Mc Graw Hill, Pag. 1011 - 1012



- ☞ La incisión cutánea baja queda oculta por el vello púbico.
- ☞ La pérdida de sangre es mínima.
- ☞ Se reduce el riesgo de que se rompa la cicatriz merina durante los embarazos subsecuentes.
- ☞ Hay menos distensión abdominal en el postoperatorio.
- ☞ Disminuye la posibilidad de debilitamiento y rotura de la cicatriz del útero porque el tejido que esta en el segmento inferior del útero es menos contráctil que el cuerpo de este órgano.

Las desventajas son:

- ☞ El procedimiento requiere mayor tiempo.
- ☞ No es útil en caso de urgencia, porque las características anatómicas de la región limitan la ampliación de la herida quirúrgica y el espacio en el que se puede trabajar es relativamente limitado.

### **Cesárea clásica**

La cesárea clásica se efectúa mediante una incisión vertical en la línea media sobre la piel abdominal y la pared del cuerpo uterino.

Este tipo de cesárea suele emplearse en casos de urgencia, porque resulta mas rápido el acceso al feto. Las ventajas de la cesárea clásica son:

- ☞ Más fácil acceso al feto que se encuentra en situación transversa.
- ☞ Mejor acceso cuando existen . adherencias abdominales por cirugía previa.

- ☞ Nacimiento rápido cuando está en peligro la salud de la madre.
- ☞ Puede usarse cuando el parto vaginal plantea riesgos fetales o maternos.

Las desventajas son:

- ☞ Se pierde más sangre, por el corte de vasos miometriales de gran calibre.
- ☞ La musculatura uterina queda debilitada por la incisión en la línea media.
- ☞ Aumenta el riesgo de rotura uterina en embarazos subsecuentes.
- ☞ Es una operación abdominal mayor.
- ☞ Es más alta la tasa de morbilidad materna que en el caso de parto vaginal.
- ☞ Ocurren complicaciones quirúrgicas como hemorragia y lesiones de los órganos pélvicos o abdominales.
- ☞ El riesgo de infección es mayor.<sup>6</sup>

Con menor actividad y niveles mayores de pO<sub>2</sub> en posición prona. Duerme con mayor tranquilidad en medios térmicos neutros. Se observa poca expresión facial antes de la semana 30 a la 32 de gestación y presenta poco llanto espontáneo antes de la semana 30 a la 32..A partir de este momento, expresa hambre mediante llanto. Sólo se presenta succión rítmica no nutritiva después de la semana 32 de gestación.

---

<sup>6</sup> GISPERT Carlos, Manual de la Enfermería, Tipos de cesáreas, OCÉANO /CENTRUM. Pag. 774

El sistema auditivo funciona desde la semana 26 de vida intrauterina, se observan respuestas auditivas congruentes de la semana 32 a la 34.

Se observa incremento gradual del tono muscular al aumentar la edad gestacional. A medida que el tono muscular aumenta las extremidades asumen la posición de flexión. Esta posición y la naturaleza flexible de las extremidades representan parte de las características que se evalúan para determinar la edad gestacional. A la semana 36 los movimientos musculares se hacen con más coordinación. La etapa de desarrollo del sistema nervioso que se valora en el nacimiento depende del grado de madurez. El feto cuenta casi con la totalidad de sus neuronas de la semana 18 a la 20 de la gestación. La membrana basal de los capilares cerebrales es de grosor mínimo en comparación con el cerebro del adulto. Este fenómeno tal vez sea uno de los factores que predisponen al lactante de pretérmino a hemorragia subependimal e intraventricular. En el lactante de pretérmino se observan reflejos como el de Moro y reflejo tónico del cuello.



## **6. DISEÑO METODOLÓGICO**

### **6.1 TIPO DE ESTUDIO**

La presente investigación está demarcada en un estudio de tipo descriptivo, puesto que tiene como objetivo primordial observar, determinar, describir y analizar las características que presenta una población específica con respecto a un población, en este caso se refiere a los embarazos de 32 a 36 semanas de gestación pretérminos del Hospital Materno Infantil Niño Jesús

### **6.2 POBLACIÓN OBJETO DE ESTUDIO**

Población de referencia: todas las embarazadas que asistan al Hospital Materno Infantil Niño Jesús en el transcurso del período del 2003 al 2004.

### **6.3 POBLACIÓN ACCESIBLE**

Embarazadas de 32 a 36 semanas de gestación pretérminos del Hospital Materno Infantil Niño Jesús.



## **6.4 POBLACIÓN ELEGIBLE**

Es la población accesible y que pueda participar en el estudio después de revisar los criterios de inclusión y exclusión.

## **6.5 CRITERIOS DE INCLUSIÓN**

Recién nacidos pretérminos de 32 a 36 semanas de gestación nacidos desde el 2003 al 2004 en el Hospital Materno Infantil Niño Jesús.

## **6.6 TÉCNICA Y RECOLECCIÓN DE DATOS**

Las técnicas utilizadas fueron la observación y la encuesta aplicadas a las embarazadas.

