

UNIVERSIDAD SAN FRANCISCO DE QUITO

Colegio de Postgrados

**MORBIMORTALIDAD EN PREMATUROS DEL HOSPITAL “CARLOS
ANDRADE MARÍN” EN EL PERIODO DEL 2006 AL 2011**

Alexandra Marín Ortiz

Trabajo de Titulación presentada como requisito para la obtención del título de
Especialista en Neonatología

Quito, junio de 2014

UNIVERSIDAD SAN FRANCISCO DE QUITO

Colegio de Postgrados

HOJA DE APROBACIÓN DE TRABAJO DE TITULACION

ALEXANDRA MARÍN ORTIZ

Juan Francisco Fierro Renoy, MD.

**Director del Programa de Postgrados
Especialidades Médicas.**

Jessenia Freire, MD.

**Director del Postgrado de Neonatología
USFQ**

Gonzalo Mantilla Cabeza de Vaca MD-MEd-FAAP

**Decano del Colegio de Ciencias
de la Salud USFQ**

Víctor Viteri Breedy, Ph D.

Decano del Colegio de Postgrados

Quito, junio de 2014

DERECHOS DE AUTOR

Por medio del presente documento certifico que he leído la Política de Propiedad Intelectual de la Universidad San Francisco de Quito y estoy de acuerdo con su contenido, por lo que los derechos de la propiedad intelectual del presente trabajo de investigación quedan sujetos a los dispuestos en la Política.

Así mismo, autorizo a la USFQ para que realice la digitalización y publicación de este trabajo de investigación en el repositorio virtual, de conformidad a lo dispuesto en el Art 144 de la Ley Orgánica de Educación Superior

Firma: _____

Nombre: Mari Alexandra Marín Ortiz

CC: 1801867209

Fecha: Quito, junio de 2014

DEDICATORIA

A mis padres

Alexandra Marín Ortiz

UNIVERSIDAD SAN FRANCISCO DE QUITO

Colegio de Postgrados

A. Publicaciones

1. Ordoñez G., Marín A. Morbimortalidad en prematuros del Hospital “Carlos Andrade Marín” en el periodo 2006 al 2011. Revista CAMbios 2012;XII;20; 25-34

B. Exposiciones en Congresos

1. Transporte y recepción del recién nacido. II Congreso Nacional de Actualización en Gineco-Obstetricia y Pediatría Clínica Avanzada. Realizado en Quito del 17 al 29 de octubre de 2011.
2. La oxigenoterapia en recién nacidos. I Curso Internacional de Enfermería Neonatal. Realizado en Quito del 6 al 11 de junio de 2011.

RESUMEN DE TRABAJOS REALIZADOS

a) Publicaciones

MORBIMORTALIDAD EN PREMATUROS DEL HOSPITAL “CARLOS ANDRADE MARÍN” EN EL PERIODO DEL 2006 AL 2011

INTRODUCCIÓN

Estudio retrospectivo, observacional y descriptivo realizado en el servicio de Neonatología del HCAM para conocer la morbilidad y mortalidad de los recién nacidos de pre-término en el periodo comprendido entre el 1 de enero de 2006 y el 31 de diciembre de 2011.

OBJETIVO

Determinar y comparar las principales causas de morbilidad y mortalidad en un grupo que se conoce muy lábil, en extremo vulnerable y cuyo número va en aumento en todas partes del mundo, sobre todo en los países en vías de desarrollo.

MATERIAL Y MÉTODO

Fueron incluidos en el estudio todos los recién nacidos vivos en el periodo indicado que tuvieron edad gestacional menor de 37 semanas. Los datos se recogieron de modo prospectivo con un método estandarizado, se acumularon en una base de datos informatizada. Los datos de los distintos rubros se compararon entre grupos estructurados de conformidad con recomendaciones de la OMS: de 22 a 27, de 28 a 31 y de 32 a 36 semanas. Se calcularon las tasas de mortalidad, morbilidad y la mortalidad ajustada por riesgo según puntaje de NEOCOSUR, en un grupo de niños que pesó menos de 1 500 gramos. Para el análisis estadístico se utilizó el paquete SPSS v. 19.

RESULTADOS

En el periodo nacieron vivos 22 478 niños. La tasa de prematuridad se mantuvo constante en los 4 primeros años del estudio. Se produjo un incremento en el 2010, pero lo más notable ocurrió en el 2011 en que la tasa se disparó hasta 26,1% para arrojar un total de 3 370 neonatos de 22 a 36 semanas de edad gestacional con una tasa promedio de 14,8% que es más alta que la histórica de 11,9% del 2005. Hubo 650 (2,9%) neonatos de peso muy bajo al nacer (<1 500 g). Apenas el 38,4% recibió

un curso completo de corticoides antenatales. Los nacimientos por cesárea fueron 2574 (76,4%). El grupo más afectado por SDR, hemorragia intraventricular, retinopatía, asfixia y DBP fue el de prematuros extremos. 194 de los 3 370 prematuros (5,8%) fallecieron. La restricción del crecimiento tanto de tipo simétrico como asimétrico se observa desde etapas precoces de la gestación (20 semanas). Un número alto murió en los primeros minutos y horas de vida en la propia sala de partos. De los 650 niños de peso inferior a 1 500 gramos, fallecieron 119, el índice de muertes observadas/esperadas fue de 0,814 con un índice de confianza de 0,67 a 0,97 que da una mortalidad por riesgo inferior al promedio NEOCOSUR, cifra estadísticamente significativa.

CONCLUSIONES

La cobertura con esteroides antenatales es baja, altas las incidencias de SDR y hemorragia intraventricular grave. Deben tomarse en cuenta la asfixia perinatal grave, la mortalidad elevada en el periodo neonatal inmediato de los prematuros extremos y la presencia de restricción del crecimiento desde etapas tempranas de la gestación.

PALABRAS CLAVE

Morbilidad neonatal, mortalidad neonatal, prematuridad, mortalidad ajustada por riesgo.

b) Exposiciones en Congresos

TRANSPORTE Y RECEPCIÓN DEL RECIÉN NACIDO

El aprovechamiento de recursos impide que se pueda disponer de unidades de neonatología especializadas en todos los centros en los que haya nacimientos. Por este motivo es necesario disponer de un sistema de transporte neonatal que permita trasladar a los pacientes al centro de neonatología más próximo y más adecuado al nivel de asistencia que requieran.

La decisión del transporte depende de una serie de factores como la posibilidad de terapias respiratorias, tecnología y material disponible, el soporte de radiología y de laboratorio y el personal médico y de enfermería. Además, puede estar sujeto a variaciones individuales de cada centro y de sus disponibilidades y pueden existir diferencias dependiendo de la época del año y del momento (p. ej., vacaciones del personal médico, de enfermería y técnicos)

El transporte debe realizarse siempre después de la estabilización del recién nacido. Según la sintomatología que presente se tratará de un transporte crítico o no crítico.

Es deseable que la madre también sea transportada tan pronto como sea posible en condiciones de estabilidad.

El material utilizado para el transporte debe estar inventariado y controlado asegurando siempre su funcionamiento correcto.

En la organización del transporte neonatal hay que tener en cuenta las funciones del centro que solicita el traslado, las funciones del centro receptor y la coordinación y realización del transporte.

Los traslados dentro de los hospitales deben de ser acompañados siempre de personal de competencia para la resolución de cualquier eventualidad que pueda ocurrir durante el traslado. Estos se deben de hacer habitualmente en incubadora si estamos hablando de un prematuro o un bajo peso al nacer y en una cuna si estamos hablando de un niño de peso normal y/o a término. El personal que debe de acompañar siempre a un neonato es la enfermera que en todo momento será la responsable de los que ocurra respecto a la seguridad del neonato.

LA OXIGENOTERAPIA EN RECIÉN NACIDOS

El oxígeno es un gas muy utilizado en medicina con fines benéficos, especialmente en caso de urgencias, pero en neonatología, específicamente en los recién nacidos prematuros, este debe ser monitorizado, sobre todo en las unidades de cuidado intensivo, ya que su toxicidad en esta etapa de la vida es muy alta.

La oxigenoterapia está indicada siempre que exista una deficiencia en el aporte de oxígeno a los tejidos. Con la administración de oxígeno, buscamos aumentar el aporte de este elemento en los tejidos, y para esto se debe utilizar al máximo la capacidad de transporte de la sangre arterial.

JUSTIFICACION DE LOS TRABAJOS REALIZADOS

a) Publicaciones

MORBIMORTALIDAD EN PREMATUROS DEL HOSPITAL “CARLOS ANDRADE MARÍN” EN EL PERIODO DEL 2006 AL 2011

Los niños de pre término enfrentan riesgos diferentes de morbilidad y mortalidad. El principal determinante de estos eventos es el riesgo que les separa del término de la gestación, se ha establecido que no tienen el mismo comportamiento de los niños de término, pues la probabilidad de que mueran en el primer año postnatal es tres veces mayor¹ sin que medien transformaciones congénitas, sus complicaciones neonatales más frecuentes son inestabilidad térmica, hipoglicemia, dificultades con la alimentación, hiperbilirrubinemia, SDRI, taquipnea transitoria, todas prolongan la estancia hospitalaria e incrementan los costos de atención. Esto justifica el tabular estos datos de HCAM y compararlos con estudios similares nacionales y extranjeros.

b) Exposiciones en Congresos

TRANSPORTE Y RECEPCIÓN DEL RECIÉN NACIDO

Complicaciones asociadas al transporte neonatal prolongan el periodo de hospitalización de los recién nacidos, incrementando los recursos humanos y materiales empleados.

Las complicaciones más importantes pueden ser la hipotermia, hipoglucemia, acidosis metabólica, sangrado de cordón umbilical). Un mayor tiempo de traslado puede contribuir a afectaciones por hipotermia. Los pre términos e hipotróficos desarrollan con mayor frecuencia hipotermia.

Esta es solo una de las razones, entre las varias que existen para considerar una capacitación y preparación acuciosa del personal y del material que interviene en el proceso de traslado – recepción de recién nacidos.

LA OXIGENOTERAPIA EN RECIÉN NACIDOS

La administración de oxígeno es uno de los tratamientos más comunes en urgencias, está indicada su administración en cualquier paciente que consulte con disnea,

¹ En el artículo se citan las fuentes de consulta de la información aquí descrita.

taquipnea o cianosis y prácticamente no existe contraindicación absoluta para el uso suplementario de oxígeno, administrando las dosis adecuadas y por la vía correcta.

