

UNIVERSIDAD DE EL SALVADOR  
FACULTAD DE MEDICINA  
ESCUELA DE MEDICINA  
DOCTORADO EN MEDICINA  
AÑO 2024



“PATOLOGÍAS INFECCIOSAS PREVALENTES EN NIÑOS/AS DE 0-5 AÑOS  
CON ANTECEDENTES DE PREMATUREZ EN LAS UNIDADES DE SALUD  
BARRIO LOURDES, SAN MARCOS Y TAMANIQUE, DE ABRIL A SEPTIEMBRE  
2024”

Presentado por:

Marina Sarai Soriano García

María José Suncín Sánchez

Idalia Rocío Tejada Villatoro

Para optar al título de:

DOCTOR EN MEDICINA

Asesor:

Dr. Mario Ernesto Moreno Retana

Ciudad Universitaria “Dr. Fabio Castillo Figueroa”, San Salvador, El Salvador, 2024

## **AUTORIDADES DE LA UNIVERSIDAD DE EL SALVADOR**

### **Rector**

MSc. Juan Rosa Quintanilla

### **Vicerrector académico**

Dra. Evelyn Beatriz Farfan

### **Vicerrector administrativo**

MSc. Roger Armando Arias

### **Secretario general**

Dr. Pedro Rosalío Escobar

## **AUTORIDADES DE LA FACULTAD DE MEDICINA**

### **Decano**

Dr. Saúl Díaz Peña

### **Vicedecano**

Lic. Franklin Arnulfo Méndez

### **Secretario**

MSc. Roberto Carlos Hernández

### **Director de escuela**

Dr. Douglas Alfredo Velásquez

## AGRADECIMIENTOS

Agradezco a Dios quien me ha acompañado en toda mi vida, en esta etapa me ha guiado y sostenido en cada obstáculo.

A mis amados padres Marina de Soriano y Edwin Soriano quienes me han apoyado incondicionalmente con todo su amor y comprensión en este camino. A mi familia quienes han estado presentes y dándome su apoyo de diversas formas.

A mi amado novio Ernesto Peña y su familia quien recorrió este camino junto a mí, me apoyó y animó a siempre seguir adelante.

A mis amigas y compañeras de tesis, después de todo lo que recorrimos juntas, compartir risas y lágrimas, se convirtieron en hermanas, gracias por acompañarnos y apoyarnos siempre.

A nuestro asesor de tesis quién nos acompañó en este proceso y compartió su conocimiento.

Marina Saraí Soriano García.

A Dios, a mi familia, a nuestro asesor de tesis y a mis compañeras de tesis, quienes, más allá de ser colegas, se han convertido en verdaderas amigas a lo largo de este camino.

María José Suncín Sánchez.

A Dios quien siempre me ha mostrado su misericordia, a mi familia y amistades quienes nunca se han cansado de creer en mis sueños, a mi padre, quien me animó a seguir adelante a pesar de todo; y a las personas que en este camino me han demostrado su bondad.

Gracias a nuestro asesor por compartir su conocimiento y dar lo mejor de sí para apoyarnos en este proceso.

Idalia Rocío Tejada Villatoro.

## RESUMEN

La prematurez, definida como el nacimiento antes de las 37 semanas de gestación, es un desafío significativo en la salud materno-infantil a nivel global. En países en desarrollo como El Salvador, representa una principal causa de morbilidad y mortalidad neonatal. Se estima que anualmente nacen 15 millones de bebés prematuros, y muchos presentan bajo peso al nacer, con complicaciones que impactan su salud a largo plazo.

La mayoría de los nacimientos prematuros ocurren entre las semanas 32 y 37 de gestación, donde los recién nacidos muestran mayor desarrollo y menor riesgo de complicaciones comparado con los nacidos antes de la semana 32. Estos bebés, a menudo con pesos entre 1500 y 2500 gramos, destacan por un desarrollo significativo a pesar de la prematuridad. No obstante, enfrentan riesgos como la sepsis neonatal, neumonía y otras infecciones, que requieren vigilancia y tratamiento especializado.

El presente estudio, reveló que el 58% de los niños de 0-5 años con antecedente de prematurez presentan enfermedades infecciosas, con una alta incidencia en el tracto respiratorio. La recurrencia de estas infecciones puede atribuirse a factores como dificultad en la ganancia de peso y desarrollo retrasado. Las patologías neonatales infecciosas más frecuentes incluyen sepsis neonatal, neumonía e infección de vías urinarias.

Para mejorar los resultados de salud en prematuros, se recomienda fortalecer los controles prenatales y médicos, y garantizar una atención especializada. Además de estrategias cruciales como la mejoría en la capacidad del primer nivel de atención y capacitar continuamente al personal médico. Así mismo, se deben implementar protocolos rigurosos para la vigilancia prenatal y neonatal, y reforzar los programas de vacunación para prevenir enfermedades infecciosas. La investigación continua es esencial para desarrollar estrategias efectivas para manejar la prematurez y sus complicaciones.

## INTRODUCCIÓN

La prematurez, o nacimiento prematuro, es un fenómeno que representa uno de los mayores desafíos en el campo de la obstetricia y la salud materno-infantil a nivel mundial. Se define como el nacimiento de un bebé antes de completar las 37 semanas de gestación, y puede estar asociado con una serie de complicaciones médicas y de desarrollo que pueden tener un impacto significativo en la vida del recién nacido y su familia.

En los países en vías de desarrollo, la prematuridad constituye la principal causa de morbilidad en neonatos menores de 28 días, y El Salvador no es una excepción. Según datos de la Organización Mundial de la Salud (OMS), se estima que cada año nacen 15 millones de bebés prematuros, lo que representa más del 10% de todos los recién nacidos, y más de 20 millones presentan bajo peso al nacer.<sup>1</sup>

De acuerdo al informe de labores del Hospital Nacional de la Mujer del año 2021, se destaca que la prematurez, especialmente en su forma extrema, fue identificada como la principal causa de mortalidad en neonatos en dicho establecimiento. Durante el período comprendido entre enero y septiembre de 2021, se documentó un total de 174 defunciones neonatales. Entre las causas principales, se registraron 39 casos atribuidos a nacimientos pretérmino y 48 a inmadurez extrema.<sup>2</sup>

Los niños nacidos prematuramente enfrentan una serie de riesgos de salud únicos, que van desde complicaciones inmediatas en el periodo neonatal hasta posibles efectos a largo plazo en su desarrollo y bienestar.

En el trabajo de tesis titulado "Perfil clínico y epidemiológico del recién nacido prematuro con patologías médico-quirúrgicas más frecuentes y con malformaciones congénitas, ingresados en la unidad de Neonatología del Hospital Nacional de Niños Benjamín Bloom en el periodo comprendido de enero de 2016 a diciembre de 2016", se reveló una prevalencia del 44.7% de malformaciones congénitas. Asimismo, el 73.7% presentó una patología médica no quirúrgica, mientras que el 44.7% presentó una patología quirúrgica.<sup>3</sup>

Entre las patologías médicas no quirúrgicas, las enfermedades infecciosas ocupan un lugar destacado, presentando una preocupación sustancial tanto para los proveedores de atención médica como para las familias afectadas.

El objetivo de esta investigación es identificar las patologías infecciosas que tienen mayor incidencia en los prematuros y cómo esto está relacionado con este antecedente, que influye en el desarrollo de la enfermedad y sus posibles complicaciones, con el fin de mejorar la atención médica y promover intervenciones efectivas para proteger la salud y el bienestar de los niños prematuros.

ESTE TRABAJO NO CONTEMPLA ANTECEDENTES DE ANOMALÍAS CONGÉNITAS IDENTIFICADAS EN EL PERIODO PRENATAL O NEONATAL.

## CONTENIDO

### CAPÍTULO I

I. OBJETIVOS.....	1
-------------------	---

### CAPÍTULO II

II. MARCO TEÓRICO.....	2
2.1 PREMATUREZ.....	2
2.2 EPIDEMIOLOGÍA DE LA PREMATUREZ.....	2
2.3 FACTORES DE RIESGO PARA LA PREMATUREZ.....	3
2.4 SEPSIS NEONATAL.....	4
2.5 ENFERMEDADES INFECCIOSAS PREVALENTES EN NIÑOS DE 0-5 AÑOS.....	5
2.5.1 INFECCIONES DEL OJO.....	5
2.5.2 INFECCIONES RESPIRATORIAS AGUDAS SUPERIORES.....	6
2.5.3 INFECCIONES RESPIRATORIAS AGUDAS INFERIORES.....	8
2.5.4 CUADROS DIARREICOS DE ORIGEN INFECCIOSO.....	9
2.5.5 INFECCIÓN DEL TRACTO URINARIO.....	11
2.6 CARACTERÍSTICAS INMUNITARIAS DEL PREMATURO.....	11
2.7 MORTALIDAD EN EL PREMATURO.....	12
2.8 SUPERVIVENCIA Y VIABILIDAD.....	13

### CAPÍTULO III

III. DISEÑO METODOLÓGICO.....	14
3.1 TIPO DE INVESTIGACIÓN.....	14
3.2 PERIODO DE INVESTIGACIÓN.....	14
3.3 UNIVERSO Y POBLACIÓN.....	14

3.4 MUESTREO, MUESTRA Y UNIDAD DE ANÁLISIS.....	14
3.5 CRITERIOS DE INCLUSIÓN Y EXCLUSIÓN.....	15
3.6 OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES.....	16
3.7 FUENTES DE INFORMACIÓN.....	20
3.8 TÉCNICAS DE OBTENCIÓN DE INFORMACIÓN.....	20
3.9 MECANISMOS DE CONFIDENCIALIDAD Y RESGUARDO DE LOS DATOS.....	20
3.10 PROCESAMIENTO Y ANÁLISIS DE INFORMACIÓN.....	20
3.11 CONSIDERACIONES ÉTICAS.....	20
CAPÍTULO IV	
IV. RESULTADOS.....	22
V. DISCUSIÓN.....	37
VI. CONCLUSIONES.....	39
VII. RECOMENDACIONES.....	41
VIII. FUENTES DE INFORMACIÓN.....	43
ANEXOS	
ANEXO 1. INSTRUMENTO DE RECOLECCIÓN DE INFORMACIÓN.....	49

# CAPÍTULO I

## I. OBJETIVOS

### a) General:

Identificar las patologías infecciosas de mayor prevalencia en los niños/as de 0-5 años con antecedente de prematurez en las unidades de salud Barrio Lourdes, San Marcos, Tamanique.

### b) Específicos:

1. Establecer la patología neonatal con mayor frecuencia en los niño/as con antecedente de prematurez.
2. Establecer la incidencia de las enfermedades infecciosas padecidas por niño/as con antecedente de prematurez, durante el período de abril a septiembre de 2024.
3. Identificar la frecuencia de complicaciones de las enfermedades infecciosas prevalentes padecidas por niño/as con antecedente de prematurez.

# CAPÍTULO II

## II. MARCO TEÓRICO

### 2.1. PREMATUREZ

La Organización Mundial de La Salud (OMS) considera como prematuro a un bebé nacido vivo antes de las 37 semanas de embarazo. Siendo a nivel mundial, la prematuridad la principal causa de defunción en los niños menores de cinco años. <sup>4</sup>

La clasificación de prematuros según la OMS de acuerdo con la edad gestacional es:

- a) Prematuro extremo (menos de 28 semanas)
- b) Muy prematuro (de 28 a 32 semanas)
- c) Prematuro entre moderado y tardío (de 32 a 37 semanas).