## **6.7 FUENTES**

La primaria: es obtenida de las embarazadas de postparto (parto vaginal y cesárea) a través de la encuesta.

La secundaria: historia clínica.

## 6.8 MUESTRAS

$$N = \frac{Z_{\alpha/2} \cdot P \cdot Q \cdot N}{N \cdot E^2 + Z_{\alpha/2} \cdot P \cdot Q \cdot N}$$

P: Probabilidad de ocurrencia y prevalencia

Q: Probabilidad de fracaso

N: Tamaño de población elegible.

e: Error de muestra

Z $\alpha$ : Nivel de confianza

## 6.9 TÉCNICA DE RECOLECCIÓN.

La técnica será la observación que consistió en la revisión de las historias clínicas de las pacientes y las encuestas aplicadas a las madres de los niños recién nacidos preterminos.

El instrumento utilizado fue un cuestionario que contiene las preguntas relacionadas a las variables de estudio.



## 7. PRESENTACIÓN Y ANÁLISIS DE RESULTADOS

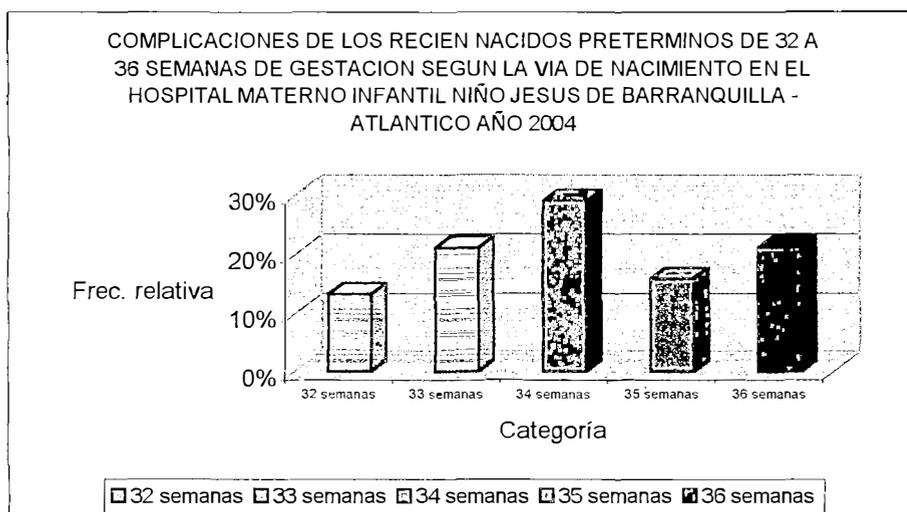
**Tabla No. 1**

EDAD GESTACIONAL DE LOS RECIÉN NACIDOS PRETERMINOS DE 32 A 36 SEMANAS DE GESTACIÓN SEGÚN LA VÍA DE NACIMIENTO EN EL HOSPITAL MATERNO INFANTIL NIÑO JESÚS DE BARRANQUILLA – ATLÁNTICO AÑO 2004.

Categoría	Frecuencia	Porcentajes
32 semanas	5	13.2%
33 semanas	8	21.0%
34 semanas	11	28.9%
35 semanas	6	15.7%
36 semanas	8	21.0%
Total	38	99.8%

Fuente: Obtenido de las encuestas realizadas a las madres la historia clínica y la observación.

**Grafico No. 1**



Fuente: Tabla No. 1

## **Análisis.**

De acuerdo al resultado se observa que en los 38 casos de gestación se encontraron así 5 casos con 32 semanas con un porcentaje de 13.2%, 8 casos de 33 semanas con un porcentaje de 21.% 11 casos de 34 semanas con un porcentaje de 28.9%, 6 casos de 35 semanas con un porcentaje de 15.7%, 8 casos de 36 semanas obteniendo un 21% para un total de 99.8%.