MORBIMORTALIDAD EN PREMATUROS DEL HOSPITAL “CARLOS ANDRADE MARÍN” EN EL PERIODO DEL 2006 AL 2011

Nº
Volumen XII
Enero 2012 - Junio

CAMBios

ÓRGANO OFICIAL DE DIFUSIÓN CIENTÍFICA



HOSPITAL CARLOS ANDRADE MARÍN

www.hcam.gob.ec
dtdocenciahcam@iess.gob.ec

MORBIMORTALIDAD EN PREMATUROS DEL HOSPITAL "CARLOS ANDRADE MARÍN" EN EL PERÍODO DEL 2006 AL 2011

Gabriel Ordóñez Nieto

Profesor de Neonatología Universidad Central del Ecuador,
Director del Postgrado de Neonatología de la Universidad San Francisco de Quito, Jefe del Servicio de Neonatología del Hospital "Carlos Andrade Marín"

Correspondencia:

gordonez@gocomputer.com.ec

Fecha de recepción : 06-07-2012

Fecha de aceptación: 26-10-2012

Alexandra Marín Ortiz

Fellow de Neonatología Universidad San Francisco de Quito,
Hospital "Carlos Andrade Marín"

RESUMEN:

Introducción: Estudio retrospectivo, observacional y descriptivo realizado en el servicio de Neonatología del HCAM para conocer la morbilidad y mortalidad de los recién nacidos de pre término en el período comprendido entre el 1 de enero de 2006 y el 31 de diciembre de 2011.

Objetivo: Determinar y comparar las principales causas de morbilidad y mortalidad en un grupo que se conoce muy lábil, en extremo vulnerable y cuyo número va en aumento en todas partes del mundo, sobre todo en los países en vías de desarrollo.

Material y método: Fueron incluidos en el estudio todos los recién nacidos vivos en el período indicado que tuvieron edad gestacional menor de 37 semanas. Los datos se recogieron de modo prospectivo con un método estandarizado, se acumularon en una base de datos informatizada. Los datos de los distintos rubros se compararon entre grupos estructurados de conformidad con recomendaciones de la OMS: de 22 a 27, de 28 a 31 y de 32 a 36 semanas. Se calcularon las tasas de mortalidad, morbilidad y la mortalidad ajustada por riesgo según puntaje de Neocosur, en un grupo de niños que pesó menos de 1500g. Para el análisis estadístico se utilizó el paquete SPSS v. 19

Resultados: En el período nacieron vivos 22478 niños. La tasa de prematuridad se mantuvo constante en los 4 primeros años del estudio. Se produjo un incremento en el 2010 pero lo más notable ocurrió en el 2011 en que la tasa se disparó hasta 26.1% para arrojar un total de 3370 neonatos de 22 a 36 semanas de edad gestacional con una tasa promedio de 14.8% que es más alta que la histórica de 11.9% del 2005. Hubo 650 (2.9%) neonatos de peso muy bajo al nacer (<1500g). Apenas el 38.4% recibió un curso completo de corticoides antenatales. Los nacimientos por cesárea fueron 2574 (76.4%). El grupo más afectado por SDR, hemorragia intraventricular, retinopatía, asfisia y DBP fue el de prematuros extremos. 194 de los 3370 prematuros (5.8%) fallecieron. La

ABSTRACT:

Introduction: This is a retrospective, observational and descriptive study in HCAM's Neonatology Service on the morbidity and mortality of preterm infants from January 1, 2006 to December 31, 2011.

Objective: Identify and compare the major causes of morbidity and mortality in a group that is known very labile, extremely vulnerable and that are increasing all over the world, especially in developing countries.

Materials and methods: Were included in the study all live newborns that had gestational age less than 37 weeks in the analyzed period indicated. Data was collected prospectively with a standardized method accumulated in a database. For comparison, data was segmented in groups structured in accordance with WHO recommendations: from 22 to 27, 28 to 31 and from 32 to 36 weeks. We calculated mortality rates, morbidity and mortality risk adjusted according to Neocosur score in a group of children who weighed less than 1500g. For statistical analysis we used SPSS v. 19

Results: In the analyzed period, 22478 children were born alive. The prematurity rate was constant in the first 4 years of the study. There was an increase in 2010 but most notable occurred in 2011 when the rate increased to 26.1% to yield a total of 3370 infants of 22-36 weeks gestational age with an average rate of 14.8% which is higher the historic 11.9% in 2005, before this study. There were 650 (2.9%) infants of very low birth weight (<1500g). Just 38.4% received a complete course of antenatal corticosteroids. Caesarean births were 2574 (76.4%). The group most affected by RDS, intraventricular hemorrhage, retinopathy, asphyxia and BPD was extremely preterm. 194 of 3370 infants (5.8%) died. Growth restriction, both symmetrical and asymmetrical type, is observed from early stages of pregnancy (20 weeks). A large number died in the first minutes and hours of life in the delivery room itself. Of the 650 children weighing less than 1500g 119 died,

restricción del crecimiento tanto de tipo simétrico como asimétrico se observa desde etapas precoces de la gestación (20 semanas). Un número alto murió en los primeros minutos y horas de vida en la propia sala de partos. De los 650 niños de peso inferior a 1500g fallecieron 119, el índice muertes observadas/esperadas fue de 0.814 con un índice de confianza de 0.67 a 0.97 que da una mortalidad por riesgo inferior al promedio NEOCOSUR, cifra estadísticamente significativa.

Conclusiones: La cobertura con esteroides antenatales es baja, altas las incidencias de SDR y hemorragia intraventricular grave. Deben tomarse en cuenta la asfixia perinatal grave, la mortalidad elevada en el período neonatal inmediato de los prematuros extremos y la presencia de restricción del crecimiento desde etapas tempranas de la gestación.

PALABRAS CLAVE: Morbilidad neonatal, mortalidad neonatal, prematuridad, mortalidad ajustada por riesgo.

INTRODUCCIÓN:

En 1902 Ballantyne publicó un artículo titulado "The problem of the Premature Infant" en el que aseguraba que estos niños nacen con la piel, el esqueleto y los órganos de un feto de 7 meses y que a esas alturas de la gestación se encontraba admirablemente equipado para vivir en el útero pero muy mal dotado para enfrentar las exigencias de la vida extrauterina que impone obligaciones superiores a las que él puede responder porque sus órganos no han tenido tiempo para madurar y no está preparado para la transición de la vida intrauterina a la extrauterina. Esto no ha cambiado en los albores del siglo XXI. El neonato prematuro es frágil y vulnerable, es de alto riesgo para enfermar y morir en especial si es un pre término extremo, de peso muy bajo o extremadamente bajo al nacer y no recibe los cuidados especialísimos que requiere para sobrevivir. Fig.No.1 y No.2 El mundo desarrollado, en la actualidad ofrece, tecnología y recursos capaces de lograr tasas de supervivencia inalcanzables en los países en desarrollo con



Fig. No1 Prematuridad extrema

the index observed deaths / expected was 0.814 with a confidence index of 0.67 to 0.97 which gives a mortality risk NEOCOSUR below average, statistically significant.

Conclusions: The antenatal steroid cover is low but the incidence of RDS and severe intraventricular hemorrhage is high. Consideration should be given to severe perinatal asphyxia, high mortality in the immediate neonatal period of extremely premature babies and the presence of restricted growth from early stages of pregnancy.

neonatal morbidity, neonatal mortality, prematurity, risk-adjusted mortality.

KEYWORDS: Morbilidad neonatal, mortalidad neonatal, prematuridad, mortalidad ajustada por riesgo.

productos de 22 a 25 semanas de gestación. En estos lares, los prematuros todavía pagan la alta penalidad de una muerte muy temprana.



Fig. No.2 Pequeño y vulnerable luchador

El asunto no se limita a lograr que más niños superen con vida el difícil período neonatal. Se trata también de salvar vidas con el menor número de secuelas asociadas a la prematuridad entre las que priman las neurológicas tipo parálisis cerebral^{2,3,4,5,6}, retinopatía del prematuro, displasia broncopulmonar y alteraciones renales debidas al cese del desarrollo renal, responsable de hipertensión arterial. Es verdad que se ha progresado y reducido la incidencia de estas y otras complicaciones pero es imprescindible continuar con los esfuerzos para reducirlas más porque el incremento del número de sobrevivientes de bebés demasiado prematuros aumenta el número de niños con secuelas no deseadas y los costos necesarios para cubrir las hospitalizaciones prolongadas son muy, pero muy altos y se tornan insostenibles por la creciente presión social para limitar los cuidados de

pacientes con resultados no siempre favorables que aumentan a su vez los costos de los tratamientos ulteriores.⁷ El Instituto de Medicina de los Estados Unidos estimó en el año 2005 un costo de 26.2 billones de dólares sin incluir los cuidados más allá de la infancia ni los costos de la educación especial ni la baja productividad de los sobrevivientes.

También se debe considerar la necesidad de contar con talento humano de alta calidad y especialización. Esto es cada vez más difícil porque la intensidad del trabajo en estas unidades está produciendo escasez severa de personal para cubrir estas labores. Superar el problema demanda motivar, entrenar y pagar bien a los médicos y enfermeras para que se dediquen a esta importante área de la medicina tanto en el presente como en el futuro que se avizora más complicado que ahora pues se está cerrando, y con fuerza, el cerco para investigar y sancionar los errores médicos que amenazan la seguridad del paciente. Se ha demostrado que un 18% o más de los hospitalizados en unidades de cuidados intensivos neonatales sufren complicaciones por errores médicos o de enfermería, muchos de ellos de suficiente gravedad como para poner en riesgo su vida. El problema es tan alarmante que en Estados Unidos, por ejemplo, se han puesto restricciones al pago de costos generados por algunas de estas complicaciones. Enfrentar este desafío es imperativo no solo por el costo sino por el bien de los pacientes.⁷

En Norteamérica y en muchos otros países la prematuridad va en aumento, la mortalidad decrece en forma progresiva aunque en distintas proporciones según el país que se analice y baja la edad gestacional que delimita la viabilidad del producto. Todo suma para crear un nuevo problema de salud pública.⁸ Es necesario puntualizar que la normativa para registrar causas de muerte neonatal ha subestimado la contribución del niño de pre término. Ahora se reconoce que la prematuridad y las complicaciones acompañantes son las responsables de la mortalidad infantil. Es del todo inapropiado llenar la certificación de muerte anotando las complicaciones solamente sin mencionar la causa principal que siempre o casi siempre es la prematuridad.⁹

Por suerte han surgido y surgen voces de alerta y preocupación por las elevadas tasas de partos de pre término, en especial por los llamados de pre término tardío.¹⁰ Es verdad que una de las metas principales de la Obstetricia es abatir las tasas de todos estos partos y la mortalidad y morbilidad asociadas pero persisten todavía algunas guías y recomendaciones para terminar embarazos antes de las 37 semanas cuando se supone, que su continuación podría comprometer a la unidad madre hijo, en alguna medida. La frecuencia de esto que algunos llaman nacimientos prematuros iatrogénicos lastimosamente va in crescendo.