Se utiliza también el peso al nacimiento como parámetro de referencia para clasificar al neonato como “bajo peso al nacimiento” el inferior a 2.500 gr. y los subgrupos de “muy bajo peso al nacimiento” a los de peso inferior a 1500 gr. y de “extremado bajo peso” al inferior a 1000 gramos. <sup>5</sup>

### 2.2. EPIDEMIOLOGÍA DE LA PREMATUREZ

La prematuridad ocupa la primera causa de mortalidad entre los niños menores de cinco años de edad y constituye uno de los problemas de salud pública más importantes actualmente. Se estima que, en 2020, 13,4 millones de niños nacieron mucho antes de tiempo. Esto equivale a más de 1 de cada 10 nacimientos. En 2019, aproximadamente 900 000 niños fallecieron como consecuencia de complicaciones relacionadas con el parto prematuro. <sup>6</sup>

En Estados Unidos la tasa de nacimientos prematuros aumentó 4% en 2021 al 10.48%, desde un 10.09% en 2020. La tasa de 2021 es la más alta reportada desde al menos 2007 (10.44%). El porcentaje de bebés nacidos prematuramente disminuyó un 8% desde 2007 (el primer año para el cual existen datos nacionales disponibles basados en la estimación obstétrica de la gestación) hasta 2014, aumentó un 7% desde 2014 (9.57%) hasta 2019, y disminuyó un 1% desde 2019 hasta 2020. Se observaron aumentos del 4% tanto en los nacimientos prematuros tempranos como en los nacimientos prematuros tardíos de 2020 a 2021. La tasa de nacimientos prematuros tempranos aumentó del 2.70% al 2.81%, alcanzando el nivel más alto reportado desde 2011. La tasa de nacimientos prematuros tardíos aumentó al 7.67% desde el 7.40%, siendo el nivel más alto reportado desde al menos 2007. <sup>7</sup>

El sur de Asia y el África subsahariana registran las tasas más elevadas de nacimientos prematuros, y los bebés prematuros de estas regiones se enfrentan al mayor riesgo de mortalidad. Juntas, estas dos regiones representan más del 65% de los nacimientos prematuros del mundo. <sup>8</sup>

Según cifras del Departamento Administrativo Nacional de Estadística (DANE), el 11,4% de los nacimientos en Colombia son de niños prematuros, (corresponde a un poco más de 100.000 niños anualmente).<sup>9</sup>

En El Salvador, para el 2018 los departamentos con mayor incidencia de prematuridad y por arriba de la tasa nacional son: Ahuachapán 8.65 %, La Libertad 8.46%, San Vicente 10 % y Morazán con 8.65 %. El índice nacional de prematurez en niños nacidos vivos es de 7.92%.

10

Según el informe de resultados de enero a septiembre de 2023 del Hospital Nacional de la Mujer, los egresos por inmadurez extrema se incrementaron en 13% desde 2022 a 2023 con un incremento promedio de 7 % en la tasa de mortalidad neonatal. Las principales causas de muerte neonatal hospitalaria en general se concentran en la inmadurez extrema, otros recién nacidos de pretérmino como parte de las afecciones originadas en el período perinatal.

11

### 2.3. FACTORES DE RIESGO PARA PREMATUREZ

Un parto pretérmino puede ocurrir de diferentes maneras:

- a) Trabajo de parto pretérmino con membranas intactas (espontáneo).
- b) Trabajo de parto pretérmino con ruptura prematura de membranas (RPM).
- c) Parto pretérmino iatrogénico por causas maternas o fetales.

En Latinoamérica, el 70% son partos pretérmino espontáneos; el 16-21%, por RPM, y el 11-15%, de forma iatrogénica (indicación médica). En los Estados Unidos, el 40-45% son espontáneos; el 25-40%, por RPM, y el 30-35%, por indicaciones médicas fetales o maternas.<sup>12</sup>

En un estudio transversal analítico, en el cual se incluyeron las mujeres que recibieron atención del parto en los hospitales públicos de El Salvador en el período de enero a diciembre 2017, se encontró las mujeres con edad menor a 19 años y mayor a 35 tienen más probabilidades de un parto prematuro y que en los embarazos múltiples existe 14 veces mayor probabilidad de concluir con un parto prematuro.<sup>4</sup>

Se encontró también que el parto prematuro tuvo mayor frecuencia en mujeres con enfermedades crónicas. Se identificó que, en embarazadas con antecedente de diabetes, el parto prematuro se presenta casi cinco veces más que en quienes no la padecen. Así mismo, el parto prematuro fue más frecuente en mujeres con antecedente de nefropatía.

Según este mismo estudio, las embarazadas con antecedentes de hipertensión arterial tienen dos veces más probabilidades de finalizar su embarazo con un parto prematuro, al igual que las mujeres con antecedente de cardiopatía tienen doble probabilidad de presentar un parto prematuro. La prematurez fue más frecuente en mujeres con obesidad detectada en su primer control prenatal.

## 2.4. SEPSIS NEONATAL

El período neonatal es el comprendido desde el momento del nacimiento hasta los 28 días completos de vida.<sup>13</sup>

La sepsis neonatal es una infección que puede ser causada por bacterias, virus, hongos o rickettsias. La sepsis neonatal incluye diferentes tipos de infecciones sistémicas en recién nacidos, tales como septicemia, meningitis, neumonía, artritis y osteomielitis, entre otras.

El patógeno más común es *Staphylococcus epidermidis*, el cual está implicado en la inflamación neonatal inducida por sepsis, así mismo confiere un mayor riesgo de resultados neonatales adversos a corto y largo plazo, especialmente en recién nacidos prematuros muy inmaduros.<sup>14</sup> Otras bacterias comúnmente implicadas son *Staphylococcus aureus*, *estafilococos coagulasa negativos (CONS)*, *Streptococcus pneumoniae*, *Streptococcus pyogenes*, *Escherichia coli*, *Klebsiella pneumoniae*, *Pseudomonas aeruginosa*, *Salmonella typhi* y *estreptococos del grupo B (EGB)*. Los patógenos virales incluyen al echovirus, enterovirus, parechovirus, virus coxsackie, adenovirus, parainfluenza virus, rinovirus, virus del herpes simple, virus sincitial respiratorio y coronavirus. *Candida albicans* y otras especies corresponden a los patógenos fúngicos.<sup>15</sup>

Dependiendo de la edad de inicio de la enfermedad, la sepsis neonatal se clasifica en sepsis neonatal temprana o sepsis de inicio tardío. La sepsis neonatal temprana (SNT) generalmente es causada por microorganismos adquiridos antes del parto o durante el mismo (o por una infección materna fetal), mientras que la sepsis de inicio tardío (SIT) es provocada por organismos adquiridos después del parto, ya sea en el hospital o en la comunidad. Sin embargo, no hay un consenso claro sobre los límites de tiempo exactos, ya que la aparición temprana puede variar entre 48 horas y 7 días después del nacimiento.<sup>16</sup>

Factores de riesgos que en forma independiente están presentes casi siempre en los RN infectados: <sup>17</sup>

- a) Prematurez: es considerado el factor único más importante y la frecuencia de infección es inversamente proporcional a la edad gestacional. En los menores de 28 semanas el riesgo de sepsis temprana es del doble que los prematuros mayores de 28 semanas.
- b) Bajo peso al nacer: La frecuencia de infección es inversamente proporcional al peso de nacimiento; por ejemplo, en prematuros de menos de 1.500 g la tasa de infección nosocomial alcanza valores de entre el 15% y el 25% y en menores de 1.000 g suelen no ser inferiores a 40%.
- c) Internación prolongada.
- d) Empleo de vías intravenosas.

## 2.5. ENFERMEDADES INFECCIOSAS PREVALENTES EN NIÑOS DE 0-5 AÑOS

La prevalencia es una medida de la proporción de las personas que presentan una enfermedad en un período de tiempo establecido.<sup>18</sup>

La infección se define como la presencia y multiplicación de un microorganismo en los tejidos del huésped; representa la interacción del agente patógeno (y sus factores de virulencia) con el huésped. La enfermedad infecciosa es la expresión clínica del proceso infeccioso, traduciendo en signos y síntomas tanto el daño causado por el agente infeccioso como el resultado de la inflamación resultante. Se pueden clasificar en función del microorganismo causal o desde el punto de vista de las manifestaciones clínicas que produce (síndromes y enfermedades).<sup>19</sup>

Estas enfermedades, sin el tratamiento y manejo adecuado, pueden derivar en complicaciones médicas, las cuales se definen como el agravamiento de una enfermedad o de un procedimiento médico con una patología intercurrente, que aparece espontáneamente con una relación causal más o menos directa con el diagnóstico o el tratamiento aplicado.<sup>20</sup>

### 2.5.1. INFECCIONES DEL OJO

#### 1. Conjuntivitis infecciosa

La conjuntivitis es una inflamación de la conjuntiva, causada por un agente infeccioso (bacterias o virus). La conjuntivitis vírica es la causa más frecuente de conjuntivitis infecciosa. Se asocia a menudo a los catarros y su causa más frecuente son los virus del grupo adenovirus, aunque también se asocia a virus de la rubéola y virus del herpes.<sup>21</sup>

La mayoría de los virus que causan conjuntivitis se propagan por el contacto entre las manos y el ojo, cuando se toca el ojo con las manos u objetos contaminados con el virus infeccioso. Las manos se pueden contaminar al entrar en contacto con lágrimas, secreciones del ojo, heces o secreciones respiratorias infectadas. La conjuntivitis viral también se puede propagar a través de gotas grandes de las vías respiratorias.

La conjuntivitis bacteriana es la segunda causa más común y es responsable de la mayoría (50% a 75%).<sup>22</sup> Es causada comúnmente por *Haemophilus influenzae*, *Streptococcus pneumoniae* o *Moraxella catarrhalis*. Pero también puede ser causada, en el caso de los neonatos, por *Neisseria gonorrhoeae* o *Chlamydia trachomatis* por transmisión vertical durante el parto.<sup>23</sup>

En los recién nacidos prematuros se puede desarrollar con mayor frecuencia un cuadro de conjuntivitis pues ellos permanecen por un tiempo más prolongado con la hendidura palpebral cerrada, lo cual predispone a la proliferación bacteriana, además a la inmadurez de su sistema lagrimal.<sup>24</sup>

## 2.5.2. INFECCIONES RESPIRATORIAS AGUDAS SUPERIORES

### 1. Otitis media aguda

Es una inflamación infecciosa del oído medio, que incluye la cavidad del oído medio, la trompa de Eustaquio y en algunos casos la mastoide.

La etiología de estas infecciones es variada. Es viral primaria en su mayor parte, en especial por rinovirus, pero se considera que más o menos un 55% se sobre infectan por bacterias dentro de las cuales, las más importantes son: *S. pneumoniae* 35%, *M. catarrhalis* 15%, *H. influenzae* 25% gram negativos 13%, *S. aureus* 2% y *S. pyogenes* 8%.<sup>25</sup>

Es más frecuente en los menores de 5 años. Los factores de riesgo asociados son: menor edad, bajo nivel socio-económico, exposición al humo de cigarrillo, en especial por madre fumadora, condiciones de atopia personal ante todo si existe componente de rinitis; hipertrofia adenoidea, anomalías anatómicas craneofaciales, el sexo, la raza, variaciones climáticas, posición supina en particular durante la alimentación con biberón.

Los síntomas comprenden dolor en el oído, fiebre y disminución de la agudeza auditiva. En la exploración la membrana timpánica suele encontrarse eritematosa, opaca, prominente o retraída. En ocasiones se observa una perforación espontánea del tímpano y otorrea.

### 2. Sinusitis

Es la inflamación de origen infeccioso de la mucosa de los senos paranasales y, en ocasiones, de las paredes óseas que la rodean. Según diversos estudios, la bacteriología de la sinusitis infantil no difiere significativamente de la del adulto, y los gérmenes implicados con más frecuencia son *Streptococcus pneumoniae* y *Haemophilus influenzae* en los procesos agudos, mientras que en los crónicos predominan los anaerobios *Bacteroides*, *Veillonella* y *Fusobacterium*.<sup>26</sup>

El diagnóstico clínico de la sinusitis aguda incluye la obstrucción nasal y la rinorrea, el dolor facial o la cefalea, aunque éstos son más frecuentes en los adolescentes y en los adultos que en los niños. El dato que habitualmente orienta hacia una sinusitis aguda es la prolongación de la clínica durante un período más largo del habitual en las infecciones virales de la vía aérea superior.

### 3. Faringitis

Es una enfermedad inflamatoria de la mucosa y estructuras adyacentes a la garganta. Clínicamente existen 3 entidades principales que son: amigdalitis, nasofaringitis y faringoamigdalitis, las cuales generalmente se acompañan además de diversos grados de inflamación de la úvula, nasofaringe y paladar blando. Los pacientes presentan “carraspera” o dolor de garganta, así como coriza y tos. La faringe se encuentra inflamada, edematosa y puede o no estar acompañada de exudado purulento.<sup>27</sup>

En el caso de niños previamente sanos hasta el 90% de la etiología está dada por alguno de los siguientes gérmenes: adenovirus, virus influenzae A y B, virus Epstein-Barr, enterovirus, sincitial respiratorio y rinovirus.

La causa bacteriana más frecuente de faringitis es el Streptococcus del grupo A (Streptococcus pyogenes). Este microorganismo es responsable de cerca del 15% de los casos de faringitis y puede ocasionar complicaciones importantes tanto supurativas (absceso periamigdalino y retrofaríngeo) como no supurativas (escarlatina, síndrome de shock tóxico por Streptococcus, fiebre reumática y glomerulonefritis postestreptocócica aguda).<sup>28</sup>

Los signos clásicos de la faringoamigdalitis estreptocócica son: fiebre, inflamación faríngea, adenopatía cervical dolorosa, hipertrofia y congestión de amígdalas o amígdalas y faringe cubiertas por un exudado purulento; pueden existir también petequias en paladar blando.