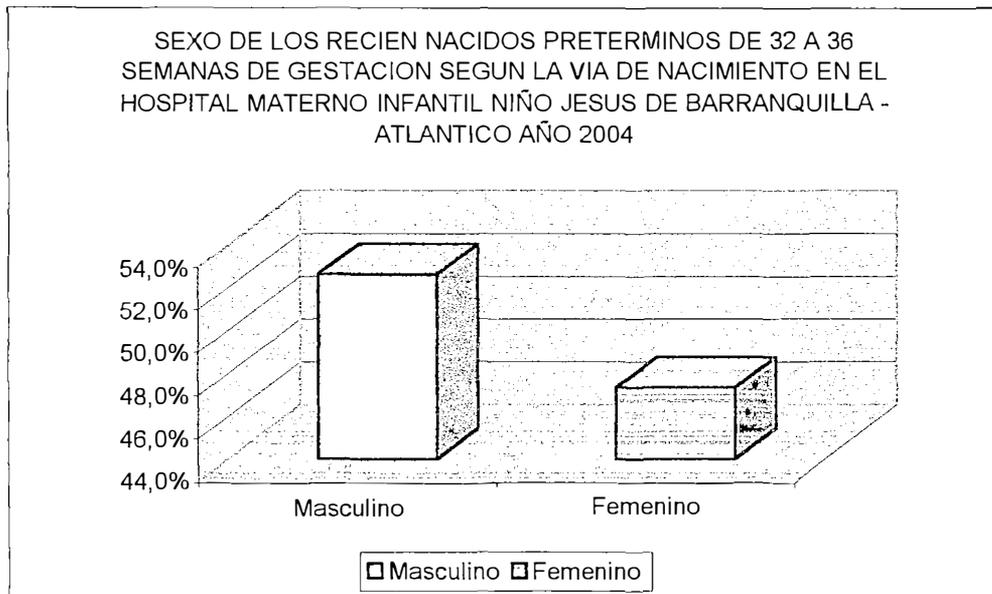
**Tabla No. 2**

SEXO DE LOS RECIÉN NACIDOS PRETERMINOS DE 32 A 36 SEMANAS DE GESTACIÓN SEGÚN LA VÍA DE NACIMIENTO EN EL HOSPITAL MATERNO INFANTIL NIÑO JESÚS DE BARRANQUILLA – ATLÁNTICO AÑO 2004.

<b>Categoría</b>	<b>Frecuencia</b>	<b>Porcentajes</b>
Masculino	20	52.6%
Femenino	18	47.3%
Total	38	99.9%

Fuente: Obtenido de las encuestas realizadas a las madres la historia clínica y la observación.

**Grafico No. 2**



Fuente: Tabla No. 2

## **Análisis**

De acuerdo a los resultados obtenidos en las tablas se observa que de los 38 casos 20 son de sexo masculino con un porcentaje de 52.6% y 18 son de sexo femenino con un porcentaje de 47.3% para un porcentaje total de 99.9%.

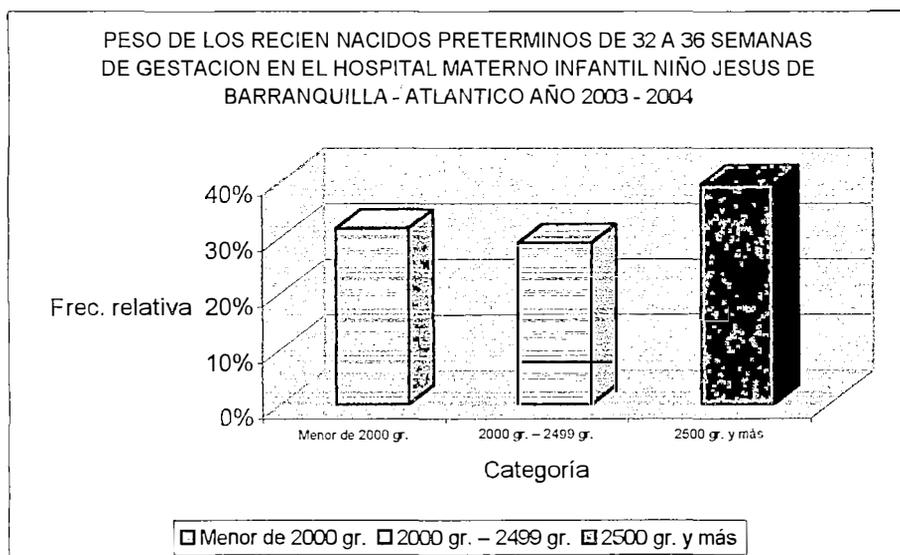
**Tabla No. 3**

**PESO DE LOS RECIÉN NACIDOS PRETERMINOS DE 32 A 36 SEMANAS DE GESTACIÓN EN EL HOSPITAL MATERNO INFANTIL NIÑO JESÚS DE BARRANQUILLA – ATLÁNTICO AÑO 2003 – 2004.**

<b>Categoría</b>	<b>Frecuencia</b>	<b>Porcentajes</b>
Menor de 2000 gr.	12	31.5%
2000 gr. – 2499 gr.	11	28.9%
2500 gr. y más	15	39.4%
Total	38	99.8%

Fuente: Obtenido de las encuestas realizadas a las madres la historia clínica y la observación.

**Gráfico No. 3**



Fuente: Tabla No. 3

## **Análisis.**

De acuerdo al resultado se observa el peso en los 38 casos de los bebés preterminos que predominaron fueron 12 casos con un peso menor de 200 gr. para un porcentaje de 31.5%, 11 casos con un peso de 2000 gr. – 2499 gr. para un porcentaje de 28.9% 15 casos con un peso de 2500 gr. y más para un porcentaje de 39.4% con un porcentaje total de 99.8%.