La definición de nacimiento pre término cuenta con un límite claro 36 semanas y 6 días pero carece de acuerdo en lo referente al límite inferior debido al carácter arbitrario de su determinación. En el CIE-10 consta 22 semanas pero para el país y el servicio resulta completamente irreal porque entre esta y las 25 semanas de gestación casi todos los nacidos vivos mueren por una u otra razón. Lo penoso en este punto ha sido la muerte de varios niños pertenecientes al grupo en mención que fallecieron luego del período neonatal y luego de períodos prolongados de ventilación mecánica. Como curiosidad se debe anotar que en el mundo desarrollado se habla de un límite inferior de 20 semanas y hay quienes abogan por incluir a fetos de 16 a 20 semanas por considerar que las causas de los nacimientos son las mismas o muy similares a las relacionadas con el grupo de 20 a 25 semanas. El interés radica en el hecho observado de que ambos grupos de mujeres tienen riesgo comparable de repetir el parto prematuro que, en todo caso es mayor, que en las mujeres que experimentaron pérdidas en el primer trimestre. El interés rebasa lo meramente estadístico porque los estudios con todas estas gestantes conducirían a reconocer factores predictivos y pistas sobre la etiología, elementos claves en la búsqueda de reducciones efectivas de las tasas de prematuridad extrema.

En el HCAM la prematuridad era de 11.4% en el año 2004 y llegó a 15.8% en el 2010. En el año siguiente se produjo un salto impresionante pues se llegó a 26.1%. Fig. No.1 Al comparar estas cifras con las de USA se nota que son muy superiores, en este país, de 1981 al 2006 se pasó de 9.4% a 12.8% con un incremento relativo de 36%. No se ha mejorado de modo sustancial la comprensión de las causas del parto pre término y su taxonomía debería cambiar para encaminarse por la ruta de una conducta con mayores variantes por parte de obstetricia y ofrecer soluciones menos radicales que la terminación inmediata de una gestación, independientemente de su duración, pues esto lo único que hace, en los casos de los niños muy prematuros, es cambiar el escenario de su muerte.

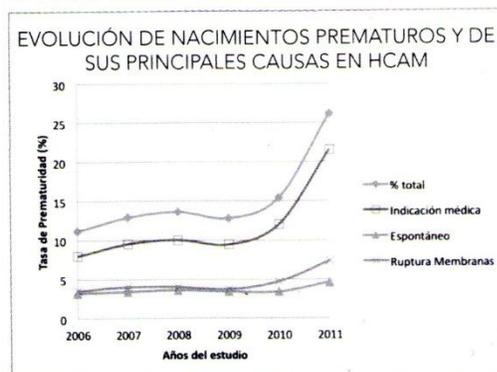


Fig. No.1 Evolución de nacimientos prematuros y de sus principales causas en HCAM

de cesárea con cesárea el gran incremento en el año 2011 y se nota, en todos los años, que la mayoría de los nacimientos prematuros fueron por indicación médica y por cesárea, muy pocos espontáneos por parto vaginal y menos aún por ruptura de membranas.

Los niños de pre término enfrentan riesgos diferentes de morbilidad y mortalidad. El principal determinante de estos eventos es el tiempo que le separa del término de la gestación. En centros académicos la sobrevida aumenta de 10% a las 22 semanas a más del 90% a las 28 semanas. Para los nacidos a las 34 semanas se pasa del 98%.^{11,12} El progreso en el cuidado de la unidad madre hijo, de alguna manera ha conducido, hacia una actitud algo descuidada de los niños más maduros pues como se ha visto su muerte es rara a partir de las 34 semanas por lo que son admitidos a servicios regulares antes que a cuidados intensivos neonatales. Por llamarlos “cercaños al término” se han subestimado sus riesgos debido a evaluaciones, monitoreos y seguimientos menos diligentes.¹³ Se ha establecido ahora que no tienen el mismo comportamiento de los niños de término pues la probabilidad de que mueran en el primer año postnatal es tres veces mayor sin que medien malformaciones congénitas.¹⁴ Sus complicaciones neonatales más frecuentes son: inestabilidad térmica, hipoglicemia, dificultades con la alimentación, hiperbilirrubinemia, SDRI, taquipnea transitoria. Todas prolongan la estancia hospitalaria e incrementan los costos de atención.¹⁵

Lo escrito es una buena justificación para presentar los datos relacionados en materia de morbimortalidad en los recién nacidos de menos de 1500g al nacer asistidos en el HCAM el hospital terciario más importante del Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social y comparar sus resultados con los alcanzados por estudios similares del país y del extranjero.

OBJETIVO:

Conocer y evaluar los resultados del manejo perinatal de los niños de pre término con peso al nacimiento menor de 1500g, en el HCAM durante el período entre el año 2006 al 2012.

POBLACIÓN Y MÉTODO:

Estudio observacional, descriptivo y retrospectivo en el contexto de la vigilancia de la morbimortalidad de los neonatos de peso muy bajo al nacer en el Hospital “Carlos Andrade Marín” de la ciudad de Quito.

Incluyó a todos los nacidos vivos de edad gestacional menor de 37 semanas, entre el 1 de enero de 2006 y el 31 de diciembre de 2011, registrados en la base de datos del servicio de Neonatología. La información recogida de las historias clínicas cuya base es la Historia Clínica Perinatal del Centro Latinoamericano de Perinatología

la información, según fuera necesario; consignar la exploración física y llevar de manera completa estudios de imagen y resultados de exámenes de laboratorio y gabinete practicados a cada neonato.¹⁶ La evolución diaria se escribe de manera obligatoria en el formato que tiene el Hospital en el sistema AS400. Lo más relevante se vuelca, de manera anónima, en una hoja de recolección sistematizada¹⁶ antes de pasarla a una base de datos construida en FOX PROLAN para Windows. Esta última tarea la cumplió una auxiliar de estadística (SG), debidamente entrenada para detectar errores y corregirlos mediante revisiones exhaustivas de toda la información junto con los médicos involucrados y el jefe del servicio. Para el análisis estadístico se utilizó la versión 19 del SPSS.

VARIABLES:

Maternas: edad en años, ocupación, estado civil, control prenatal, número de gestaciones, partos, abortos, mortinatos, ganancia de peso durante el embarazo, edad gestacional en semanas según primer día de la última menstruación normal, número de controles, patología del embarazo y del parto, medicación en el embarazo, en especial corticoides, tipo de parto.

Neonatales: peso al nacer, edad gestacional, puntaje de Apgar, uso de surfactante, malformaciones graves, causa de muerte, autopsia. Indicadores de morbilidad: presencia de síndrome de dificultad respiratoria (SDR); displasia broncopulmonar (DBP); conducto arterioso persistente, sepsis definida por cuadro clínico y confirmación con hemocultivo o cultivo del líquido cefalorraquídeo antes (precoz) o después (tardía) de las 96 h de vida; enterocolitis necrotizante (ECN); hemorragia intraventricular, retinopatía del prematuro (ROP).

También se consignan datos relacionados con exámenes, tratamientos y procedimientos que se hicieron o aplicaron al recién nacido como oxígeno, ventilación mecánica, colocación de catéteres, estudios de imagen, medicamentos empleados (antibióticos, aminofilina, etc.).

Diagnósticos establecidos de tipo respiratorio, metabólico, infeccioso, hematológico, cardiocirculatorio, neurológico, gastrointestinal, renal y malformativo.

Condición al egreso: fallecido o vivo; morbilidad, requerimiento de oxígeno y tipo de alimentación. En total los ítems suman 167 y sirven de base para analizarlos y evaluarlos en el contexto de esta comunicación.

Las variables continuas se expresan en promedios más menos desviaciones estándar, las categóricas como n y porcentajes. Se calculan tasas de mortalidad globales y específicas para cada año así como la inmediata al parto,

prezco y tardía según definiciones internacionales. Para establecer la mortalidad por peso se utilizan intervalos de 100g hasta el límite de mil y de 250 gramos hasta los 1500g. Se utilizó el criterio de causa única que desencadenó el proceso que condujo a la muerte.

Se establece la mortalidad esperada mediante el puntaje NEOCOSUR, que estima la probabilidad de muerte de un recién nacido de muy bajo peso considerando: peso al nacer, edad gestacional, puntaje de Apgar al primer minuto, malformaciones congénitas con riesgo vital, uso de corticoides prenatal y género. El puntaje surge de comparar la mortalidad esperada con la observada, para lo cual se calcula su cociente. Un puntaje mayor a uno implica que supera la cifra esperada y uno menor que es inferior a ella.¹⁸ para el efecto se conformó un grupo de niños que pesó menos de 1500g al nacer.

El estudio se realizó en el contexto de la vigilancia de la morbimortalidad de neonatos instrumentada en el servicio sin aplicar procedimientos creados para proteger a participantes de investigaciones. La base recoge datos disociados y anónimos, ajustándose a lo máximo necesario para proteger datos personales.

RESULTADOS Y DISCUSIÓN:

La tabla No.I muestra el número de partos atendidos en el período de estudio. La importante reducción de la cifra obedece a situaciones relacionadas con cambios en la infraestructura del servicio de Obstetricia como remodelaciones y ampliaciones que tomaron su tiempo en concretarse.

Tabla No.1
Total de partos atendidos en el Hcam entre 1 de enero de 2006 y 31 de diciembre de 2011 según tipo de embarazo

AÑO	EMBARAZO DE PRODUCTO ÚNICO O MULTIPLE					TOTAL	
	ÚNICO	GEMELAR	TRIPLER	CUÁDRUPLES			
2006	3362	36	1.07*	2	0.06	0	3400
2007	3525	41	1.16*	0	0.00	0	3566
2008	4015	65	1.62*	4	0.10	0	4084
2009	4100	37	0.90*	2	0.05	0	4139
2010	4115	51	1.24*	5	0.12	1	4172
2011	2942	72	2.45*	3	0.10	0	3017
TOTAL	22059	302	1.35*	16	0.07	1	22378

*Porcentaje

DATOS: Servicio de Neonatología del HCAM

Es llamativa la cantidad de embarazos múltiples en el 2011 pues los 75 observados (72 dobles y 3 triples) equivalen a 24.8 por mil frente al 16.9 por mil visto en el 2008 (65 dobles y 4 triples). El 31.8% de incremento obedece a la tendencia de la población a utilizar, con mayor frecuencia, los servicios de reproducción asistida para los casos de infertilidad.