La faringoamigdalitis bacteriana es muy poco frecuente antes de los 3 años. La faringoamigdalitis con exudado purulento en niños menores de 3 años, excluida la difteria casi siempre se debe a adenovirus y menos frecuente al virus de Epstein Barr.

### 4. Laringotraqueitis

El “Crup” subglótico o laringotraqueobronquitis aguda es una infección de la vía respiratoria alta y baja que produce un edema subglótico importante. Afecta casi siempre a niños de 2 a 3 años y suele seguir a una infección respiratoria alta, iniciada uno o dos días antes. Los síntomas comprenden fiebre, disfonía (ronquera), tos molesta y fuerte (tos “perruna”) y estridor inspiratorio.<sup>29</sup>

Los virus parainfluenza, principalmente el tipo 1 seguido del tipo 3, son la causa más frecuente. La asociación con el virus de la influenza A y raramente el B es variable ya que su fluctuación estacional es imprevisible. Esporádicamente se asocian al virus respiratorio sincitial, adenovirus, parainfluenza tipo 2, rinovirus, enterovirus y M. pneumoniae.<sup>30</sup>

Es frecuente en niños entre los 3 meses y tres años de edad, tiene patrón de presentación dependiente de los cambios climatológicos de los virus implicados en su etiología.

### 2.5.3. INFECCIONES RESPIRATORIAS AGUDAS INFERIORES

#### 1. Neumonía

Es la infección localizada o generalizada del parénquima pulmonar con compromiso predominantemente alveolar.<sup>31</sup>

La etiología de las IRA de vías aéreas inferiores en los niños es viral en la mayoría de los casos. Cuando se está frente a situaciones en las cuales hay predominio de compromiso alveolar, en países en desarrollo y en especial ante poblaciones con factores de alto riesgo, la etiología bacteriana llega a predominar sobre los virus; la frecuencia relativa de diversos patógenos, varía según el contexto en que se adquirió la infección; en los pacientes con neumonía adquirida en la comunidad los microorganismos más comunes son: *Streptococcus pneumoniae*, *Haemophilus influenzae* causando el 74% de estas y el *Staphylococcus aureus* el 9%; deben tenerse en mente la *Clamidia trachomatis* en niños entre los 2 y 4 meses de edad y el *M. pneumoniae*, en mayores de 5 años. Se estima que los bacilos entéricos gramnegativos y *Pseudomona aureginosa*, son causas poco frecuentes de neumonía adquirida en la comunidad y, por el contrario, son responsables de más del 50% de las neumonías hospitalarias.<sup>32</sup>

Las neumonías son causa frecuente de morbimortalidad en especial en poblaciones con factores de riesgo elevado como son: bajo nivel socioeconómico, bajo peso al nacer, ausencia de lactancia materna, menor edad, carencia de inmunizaciones, madre fumadora durante el embarazo o en la presencia del niño, contaminación intra y extradomiciliaria, etc. En estas condiciones hay predominio de causas bacterianas y de casos de mayor severidad, en los meses de invierno aumenta la frecuencia de episodios virales y con ellos el riesgo de neumonías bacterianas.<sup>33</sup>

Su gravedad es muy variable. La tos, la fiebre, taquipnea y las retracciones son los elementos básicos que orientan a su diagnóstico; la auscultación pulmonar puede dar signología de consolidación como broncofonía, o soplo tubárico; tanto la neumonía como la bronconeumonía dan crepitantes o estertores alveolares finos al final de la inspiración en la zona o zonas comprometidas.

La clasificación para el manejo estándar de casos está basada en signos claramente definidos que orientan ante todo dos decisiones de tratamiento: Prescribir o no antimicrobianos y tratar al niño ambulatorio o referir para su hospitalización.

Producto de este enfoque se definieron los siguientes niveles de severidad para neumonía:

Enfermedad muy grave: signos de IRA más cualquiera de los siguientes hallazgos: somnolencia importante con dificultad para despertar al niño, presencia de convulsión, desnutrición grave en el niño mayor de 2 meses, fiebre o hipotermia para menores de 2

meses, incapacidad para beber líquidos en los mayores de 2 meses y disminución importante del apetito en los menores de 2 meses, vomita todo.

Neumonía grave: cuadro clínico de IRA más retracción subcostal persistente en ausencia de signos para enfermedad muy grave y/o estridor en reposo. Neumonía: cuadro clínico de IRA más respiración rápida y ausencia de signos de neumonía grave o de enfermedad muy grave. No neumonía: cuadro clínico de IRA, sin ninguno de los indicadores para los otros niveles de severidad.<sup>34</sup>

## 2. Bronquiolitis

Cuadro agudo de obstrucción de las pequeñas vías aéreas, precedido de infección del tracto respiratorio superior, que afecta fundamentalmente a los menores de 2 años. Se caracteriza por inflamación aguda, edema y necrosis de las células epiteliales de los bronquios más pequeños, junto con hipersecreción de moco.<sup>35</sup>

El virus respiratorio sincitial es el causante de la mayor proporción de casos y de las formas con mayor afectación clínica, aunque otros virus como rinovirus y adenovirus pueden también producirlo, siendo frecuente la coinfección viral.<sup>36</sup>

El cuadro clínico se inicia con síntomas de vías respiratorias altas como rinorrea, estornudos y tos, con o sin fiebre, habitualmente no muy elevada. En un periodo de 1 a 4 días, la tos se hace más persistente, apareciendo irritabilidad, rechazo de la alimentación, taquipnea, disnea espiratoria, auscultación con sibilancias y/o crepitantes y dificultad respiratoria.<sup>37</sup>

Los factores de riesgo relacionados con su padecimiento son: edad menor a 6 semanas, antecedentes de prematuridad, enfermedades de base, tabaquismo en el entorno, ausencia de lactancia materna, hacinamiento y pobreza, bajo peso al nacimiento.

### 2.5.4. CUADROS DIARREICOS DE ORIGEN INFECCIOSO

La Organización Mundial de la Salud define un caso de diarrea como la eliminación de tres o más evacuaciones intestinales líquidas o blandas en un período de 24 horas. Es necesario resaltar en este punto que los niños alimentados de manera exclusiva al pecho pueden tener normalmente varias deposiciones blandas o semilíquidas por día.<sup>38</sup>

La diarrea es causada principalmente por agentes infecciosos como virus, bacterias y parásitos. La mayor parte de las diarreas infecciosas se adquieren por transmisión a través de ingestión de agua o alimentos contaminados por materias fecales.

En un metaanálisis de 14 estudios de cohortes, se encontró que los lactantes alimentados con fórmula o con una mezcla de fórmula y leche humana tenían 2.8 veces más probabilidades de desarrollar infección gastrointestinal que aquellos que fueron amamantados exclusivamente.<sup>39</sup>

### 1. Diarrea aguda

Es aquel episodio de diarrea que empieza de manera aguda y tarda menos de 14 días. Se manifiesta por la presencia de tres o más deposiciones líquidas o semilíquidas sin sangre visible, que puede acompañarse de vómito, fiebre, irritabilidad y disminución del apetito. La mayoría de las veces este cuadro se resuelve en menos de 7 días.<sup>40</sup>

Los agentes más implicados en este tipo de diarrea son: rotavirus, *E. Coli* enterotoxigénica, *Shigella*, *Campylobacter jejuni* y *Cryptosporidium*. Es la más frecuente de todas las clases de diarrea y la mayoría de los casos son autolimitados, recuperándose en unos pocos días con la aplicación de la terapia de rehidratación oral.

### 2. Disentería

Corresponde a aquellos casos de diarrea que se acompañan de sangre visible en las heces. Se manifiesta además por anorexia, pérdida rápida de peso y daño de la mucosa intestinal causado por invasión de bacterias.<sup>41</sup>

Los agentes más comúnmente implicados en este tipo de diarreas son: *Shigella*, *Salmonella*, *Campylobacter jejuni*, *E. coli* enteroinvasora. Aunque se estima que sólo el 10% de todos los casos de diarrea son disintéricas, su importancia radica en que las mismas son responsables hasta del 15% de las muertes por esta enfermedad.

### 3. Diarrea persistente

La diarrea persistente es un episodio diarreico que se inicia en forma aguda y que se prolonga por 14 días o más.<sup>42</sup> Alrededor del 10% de los casos de diarrea aguda se vuelven persistentes. Esta condición deteriora el estado nutricional y está asociada con mayor mortalidad que la diarrea aguda: Del 35-50% de las muertes por diarrea son debidas a diarrea persistente. Ocurre en niños malnutridos y por sí misma es una importante causa de malnutrición. La muerte se produce como consecuencia de un deterioro nutricional progresivo, estados prolongados de deshidratación, desequilibrio electrolítico y sepsis.

No existe una sola causa microbiana, pero se ha encontrado que agentes como *Shigella*, *Salmonella* y *E. Coli* enteroagregativa están más implicados que otros. Es necesario tener en cuenta además al *Cryptosporidium* en niños con desnutrición grave o inmunodeficientes.

Se han identificado varios factores de riesgo que pueden llevar a que una diarrea líquida aguda se transforme en diarrea persistente: desnutrición, introducción reciente de leche de vaca o fórmulas infantiles comerciales, prescripción injustificada de antibióticos, inicio prematuro de la alimentación complementaria, empleo de antimotílicos y otras sustancias “antidiarreicas”, restricción de alimentos durante la diarrea aguda, dilución de la leche en presencia de diarreas, abandono de la lactancia materna, uso indiscriminado de medicamentos antiprotozoarios.

### 2.5.5. INFECCIÓN DEL TRACTO URINARIO

La ITU es una enfermedad muy común en la infancia, ocurriendo en un 0,1% a 1% de todos los neonatos y en el 8% de los niños con peso al nacer menor a 1.500 gramos.<sup>43</sup> Afecta 1 de cada 3 recién nacidos con infección bacteriana demostrada, y puede ser el primer indicador de anomalías de las vías urinarias estructurales subyacentes.<sup>43</sup> La prevalencia de ITU varía entre 5,4% y 22,8%. Las tasas de ITU varían con la edad, es baja en recién nacidos a término (0,1-1%) y aumenta en la infancia (9,7%). En neonatos prematuros se han observado incidencias mayores (10%), con una relación inversa al peso al nacer.<sup>44</sup>

Desde el punto de vista clínico la presentación de la ITU varía con la edad, la localización y las alteraciones anatómicas o funcionales asociadas. Síntomas específicos han sido encontrados solo en un 36%.<sup>45</sup>

Conforme a la presentación de la ITU, en el recién nacido la sintomatología es muy inespecífica, el mayor porcentaje de los casos es de origen hematógeno y el cuadro clínico es el de una sepsis, caracterizado por hipertermia o hipotermia, intensa palidez, irritabilidad, cianosis, rechazo de la alimentación, a veces ictericia y raramente hematuria.

En los lactantes la sintomatología permanece siendo inespecífica, la fiebre se mantiene como manifestación más frecuente, pueden aparecer vómitos, anorexia, irritabilidad y es relativamente frecuente que las madres refieren orina de mal olor. A esta edad es posible determinar, con un interrogatorio dirigido, polaquiuria y disuria, manifestadas por llanto para iniciar o durante la micción, goteo miccional y micción entrecortada. La diarrea es poco frecuente.<sup>46</sup>

En los niños mayores la sintomatología es más específica y así es como la polaquiuria, disuria, urgencia o incontinencia y la orina de mal olor son las manifestaciones más frecuentes. La fiebre está presente en gran porcentaje de niños a esta edad. En escolares de más edad la temperatura elevada es menos habitual, pero es mayor la frecuencia de manifestaciones como dolor en flancos o fosas lumbares o hematuria macroscópica.