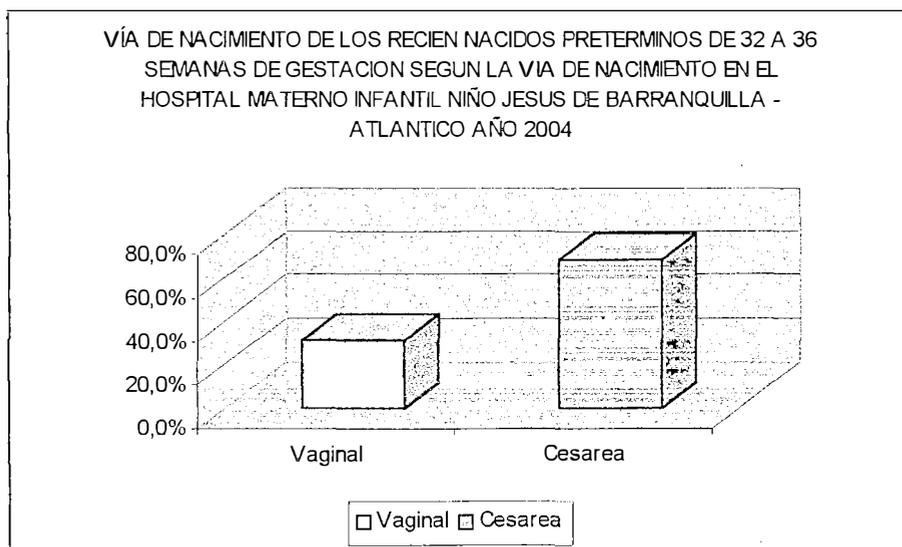
**Tabla No. 4**

VÍA DE NACIMIENTO DE LOS RECIÉN NACIDOS PRETERMINOS DE 32 A 36 SEMANAS DE GESTACION EN EL HOSPITAL MATERNO INFANTIL NIÑO JESÚS DE BARRANQUILLA – ATLÁNTICO AÑO 2003 – 2004.

Categoría	Frecuencia	Porcentajes
Vaginal	12	31.5%
Cesárea	26	68.4%
Total	38	99.9%

Fuente: Obtenido de las encuestas realizadas a las madres la historia clínica y la observación.

**Gráfico No. 4**



Fuente: Tabla No. 4

**Análisis.**

Los resultados arrojan de los 38 madres encuestados 12 tuvieron parto vaginal con un porcentaje de 31.5% 26 se les realizó cesárea ocupando un porcentaje de 68.4% para un total de 99.9%

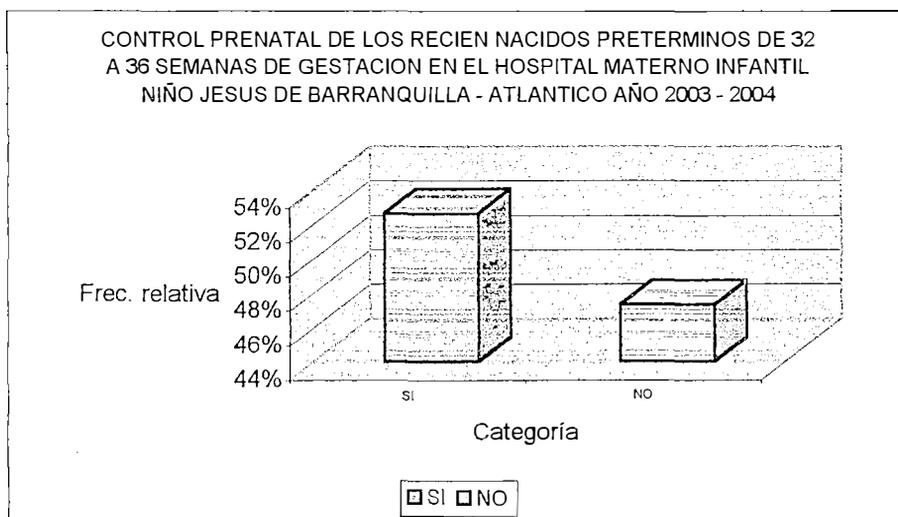
**Tabla No. 5**

CONTROL PRENATAL DE LOS RECIÉN NACIDOS PRETERMINOS DE 32 A 36 SEMANAS DE GESTACIÓN EN EL HOSPITAL MATERNO INFANTIL NIÑO JESÚS DE BARRANQUILLA – ATLÁNTICO AÑO 2003 – 2004.

Categoría	Frecuencia	Porcentajes
SI	20	52.6%
NO	18	47.3%
Total	38	9.9%

Fuente: Obtenido de las encuestas realizadas a las madres la historia clínica y la observación.

**Gráfico No. 5**



Fuente: Tabla No. 5

**Análisis.**

De acuerdo al resultado se observa que de las 38 madres tuvieron control prenatal fueron 20 ocupando un porcentaje de 52.6% mientras que los otros 18 no tuvieron control prenatal con un porcentaje de 47.3%.