NACIMIENTOS:

Las cifras de niños nacidos, vivos y muertos, con su correspondiente tasa constan en la tabla No.II en la que se constata una tasa de mortinatalidad de 10‰ la cual es menor a la reportada en épocas anteriores.^{19,20}

Tabla No.II
Distribución de nacimientos en los años de estudio. Hcam 2006 Al 2011

Año	Muerto	‰	Vivo	‰	Total
2006	29	8	3411	992	3440
2007	29	8	3578	992	3607
2008	41	10	4116	990	4157
2009	44	11	4136	989	4180
2010	55	13	4182	987	4237
2011	40	13	3055	987	3095

Chi-cuadrado de Pearson 7.958 p: 0.159

Razón de verosimilitudes 0.160

DATOS: Servicio de Neonatología del HCAM

Elaboración: El autor

La tasa de prematuridad se mantuvo prácticamente sin variaciones hasta el año 2006 pues a lo largo de los años previos la referida cifra fue constante alrededor del 11%. A partir del 2007 se aprecia un incremento paulatino hasta la cifra récord de 26.1 en el 2011. Se explica en el contexto de la marcada reducción de ingresos y la admisión de casi todos los embarazos de alto riesgo o complicados con pre eclampsia principalmente. Tabla No.III

Tabla No.III
TASAS DE PREMATURIDAD HCAM 2006 - 2011

Año	No. Nacimientos	No. Prematuros	%
2006	3440	381	11.0
2007	3607	463	12.9
2008	4159	560	13.6
2009	4180	527	12.8
2010	4237	642	15.4
2011	3095	797	26.1
Total	22718	3370	14.8

gestacional nacidos vivos en el período de estudio y se incorporó a todos en este análisis. La tasa promedio de estos años es de 14.8% cifra muy similar a las que provienen de otros países.^{21,22,23,24,25} con la misma tendencia alcista de la tasa de prematuridad.

Lo llamativo de la tabla No. IV se centra en los siguientes puntos:

1. Los grupos tienen madres cuyo promedio de edad es muy parecido
2. El mayor número de niños perteneció a la categoría de prematuro moderado o tardío según la definición de la OMS utilizada para este trabajo.²⁶
3. El control prenatal fue ostensiblemente más alto en el grupo de niños de 32 a 36 semanas edad gestacional.
4. La restricción del crecimiento intrauterino tanto simétrico como asimétrico está presente desde etapas tempranas de la gestación

27. El uso de corticoides prenatales, sobre todo en los embarazos de corta edad gestacional no es tan frecuente como se creería. Quizá influya en esto la recomendación de indicarlos entre las 24 y 34 semanas.²⁷ La etapa de mayor uso de cursos completos de estos medicamentos es la comprendida entre 28 y 31 semanas. (RR 1.65 p.000)

6. En cada uno de los grupos hubo predominio de neonatos varones.
7. Los niños que al nacer tienen bajas puntuaciones de Apgar fue significativamente mayor entre los prematuros extremos. (p .000)
8. La terminación de los embarazos por medio de cesárea fue alto en los tres grupos con un claro y franco predominio en el de 28 a 31 semanas de gestación. (p .000)

Tabla No. IV
Características generales de los recién nacidos prematuros atendidos en el HCAM del 2006 al 2011

Variable	Edad de gestación en semanas		
	22 – 27	28 – 31	32 – 36
Ingresados (n) (%)	141 (4.2)	338 (10.0%)	2891 (85.8%)
Edad materna (media)(DE)	31.8 (6.2)	30.2 (5.9)	30.0 (5.7)
Edad materna (mediana)	33	30	30
Edad materna mínima	16	15	16
Edad materna máxima	48	44	49
Control prenatal ≤ 4 (n)(%)	25 (17.7)	30 (8.9)	119 (4.1)
Gemelos (2,3,etc.)	32 (22.7)	63 (18.6)	460 (15.9)
RCIUs	9 (6.4)	76 (22.5)	467 (16.2)
RCIUa	9 (6.4)	27 (8.0)	191 (6.6)
Sin corticoides o incompletos	91 (64.5)	112 (33.3)	1865 (64.5)
Corticoides completos	50 (35.5)	216 (66.7)	1026 (35.5)
Peso del RN (media) (DE)	728.7 (187.5)	1244 (327.2)	2296 (526.6)
Edad gestacional (DE)	25.0 (1.8)	29.8 (1.1)	35.0 (1.2)
Sexo masculino (n) (%)	80 (56.7)	178 (52.7)	1588 (54.9)
Apgar ≤4 (n)(%)	64 (45.4)	38 (11.3)	56 (1.9)
Cesárea (n)(%)	90 (63.8)	314 (92.9)	2170 (75.1)

RCIUs= Restricción simétrica del crecimiento intrauterino
RCIUa= Restricción asimétrica del crecimiento intrauterino

En la tabla No.V se ve lo relacionado con la morbilidad más frecuente entre los prematuros de los grupos estructurados por edad gestacional según recomendación de la OMS. ²⁶ Lo sobresaliente muestra:

1. El síndrome de dificultad respiratoria es más frecuente en los neonatos de menor edad gestacional. El cuadro sin embargo ha sido menos severo gracias al uso de surfactante exógeno. Menor el tiempo de ventilación mecánica, menores los parámetros de presión inspiratoria pico y de presión al final de la espiración. Esto que en el servicio se denomina el nuevo SDR o la nueva membrana hialina

causó menos mortalidad la cual se explicó por otros problemas relacionados con la prematuridad extrema: asfíxia, infección grave y hemorragia intracraneal de grados III y IV principalmente. La severidad de estas patologías obligó, en varias ocasiones, a decidir junto con la familia la limitación del esfuerzo terapéutico.^{28,29}

Tabla No.V
Morbilidad más frecuente en prematuros atendidos en el HCAM Período 2006 – 2011

Morbilidad	Edad gestacional en semanas					
	22 – 27		28 – 31		32 – 36	
	n	%	n	%	n	%
Corticoides prenatales completos	50	35.5	216	66.7	1026	35.5
Corticoides prenatales incompletos	16	11.4	46	13.6	148	5.1
Sin corticoides prenatales	75	53.1	76	19.7	1717	59.4
Síndrome de dificultad respiratoria	85	60.3	193	57.1	179	6.2
Enterocolitis necrotizante	2	1.4	10	3.0	12	0.4
Sepsis neonatal	7	5.0	19	5.6	30	1.0
HIV grados III y IV	13	9.2	14	4.1	10	0.3
Retinopatía de la prematuridad	10	7.1	16	4.7	10	0.3
Displasia broncopulmonar	18	12.8	34	10.1	27	0.9
HIV: Hemorragia intraventricular						

En lo relacionado con la mortalidad lo verdaderamente llamativo es el número de neonatos que fallecen en la propia sala de partos, en el quirófano o en el curso de las primeras horas de vida, sin llegar a completar un día de existencia. Esto se vincula, sobre todo, con el control prenatal y el arribo al hospital con trabajo de parto muy avanzado que impide aplicar medidas en los embarazos de alto riesgo. Como se esperaba la mortalidad más alta se relacionó con las gestaciones más alejadas del término.

Tabla No. VI
Tasas de mortalidad en neonatos prematuros agrupados por edad Gestacional Período 2006 – 2011

Mortalidad	Edad de gestación en semanas					
	22 – 27		28 – 31		32 – 36	
	n	%	n	%	n	%
Mortalidad neonatal	86	61.0	53	15.7	55	1.9
Mortalidad neonatal inmediata	54	38.3	11	3.3	11	0.4
Mortalidad neonatal precoz	27	19.2	25	7.4	30	1.0
Mortalidad neonatal tardía	5	3.5	17	5.0	14	0.5
Mortalidad postneonatal	5	3.5	10	3.0	8	0.3

MORBILIDAD Y MORTALIDAD EN NIÑOS DE PESO INFERIOR A 1500g

Con el propósito de comparar los resultados del HCAM en materia de cuidado ofrecido a los neonatos prematuros se utiliza lo publicado, sobre este tópico en particular, de un trabajo realizado con información de varios hospitales públicos de la ciudad de Buenos Aires³⁰ y los publicados por NEOCOSUR luego de 10 años de trabajo.³¹ Tabla No. VII

Tabla No. VII
Comparación de tasas de morbilidad y mortalidad en recién nacidos de <1500 .entre el Grupo Ciudad de Buenos Aires, HCAM y NEOCOSUR

Variable	Buenos Aires	HCAM	NEOCOSUR
Peso, media (DE)	1073g (±295)	1102g (±278)	1086 (±279)
Edad gestacional, media (DE)	29 (4.4)±	30.03 (±3.23)	29 (±3)
RN registrados (n)	1157	621	10447
Sexo femenino (%)	49.7	49.3	48.8
Apgar 1 minuto ≤4(%)	23.1	15.9	22.9
Corticoides prenatales completos (%)	40.4	60.0	74.0
Nacido por cesárea (%)	81.2	88.4	68.7
Recién nacidos fallecidos	30.5 (357)	26.7 (166)	21.8 (2230)
Mortalidad en sala de partos (%)	4.5	8.9	3.4
Mortalidad neonatal global sin FSP(%)	23.4	18.2	21.5
Morbilidad			
SDR (%)	62.7	52.5	71.3
ECN (%)	11.9	2.6	11.1
Sepsis (Temprana + tardía) (%)	15.2	5.3	23.1
Hemorragia intraventricular III y IV	10.2	5.2	10.6
Retinopatía de la prematuridad(%)	13.4	5.0	5.9
DBP(%)	14.1	10.0	24.6
Mortalidad por grupos de peso al nacer (%)			
500 – 749	79.1	66.7	71.1
750 – 999	40.8	39.0	30.8
1000 – 1249	18.8	13.6	15.4
1250 – 1499	5.9	6.9	7.9
Mortalidad por grupos de edad gestacional (%)			
20 – 24	92.2	95.0	84.7
25 – 28	41.1	67.4	32.6
29 – 32	12.9	16.9	9.8
33 – 36	7.9	6.4	11.0
FSP = Fallecimiento en sala de partos			

La muestra con diferencias llamativas en unos casos y pequeñas en otros que los problemas de fondo en los niños que pesan menos de 1500 g al nacer, son prácticamente los mismos: asfixia, síndrome de dificultad respiratoria, infecciones y hemorragias intracraneales, en especial intraventricular grave.

El número de nacimientos por cesárea es alto en las tres series pero se nota mucho más alto en la serie del HCAM. Obedece sin duda a una decisión tomada en

conjunto con el servicio de Obstetricia y la Unidad Materno Fetal de terminar mediante cirugía los embarazos muy inmaduros por considerarla beneficiosa para el feto y desde luego para el neonato.³² Relacionado con esto parecerían estar las mejores puntuaciones de Apgar al minuto de vida.

Por el manejo neonatal menos estresante y una cobertura más amplia, que en el grupo de Buenos Aires, con corticoide prenatal, con dosis completas, se explicaría una tasa más baja de SDR. Esto merece estudios adicionales porque, sucede lo contrario con el grupo NEOCOSUR, que tiene más uso de corticoide *que en el HCAM pero más SDR*. La explicación no parece tan simplista ni tan fácil. Quizá esté influyendo la indicación profiláctica de surfactante en los atendidos en el HCAM. Se deben, en todo caso, revisar a fondo las razones que expliquen estas diferencias.

Las causas de muerte son las mismas. Las patologías que cobran más víctimas son: SDR, hemorragia intraventricular grave e infecciones, en especial, la sepsis tardía que va muy de la mano con la cantidad y calidad de las invasiones utilizadas como parte del cuidado intensivo que requieren. En neonatos de este hospital no se puede perder de vista ni concederle menor importancia a la neumonía asociada a la ventilación mecánica. Se comparte la opinión de conceder, un lugar preponderante, como causa de muerte a la prematuridad pues esta es la responsable de la inmadurez de los órganos y sistemas que predispone a la instalación y desarrollo de problemas respiratorios, neurológicos, metabólicos e infecciones de manejo difícil.