### 2.6. CARACTERÍSTICAS INMUNITARIAS DEL PREMATURO

El sistema inmunológico innato, que proporciona la primera línea de defensa contra una posible infección, se desarrolla y madura durante la vida fetal y durante la infancia. Se sabe que tanto el sistema inmunológico innato como el adquirido del recién nacido prematuro están comprometidos, lo que aumenta la susceptibilidad a la infección y persiste durante toda la infancia.<sup>47</sup>

#### 1. Inmunidad innata:

Las proteínas solubles y los péptidos tienen la capacidad de opsonizar patógenos (para ayudar en la fagocitosis) y matar directamente a los patógenos a través de sus propiedades

antimicrobianas. Existe una producción limitada de factores solubles, como la inmunoglobulina (Ig), por parte del feto, por lo que debe depender del suministro materno. La IgG específica del antígeno se transfiere a través de la placenta desde la circulación materna en grandes cantidades después de las 32 semanas de gestación. La transferencia aumenta con la edad fetal; por lo que los bebés prematuros tienen niveles bajos de IgG materna circulante que dan como resultado una falta de opsonización, lo que lleva a deficiencias en la fagocitosis. <sup>48</sup>

Los fagocitos incluyen neutrófilos, monocitos/macrófagos y células dendríticas (CD). Los bebés prematuros tienen un conjunto reducido de neutrófilos y monocitos, y sus precursores, debido a los niveles reducidos del factor estimulante de colonias de granulocitos (G-CSF) y del factor estimulante de colonias de granulocitos y macrófagos (GM-CSF). La monocitopenia y neutropenia relativa de los prematuros en comparación con los neonatos a término pueden afectar en gran medida la capacidad de los bebés para combatir las infecciones. <sup>49</sup>

Las vías clásicas, alternativa y de lectina del complemento están todas reducidas en sus capacidades para matar patógenos en los bebés prematuros. Las proteínas del complemento actúan a través de varios mecanismos para activar la proteína C3 e inducir la fagocitosis. Los neonatos prematuros son deficientes en la producción de C1, C4 (vía clásica) y factor B (vía alternativa) en comparación con los neonatos a término.

## 2. Inmunidad adaptativa:

La inmunidad adaptativa, que involucra a los linfocitos (células B y T), es específica del patógeno y requiere la adquisición de memoria inmunológica. La maduración de la inmunidad adaptativa ocurre principalmente después del nacimiento a término, por lo que todos los recién nacidos tienen deficiencias en la activación de las células T y la producción de citocinas, la producción de inmunoglobulina de las células B y las interacciones entre las células T y B, en relación con los adultos. La inmunidad mediada por células involucra dos tipos principales de células T, los linfocitos T citotóxicos (CTL; CD8+) y los linfocitos T colaboradores (Th; CD4+). El neonato prematuro tiene una respuesta limitada de T helper 1 (Th1), que es fundamental para el desarrollo de la memoria inmunológica y para combatir las infecciones

### 2.7. MORTALIDAD EN EL PREMATURO

Como se ha mencionado anteriormente, la prematuridad representa la principal causa de mortalidad neonatal, así como entre los menores de cinco años de edad, siendo responsable de aproximadamente 1.1 millón de defunciones al año. Es importante destacar que el 90% de estos fallecimientos ocurren durante el primer mes de vida, y el 98% de estas pérdidas se registran en países en vías de desarrollo.

## 2.8. SUPERVIVENCIA Y VIABILIDAD

La definición de viabilidad se fundamenta en dos criterios principales: el biológico, que considera la maduración del feto, y el epidemiológico, que se basa en las tasas de supervivencia. Es importante señalar que más del 90% de los prematuros extremos (menores de 28 semanas) nacidos en países de ingresos bajos fallecen en los primeros días de vida, en contraste con los países de ingresos altos, donde muere menos del 10% de los nacidos con la misma edad gestacional.

Por otro lado, las diferencias entre la supervivencia y la calidad de vida resultante están estrechamente relacionadas con la disminución de la edad gestacional al nacer. En este sentido, es importante destacar que, a menor edad gestacional al nacer, existe una mayor probabilidad de desarrollar secuelas permanentes y discapacidades a largo plazo.<sup>50</sup>

# CAPÍTULO III

### III. DISEÑO METODOLÓGICO

#### 3.1. TIPO DE INVESTIGACIÓN

La presente investigación fue cuantitativa, descriptiva, retrospectiva, de tipo transversal. Tomando en cuenta que el objetivo del estudio fue identificar las patologías infecciosas de mayor prevalencia en los niños/as de 0-5 años con antecedente de prematurez, y que el fenómeno se estudió en el tiempo comprendido desde abril hasta septiembre del año 2024.

#### 3.2. PERIODO DE INVESTIGACIÓN

Se desarrolló entre el mes abril hasta el mes de septiembre del presente año 2024.

#### 3.3. UNIVERSO Y POBLACIÓN

El área de estudio en la cual se desarrolló la investigación comprendió la Región Metropolitana (San Salvador) y la Región Paracentral (La Libertad), en las que se sitúa la Unidad de Salud Ciudad Barrios, Unidad de Salud San Marcos y Unidad de Salud Tamanique.

Universo: La población infantil menor de cinco años que acude a dichas unidades de salud es 1.768, 1.077 y 191 niños y niñas, respectivamente. De estos, la población de niños prematuros está compuesta por 158 en la UDS San Marcos, 19 en la UDS Barrio Lourdes y 7 prematuros en la UDS Tamanique. El universo de la investigación fue por lo tanto los 3.036 niños y niñas menores de cinco años que comprenden la población de pacientes de dichas unidades de salud.

Población: La población fueron los 184 niños y niñas con antecedente de prematurez que están inscritos y consultaron en estas unidades de salud.

#### 3.4. MUESTREO, MUESTRA Y UNIDAD DE ANÁLISIS

La muestra se calculó de manera probabilística y aleatoria simple. Tomando en cuenta la población total de niños y niñas.

Se utilizó la siguiente fórmula en la que  $n$  = Tamaño de muestra buscado,  $N$  = Tamaño de la población o universo, que fueron los 184 niños con antecedente de prematurez;  $Z$  = Parámetro estadístico que depende el nivel de confianza, en este caso se utilizó 1.96;  $e$  = Error de estimación máximo aceptado, se utilizó 0.05;  $p$  = Probabilidad de que ocurra el evento estudiado, se utilizó el valor 0.5; y  $q = (1 - p)$  = Probabilidad de que no ocurra el evento estudiado, el valor 0.5; el total de la muestra fue de 125.

$$n = \frac{N * Z_{\alpha}^2 * p * q}{e^2 * (N - 1) + Z_{\alpha}^2 * p * q} \quad n = 125$$

#### 3.4.1. Cálculo de la incidencia

La incidencia se calculó según la fórmula: en donde K es una constante con un valor de 100.

$$\text{Incidencia acumulada} = \frac{\# \text{ caso nuevos}}{\text{Total de poblacion en riesgo}} \times (K)$$

### 3.5.CRITERIOS DE INCLUSIÓN Y EXCLUSION

#### 3.5.1. Criterios de inclusión:

- a) Prematuros vivos inscritos en las unidades de salud ya mencionadas en el período comprendido de 2019-2023.
- b) Al menos una consulta por diagnóstico de morbilidad infecciosa, en el periodo de abril a septiembre del 2024.

#### 3.5.2. Criterios de exclusión:

- a) Prematuros inscritos en unidades de salud que fallecieron en el período 2019-2023.
- b) Niños/as con antecedente de prematurez, que su historial clínico contemple únicamente consultas de evaluación de crecimiento y desarrollo, y que no incluya alguna morbilidad por patología infecciosa.

### 3.6. OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES

Objetivo	Variable	Definición conceptual	Definición operacional	Indicador	Escala	Valor	Instrumento	Pregunta
Identificar las patologías infecciosas de mayor prevalencia en los niños/as de 0-5 años con antecedente de prematurez en las unidades de salud Barrio Lourdes, San Marcos, Tamanique .	Patologías infecciosas de mayor prevalencia	Patologías identificadas en un número de individuos a partir del total de personas en un grupo específico que tienen (o tuvieron) cierta enfermedad, afección o factor de riesgo en un momento específico o durante un período determinado.	Patología infecciosa prevalente en niños de 0-5 con antecedente de prematurez	Patologías infecciosas de mayor prevalencia	No prevalentes	Infección poco común	Formulario	
					Poco prevalente	Infección presentada en más del 50% de los individuos.		
					Altamente prevalentes	Cumple con la definición de prevalencia		
				Antecedente de prematurez	No fue prematuro	Prematuro extremo Prematuro moderado Prematuro tardío		Edad gestacional al nacer
					Fue prematuro			Peso al nacer

<b>Objetivo</b>	<b>Variable</b>	<b>Definición conceptual</b>	<b>Definición operacional</b>	<b>Indicador</b>	<b>Escala</b>	<b>Valor</b>	<b>Instrumento</b>	<b>Pregunta</b>
Establecer la patología neonatal con mayor frecuencia en los niños con antecedente de prematuridad.	Patología neonatal	Patología presentada al momento del nacimiento hasta los 28 días de vida	Patología infecciosa o no infecciosa presentada al momento del nacimiento hasta los 28 días de vida, en niños con antecedente de prematuridad.	Diagnóstico neonatal	Tipo	Infeccioso	Formulario	Patologías neonatales padecidas
						No infeccioso		
					Sistema	Ocular, gastrointestinal, respiratorio, genitourinario, tegumentario		Diagnóstico anatomopatográfico actual

<b>Objetivo</b>	<b>Variable</b>	<b>Definición conceptual</b>	<b>Definición operacional</b>	<b>Indicador</b>	<b>Escala</b>	<b>Valor</b>	<b>Instrumento</b>	<b>Pregunta</b>
Establecer la incidencia de las enfermedades infecciosas padecidas por niños con antecedente de prematurez, durante el período de abril a septiembre de 2024.	Incidencia de las enfermedades infecciosas	Casos nuevos de enfermedades infecciosas que ocurren en una población determinada durante un periodo de tiempo específico.	Casos de infecciones en niños con antecedente de prematurez durante abril a septiembre de 2024	Diagnóstico por el cual consultan en unidad de salud	Tipo	Infeccioso	Formulario	Infeccioso
						No infeccioso		No infeccioso
					Sistema	Tipo de consulta por enfermedad infecciosa		Consulta de primera vez
								Consulta subsecuente

Objetivo	Variable	Definición conceptual	Definición operacional	Indicador	Escala	Valor	Instrumento	Pregunta
Identificar la frecuencia de complicaciones de las enfermedades infecciosas prevalentes padecidas por niños con antecedente de prematurez.	Presencia de complicación	Agravamiento de la enfermedad que aparece espontáneamente con una relación causal más o menos directa con el diagnóstico o tratamiento aplicado	Agravamiento de la enfermedad infecciosa padecida que amerite referencia de emergencia a un establecimiento de salud de mayor nivel de atención.	Presencia de complicación	Tipo	No presenta complicación	Formulario	¿En los cuadros anteriormente mencionados hubo alguna complicación?
					Referencia de emergencia	Presenta complicación		¿Fue necesaria referencia de emergencia a 2º nivel de atención?  Motivo de la referencia

### 3.7.FUENTES DE INFORMACIÓN

Las fuentes de información fueron primarias, se obtuvieron datos de expedientes clínicos de los pacientes en estudio.

### 3.8.TÉCNICAS DE OBTENCIÓN DE INFORMACIÓN

La metodología elegida para recopilar la información consistió en el análisis del texto contenido en los expedientes clínicos, empleando un formulario diseñado para identificar antecedentes de afecciones neonatales que podrían estar asociadas con el desarrollo de patologías infecciosas durante la infancia.

### 3.9.MECANISMOS DE CONFIDENCIALIDAD Y RESGUARDO DE LOS DATOS

La información contenida en los expedientes clínicos, así como los datos personales de la población en estudio, fueron manejados con absoluta confidencialidad. Se prohibió estrictamente compartir esta información con personas ajenas al grupo de investigación.

En ningún caso se incluyó ningún tipo de documento perteneciente a los expedientes en el presente documento.

Los datos que se obtuvieron en la recolección no fueron bajo ninguna medida modificados para la conveniencia del grupo investigador, porque de esa forma se estaría cometiendo manipulación de resultados.

### 3.10. PROCESAMIENTO Y ANÁLISIS DE INFORMACIÓN

Los datos obtenidos mediante el formulario diseñado que se aplicó a la revisión de expedientes clínicos fueron procesados individualmente por cada ítem para obtener los resultados, ordenando de mayor a menor frecuencia los datos para posteriormente presentarlo en gráficas y tener así una mejor comprensión, se realizó el análisis de los mismos según orden de frecuencia para extraer las conclusiones.

### 3.11. CONSIDERACIONES ÉTICAS

Todas las actividades que se realizaron en el marco del presente estudio fueron llevadas a cabo con los estándares necesarios de competencia ética e integridad, teniendo la debida consideración a la naturaleza y propósitos de esta evaluación.

Toda la información generada durante el estudio fue considerada como confidencial y no fue utilizada con otros fines que no fueran los establecidos en los objetivos de la presente investigación.

El grupo investigador se compromete a respetar la privacidad de los datos obtenidos de los participantes, los cuales se utilizaron con el único fin de la investigación y fueron resguardados para no vulnerar los derechos de los mismos.