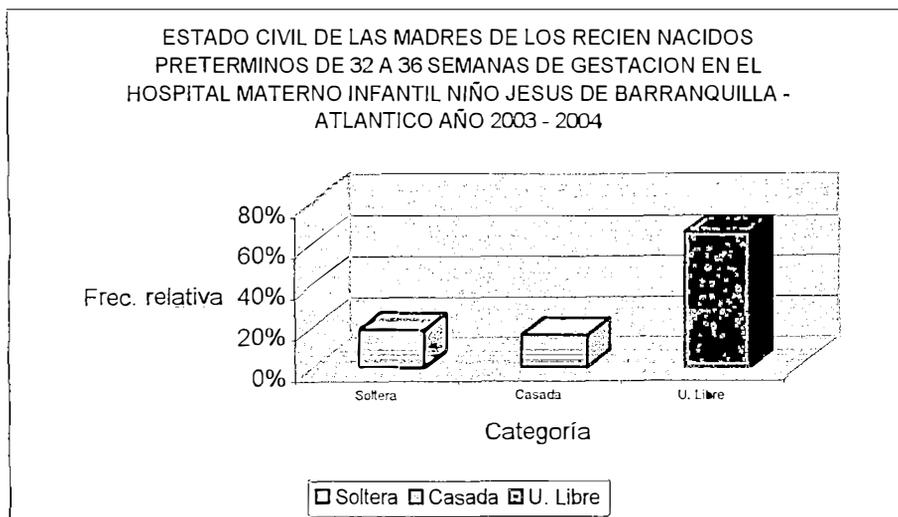
**Tabla No. 6**

**ESTADO CIVIL DE LAS MADRES DE LOS RECIÉN NACIDOS PRETERMINOS DE 32 A 36 SEMANAS DE GESTACIÓN EN EL HOSPITAL MATERNO INFANTIL NIÑO JESÚS DE BARRANQUILLA – ATLÁNTICO AÑO 2003 – 2004.**

<b>Categoría</b>	<b>Frecuencia</b>	<b>Porcentajes</b>
Soltera	7	18.4%
Casada	6	15.7%
U. Libre	25	65.7%
Total	38	9.98%

Fuente: Obtenido de las encuestas realizadas a las madres la historia clínica y la observación.

**Grafico No. 6**



Fuente: Tabla No. 6

**Análisis.**

De acuerdo al resultado se observa que las 38 madres encuestadas, 7 son madres solteras lo cual equivale a un 18.4%, 6 son casadas equivalente a un 15.7% y 25 viven en unión libre lo cual equivale a un 65.7%.



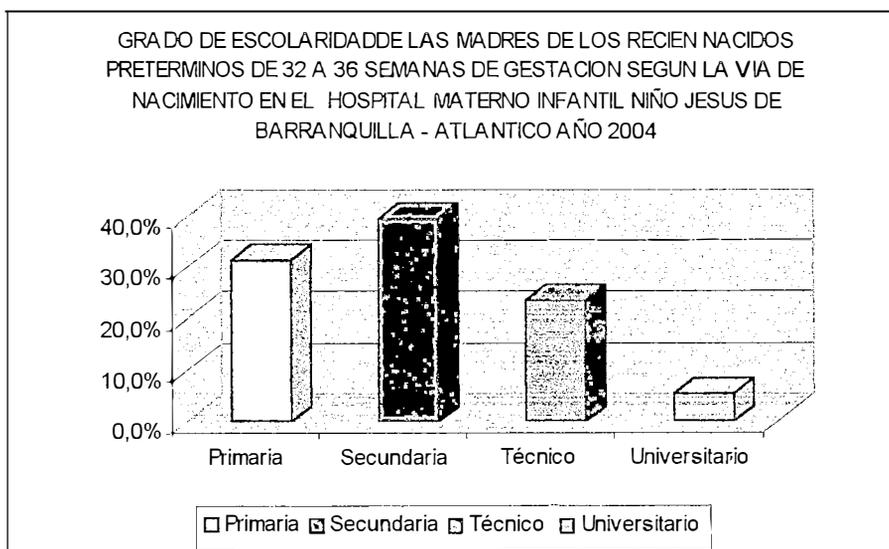
**Tabla No. 7**

GRADO DE ESCOLARIDAD DE LAS MADRES DE LOS RECIÉN NACIDOS PRETERMINOS DE 32 A 36 SEMANAS DE GESTACIÓN EN EL HOSPITAL MATERNO INFANTIL NIÑO JESÚS DE BARRANQUILLA – ATLÁNTICO AÑO 2003 – 2004.

Categoría	Frecuencia	Porcentajes
Primaria	12	31.5%
Secundaria	15	39.4%
Técnico	9	23.6%
Universitario	2	5.3%
Total	38	99.8%

Fuente: Obtenido de las encuestas realizadas a las madres la historia clínica y la observación.

**Grafico No. 7**



Fuente: Tabla No. 7

## **Análisis.**

De acuerdo a los datos que nos muestran la tabla tenemos que de las 38 madres encuestadas 12 cursaron primaria con un porcentaje de 31.5%, 15 cursaron secundaria con un porcentaje de 39.4%, 9 son técnicos con un porcentaje de 23.6% y 2 son universitarias con un porcentaje de 5.3%.