Comparar la mortalidad resulta complicado porque los medios y los ambientes en los que mueren neonatos tienen características diferentes en lo técnico, administrativo, cobertura de talento humano y más. Una forma de presentar datos y proponer algún comentario sobre este asunto surge con el puntaje de riesgo Neocosur que textualmente asegura "que asigna, al momento de nacer una probabilidad de que un RN de muy bajo peso al nacer fallezca durante la internación, sobre la base de los datos de peso de nacimiento, edad gestacional, puntaje de Apgar al minuto, malformación congénita que compromete la vida, administración de corticoides prenatal y sexo femenino. La suma de

probabilidades individuales de fallecimiento da la probabilidad de fallecimiento de una población de pacientes. Estos seis factores mencionados surgen con significación estadística, de la aplicación de un modelo de regresión logística múltiple con un procedimiento paso a paso. El puntaje no es para uso individual." El sistema en mención está disponible en neocosur.org y ofrece una herramienta en Excel que fue utilizada para esta investigación y arrojó el siguiente resultado:

Número de recién nacidos ingresados:	650
Muertes observadas	119
Muertes esperadas	146.15
Observado/esperado (O/E)	0.814
Intervalo de confianza O/E	
Límite inferior	0.67
Límite superior	0.97

Lo encontrado es sin duda positivo para el servicio, pero como han comentado otros³⁰ este análisis no es suficiente porque el papel fundamental de la moderna Perinatología no se limita a mejorar las tasas de sobrevivencia de seres humanos desde antes del nacimiento, sino que busca ofrecer a la sociedad hombres y mujeres *con el cerebro intacto y así capaces para una vida productiva y feliz*. Urge entonces incorporar en estos trabajos los resultados de los seguimientos planificados con el propósito de conocer y registrar los resultados del mediano y del largo plazo en las esferas cognitivas, psicológicas, del neurodesarrollo y de los órganos de los sentidos. En el HCAM se ha mejorado sin duda. Hace 15 años había casos de parálisis cerebral espástica que han desaparecido.

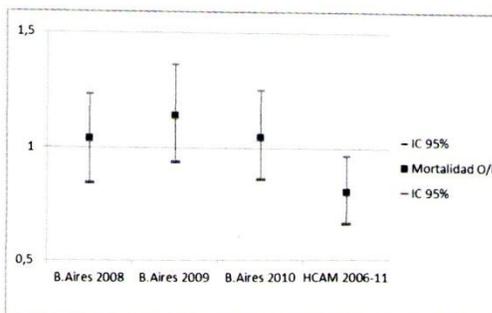


Fig. No.2 Mortalidad anual ajustada por riesgo de recién nacidos de peso al nacer menor de 1500 g en el HCAM (2006-2011) y el sector público de la Ciudad de Buenos Aires (2008-2010)

Toca mejorar, hasta que carezcan de fallas, los sistemas de registro, mantener al día las bases de datos, actualizar los protocolos de manejo neonatal, mejorar todo lo relacionado con la prevención de infecciones y sobre todo establecer un sistema regionalizado^{33,34} de atención obstétrica y neonatal para tener información global de resultados perinatales. Hoy resulta muy difícil

compararla y compararla por qué hay enfoques distintos de la realidad y maneras muy diferentes de aplicar las recomendaciones internacionales.

CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES:

1. La mortalidad en neonatos de peso inferior a 1500g es menor a la reportada en un estudio que incluyó a 12 hospitales de la ciudad de Buenos Aires entre 2008 y 2010.
2. La mortalidad de neonatos de edades de gestación entre 20 y 24 semanas es del 96%. Se considera por el momento que tales pacientes no son viables en el HCAM. Se debe implantar medidas y aunar esfuerzos para evitar tales nacimientos.
3. Toca perfeccionar los sistemas de información para recoger de manera detallada todo lo concerniente con los nacimientos y resultados y difundir todo lo que resulte beneficioso.
4. El uso de corticoides prenatales es del 60% y el SDR de 52.5%. Por tratarse de una medida probadamente útil

se debe propender al uso más amplio de esta medicación.

5. La mortalidad neonatal inmediata en sala de partos y quirófano merece atención especial tanto en obstetricia como en neonatología para descubrir las causas y aplicar los correctivos necesarios.
6. El certificado de defunción debería contener como causa principal de muerte a la prematuridad, en especial cuando esta es extrema porque explica, por la inmadurez generalizada de los órganos y sistemas, todos o casi todos los problemas neonatales.
7. Regionalizar la atención perinatal es urgente e indispensable. No hacerlo significará continuar viviendo de estadísticas incompletas y maquilladas.

Agradecimiento: A la Sra. Sofía García P. por su diligente y acertado trabajo en el mantenimiento de las bases de datos.

BIBLIOGRAFÍA:

1. Ballantyne JW. (1902). The Problem of the Premature Infant. *The British Medical Journal*;1:1196-1200.
2. Himmelmann K, Hagberg G, Uvebrant P. (2010) The changing panorama of cerebral palsy in Sweden. X. Prevalence and origin in the birth-year period 1999–2002. *Acta Paediatr* ; 99(9):1337–43.
3. Himmelmann K, Beckung E, Hagberg G, et al. (2006). Gross and fine motor function and accompanying impairments in cerebral palsy. *Dev Med Child Neurol*;48(6):417–23.
4. Ancel PY, Livinec F, Larroque B, et al.(2006). Cerebral palsy among very preterm children in relation to gestational age and neonatal ultrasound abnormalities: the EPIPAGE cohort study. *Pediatrics*;117(3):828–35.
5. Marret S, Ancel PY, Marpeau L, et al. (2007). Neonatal and 5-year outcomes after birth at 30-34 weeks of gestation. *Obstet Gynecol*;110(1):72–80.
6. Sigurdardottir S, Thorkelsson T, Halldorsdottir M, et al. (2009). Trends in prevalence and characteristics of cerebral palsy among Icelandic children born 1990 to 2003. *Dev Med Child Neurol*;51(5):356–63.
7. Bancalari E. (2011). Principales desafíos actuales de la neonatología. Congreso del Centenario de la Sociedad Argentina de Pediatría. Ciudad de Buenos Aires 13-16 de septiembre de 2011
8. Behrman RE, Butler AS. (2007). Institute of Medicine (U.S.). Committee on understanding premature birth and assuring healthy outcomes. *Preterm birth: causes, consequences, and prevention*. Washington, DC: National Academies Press.
9. Callaghan WM, MacDorman MF, Rasmussen SA, et al. (2006). The contribution of preterm birth to infant mortality in the United States. *Pediatrics*;118:1566–73
10. Damus K. (2008). Prevention of preterm birth: a renewed national priority. *Curr Opin Obstet Gynecol*;20:590–6.
11. Ananth CV, Joseph KS, Oyelese Y, et al. (2005). Trends in preterm birth and perinatal mortality among singletons, 1989 through 2000. *Obstet Gynecol*;105:1084–91.
12. Stoll BJ, Hansen NI, Bell EF, et al. (2010). Neonatal outcomes of extremely preterm infants from the NICHD Neonatal Research Network. *Pediatrics*;126:443–56.
13. Raju TNK, Higgins RD, Stark AR, et al. (2006). Optimizing care and outcome for latepreterm (near-term) infants: a summary of the workshop sponsored by the National Institute of Child Health and Human Development. *Pediatrics*;118:1207–14.
14. Kramer MS, Demissie K, Yang H; et al. (2000). The contribution of mild and moderate preterm birth to infant mortality. *JAMA*;284:843–9.

15. Engle WA (2007). The problem of late preterm (near-term) births: a workshop summary. *Pediatr Res*;60:775-6.
16. Ordóñez NG, Vallejo S, Sánchez J, Freire Y, et al. (2007). El expediente clínico perinatal, entre la informática y el papel. ¿Una necesidad escrita inevitable? *Cambios (suplemento)*;6:3-51
17. World Health Organization (WHO): International Statistical Classification of Diseases and Related (1992). *Health Problems* (rev. 10, vols. 1-2;ICD-10). Geneva, WHO.
18. Marshall G, Tapia JL, D'Apremont I, Grandi C, et al, for Grupo Colaborativo. (2005). NEOCOSUR. A new score for predicting neonatal very low birth-weight mortality risk in the NEOCOSUR South American Network. *J Perinatol*;25(9):577-82.
19. Ordóñez NG, Bossano R, Centeno E, et al. (2005). Caracterización de una unidad de cuidados intensivos neonatales y los resultados de su trabajo en un país en crisis sanitaria . *Cambios*;7:35
20. Ordóñez G, Centeno E, Bossano R, y cols. (2005). Caracterización resumida del Ecuador contemporáneo y aspectos importantes de la reproducción humana en un Hospital del Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social, el "Carlos Andrade Marín" de la ciudad de Quito. Reporte de 8 años de trabajo con el Sistema Informático Perinatal (SIP). *Cambios*;5:24-33
21. Shapiro-MendozaCK,TomashekKM,KotelchuckM,etal. (2006). Risk factors for neonatal morbidity and mortality among healthy, late preterm newborns. *Semin Perinatol.*;30:54-60.
22. Tomashek KM, Shapiro-Mendoza CK, Davidoff MJ, Petrini JR. (2007). Differences in mortality between late-preterm and term singleton infants in the United States, 1995-2002. *J Pediatr*;151:450-6.
23. Engle WA, Tomashek KM, Wallman C. (2007). The Committee on Fetus and Newborn. Late-preterm infants: A population at risk. *Pediatrics*;120:1390-401.
24. Shapiro-Mendoza CK,Tomashek KM,Kotelchuck M,er al. (2008)Effect of late-preterm birth and maternal medical conditions on newborn morbidity risk. *Pediatrics*;121:e223-32
25. EngleWA, Kominiarek MA (2008) .Late preterm infants, early term infants, and timing of elective deliveries. *Clin Perinatol*. 35:325-41.
26. Nacidos Demasiado Pronto: Informe de Acción Global sobre Nacimientos Prematuros Disponible en: [http://www.who.int/pmnch/media/news/\(2012\) borntooosoon_execsum_es.pdf](http://www.who.int/pmnch/media/news/(2012) borntooosoon_execsum_es.pdf)
27. NIH Consensus Development Conference Statement, Online. Agosto 17-18, 2000.
28. American Academy of Pediatric. Committee on Bioethics. Informed consent, parental permission, and assent in pediatric practice. *Pediatrics* (1995); 95: 314-317.
29. Duff RS. (1979). Counseling families and deciding care critically ill or dying patients. *Pediatrics*; 64: 17-23.
30. Tavosnanska J, Carreras I, Fariña D, et al. (2012) Morbimortalidad de recién nacidos con menos de 1500 gramos asistidos en hospitales públicos de la ciudad de Buenos Aires. *Arch Argent Pediatr*;110(5):394-403
31. D'apremont I, Tapia JL, Villarroel L. y Grupo Colaborativo Neocosur. (2010). 10 Años de funcionamiento de una red sudamericana. Resultados perinatales. Resumen del IV Congreso Chileno de Neonatología. Santiago de Chile. Disponible en: <http://sistemas.med.puc.cl/neocosur/ingles/neocosur.asp>.
32. Ordóñez NG, Bossano R, Centeno E, et al. (2005). Factores que contribuyen en la muerte temprana de los neonatos de peso extremadamente bajo al nacer. *Cambios*;7:35
33. Martines J, Paul VK, Bhutta Z, Koblinsky M, et al. (2005) for the Lancet Neonatal Survival Steering Team. Neonatal survival: a call for action. *Lancet*;365:1189-97.
34. González R, Meriardi M, Lincetto O, Lauer J, et al. (2006). Reduction in neonatal mortality in Chile between 1990 and 2000. *Pediatrics* ;117:949-54.