Se utilizó únicamente la información recolectada en el formulario diseñado específicamente para este estudio, sin otra información que identifique o particularice a la población en estudio.

a) Consentimiento informado

Debido a que no se realizó ningún tipo de intervención con el objeto de estudio y solamente se hizo una revisión de expedientes, no se formuló consentimiento informado, únicamente se solicitó la previa autorización a los Directores de Unidades de Salud correspondientes para la realización del estudio y revisión de expedientes necesarios, así como también la aprobación del Comité de Ética de la Región Metropolitana de Salud. En ningún momento se solicitó la presencia de los menores de edad con sus padres para realizar ningún tipo de evaluación. Esta revisión se realizó con completa confidencialidad de la identidad de los pacientes y datos obtenidos para que los profesionales de la salud o investigadores pudieran hacer uso de la información proporcionada con fines informativos. El grupo investigador niega tener conflicto de intereses.

# CAPÍTULO IV

#### IV. RESULTADOS

##### Datos generales

**Tabla 1. Sexo de los niños de 0-5 con antecedente de prematurez, que consultan en las unidades de salud San Marcos, Barrio Lourdes y Tamanique,**

Sexo	Frecuencia	Porcentaje
Femenino	66	53%
Masculino	59	47%
Total	125	100%
<i>n = 125</i>		

*Fuente: Formulario del trabajo de investigación titulado “Patologías infecciosas prevalentes en niños/as de 0-5 años con antecedente de prematurez en las Unidades de Salud Barrio Lourdes, San Marcos, Tamanique de abril a septiembre 2024”*

Análisis: Se observa en la tabla 1 que un 53% de prematuros son femeninos y 47% masculinos. Siendo el diferencial de 6%, en este estudio, el sexo no es un factor determinante en la presentación de prematurez y tampoco se relaciona con el padecimiento de enfermedades infecciosas.

**Tabla 2. Edad actual de los niños de 0-5 años con antecedente de prematurez, que consultan en las unidades de salud San Marcos, Barrio Lourdes y Tamanique,**

<b>Edad</b>	<b>Frecuencia</b>	<b>Porcentaje</b>
Menor de 1 año	8	7%
1 año	18	14%
2 años	35	28%
3 años	29	23%
4 años	35	28%
Total	125	100%
<i>n = 125</i>		

*Fuente: Formulario del trabajo de investigación titulado “Patologías infecciosas prevalentes en niños/as de 0-5 años con antecedente de prematurez en las Unidades de Salud Barrio Lourdes, San Marcos, Tamanique de abril a septiembre 2024”*

Análisis: Según la tabla 2 por los años en que nacieron estos pacientes (2019-2023), se observa una variación con tendencia a la baja en los nacimientos prematuros. En los datos obtenidos, un 28% de niños y niñas nacieron en 2019, en comparación con el año 2023, donde solamente se obtuvo una muestra del 7%.

**Tabla 3. Edad gestacional al nacer de los niños de 0-5 años con antecedente de prematuridad, que consultan en las unidades de salud San Marcos, Barrio Lourdes y Tamanique,**

<b>Edad gestacional</b>	<b>Frecuencia</b>	<b>Porcentaje</b>
Prematuro extremo (<28 semanas)	5	4%
Muy prematuro (28 a 32 semanas)	13	10%
Prematuro entre moderado y tardío (32 a 37 semanas)	107	86%
Total	125	100%
<i>n = 125</i>		

*Fuente: Formulario del trabajo de investigación titulado “Patologías infecciosas prevalentes en niños/as de 0-5 años con antecedente de prematuridad en las Unidades de Salud Barrio Lourdes, San Marcos, Tamanique de abril a septiembre 2024”*

Análisis: Se muestra en la presente tabla 3 que un 86% de nacimientos fueron prematuros entre moderado y tardío según la clasificación de prematuridad de la OMS; 10% fueron muy prematuros y 4% se clasificaron como prematuros extremos, indicando que la mayoría de nacimientos se presentan posterior a las 32 semanas de gestación donde el prematuro tiene menos probabilidad de presentar alguna complicación, y que, a mayor edad gestacional, mayor es la probabilidad de supervivencia.

**Tabla 4. Peso al nacer de los niños de 0-5 años con antecedente de prematurez, que consultan en las unidades de salud San Marcos, Barrio Lourdes y Tamanique,**

<b>Peso</b>	<b>Frecuencia</b>	<b>Porcentaje</b>
Extremadamente bajo peso (< 1000 gramos)	6	5%
Muy bajo peso (< 1500 gramos)	9	7%
Normal (> 2500 gramos)	47	38%
Bajo peso (< 2500 gramos)	63	50%
Total	125	100%
<i>n = 125</i>		

*Fuente: Formulario del trabajo de investigación titulado “Patologías infecciosas prevalentes en niños/as de 0-5 años con antecedente de prematurez en las Unidades de Salud Barrio Lourdes, San Marcos, Tamanique de abril a septiembre 2024”*

Análisis: Se observa en la tabla 4 que, según la clasificación de la OMS de peso al nacer, un 50% tuvo una clasificación de “bajo peso al nacer”, el 38% de los niños y niñas que nacieron prematuros, tuvieron un peso normal; un 7% nació con “muy bajo peso al nacer”; mientras que el 5% se clasificó como “extremadamente bajo peso al nacer”. Demostrando que indiferentemente de la edad gestacional al nacimiento, la mayoría de prematuros nacerá con un peso inferior a los 2500 gramos.

**Tabla 5. Puntaje APGAR al nacer, de los niños de 0-5 años con antecedente de prematuridad, que consultan en las unidades de salud San Marcos, Barrio Lourdes y Tamanique,**

<b>APGAR</b>	<b>1 minuto</b>	<b>Porcentaje</b>	<b>5 minutos</b>	<b>Porcentaje</b>
1	2	2%	0	0%
2	4	3%	0	0%
3	0	0%	1	1%
4	0	0%	2	2%
5	5	4%	1	1%
6	5	4%	2	2%
7	21	17%	5	4%
8	40	32%	20	16%
9	48	38%	70	55%
10	0	0%	24	19%
<b>Total</b>	<b>125</b>	<b>100%</b>	<b>125</b>	<b>100%</b>
<i>n = 125</i>				

*Fuente: Formulario del trabajo de investigación titulado “Patologías infecciosas prevalentes en niños/as de 0-5 años con antecedente de prematuridad en las Unidades de Salud Barrio Lourdes, San Marcos, Tamanique de abril a septiembre 2024”*

Análisis: Respecto al puntaje APGAR, en la muestra de estudio se observa predominancia del puntaje 9 durante el primer minuto de vida, obteniéndose un 38% de la muestra, aumentando en frecuencia durante la evaluación en el minuto 5, donde el 55% alcanza un APGAR de 9. En los datos obtenidos se establece necesidad de reanimación, con puntajes inferiores a 7, desde el primer minuto en el 30% de la muestra estudiada, contra un 10% durante el minuto 5.

**Tabla 6. Tiempo de hospitalización al nacimiento de los niños de 0-5 años con antecedente de prematurez, que consultan en las unidades de salud San Marcos, Barrio Lourdes y Tamanique,**

<b>Tiempo</b>	<b>Frecuencia</b>	<b>Porcentaje</b>
4-6 meses	2	1%
2-4 meses	6	5%
1-2 meses	14	11%
15 días a 1 mes	22	18%
Menor a 15 días	81	65%
Total	125	100%
<i>n = 125</i>		

*Fuente: Formulario del trabajo de investigación titulado “Patologías infecciosas prevalentes en niños/as de 0-5 años con antecedente de prematurez en las Unidades de Salud Barrio Lourdes, San Marcos, Tamanique de abril a septiembre 2024”*

Análisis: En los datos presentados, se obtiene un porcentaje de 65% de ingreso hospitalario que no supera los 15 días; el 18% reporta ingreso hospitalario de 15 días a un mes; 11% un ingreso de 1 a 2 meses; el 5% un ingreso de 2 a 4 meses; y solamente un 1% tuvo un ingreso de 4 a 6 meses.

**Objetivo específico 1: Establecer la patología neonatal con mayor frecuencia en los niño/as con antecedente de prematurez.**

**Tabla 7. Patología infecciosa y no infecciosa padecida en el período neonatal por los niños de 0-5 años con antecedente de prematurez, que consultan en las unidades de salud San Marcos, Barrio Lourdes y Tamanique,**

	Patología	Frecuencia	Porcentaje		Patología	Frecuencia	Porcentaje
	<b>Infecciosa</b>	Enterocolitis necrotizante	3		3%	<b>No infecciosa</b>	Retinopatía del prematuro
Conjuntivitis neonatal		10	10%	Bronco displasia pulmonar	9		9%
Infección de vías urinarias		13	14%	Síndrome de membrana hialina	17		18%
Neumonía neonatal		29	30%	Ictericia neonatal	25		26%
Sepsis neonatal		41	43%	Síndrome de distrés respiratorio	44		46%
Total		96	100%	Total	96		100%
*Total que no padeció ninguna patología neonatal 37							
<i>n = 125</i>							

*Fuente: Formulario del trabajo de investigación titulado “Patologías infecciosas prevalentes en niños/as de 0-5 años con antecedente de prematurez en las Unidades de Salud Barrio Lourdes, San Marcos, Tamanique de abril a septiembre 2024”*

Análisis: En la tabla 6 se muestran los datos divididos en patologías infecciosas y no infecciosas padecidas en el periodo neonatal, en donde se toma en cuenta la presentación simultanea de más de una afección. Dentro de las patologías infecciosas, se obtuvo que el 43% padeció de sepsis nosocomial, con el mayor porcentaje; y con un 3%, se observa que la patología menos padecida fue la enterocolitis necrotizante. En las patologías no infecciosas, el síndrome de distrés respiratorio fue el padecimiento mayormente presentado, con un 46%; el 18% padeció de síndrome de membrana hialina; y el 9% presentó broncodisplasia pulmonar. Demostrando que el sistema más afectado es el sistema respiratorio. El dato de haber presentado sepsis predispone a padecer enfermedades infecciosas en el lactante y en etapas posteriores de la niñez. A pesar de haber tenido un nacimiento prematuro, un 29% (37) no presentó ninguna patología neonatal.

**Tabla 8. Sistema afectado por patología infecciosa neonatal padecida por los niños de 0-5 años con antecedente de prematuridad, que consultan en las unidades de salud San Marcos, Barrio Lourdes y Tamanique,**

<b>Sistema</b>	<b>Frecuencia</b>	<b>Porcentaje</b>
Tegumentario	0	0%
Ocular	11	6%
Urinario	13	7%
Circulatorio	41	21%
Gastrointestinal	47	24%
Respiratorio	80	42%
Total	192	100%
<i>n= 125</i>		

*Fuente: Formulario del trabajo de investigación titulado “Patologías infecciosas prevalentes en niños/as de 0-5 años con antecedente de prematuridad en las Unidades de Salud Barrio Lourdes, San Marcos, Tamanique de abril a septiembre 2024”*

Análisis: La información demuestra que el sistema mayormente afectado por patología neonatal fue el sistema respiratorio, con el 42%; siguiendo el 24% con afectación del sistema gastrointestinal; en el 21% fue afectado el sistema circulatorio; en el 7% fue afectado el sistema urinario; en el 6% fue afectado el sistema ocular; y finalmente, no hubo niños o niñas en los que se afectara el sistema tegumentario. Aclarando que pudo haber afectación simultánea de más de un sistema.

**Objetivo específico 2: Establecer la incidencia de las enfermedades infecciosas padecidas por niño/as con antecedente de prematuridad.**

**Tabla 9. Patologías infecciosas de consulta por primera vez en las unidades de salud San Marcos, Barrio Lourdes y Tamanique, durante los 0-5 años de edad.**

<b>Patología</b>	<b>Frecuencia</b>	<b>Porcentaje</b>
Infección de vías urinarias	13	5%
Infección tegumentaria	17	6%
Conjuntivitis	19	7%
Gastroenteritis	63	22%
Infección de vías aéreas inferiores	70	24%
Infección de vías aéreas superiores	104	36%
Total	286	100%
<i>n = 125</i>		

*Fuente: Formulario del trabajo de investigación titulado “Patologías infecciosas prevalentes en niños/as de 0-5 años con antecedente de prematuridad en las Unidades de Salud Barrio Lourdes, San Marcos, Tamanique de abril a septiembre 2024”*

Análisis: Según los datos obtenidos, la patología infecciosa mayormente consultada por primera vez, con un 36%, fue una infección relacionada con las vías aéreas superiores; seguida de un 24% en las que se vio afectada la vía aérea inferior; un 22% consultó por gastroenteritis; 5% consultó por infecciones de las vías urinarias; 6% consultó por infección tegumentaria; 7% consultó por conjuntivitis. Dado que en las patologías neonatales el sistema más afectado fue el respiratorio, predispone al padecimiento de infecciones respiratorias en etapas más avanzadas.