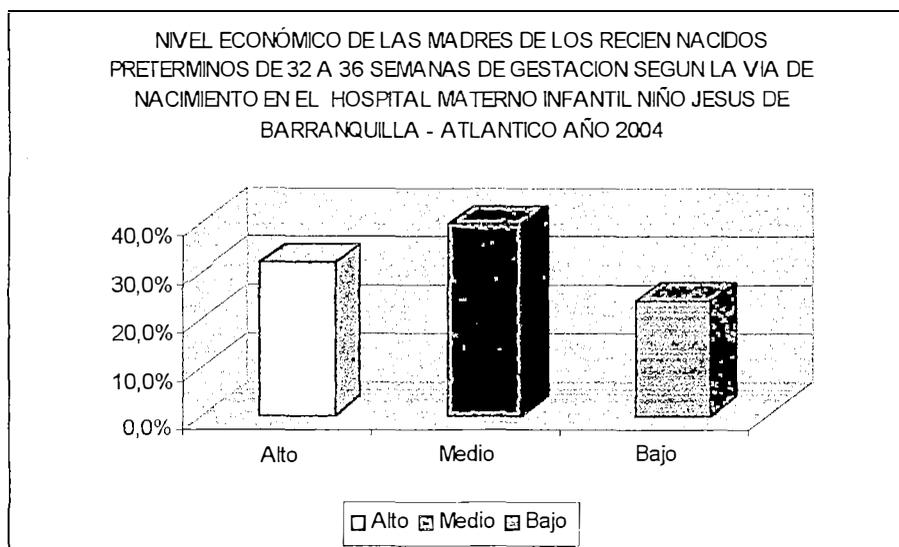
**Tabla No. 3**

NIVEL ECONÓMICO DE LAS MADRES DE LOS RECIÉN NACIDOS PRETERMINOS DE 32 A 36 SEMANAS DE GESTACIÓN EN EL HOSPITAL MATERNO INFANTIL NIÑO JESÚS DE BARRANQUILLA – ATLÁNTICO AÑO 2003 – 2004.

Categoría	Frecuencia	Porcentajes
Alto	3	7.8%
Medio	15	39.4%
Bajo	20	52.6%
Total	38	99.8%

Fuente: Obtenido de las encuestas realizadas a las madres la historia clínica y la observación.

**Grafico No. 8**



Fuente: Tabla No. 8

## **Análisis.**

Teniendo en cuenta los datos que arroja la tabla se observa que de las 38 madres encuestas 3 tienen un nivel económico alto lo cual equivale a un 7.8%, 15 tienen un nivel económico medio, equivale a un 39.4%, 20 tienen un nivel económico bajo lo cual equivale a un 52.6%.



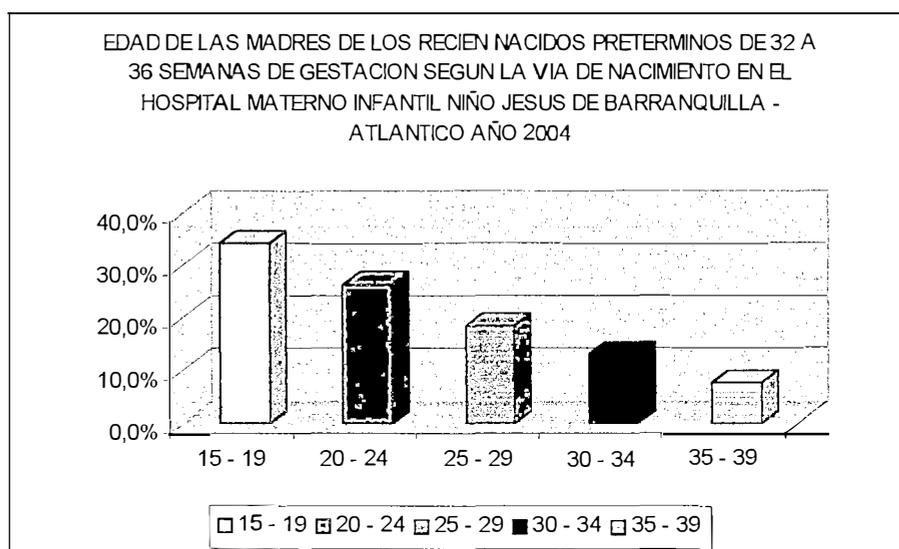
**Tabla No. 9**

**EDAD DE LAS MADRES DE LOS RECIÉN NACIDOS PRETERMINOS DE 32 A 36 SEMANAS DE GESTACIÓN EN EL HOSPITAL MATERNO INFANTIL NIÑO JESÚS DE BARRANQUILLA – ATLÁNTICO AÑO 2003 – 2004.**

<b>Categoría</b>	<b>Frecuencia</b>	<b>Porcentajes</b>
15 – 19	13	34.2%
20 – 24	10	26.3%
25 – 29	7	18.4%
30 – 34	5	13.1%
35 – 39	3	7.8%
<b>Total</b>	<b>38</b>	<b>99.8%</b>

Fuente: Obtenido de las encuestas realizadas a las madres la historia clínica y la observación.