TRANSPORTE Y RECEPCIÓN DEL RECIÉN NACIDO



UNIVERSIDAD CENTRAL DEL ECUADOR
 LA FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS
 MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA
 ASOCIACIÓN NACIONAL DE MÉDICOS RURALES

Confieren el presente

C E R T I F I C A D O

ALA DOCTORA

ALEXANDRA MARIN

Por su participación en calidad de **EXPONENTE**

Con el Tema:

TRANSPORTE Y RECEPCIÓN DEL RECIÉN NACIDO

En el **"II CONGRESO NACIONAL DE ACTUALIZACIÓN EN GINECO – OBSTETRICIA
 Y PEDIATRÍA CLÍNICA"** AVANCES 2011

Realizado en la ciudad de Quito, del 17 al 29 de octubre de 2011.

Duración: 120 horas

Quito, 31 de octubre de 2011

Dr. Milton Tapia C.,
 DECANO
 FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS
 UNIVERSIDAD CENTRAL DEL ECUADOR

Dr. Freddy Guevara A.,
 PRESIDENTE EJECUTIVO
 FACMED
 HEALTH TRAINING SOLUTIONS

Dr. Mario Artieda I., MSc.,
 SECRETARIO ABOGADO
 FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS
 UNIVERSIDAD CENTRAL DEL ECUADOR



INVITACIÓN

Estimados Amigos y Colegas,

Health Training Solutions FACMED comprometido, con la capacitación continua y actualizada de alto nivel, tiene el agrado de invitarlos a formar parte del "II CONGRESO NACIONAL DE ACTUALIZACIÓN EN GINECO-OBSTETRICIA Y PEDIATRÍA CLÍNICA. AVANCES 2011", a realizarse en la ciudad de Quito, Auditorio AME, del 17 al 29 de Octubre del 2011. Esta jornada trata de temas relevantes para la práctica del profesional de la salud que busca ofrecer una atención integral de calidad y calidez a los grupos más vulnerables de la sociedad, con la finalidad de ofrecer respuestas rápidas en pro del paciente adaptándose a su nivel socio económico, cultural y demográfico que palpamos en nuestro país. El desarrollo de esta jornada contará con la participación de conferencistas de renombre a nivel nacional que compartirán sus experiencias y que junto con ustedes garantizarán el éxito en este evento.

Esperamos contar con su participación!

AVAL ACADÉMICO:



AVAL INSTITUCIONAL:



TÍTULO / CARGO	INVERSIÓN
Medicos Especialistas	\$180
Medicos Generales	\$155
Afiliados ANAMIEF	\$135
Obstetricas/Obsteras	\$100
Lcdos. (as) en Enfermería	\$100
Auxiliar de Enfermería	\$ 75
Estudiantes	\$ 50

Preinscripciones hasta el 30 de Septiembre tienen 10% de descuento

ORGANIZA:



Información e Inscripciones:

Av. 10 de Agosto y Checa. Edif. Mutualista Pichincha No. 2.
6to piso. Ofi. 44 (Sector Consejo Provincial)
O mediante deposito directo a La Cia. Corriente No. 3496919304
Banco del Pichincha a nombre de Keneth Guayara.
Telf: 022564853 / 085022502
inscripciones@hts.com.ec
Información Académica: mayalava@hts.com.ec

SÍGUENOS EN:



www.hts.com.ec



II CONGRESO NACIONAL DE ACTUALIZACIÓN EN GINECO-OBSTETRICIA Y PEDIATRÍA CLÍNICA AVANCES 2011

17 al 29 de Octubre de 2011

Auditorio AME

Agustín Guerrero E5-24 y

José María Ayora

(Atrás de la Clínica de la Mujer)

QUITO-ECUADOR

120 HORAS ACADÉMICAS



PRELORNADAS LUNES 17 DE OCTUBRE

- ◆ Normativas Ministeriales. Atención durante el parto.
- ◆ Canalización de Vía Periférica durante el manejo de Shock Hipovolémico en las Emergencias o complicaciones Gineco-Obstétricas.
- ◆ Controversias Mitos y Realidades de la Sexualidad.
- ◆ Canalización de la Vía Central y Periféricas en Neonatos.
- ◆ Manejo Inicial en Luxo Fracturas Pediatricas.
- ◆ Displasia del Desarrollo de Caderas.

MARTES 18 DE OCTUBRE

- ◆ Atención Primaria en Ginecología: Valoración inicial de la paciente ginecológica.
- ◆ Pubertad y Ginecología de la Adolescente
- ◆ Contracepción: Nuevas Rutas para la Contracepción Hormonal.
- ◆ Vacuna contra el Virus Papiloma Humano: ¿Sueño o Realidad en la Prevención del Cáncer de Cuello Uterino?
- ◆ Hemorragia Uterina Anormal
- ◆ SIMPOSIUM: Función y Distorsión sexual femenina
- ◆ Síndrome del ovario poliquístico (PCOS) Características clínicas
- ◆ Nuevos horizontes en la endometriosis de la investigación a la práctica
- ◆ Control endocrino del metabolismo Óseo
- ◆ MESA REDONDA: Sexualidad Adolescente: un Debate Pendiente, una Mirada a la situación de los Derechos Sexuales y Reproductivos de los Jóvenes

MERCOCLES 19 DE OCTUBRE: GINECOLOGÍA CLÍNICA

- ◆ Hipertrofia uterina en la Mujer: Causas, Cuadro clínico y Diagnóstico
- ◆ MESA REDONDA: Técnica y ética de la Fertilización "in vitro"
- ◆ La Era Moderna del Climatario
- ◆ Los Estrógenos son Neuroprotectores?
- ◆ Tratamientos no hormonales para las Mujeres Climatéricas
- ◆ El cáncer en la mujer: Actualidad y controversias. "De la Hiperplasia Endometrial al Cáncer de Endometrio"
- ◆ Nuevas Fronteras en la Terapia Integral para el Cáncer de Mama
- ◆ Virus del Papiloma Humano. Diagnóstico y controversia.
- ◆ Evaluación del Papanicolaou y la Colposcopia.
- ◆ Nuevos Tratamientos de los Miomas Uterinos
- ◆ SIMPOSIUM: Laparoscopia, Endometriosis y Reproducción. Nuevas Técnicas.

JUEVES 20 DE OCTUBRE: CIRUGÍA GINECOLÓGICA

- ◆ Tratamiento quirúrgico y no Quirúrgicos de la Incontinencia Urinaria
- ◆ Femenina de Esfuerzo
- ◆ Histerectomía Vaginal Asistida.
- ◆ Ablación Endometrial alternativa para evitar someterse a una histerectomía innecesaria.
- ◆ Cirugía Estética Infirma
- ◆ Evidencia en el Manejo del Dolor Mamario
- ◆ Enfermedad Inflamatoria Pélvica: Tratamiento Médico y Quirúrgico
- ◆ Cirugía Reconstructiva después del Cáncer de Mama

- ◆ Dolor pélvico crónico: enfoque multidisciplinario
- ◆ Las Emergencias y las Urgencias Obstétricas. Manejo Anestésico
- ◆ Abdomen Agudo Gineco-Obstétrico
- ◆ Las Emergencias y las Urgencias Obstétricas. Manejo Anestésico

VIERNES 21 DE OCTUBRE: OBSTETRICIA

- ◆ Obstetricia y la Medicina Perinatal: Consulta Perinatal
- ◆ Ruptura Prematura de Membranas: Causas, Riesgos y Tratamiento
- ◆ Síndrome Hipertensivo Gestacional.
- ◆ Síndrome Antifosfolípido. Algunos Aspectos de Interés.
- ◆ Inmunodepresión y el Embarazo
- ◆ Cirugía Obstétrica de Emergencia
- ◆ Ultrasonido en la ginecología y obstetricia
- ◆ Prevención y Tratamiento de la hemorragia Post parto según normativa del MSP.
- ◆ Trofococosis y Embarazo: Patología con Riesgo Vital
- ◆ Manejo de Diabetes descompensada en la Gestación
- ◆ ITS en el embarazo: Pautas de Tratamiento.
- ◆ Recomendaciones para el Uso de Antirretrovirales en Embarazadas Infechadas con el VIH-1 para la Salud Materna y la Reducción de la Transmisión Perinatal.

SÁBADO 22 DE OCTUBRE

- ◆ Aborto Médico y Quirúrgico: Implicancia Médico, Legales y Éticas
- ◆ Tratamiento Práctico de Group, Bronquiolitis y Asma
- ◆ Abordaje de Epilepsias en pacientes pediátricos

LUNES 26 DE OCTUBRE: EMERGENCIA Y UTI PEDIATRÍA

- ◆ Como hacer medicina basada en evidencia. Rompiendo fronteras. Enfoque diagnóstico.
- ◆ Nuevas actualizaciones en RCP pediátrico.
- ◆ Manejo de la vía aérea en la edad pediátrica. Avances en el diagnóstico y tratamiento del trauma craneoencefálico.
- ◆ Evaluación inicial del paciente pediátrico con Trauma abdominal
- ◆ Heridas por arma de fuego, generalidades, manejo y tratamiento.
- ◆ Premisas del Manejo General del Trauma de Tórax
- ◆ Monitoreo hemodinámico no invasivo, semi invasivo e invasivo en la vigilancia y control de riesgos en cuidados intensivos.
- ◆ Atención Inicial de paciente poli traumático
- ◆ Sepsis, definiciones y aspectos fisiopatológicos.
- ◆ Evaluación del Síndrome de Respuesta Inflamatoria Sistémica y riesgo de morir en pacientes pediátricos graves.
- ◆ Eventos adversos en la atención pediátrica en la atención primaria. Como evitarlos?