**Tabla 10. Patología infecciosa de consulta por primera vez en las unidades de salud San Marcos, Barrio Lourdes y Tamanique, durante el período de abril a septiembre de 2024.**

<b>Patología</b>	<b>Frecuencia</b>	<b>Porcentaje</b>	<b>Cálculo de incidencia</b>
Infección de vías urinarias	8	7%	4%
Infección tegumentaria	11	10%	5%
Conjuntivitis	10	9%	5%
Gastroenteritis	15	14%	8%
Infección de vías aéreas inferiores	23	21%	13%
Infección de vías aéreas superiores	41	39%	22%
Total	108	100%	58%
<i>n = 125</i>			

*Fuente: Formulario del trabajo de investigación titulado “Patologías infecciosas prevalentes en niños/as de 0-5 años con antecedente de prematurez en las Unidades de Salud Barrio Lourdes, San Marcos, Tamanique de abril a septiembre 2024”*

Análisis: Se obtiene, durante el periodo de estudio, predominancia de las infecciones de vías respiratorias superiores e inferiores, respecto de las demás enfermedades (con porcentaje de frecuencia de 39% y 21%, respectivamente); a continuación de gastroenteritis con porcentaje del 14%, e infecciones tegumentarias con 10%. Se procede al cálculo de la incidencia individualizada a partir de la población susceptible de enfermar, tras lo cual se obtiene 58% en total.

**Tabla 11. Consulta subsecuente por patología infecciosa durante los 0-5 años de edad, en las unidades de salud San Marcos, Barrio Lourdes y Tamanique,**

<b>Patología</b>	<b>Frecuencia</b>	<b>Porcentaje</b>
Infección de vías urinarias	4	2%
Conjuntivitis	5	2%
Infección tegumentaria	6	3%
Gastroenteritis	43	21%
Infección de vías aéreas inferiores	61	29%
Infección de vías aéreas superiores	88	43%
Total	207	100%
<i>n = 125</i>		

*Fuente: Formulario del trabajo de investigación titulado “Patologías infecciosas prevalentes en niños/as de 0-5 años con antecedente de prematurez en las Unidades de Salud Barrio Lourdes, San Marcos, Tamanique de abril a septiembre 2024”*

Análisis: En cuanto a la consulta subsecuente, el mayor porcentaje, con un 43%, consultó por patología de las vías aéreas superiores; un 29% consultó por infecciones de las vías aéreas inferiores; un 21% consultó por gastroenteritis; el 2% consultó por infecciones de las vías urinarias; el 3% consultó por infección tegumentaria; un 2% consultó por conjuntivitis. Según estos datos, las infecciones de las vías respiratorias son el mayor motivo de consulta subsecuente.

**Objetivo específico 3: Identificar la frecuencia de complicaciones de las enfermedades infecciosas prevalentes padecidas por niño/as con antecedente de prematurez.**

**Tabla 12. Complicaciones por patología infecciosa consultada durante los 0-5 años de edad, en las unidades de salud San Marcos, Barrio Lourdes y Tamanique,**

<b>Complicaciones</b>	<b>Frecuencia</b>	<b>Porcentaje</b>
Deshidratación	4	9%
Convulsión febril	7	13%
Intolerancia a la vía oral	10	19%
Dificultad respiratoria	31	59%
Total	52	100%
<i>n = 125</i>		

*Fuente: Formulario del trabajo de investigación titulado “Patologías infecciosas prevalentes en niños/as de 0-5 años con antecedente de prematurez en las Unidades de Salud Barrio Lourdes, San Marcos, Tamanique de abril a septiembre 2024”*

Análisis: La complicación más presentada, con un 59%, fue la dificultad respiratoria, seguida de un 19% que presentó intolerancia a la vía oral; el 13% presentó algún grado de deshidratación; y un 11% presentó convulsión asociada a fiebre. Estos datos reflejan que el motivo principal por el cual los niños y niñas fueron referidos a un nivel superior de atención fue una complicación respiratoria. Un total de 73 niños/as con antecedente de prematurez no presentaron ninguna complicación.

**Tabla 13. Referencia a segundo nivel de atención por primera vez, por patología infecciosa de los niños de 0-5 años con antecedente de prematurez, que consultan en las unidades de salud San Marcos, Barrio Lourdes y Tamanique,**

<b>Opción</b>	<b>Frecuencia</b>	<b>Porcentaje</b>
Si	52	42%
No	73	58%
Total	125	100%
<i>n = 125</i>		

*Fuente: Formulario del trabajo de investigación titulado “Patologías infecciosas prevalentes en niños/as de 0-5 años con antecedente de prematurez en las Unidades de Salud Barrio Lourdes, San Marcos, Tamanique de abril a septiembre 2024”*

Análisis: En la tabla 13 se observa que un 58% no ameritó referencia al siguiente nivel de atención, y resolvió con el manejo y tratamiento brindado en el primer nivel; mientras que un 42% de los pacientes, fue referido en primera ocasión al segundo nivel de atención por presentar alguna complicación asociada a la infección por la que consultan.

**Tabla 14. Motivo de referencia a segundo de nivel de atención por patología infecciosa de los niños de 0-5 años con antecedente de prematurez, que consultan en las unidades de salud San Marcos, Barrio Lourdes y Tamanique,**

<b>Patología</b>	<b>Frecuencia</b>	<b>Porcentaje</b>
Infección de vías aéreas superiores	3	5%
Gastroenteritis	18	35%
Infección de vías aéreas inferiores	31	60%
Total	52	100%
<i>n = 125</i>		

*Fuente: Formulario del trabajo de investigación titulado “Patologías infecciosas prevalentes en niños/as de 0-5 años con antecedente de prematurez en las Unidades de Salud Barrio Lourdes, San Marcos, Tamanique de abril a septiembre 2024”*

Análisis: De la tabla 14 se puede analizar que la patología por la que más se brindó referencia a un segundo nivel de atención fueron las infecciones de vías aéreas inferiores con un 60%; seguido de gastroenteritis con 35%; y finalmente infección de vías aéreas superiores con 5%, esto se puede relacionar con el hecho que el sistema más afectado por la inmadurez al nacimiento, es el pulmonar, seguido del sistema gastrointestinal.

**Tabla 15. Referencia en más de una ocasión por la misma patología infecciosa consultada por los niños de 0-5 años con antecedente de prematuridad, en las unidades de salud San Marcos, Barrio Lourdes y Tamanique,**

Opción	Frecuencia	Porcentaje
Si	21	37%
No	31	63%
Total	52	100%
<i>n = 125</i>		

*Fuente: Formulario del trabajo de investigación titulado “Patologías infecciosas prevalentes en niños/as de 0-5 años con antecedente de prematuridad en las Unidades de Salud Barrio Lourdes, San Marcos, Tamanique de abril a septiembre 2024”*

Análisis: En lo que concierne a la frecuencia de referencia por patología infecciosa se obtiene donde un 67% no ameritó referencia en más de una ocasión, mientras que un 37% de casos en los que si fue necesaria la referencia en ocasiones posteriores por la misma patología infecciosa. Los datos anteriores, permiten interpretar que un buen porcentaje de la muestra estudiada exhibe tendencia a la cronicidad de la enfermedad por la que inicialmente consultan.

## V. DISCUSIÓN

El presente estudio se enfoca en las patologías infecciosas que afectan a los niños/as con antecedente de prematuridad que han sido atendidos en alguna ocasión en las Unidades de Salud Barrio Lourdes, San Marcos y Tamanique.

Los datos del estudio se obtienen de una muestra de 125 niños/as con antecedente de prematuridad, donde se realiza un abordaje a partir del periodo neonatal, identificando patologías de carácter infeccioso y no infeccioso, que en edades posteriores podrían exhibir fuerte relación con la posibilidad de padecer enfermedades de tipo infeccioso y la susceptibilidad a presentar complicaciones.

Una limitante para este estudio es que no se cuenta con suficientes investigaciones de índole similar, en la que se relacione la condición de prematuridad con padecimientos de carácter infeccioso durante etapas posteriores en la infancia.

En el perfil epidemiológico se obtuvo que un 53% pertenecen al sexo femenino y un 47% al sexo masculino, así como la mayoría de nacimientos (86%), se dio entre las 32 y 37 semanas de gestación, seguido de un 10% nacido entre las 28 y 32 semanas y solamente un 4% nacido abajo de las 28 semanas de gestación. Se observa que el 38% presentó un peso >2500 g, 50% con un peso entre 1500 gramos y 2500 g, un 7% <1500 gramos y un 5% con peso <1000 gramos. La menor edad gestacional al nacer y el bajo peso se relacionan con un mayor riesgo de morbilidad y complicaciones durante la infancia.

La muestra seleccionada exhibe la particularidad de presentar con mayor frecuencia el antecedente infeccioso de sepsis neonatal en el 43% de los casos, seguida de neumonía neonatal con un 30% y de infección de vías urinarias con un 14%; mientras que de las patologías no infecciosas la que más se presentó fue el síndrome de distrés respiratorio con un 46%, además de la ictericia neonatal con un 26% y el síndrome de membrana hialina con un 18%, siendo en ambos casos el sistema respiratorio el más afectado. Datos que aportan a lo sugerido por la teoría, en los que se establece que la prematuridad y el bajo peso al nacer son los factores más importantes en el padecimiento de sepsis neonatal y que la frecuencia de infección es inversamente proporcional a la edad gestacional y peso al nacimiento.<sup>17</sup>

Durante el periodo contemplado en este estudio se cuantifica una incidencia total de enfermedades infecciosas del 58% en la población de estudio. A pesar de que no se cuenta con parámetros de control incluso en estudios realizados en recién nacidos a término; el valor obtenido aisladamente continúa siendo elevado, lo cual deberá ser motivo de consideración en la formulación de guías estandarizadas de atención de prematuros.

Se encuentra que un porcentaje considerable de los casos de morbilidad registrados presentan complicaciones, que ameritan referencia al segundo nivel de atención, esto en

parte será determinado por la capacidad resolutive en el primer nivel de atención, además de la necesidad de disponibilidad de recursos para la estabilización y la prevención de secuelas; a largo plazo, ello tendrá un impacto en la proporción de mortalidad enfocada en sujetos con tal antecedente.

Las principales complicaciones en las consultas en Unidad de Salud por patología infecciosa en los niños con antecedente de prematurez son dificultad respiratoria, intolerancia a la vía oral, convulsión febril y deshidratación, tales fenómenos se ven relacionados con la inmadurez de los sistemas afectados como el respiratorio y el gastrointestinal. Teóricamente, existe relación entre la disminución de la edad gestacional al nacimiento que se asocia significativamente un riesgo incrementado a largo plazo de morbilidad infecciosa; ya que el sistema inmunológico innato como el adquirido del recién nacido prematuro están comprometidos, lo que aumenta la susceptibilidad a la infección, tal hecho persiste durante toda la infancia. El bebé prematuro tiene más probabilidades de estar expuesto a complicaciones asociadas con el desarrollo incompleto de los sistemas orgánicos y la necesidad de cuidados invasivos, medidas de soporte vital y nutrición parenteral total (NPT), que contribuyen a la patogénesis de muchas complicaciones durante la infancia, incluidas las infecciones. <sup>47</sup>

Son necesarios mayores esfuerzos investigativos que permitan realizar un acercamiento fisiopatológico de las infecciones presentadas en los niños con antecedente de prematurez y su relación con las infecciones neonatales padecidas; así como otros que logren identificar la respuesta inmune de los prematuros y definir el rol de variables como la lactancia materna, el uso de antibióticos, la exposición a infecciones de hermanos, y otras características maternas y pediátricas; tales acciones permitirían clarificar las intervenciones apropiadas para mejorar la función del sistema inmune y disminuir el riesgo de morbilidad infecciosa.