**Grafico No. 9**



Fuente: Tabla No. 8



## **Análisis.**

La información que obtuvimos de las tablas es que de las 38 madres encuestadas 13 estaban entre los 15 – 19 años de edad con un porcentaje de 34.2% 10 están entre los 20 – 24 años de edad con un 26.3%, 7 están entre los 25 – 29 años de edad con un porcentaje de 18.4%, 5 entre los 30 – 34 años de edad con un porcentaje de 13.1%, 3 están entre los 35 – 39 años de edad ocupando un porcentaje de 7.8%.

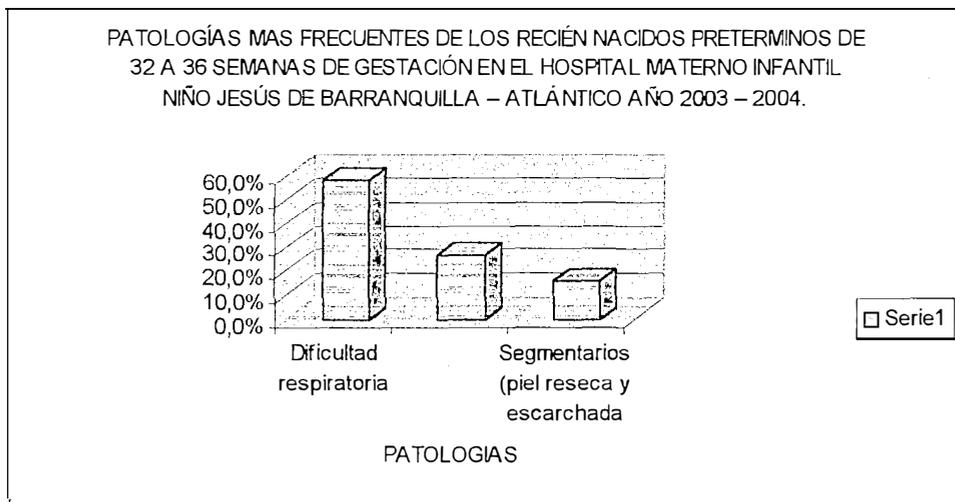
**Tabla No. 10**

PATOLOGÍAS MAS FRECUENTES DE LOS RECIÉN NACIDOS PRETERMINOS DE 32 A 36 SEMANAS DE GESTACIÓN EN EL HOSPITAL MATERNO INFANTIL NIÑO JESÚS DE BARRANQUILLA – ATLÁNTICO AÑO 2003 – 2004.

Categoría	Frecuencia	Porcentajes
Dificultad respiratoria	22	57.8%
Cardio vasculares	10	26.3%
Segmentarios (Piel reseca y escarchada)	6	15.7%
Total		99.8%

Fuente: Obtenido de las encuestas realizadas a las madres la historia clínica y la observación.

**Grafico No. 10**



Fuente: Tabla No. 10

## Análisis

Según los resultados obtenidos en la tabla se observa que de los 38 casos la patología más frecuente en ambas vías el sistema más afectado en el sistema respiratorio con 22 casos ocupando un porcentaje de un 57.8% con 10 casos , el sistema cardiovascular con un 26.3% seguido del sistema tegumentario con un porcentaje de 15.7% para un total de 99.8%.



## 8. RECURSOS ADMINISTRATIVOS

### 8.1 RECURSOS HUMANOS

Grupo de Investigación.

Oxielys Sáenz T.

Asesores metodológicos

Taide Monterrosa.

### 8.2 RECURSOS ECONÓMICOS Y FINANCIEROS

Recopilación de bibliografía	\$ 40.000
Transcripción de documentos	180.000
Gastos personales	80.000
Transportes	60.000
Fotocopias	22.000
Papelería	15.000
Subtotal	397.000
Imprevistos	25.700
Total	\$ 422.700

### 8.3 RECURSO DE TIEMPO

La investigación se ha venido trabajando en el transcurso de 3 semestres.