MARTES 25 DE OCTUBRE: NEONATOLOGIA

- ◆ Recepción y Transporte del RN.
- ◆ Síndrome de Dificultad Respiratoria en el Recién Nacido
- ◆ UTI (URTI) neonatal. Actualización de guías
- ◆ Jilicos y Probióticos en fórmulas para el lactante

- ◆ Pautas de Nutrición del Lactante y preescolar en la Salud y Enfermedad Lactancia materna
- ◆ Trastornos nutricionales, talla baja y obesidad Valoración del niño con desnutrición leve y moderada. Síndromes de Mala Nutrición
- ◆ Atención Integral del Recién Nacido de Alto Riesgo
- ◆ Intoxicaciones en pediatría. Enfoque general del paciente pediátrico intoxicado
- ◆ Intoxicación por Organos Fosforados.
- ◆ Enfermedades Prevalentes según AIPi.
- ◆ Detección de Errores Congénitos del Metabolismo en el Recién Nacido.
- ◆ Medicina Basada en Evidencia en el abordaje de las Principales Enfermedades Respiratorias.

MERCOCLES 26 DE OCTUBRE: MEDICINA INTERNA

- ◆ ORL Propedéutica y Semiología
- ◆ Patología de oído externo e interno
- ◆ Epistaxis, Tapamiento y Cuerpo Extraño en ORL
- ◆ Neumonía Adquirida en la Comunidad ¿Nuevas Guías, Nuevos cambios?
- ◆ Parámetros Prácticos para el Diagnóstico y Tratamiento del Niño Asmático
- ◆ Criterios Diagnósticos en el Tratamiento de Tuberculosis Infantil
- ◆ Síndrome de la Inmunodeficiencia Adquirida en Pediatría.
- ◆ Derrra Ayuda Basada en Evidencia
- ◆ Obstrucción de Conducto Lagrimal o Dacriocistitis
- ◆ Principales Enfermedades Hematológicas
- ◆ Diagnóstico Precoz de Cáncer en Niños
- ◆ Dermatosis más Frecuentes en la Pediatría

JUEVES 27 DE OCTUBRE: CIRUGIA

- ◆ Tratamiento y claves de las Cefaleas Infantiles.
- ◆ Actuación en Urgencias ante una Crisis Convulsiva en Niños
- ◆ Quemaduras en la Edad Pediátrica: Entrenamiento Inicial
- ◆ Patología De Conducto Inguinal: Hernias, Escroto Vazio
- ◆ Estreñimiento en Niños
- ◆ Epidemiología, Evolución del Abdomen Agudo Quirúrgico.
- ◆ Manejo Inicial de Shock Hipovolémico en Niños. Líquidos y Electrolytos
- ◆ Soporte Nutricional en el Paciente Pediátrico Crítico
- ◆ Tratamiento Quirúrgico de Malformaciones Torácicas.
- ◆ Displasia y Luxación Congénita de Cadera
- ◆ La Genética y su importancia en el Campo de la Medicina
- ◆ Rehabilitación Psicológica Frente a Pacientes Pediátricos con Enfermedades Terminales

VIERNES 28 DE OCTUBRE: CONCURSO TEMAS LIBRES

- ◆ TEMAS LIBRES

SÁBADO 29 DE OCTUBRE

- ◆ Manejo del Trauma Obstétrico. Guía de Manejo.
- ◆ MESA REDONDA: Partos en un País Pluri étnico y Pluricultural.
- ◆ Abordaje de Epistaxis en pacientes Pediátricos
- ◆ Enfoque clínico del niño con Dismorfias. Utilidad de un portal de telegenética

II CONGRESO NACIONAL DE ACTUALIZACIÓN EN GINECO-OBSTETRICIA Y PEDIATRÍA CLÍNICA AVANCES 2011



17 al 29 de Octubre de 2011

**120 HORAS
ACADÉMICAS**

**Auditorio AME
Agustín Guerrero E5-24 y José María Ayora
(Atrás de la Clínica de la Mujer)**

QUITO-ECUADOR

AVAL ACADEMICO:



AVAL INSTITUCIONAL:



ORGANIZA:



 Estimados profesionales, estudiantes, compañeros.

Una vez más el equipo que conforma Facmed -Health Training Solutions, les da la más cordial bienvenida al "II Congreso Nacional de Actualización en Gineco Obstetricia y Pediatría Clínica. Avances 2011", que tiene como lema "Educar para ofrecer atención de calidad" comprendiendo que la salud es un proceso de enseñanza-aprendizaje continuo, cuyo objetivo es brindar soluciones acordes a la necesidad de la población ecuatoriana.

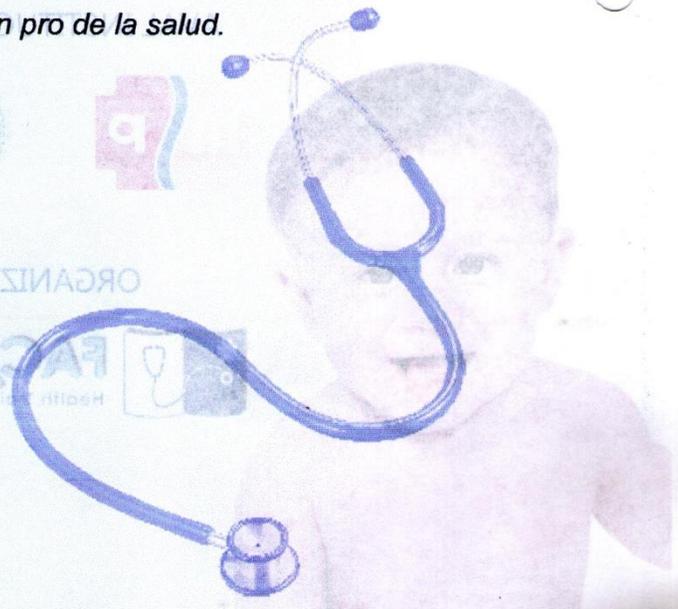
Nuestra convocatoria ha sido amplia y plural para todos los profesionales y estudiantes que conforman el equipo de salud multidisciplinario. Por lo que hemos desarrollado este gran evento académico con alto compromiso ético, tomando en cuenta las principales patologías que se presentan en la práctica diaria.

Agradecemos a los conferencistas nacionales, que han aceptado nuestra invitación, jerarquizando con su experiencia nuestro congreso y a todos ustedes que se han interesado por el crecimiento académico y personal. Y que juntos constituyen el motor de esta jornada científica.

Que este abrazo simbólico nos abrigue, nos fortalezca y nos una para el compromiso con nuestro pueblo en pro de la salud.

Atentamente

Md. Mayra Álava
DIRECTORA EJECUTIVA
FACMED
Health Training Solutions



MIÉRCOLES 19 DE OCTUBRE

CHARLAS**LUNES 17 DE OCTUBRE / PREJORNADAS**

08h00-08h30	Bienvenida y Entrega de Material / Md. Mayra Alava / Director Ejecutivo FACMED Health Training Solutions
08h30-09h10	Síndrome de Ovarios Poliquísticos / Dr. Pablo Yáñez / Especialista en Ginecología y Obstetricia. Docente Universidad Central del Ecuador
09h10-10h00	Progerin .. Único Anillo Vaginal como Anticonceptivo durante la Lactancia / Dra. Tania Bonilla / Especialista Ginecología. Speaker ABL Pharma
10h00-10h30	RECESO
10h30-11h30	Manejo inicial en Luxo Fracturas Pediátricas / Dr. José Iturralde / Especialista Ginecología. Speaker ABL Pharma
11h00-12h00	Consejería Sexual / Lcdo. Fausto Cadena / Ministerio de Salud Pública
12h00-13h00	El cerebro digital cambios en la percepción del adolescente / Dr. Jorge Naranjo Pinto / Ministerio de Salud Pública
13h00-14h00	ALMUERZO
14h00-15h00	Canalización de la Vía Central y Periféricas en Neonatos / Lcda. Germania Ochoa / Licenciada en el Servicio de Neonatología del Hospital Militar
15h00-16h00	Programa Becas CTO Ecuador para examen MIR / Dr. Freddy Guevara / Director CTO Quito
16h00-17h00	Coctel de Bienvenida / Grupo Facmed

MARTES 18 DE OCTUBRE / GINECOLOGIA CLINICA

07h30-08h00	Inauguración del Evento / Explicación del contenido del programa <i>Dr. Humberto Navas / Director del Hospital Baca Ortiz</i> <i>Dra. Mayra Álava / Especialidad en Desarrollo Local y Gerencia en Salud. Directora Ejecutiva de FACMED</i>
08h00-08h40	Atención Primaria en Ginecología: Control Prenatal / Dr. Humberto Navas / Especialista Ginecología. Director del Hospital Baca Ortiz
08h40-09h20	Pubertad y Ginecología de la Adolescente / Dr. Jose Masache / Especialista en Ginecología Maternidad Isidro Ayora
09h20-10h00	Valoración de la Hemorragia Uterina Disfuncional / Dr. Marco Ayora / Especialista en Ginecología Hospital Universitario de la Universidad Tecnica Particular de Loja
10h00-10h30	RECESO
10h30-11h10	Historia natural del Cáncer cervical: Vacuna contra el Virus Papiloma Humano: ¿Sueño o Realidad en la Prevención del Cáncer de Cuello Uterino? / Dra. Mónica Alexandra García / Especialista Ginecología
11h10-11h50	Actualización , Nuevas Rutas para la Contracepción Hormonal / Dr. Jaime Acosta / Especialista Ginecología Hospital Metropolitano
11h50-12h30	Plan de prevención del embarazo en la adolescencia. Estrategia Nacional de Planificación Familiar / Dra. Susana Guijarro / Especialista Ministerio de Salud Pública
12h30-13h30	Anticoncepción de Emergencia / Dr. Patricio Jácome / Especialista Ginecología y Obstetricia
13h30-14h30	ALMUERZO
14h30-15h10	Evidencia en el Manejo del Dolor Mamario / Dr. Marco Ayora / Especialista en Ginecología Hospital Universitario de la Universidad Tecnica Particular de Loja
15h10-16h00	Nuevos horizontes en la endometriosis de la investigación a la practica / Dr. Giovanni Revelo / Especialista Ginecología Dispensario Central IESS
16h00-17h30	Función y Disfunción sexual femenina / Dra. Gladys Llanos/ Especialista en Sexología. Miembro de la Sociedad Ecuatoriana de Sexología
17h30-18h00	RECESO
18h00-18h30	50 años de Contracepción: Nuevas Tendencias / Dra. Ximena Zurita / Especialista Ginecología. Speaker Bayer