## VI. CONCLUSIONES

1. La mayoría de nacimientos prematuros ocurren entre las semanas 32 y 37 de gestación. En este período, los recién nacidos prematuros muestran un grado considerable de madurez y desarrollo en comparación con los nacidos antes de la semana 32, lo que implica una menor incidencia de complicaciones neonatales y un menor riesgo de adquirir infecciones y otras patologías. Además, los nacidos dentro de este intervalo gestacional presentan frecuentemente un peso que oscila entre 1500 gramos y 2500 gramos, lo que destaca el desarrollo significativo logrado a pesar de la prematuridad. Estos hallazgos indican la importancia de los cuidados especializados en el manejo de nacimientos prematuros y resaltan la necesidad de una atención continua para mejorar los resultados de salud.
2. La sepsis neonatal es la infección más prevalente en el período neonatal, seguida por la neumonía neonatal y las infecciones de vías urinarias. Estas condiciones infecciosas representan un problema para la salud neonatal, que requiere vigilancia y tratamiento adecuados para evitar complicaciones y morbilidad infecciosa durante la niñez, ya que los datos de este estudio sugieren una relación entre el antecedente de sepsis neonatal y susceptibilidad a infecciones, sobre todo de tipo respiratorio, en los niños que fueron prematuros.
3. Tras el análisis de los datos se obtiene un porcentaje total de incidencia del 58% de enfermedades infecciosas durante abril-septiembre del 2024, del cual, las infecciones del tracto respiratorio superior lideran en importancia (22% de incidencia), seguido de patologías infecciosas del tracto respiratorio inferior (13% de incidencia) y gastroenteritis (8% de incidencia); tales datos proveen indicios para dimensionar la vulnerabilidad del sistema respiratorio de los prematuros, a la que se encuentran expuestos independientemente por su condición de prematurez, aún en edades gestacionales superiores a las recomendables para la implementación de protocolos de maduración pulmonar.
4. La recurrencia de enfermedades infecciosas podría deberse a factores neonatales, así como a particularidades intrínsecas de la condición de prematurez; tales como, la dificultad a la ganancia de peso, detenimiento/retraso del crecimiento y desarrollo extrauterino, determinantes sociales asociadas a la condición, entre otros.
5. En cuanto a las patologías neonatales no infecciosas, el síndrome de distrés respiratorio se presenta con mayor frecuencia, seguido por la ictericia neonatal y el síndrome de membrana hialina. Estos datos confirman el fenómeno esperado de relación entre patología neonatal no infecciosa que afecta el sistema respiratorio y la inmadurez de este sistema en los nacimientos que se presentan antes de las 34 semanas de gestación.
6. El sistema respiratorio es uno de los más comprometidos en las patologías que

afectan al recién nacido prematuro. Los padecimientos de carácter infeccioso en este sistema son motivo principal de consulta en los niños con antecedente de prematuridad, en edades posteriores. Se demuestra que los prematuros que sufren de patologías respiratorias en el período neonatal, tienen una mayor predisposición a experimentar episodios recurrentes de estas durante los primeros años de vida.

7. Las complicaciones más frecuentes entre las patologías infecciosas por las que consultan los niños con antecedente de prematuridad son la dificultad respiratoria e intolerancia a la vía oral, las cuales están relacionadas con los sistemas más afectados por las patologías infecciosas de mayor incidencia en esta población, así mismo se observa una tendencia a la referencia a un nivel superior de atención, debido a limitaciones en el primer nivel, siendo necesario brindar un manejo más especializado.
8. Una parte significativa de la población en estudio fue referida nuevamente a un nivel de atención superior, como parte de la enfermedad por la que había consultado anteriormente y que había sido resuelta, lo cual indica recurrencia en cuanto a las complicaciones de las patologías infecciosas que motivaron las consultas iniciales.

## VII. RECOMENDACIONES

Con el fin de reducir la morbilidad en los niños, principalmente en aquellos con antecedente de prematuridad, se proponen las siguientes recomendaciones:

A la población en general

- a) Controles prenatales y prevención de partos prematuros: Presentarse a los controles prenatales correspondientes, así como a las consultas de seguimiento por morbilidad. Esto para el adecuado monitoreo del desarrollo del embarazo que permita la detección temprana de complicaciones o eventos que desencadenen un parto prematuro.
- b) Asistencia a controles médicos: Mantener un seguimiento médico regular por medio de los controles infantiles en la unidad de salud correspondiente, para la evaluación del crecimiento y desarrollo adecuado del niño. Además, se debe asegurar la administración del esquema de vacunación para prevenir enfermedades; así como asistir a controles con especialistas y la toma de estudios de apoyo diagnóstico.
- c) Consulta oportuna en caso de enfermedad: Acudir al centro de salud pertinente y de manera oportuna en caso de presentarse alguna morbilidad; mantenerse vigilante ante la sintomatología de alarma, además de darle cumplimiento a las recomendaciones y tratamiento médico. Evitar postergar la búsqueda de atención médica que pudiera traducirse en complicaciones que comprometan la vida del niño.

Al primer nivel de atención

- a) Mejora de la capacidad resolutoria en el primer nivel de atención: A través de la descentralización de la atención brindada por especialistas en pediatría, aportando recursos en la medida de lo posible, y según demanda, a unidades de salud básicas e intermedias.
- b) Formación continua de recursos en salud: Brindar capacitación constante a recursos médicos, de enfermería y promotores de salud, sobre particularidades de atención a los prematuros, así como verificación exhaustiva del adecuado crecimiento y desarrollo.

Al Ministerio de Salud

- a) Fortalecer la atención prenatal y neonatal: Implementar protocolos más rigurosos para la vigilancia y manejo de las pacientes embarazadas con riesgo de parto prematuro, en los distintos niveles de atención en salud. De la misma manera, en cuanto a la atención del recién nacido prematuro se recomienda proveer lineamientos

de atención enfocados en el monitoreo continuo de las enfermedades infecciosas, así como un manejo específico, que tome en cuenta las particularidades de la prematurez, y que permita detectar y disminuir la posibilidad de complicación. Se propone incluir esquemas de Palivizumab como parte de los lineamientos de atención especial a esta población dentro de las estrategias profilácticas iniciadas, incluso desde el período prenatal, así como el refuerzo en la inmunización materna contra *Bordetella pertussis*, para la prevención de complicaciones respiratorias más allá del período neonatal.

- b) Programas de prevención de enfermedades infecciosas: Reforzar los programas de vacunación ya implementados, en grupos de riesgo como embarazadas y niños. Así mismo, verificar que en el primer nivel de atención se cumpla de manera oportuna el esquema de vacunación del prematuro, en función de su edad cronológica.
- c) Acceso a los servicios de salud: Asegurar que las familias y los niños prematuros tengan acceso a los servicios de salud básicos, así como al seguimiento después del nacimiento. Esto incluye reforzar, equipar y dar las herramientas necesarias al personal que realiza visitas domiciliarias a esta población.
- d) Fomentar la investigación y desarrollo: Apoyar la investigación en nuevas estrategias de prevención y tratamiento de enfermedades infecciosas en niños prematuros, así como investigaciones que permitan un mejor estudio de la relación entre prematurez y morbilidad en la niñez.

## VIII. FUENTES DE INFORMACIÓN

1. La OMS recomienda el contacto inmediato de piel con piel para lograr la supervivencia de los bebés pequeños y prematuros [Internet]. Who.int. 2022 [citado 14 de febrero de 2024]. Disponible en: <https://www.who.int/es/news/item/15-11-2022-who-advises-immediate-skin-to-skin-care-for-survival-of-small-and-preterm-babies>
2. Beza JM. Informe de resultados de enero a septiembre 2021, Hospital Nacional de la Mujer [Internet]. 2021. Disponible en: [www.transparencia.gob.sv](http://www.transparencia.gob.sv)
3. Romero Pérez RM. Informe final de la tesis de graduación: perfil clínico y epidemiológico del recién nacido prematuro con patologías médico-quirúrgicas más frecuentes y con malformaciones congénitas, ingresados en la Unidad de Neonatología del Hospital Nacional de Niños Benjamín Bloom en el periodo comprendido de enero de 2016 a diciembre 2016 [Internet]. [San Salvador, El Salvador]: Universidad de El Salvador; 2020. Disponible en: <https://docs.bvsalud.org/biblioref/2021/03/1151210/584-11106306.pdf>
4. Nacimientos prematuros [Internet]. Who.int. 2023 [citado 2 de marzo de 2024]. Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/preterm-birth#:~:text=Se%20considera%20prematuro%20un%20beb%C3%A9,de%2028%20a%2032%20semanas>
5. Rellan Rodríguez S, García de Ribera C, Paz Argón García M. El recién nacido prematuro [Internet]. Aeped.es. [citado 2 de marzo de 2024]. Disponible en: [https://www.aeped.es/sites/default/files/documentos/8\\_1.pdf](https://www.aeped.es/sites/default/files/documentos/8_1.pdf)
6. Nacimientos prematuros [Internet]. Who.int. 2023 [citado 2 de marzo de 2024]. Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/preterm-birth#:~:text=Se%20considera%20prematuro%20un%20beb%C3%A9,de%2028%20a%2032%20semanas>
7. Hamilton B, Martin J, Osterman M. Births: Provisional Data for 2021 [Internet]. Cdc.gov. 2022 [citado 6 de marzo de 2024]. Disponible en: <https://www.cdc.gov/nchs/data/vsrr/vsrr020.pdf>
8. 152 millones de bebés nacieron prematuramente en la última década [Internet]. Paho.org. 2023 [citado 12 de marzo de 2024]. Disponible en:

<https://www.paho.org/es/noticias/15-6-2023-152-millones-bebes-nacieron-prematuramente-ultima-decada>

9. Guías prematuros [Internet]. Gov.co. [citado 13 de marzo de 2024]. Disponible en: [https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/1/ALCANCES\\_Y\\_OBJETIVOS\\_RECIEN\\_NACIDOS.pdf](https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/1/ALCANCES_Y_OBJETIVOS_RECIEN_NACIDOS.pdf)
10. Médicos alertan sobre alza de partos prematuros en El Salvador [Internet]. Eltiempolatino.com. 2018 [citado 16 de marzo de 2024]. Disponible en: <https://eltiempolatino.com/2018/11/22/noticias-latinoamerica/medicos-alertan-sobre-alza-de-partos-prematuros-en/>
11. Arévalo Mata RM. Informe de resultados de enero a septiembre 2023, Hospital Nacional de la Mujer [Internet]. 2023. Disponible en: [www.transparencia.gob.sv](http://www.transparencia.gob.sv)
12. Rodríguez Coutiño SI, Ramos González R, Hernández Herrea R. Factores de riesgo para la prematurez. Estudio de casos y controles [Internet]. Medigraphic.com. 2013 [citado 16 de marzo de 2024]. Disponible en: <https://www.medigraphic.com/pdfs/ginobsmex/gom-2013/gom139b.pdf>
13. Who.int. [citado el 31 de agosto de 2024]. Disponible en: <https://platform.who.int/docs/default-source/mca-documents/policy-documents/operational-guidance/pry-mn-48-03-operational-guidance-2016-esp-manual-de-atenci%C3%93n-neonatal--autorizado-mspbs-resoluci%C3%93n-ministerial-sg-n-816.pdf>
14. Dong Y, Speer CP, Glaser K. Beyond sepsis: *Staphylococcus epidermidis* is an underestimated but significant contributor to neonatal morbidity. Virulence [Internet]. 2018 [citado el 31 agosto de 2024];9(1):621–33. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29405832/>
15. Ershad M, Mostafa A, Dela Cruz M, Vearrier D. Neonatal sepsis. Curr Emerg Hosp Med Rep [Internet]. 2019 [citado el 31 agosto de 2024];7(3):83–90. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32226657/>
16. Burga-Montoya G, Luna Muñoz C, Correa López LE. Factores de riesgo asociados a sepsis neonatal temprana en prematuros de un Hospital Nacional Docente Madre Niño, 2017. Rev Fac Med Humana [Internet]. 2019;19(3):35–42. Disponible en: <http://www.scielo.org.pe/pdf/rfmh/v19n3/a06v19n3.pdf>
17. González MA, Caraballo MA, de Neonatología Hosp. “José Ramón Vidal”. Jefe de SAGDSOMMN-. S. SEPSIS NEONATAL Y PREMATUREZ [Internet].