## 9 CUADRO OPERATIVO DE VARIABLES.

<b>Variable</b>	<b>Definición</b>	<b>Naturaleza</b>	<b>Nivel de medición</b>	<b>Criterios de clasificación</b>	<b>Interrelación</b>
Edad gestacional	Semanas de embarazo.	Cuantitativa	Intervalo	32,33,34,35 y 36 semanas	Independiente
Sexo	Es la condición orgánica, anatómica y fisiológica que establece la diferencia de genes	Cualitativo	Nominal	Masculina y femenina.	Independiente
Edad	Tiempo que ha vivido de una persona desde su nacimiento. Rango de años que adquiere un individuo a lo largo de su vida.	Cualitativo	Intervalo	17 o menor 18 a 35 35 o mayor	Independiente
Peso	Peso, medida de la fuerza gravitatoria ejercida sobre un objeto.	Cualitativa	Nominal	Mayor de 2.500 gr. 2000 a 2499 gr. Menor de 2000 gr.	Independiente
Vía de nacimiento.	Vía de nacimiento de los recién nacidos.	Cualitativo	Nominal	Vaginal Cesárea	Independiente

## CONCLUSIONES

En el presente proyecto vale la pena resaltar que esta enmarcado en un estudio de tipo descriptivo, ya que se lograron obtener resultados por medio de la observación, descripción y el análisis de la problemática donde los resultados muestran que la categoría más relevante en la edad gestacional es la de 34 semanas con un 28.9% al igual que el sexo predominando la categoría masculina con 20 casos para un porcentaje de 52.6% seguido por el peso del bebé al nacer con un peso de 2500 gr. y más para un total de casos de 15 ocupando un porcentaje de 39.4%, la vía más utilizada es la abdominal o cesárea con un 68.4%. También se logro observar que solo el 47.3% tuvieron control prenatal ya que la mayoría de estas madres tienen un nivel de escolaridad deficiente, debido a que su nivel económico es muy bajo.

Al finalizar este proyecto logramos nuestro objetivo principal el cual era conocer las patologías más frecuentes donde los resultados fueron dificultad respiratoria 57.8% seguida por los cardio vasculares con un 26.3%.



## RECOMENDACIONES

- Implementar un programa de salud sobre como manejar esta problemática.
- Ampliar el programa de control prenatal.
- Educar a las madres de estos bebés sobre los cuidados que estos deben tener.
- Concientizar a las madres de cómo ellas pueden comenzar a cuidar a sus hijos desde que están en el vientre ya que de ellas depende la disminución de muchos factores negativos como el alcoholismo, tabaquismo, trabajos pesados entre otros.

## BIBLIOGRAFÍA

SMITH, Mattson. Enfermería materno infantil. Lactantes nacidos antes de términos. Mc Graw Hill. Pág. 745

Controversia en ginecología y obstetricia. Vía de nacimiento y su relación con la morbimortalidad en recién nacidos preterminos en el HUV. Pág. 33.

Centro Latinoamericano de perinotología y desarrollo humano Montevideo – Uruguay. Correo electrónico [althabe@ops.oms.org](mailto:althabe@ops.oms.org)

Controversia en ginecología y obstetricia vía de nacimiento y su relación con la morbimortalidad en recién nacidos pretermino en el HUV pág. 33

GISPERT Carlos. Manual de la Enfermería, Trabajo de parto. OCÉANO /CENTRUM. Pag. 729 - 791

REEDER, Martín - KONIAK, Cesárea, Mc Graw Hill, Pag. 1011 - 1012

53



# ANEXOS

ANEXO No. 1

ENCUESTA DIRIGIDA A LAS MATERNAS DEL HOSPITAL MATERNO  
INFANTIL NIÑO JESÚS

I. INFORMACIÓN DE LA MADRE

Nombres y Apellidos \_\_\_\_\_

Dirección \_\_\_\_\_ Teléfono \_\_\_\_\_ Edad \_\_\_\_\_

Estrato social: Alto \_\_\_\_\_ Medio \_\_\_\_\_ Bajo \_\_\_\_\_

Nivel Educativo:

Primaria \_\_\_\_\_ Secundaria \_\_\_\_\_ Técnica \_\_\_\_\_

Universitario \_\_\_\_\_

Estado civil:

Soltera \_\_\_\_\_ Casada \_\_\_\_\_ U. Libre \_\_\_\_\_

II. INFORMACIÓN DEL RECIÉN NACIDO

Hora: A.M. \_\_\_\_\_ P.M. \_\_\_\_\_ Sexo: M \_\_\_\_\_ F \_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento: Día \_\_\_\_\_ Mes \_\_\_\_\_ Año \_\_\_\_\_

Peso gr. \_\_\_\_\_ Talla cm. \_\_\_\_\_

Nacimiento: Vaginal \_\_\_\_\_ Abdominal \_\_\_\_\_

Raza: Blanco \_\_\_\_\_ Negro \_\_\_\_\_ Mestizo \_\_\_\_\_

Complicaciones \_\_\_\_\_

Apgar:

1 Minuto : 2 – 5 \_\_\_\_\_ 5 – 6 \_\_\_\_\_ > 7 \_\_\_\_\_

5 Minutos: \_\_\_\_\_







- 1- PARTO PRETERMINO
- 2- LACTANTE NACIDO ANTES DE TERMINO
- 3- PARTO COMPLICADO
- 4- OBSTETRICIA
- 5- CESAROTOMIA
- 6- EMBARAZO - COMPLICACIONES
- 7- PERINATOLOGIA
- 8- ENFERMERIA - TESIS Y DISERTACIONES ACADEMICAS