- Saludecuador.org. [citado el 31 de agosto de 2024]. Disponible en: [http://saludecuador.org/maternoinfantil/archivos/smi\\_D603.pdf](http://saludecuador.org/maternoinfantil/archivos/smi_D603.pdf)
18. Fajardo-Gutiérrez A. Medición en epidemiología: prevalencia, incidencia, riesgo, medidas de impacto. *Revista Alergia México* [Internet]. 2017 [citado el 31 de agosto 2024];64(1):109 -- 20. Disponible en: [https://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S2448-91902017000100109](https://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2448-91902017000100109)
  19. García Palomo JD, Agüero Balbín J, Parra Blanco JA, Santos Benito MF. Enfermedades infecciosas. Concepto. Clasificación. Aspectos generales y específicos de las infecciones. Criterios de sospecha de enfermedad infecciosa. Pruebas diagnósticas complementarias. Criterios de indicación. *Medicine* [Internet]. 2010 [citado el 31 de agosto 2024];10(49):3251–64. Disponible en: [http://dx.doi.org/10.1016/s0304-5412\(10\)70027-5](http://dx.doi.org/10.1016/s0304-5412(10)70027-5)
  20. Complicación [Internet]. <https://www.cun.es>. [citado el 31 de agosto 2024]. Disponible en: <https://www.cun.es/diccionario-medico/terminos/complicacion>
  21. Información sobre la conjuntivitis para médicos [Internet]. Cdc.gov. 2021 [citado 14 de abril de 2024]. Disponible en: <https://www.cdc.gov/conjunctivitis/clinical-sp.html>
  22. Monge Paladines FL, Ordóñez Sánchez JL, Cando Herrera JV. Vista de Epidemiología y tratamiento de la conjuntivitis [Internet]. Reciamuc.com. 2021 [citado 15 de abril de 2024]. Disponible en: <https://reciamuc.com/index.php/RECIAMUC/article/view/604/932>
  23. Pastrana-Tovar V. Factores asociados a conjuntivitis bacteriana en recién nacidos. *Revista Perinatología y Reproducción Humana* [Internet]. 2022 [citado 15 de abril de 2024];36(1):11-5. Disponible en: [https://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0187-53372022000100011](https://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0187-53372022000100011)
  24. Haas J, Larson E, Ross B, See B, Saiman L. Epidemiology and diagnosis of hospital-acquired conjunctivitis among neonatal intensive care unit patients. [Internet]. 2005 [citado el 31 de agosto de 2024];24(7):586–9. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/15998997/>
  25. Castillo Martín F del, Baquero Artigao F, Calle Cabrera T de la, López Robles MV, Ruiz-Canela Cáceres J, Alfayate Miguélez S, et al. Documento de consenso sobre etiología, diagnóstico y tratamiento de la otitis media aguda. *Pediatr Aten Primaria* [Internet]. 2012 [citado 16 de abril de 2024];14(55):195-205. Disponible en:

[https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1139-76322012000400002](https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1139-76322012000400002)

26. García Fernández A. Sinusitis infantiles. *An Pediatr (Barc)* [Internet]. 2003 [citado 17 de abril de 2024]; 01:35-9. Disponible en: <https://www.analesdepediatria.org/es-sinusitis-infantiles-articulo-13054784>
27. De la Flor J. Infecciones de vías respiratorias altas-1: faringitis aguda y recurrente [Internet]. *Pediatría integral*. 2013 [citado 18 de abril de 2024]. Disponible en: <https://www.pediatriaintegral.es/numeros-anteriores/publicacion-2013-05/infecciones-de-vias-respiratorias-altas-1-faringitis/>
28. Martínez JC, Puebla JMM, Parrado MP. Patología inflamatoria inespecífica de la faringe [Internet]. *Seorl.net*. [citado 18 de marzo de 2024]. Disponible en: <https://seorl.net/PDF/Cavidad%20oral%20faringe%20esofago/076%20-%20PATOLOG%20C3%8DA%20INFLAMATORIA%20INESPEC%20C3%8DFICA%20DE%20LA%20FARINGE.pdf>
29. Rada Cuentas AJ. Nuevos conceptos de la laringotraqueitis en niños [Internet]. *Org.bo*. 2023 [citado 16 de abril de 2024]. Disponible en: [http://www.scielo.org.bo/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1726-89582023000100087](http://www.scielo.org.bo/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1726-89582023000100087)
30. Arroba Basanta ML. Laringitis aguda (Crup). *An Pediatr (Barc)* [Internet]. 2003 [citado 14 de marzo de 2024]; 01:55-61. Disponible en: <https://www.analesdepediatria.org/es-laringitis-aguda-crup--articulo-13054787>
31. Fraser RS, Colman N, Müller NL, Paré PD. Enfermedades infecciosas de los pulmones. En: *Fundamentos de las enfermedades del tórax* [Internet]. Elsevier; 2006 [citado 16 de abril de 2024]. p. 222-336. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1016/b978-84-458-1603-5.50006-x>
32. Infecciones respiratorias agudas en niños: Tratamiento de casos en hospitales pequeños. *Paho.org*. [citado 14 de marzo de 2024]. Disponible en: <https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/3111/Infecciones%20respiratorias%20agudas%20en%20los%20ni%C3%B1os%20Tratamiento%20de%20casos%20en%20hospitales%20peque%C3%B1os.pdf?sequence=1>
33. Chacha Vivar VH, Maritza CV, Lema Tixí CE, Padilla Manzano EP. Neumonía en niños [Internet]. *Unirioja.es*. 2019 [citado 12 de abril de 2024]. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=7066899>
34. Lineamientos técnicos para la atención integral de niños y niñas menores de diez años [Internet]. 2018. Disponible en:

[https://asp.salud.gob.sv/regulacion/pdf/lineamientos/lineamientos\\_atencion\\_integral\\_menor\\_diez\\_v1.pdf](https://asp.salud.gob.sv/regulacion/pdf/lineamientos/lineamientos_atencion_integral_menor_diez_v1.pdf)

35. Torres AR. Bronquiolitis [Internet]. Neumoped.org. 2018 [citado 17 de abril de 2024]. Disponible en: <https://neumoped.org/bronquiolitis/>
36. Fernández JB, Calzón NP. Diagnóstico y tratamiento de la bronquiolitis aguda en Urgencias [Internet]. Aeped.es. [citado 15 de abril de 2024]. Disponible en: [https://www.aeped.es/sites/default/files/documentos/05\\_bronquiolitis.pdf](https://www.aeped.es/sites/default/files/documentos/05_bronquiolitis.pdf)
37. García Ma. L, Murua JK, Callejón AC. Bronquiolitis aguda viral [Internet]. Aeped.es. [citado 16 de abril de 2024]. Disponible en: [https://www.aeped.es/sites/default/files/documentos/06\\_bronquiolitis\\_aguda\\_viral\\_0.pdf](https://www.aeped.es/sites/default/files/documentos/06_bronquiolitis_aguda_viral_0.pdf)
38. Díaz Mora JJ, Madera M, Pérez Y, García M, León K, Torres E M. Generalidades en diarrea aguda. Arch Venez Pueric Pediatr [Internet]. 2009 [citado 12 de abril de 2024];72(4):139-45. Disponible en: [https://ve.scielo.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0004-06492009000400007](https://ve.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0004-06492009000400007)
39. Salinas de Romero RE, Erazo Sánchez AL. Relación de la alimentación y el desarrollo de enfermedades en prematuros. Alerta [Internet]. 2020;3(2). Disponible en: <http://portal.amelica.org/ameli/jatsRepo/419/4191897005/4191897005.pdf>
40. Díaz Mora JJ, Echezuria ML, Petit de Molero N, Cardozo MA V, Arias G A, Rísquez P A. Diarrea aguda: Epidemiología, concepto, clasificación, clínica, diagnóstico, vacuna contra rotavirus. Arch Venez Pueric Pediatr [Internet]. 2014 [citado 15 de abril de 2024];77(1):29-40. Disponible en: [https://ve.scielo.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0004-06492014000100007](https://ve.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0004-06492014000100007)
41. Klapp G. Diarrea disenterica [Internet]. Saludinfantil.org. 2015 [citado 16 de marzo de 2024]. Disponible en:

[http://www.saludinfantil.org/SubespecialidadesPediaticas/gastroenterologia/Gastroenterologia\\_mateo/Diarrea%20disenterica.htm](http://www.saludinfantil.org/SubespecialidadesPediaticas/gastroenterologia/Gastroenterologia_mateo/Diarrea%20disenterica.htm)

42. Agaró ES. Diarrea persistente [Internet]. Org.co. 2007 [citado 14 de marzo de 2024]. Disponible en: <http://www.scielo.org.co/pdf/cm/v38n1s1/v38n1s1a09.pdf>
43. Carlos Saieh A, Eduardo Garín H. Infección urinaria; lo que el pediatra debería conocer. *Revista médica Clínica Las Condes* [Internet]. 2011;22(2):191-6. Disponible en: [http://dx.doi.org/10.1016/s0716-8640\(11\)70412-6](http://dx.doi.org/10.1016/s0716-8640(11)70412-6)
44. Álvarez Rodríguez A, Ortiz Silva O, Hernández Martínez N. Validación de nuevos parámetros predictivos de infecciones bacterianas severas en niños febriles menores de 36 meses de edad. *Rev Cubana Pediatr* [Internet]. 1999 [citado 17 de marzo de 2024];71(4):197-204. Disponible en: [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0034-75311999000400002](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-75311999000400002)
45. Brkic S, Mustafic S, Nuhbegovic S, Ljuca F, Gavran L. Clinical and epidemiology characteristics of urinary tract infections in childhood. *Medicinski arhiv* [Internet]. 2010 [citado 17 de marzo de 2024];64(3). Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20645503>
46. Carlos Saieh A, Eduardo Garín H. Infección urinaria; lo que el pediatra debería conocer. *Rev médica Clín Las Condes* [Internet]. 2011 [citado 16 de marzo de 2024];22(2):191-6. Disponible en: <https://www.elsevier.es/es-revista-revista-medica-clinica-las-condes-202-articulo-infeccion-urinaria-lo-que-el-S0716864011704126>
47. Davidesko S, Wainstock T, Sheiner E, Pariente G. Long-term infectious morbidity of premature infants: Is there a critical threshold? *J Clin Med* [Internet]. 2020 [citado el 31 de agosto 2024 ];9(9):3008. Disponible en: <https://www.mdpi.com/2077-0383/9/9/3008>
48. Melville JM, Moss TJM. The immune consequences of preterm birth. *Front Neurosci* [Internet]. 2013;7. Disponible en : <http://dx.doi.org/10.3389/fnins.2013.00079>
49. Carr R, Modi N. Haemopoietic colony stimulating factors for preterm neonates. *Arch Dis Child Fetal Neonatal Ed* [Internet]. 1997 [citado el 31 de agosto de 2024];76(2): F128–33. Disponible en: <https://fn.bmj.com/content/76/2/F128.long>
50. Matos-Alviso LJ, Reyes-Hernández KL, López-Navarrete GE, Reyes-Hernández MU, Aguilar-Figueroa ES, O. P-P, et al. La prematuridad: epidemiología, causas y consecuencias, primer lugar de mortalidad y discapacidad [Internet]. *Medigraphic.com*. [citado 20 de marzo de 2024]. Disponible en: <https://www.medigraphic.com/pdfs/saljalisco/sj-2020/sj203h.pdf>

# ANEXOS

ANEXO 1. INSTRUMENTO DE RECOLECCION DE INFORMACION

UNIVERSIDAD DE EL SALVADOR  
 FACULTAD DE MEDICINA  
 ESCUELA DE MEDICINA



Nombre del estudio: “Patologías infecciosas prevalentes en niños/as de 0-5 años con antecedente de prematurez en las Unidades de Salud Barrio Lourdes, San Marcos, Tamanique de abril a septiembre 2024”.

1. Sexo	Femenino	Masculino	
2. Edad actual			
3. Edad gestacional al nacer			
4. Peso al nacer			
5. APGAR	1 min:	5 min:	
6. Patologías neonatales	Enterocolitis necrotizante	Infeccioso: No infeccioso:	Sistema afectado:
	Broncodisplasia pulmonar	Infeccioso: No infeccioso:	Sistema afectado:
	Síndrome de Distrés Respiratorio	Infeccioso: No infeccioso:	Sistema afectado:
	Síndrome de membrana hialina	Infeccioso: No infeccioso:	Sistema afectado:
	Ictericia neonatal	Infeccioso: No infeccioso:	Sistema afectado:
	Retinopatía del prematuro	Infeccioso: No infeccioso:	Sistema afectado:
	Conjuntivitis neonatal	Infeccioso: No infeccioso:	Sistema afectado:
	Neumonía neonatal	Infeccioso: No infeccioso:	Sistema afectado:
	Sepsis neonatal	Infeccioso: No infeccioso:	Sistema afectado:
	Otra:	Infeccioso: No infeccioso:	Sistema afectado:
	7. Tiempo de hospitalización al nacimiento		
8. Listado de patologías infecciosas de consulta por 1ra vez en UDS		Sistema afectado:	
9. Consultas por patología infecciosa por 1° vez en UDS durante el período abril a septiembre 2024		Sistema afectado:	
10. Consultas por patología infecciosa subsecuente en UDS		Sistema afectado:	
11. En los cuadros anteriormente mencionados hubo complicaciones	Si	No	

<b>12. Complicaciones por patología infecciosa</b>		
<b>13. Fue necesaria referencia de emergencia a 2° Nivel de atención</b>	<b>Si</b>	<b>No</b>
<b>14. Motivo de la referencia a 2° nivel de atención</b>		
<b>15. Fue referido en más de una ocasión por la misma patología</b>	<b>Si</b>	<b>No</b>