MIÉRCOLES 19 DE OCTUBRE

08h00-08h40	Hiperprolactinemia en la Mujer: Causas, Cuadro clínico y Diagnóstico / Dr. Victor Manuel Pacheco / Especialista en Endocrinología. Docente Universidad Central del Ecuador
08h40-09h20	Incidencia de prolapso genital en pacientes menopausicas y reparacion del piso pelvico / Dr. Pablo Urgiles / Especialista Ginecología y Obstetricia
09h20-10h00	Prevención de la Osteoporosis Post menopáusica: Hormonas o BisfosfonatoS? / Dr. Luis Rodas / Especialista Ginecología Hospital Zamora
10h00-10h30	RECESO
10h30-11h10	Síndrome de Hiperestimulación Ovarica / Dr. Luis Rodas / Especialista Ginecología Hospital Zamora
11h10-12h00	Virus del Papiloma Humano y el Climaterio / Dr. Leopoldo Tinoco / Especialista Ginecología Oncológica Hospital SOLCA
12h00-13h00	Fitoterapia y Climaterio , Tratamientos no Hormonales para las Mujeres Climatéricas / Dr. Ricardo De La Roche / Especialista Ginecología Hospital Carlos Andrade Marín
13h00-14h00	ALMUERZO
14h00-14h40	Nuevas Fronteras en la Terapia Integral para el Cáncer de Mama / Dr. Francisco Cepeda / Especialista Oncología Ginecológica.
14h40-15h20	Métodos Moleculares de detección de HPV . Protocolo de manejo de los resultados de citología y la prueba de HPV Dr. Cesar Guillermo Páez / PHD en Medicina y Ginecología Oncológica
15h20-16h00	Patología Vulvar / Dr. Francisco Flores / Especialista en Ginecología
16h00-16h40	Evaluación del Papanicolaou y la Coloscopia / Dr. Diego Calderón / Especialista Ginecología Hospital IESS
16h40-17h30	Nuevos Tratamientos de los Miomas Uterinos / Dr. Julio Urresta / Especialista en Ginecología Hospital Carlos Andrade Marín
17h30-18h00	RECESO
18h00-19h00	Nuevas técnicas de la Fertilización In Vitro / Dr. Hugo Capelo / Especialista Ginecología y Fertilidad.

JUEVES 20 DE OCTUBRE / CIRUGIA GINECOLOGICA

08h00-08h40	Laparoscopia en la Ginecología / Dra. Gabriela Miñaca T. / Postgradista en Ginecología y Obstetricia de la Universidad San Francisco de Quito del Hospital Carlos Andrade Marín.
08h40-09h20	Histerectomía vaginal asistida / Dr. Diego Calderón / Especialista Ginecología HCAM
09h20-10h00	Las Emergencias y las Urgencias Obstétricas / Dr. José Durán / GO, Docente de la UCE
10h00-10h30	RECESO
10h30-11h10	Cirugía Obstétrica de Emergencia / Dr. Rolando Montesinos / Jefe de Servicio de Centro Obstétrico
11h10-12h10	Dolor Pélvico Crónico. Enfoque Multidisciplinario / Dra. Doris Naranjo / Especialista Ginecología
12h10-13h00	Cirugía Ginecológico Mínimamente Invasiva / Dr. Jaime Acosta / Especialista Ginecología Hospital Metropolitano
13h00-14h00	ALMUERZO
14h00-15h00	Cirugía Reconstructiva después del Cáncer de Mama / Dr. Armando Serrano / Especialista Cirugía Plástica Reconstructiva
15h00-16h00	Cirugía Estética Intima / Dr. Marcelo Vélez / Especialista Cirugía Plástica Reconstructiva
16h00-16h50	Enfermedad Inflamatoria Pélvica: Tratamiento Médico y Quirúrgico / Dra. Mónica Medina / Especialista Ginecología.
16h00-16h50	Tratamiento quirúrgico y no Quirúrgicos de la Incontinencia Urinaria Femenina de Esfuerzo / Dr. Giovanny Revelo / Especialista Ginecología
17h30-18h00	RECESO
18h00-19h00	Trauma de Tórax en Embarazadas / Dr. Jorge Pozo / Especialista Cardiotorácica Hospital Militar

VIERNES 21 DE OCTUBRE/ OBSTETRICIA

08h00-08h40	Síndrome Hipertensivo Gestacional / Dr. Márquez / Especialista Gineco Obstétrico Hospital Gineco Obstétrico Isidro Ayora
08h40-09h20	Ruptura Prematura de Membranas: Causas, Riesgos y Tratamiento / Dr. Gerardo Lara / Especialista Ginecología del Hospital Provincial Puyo
09h20-10h00	Manejo activo de la Tercera Etapa de la Labor de Parto. Revisión Actualizada / Dr. Wilfrido León / Especialista Ginecología. Docente Universidad Central del Ecuador.
10h00-10h30	RECESO
10h30-11h10	Misoprostol oral en el manejo del Aborto Incompleto en el Ecuador / Dr. Wilfrido León / Especialista Ginecología. Docente Universidad Central del Ecuador.



11h10 –11h50	Infecciones Perinatales: TORCH / <i>Dr. Fernando Hernández</i> / Especialista Gineco Obstétrico Hospital Gineco Obstétrico Isidro Ayora.
11h50 –12h30	ITS en el embarazo: Pautas de Tratamiento / <i>Dra. Tamayo Susana</i> / Ministerio de Salud Pública. Departamento de Programa VIH-ITS.
12h30-13h00	Síndrome de Ehlers Danlos y Embarazo / <i>Dra. Cristina Yáñez</i> / Posgradista R2 Gineco Obstetricia Universidad Central de Ecuador
13h00-14h00	ALMUERZO
14h00-15h00	Biología Molecular de la Preclampsia / <i>Dr. Andrés Calle</i> / Jefe del Servicio Ginecología Hospital Carlos Andrade Marín
15h00-15h40	Anticuerpos Anti Tiroideos en Embarazo / <i>Dr. Octavio Miranda</i> / Decano de la Facultad de Medicina de la Universidad Autónoma de los Andes
15h40-16h30	Mesa Redonda: Recomendaciones para el Uso de Antirretrovirales en Embarazadas Infeccionadas con el VIH-1 para la Salud Materna y la Reducción de la Transmisión Perinatal / <i>Dr. Walter Moya</i> / Médico Tratante del Hospital Gineco Obstétrico Isidro Ayora. Jefe de Docencia del Hospital Isidro Ayora
16h30-17h30	Prevención y Tratamiento de la Hemorragia Post parto según normativa del MSP / <i>Dr. Patricio Jácome</i> / Médico Tratante del Hospital Gineco Obstétrico Isidro Ayora
17h30-18h00	RECESO
18h00-19h00	Politrauma en el Embarazo / <i>Dra. Linda Valdiviezo</i> / Especialista Ginecología Hospital Militar

SABADO 22 DE OCTUBRE

08h30-10h00	Aborto Medico y Quirúrgico. Implicancia Medico , Legales y Éticas / <i>Dr. Wilfrido León</i> / Especialista en Ginecología / <i>Dr. Christian País</i> / Especialista en Cirugía Pediátrica
10h00-10h30	RECESO
10h30-12h00	Screening Genético Prenatal / <i>Dr. Hugo Espín</i> y <i>Dra. Alexandra Segura</i> / Especialista Genética Hospital Carlos Andrade Marín

LUNES 24 DE OCTUBRE / NEONATOLOGIA

08h00-09h00	Como hacer medicina basada en evidencia. Rompiendo fronteras. Enfoque diagnostico / <i>Dr. Alberto Narváez</i> / PHD en Investigación. Vicepresidente del Colegio de Médicos.
09h00-10h00	Nuevas actualizaciones en RCP pediátrico / <i>Dr. Carlos Vaca</i> / Especialista Pediatría Hospital Regional Ambato
10h00-10h30	RECESO
10h30-11h10	Manejo de la Vía Aérea en la Edad Pediátrica / <i>Dra. Rocío Yerovi</i> / Especialista UCI Pediátrica SOLCA
11h50 –12h20	Evaluación inicial del paciente pediátrico con Trauma abdominal / <i>Dr. Jorge Isaac Ramírez</i> / Especialista Pediatría Hospital Baca Ortiz
12h20-13h00	Valoración y Manejo de la Desnutrición Grado III en la Edad Pediátrica / <i>Dr. Dinor Gómez</i> / Especialista en Pediatra. Jefe de Servicio de Lactantes Hospital Baca Ortiz
12h20-13h00	Enterocolitis Ulcero Necrotizante: Abordaje Diagnóstico y de Intervención / <i>Dr. Eduardo Correa-León</i> / Especialista Pediatría Hospital Baca Ortiz
13h00 –14h00	ALMUERZO
14h00 –14h40	RCP neonatal. Actualización 2011 / <i>Dr. Walter Morales</i> / R3 Especialidad Pediatría Universidad Internacional del Ecuador.
14h40 –15h20	Valoración Integral del Prematuro / <i>Dr. Luis Chancusig</i> / Especialista Pediatría . Fellow de Neonatología
15h20 –16h00	Transporte y Recepción del RN / <i>Dra. Alexandra Marín</i> / Especialista de Pediatría. Fellow Neonatología.
16h00-16h40	Estudio de Fiebre en el RN / <i>Dra. Hilda Cifuentes</i> / Especialista Pediatría Hospital Carlos Andrade Marín
16h40-17h30	Sepsis, definiciones y aspectos fisiopatológicos y Evaluación del Síndrome de Respuesta Inflamatoria Sistémica y riesgo de morir en pacientes pediátricos graves / <i>Dra. Sonia Figueroa</i> / Especialista en Pediatría. Fellow Neonatología Hospital Carlos Andrade Marín
17h30-18h00	RECESO
18h00 –19h00	Atención Integral en el Recién Nacido en la Consulta Externa / <i>Dra. Denny Mabel Carrera</i> / Especialista en Pediatría. Fellow Neonatología Hospital Carlos Andrade Marín

MARTES 25 DE OCTUBRE

08h00-09h30	Manejo de Hipoglicemia Neonatal / Dra. Mónica Álvarez / Especialista Pediatría Hospital Militar
08h00-09h20	Síndrome de Dificultad Respiratoria en el Recién Nacido / Dr. Edgar Jara / Especialista Neonatología Hospital Militar
09h20-10h00	ICTERICIA neonatal. Actualización de guías / Dra. Magdalena Calero / Especialista Neonatología Hospital Carlos Andrade Marín
10h00-10h30	RECESO
10h30-11h10	Pautas de Nutrición del Lactante y preescolar en la Salud y Enfermedad. Lactancia materna / Dr. Edgar Jara / Especialista Neonatología Hospital Militar
11h10-12h00	Detección de Factores de Alto Riesgo Neurológico en el desarrollo psicomotriz / Dra. María del Carmen Gálvez / Especialista en Psicorehabilitación y Educación Infantil
12h00-13h00	Plan de prevención del embarazo en la adolescencia. Estrategia Nacional de Planificación Familiar / Dra. Susana Guijarro / Ministerio de Salud Pública
13h00-14h00	ALMUERZO
14h00-15h00	Intoxicaciones en pediatría. Enfoque general del paciente pediátrico intoxicado / Dr. Carlos Valenzuela / Especialista Toxicología Hospital Icaza Bustamante Guayaquil
15h00-15h50	Intoxicación por Órganos / Dr. Jorge Gaibor / Especialista Toxicología Hospital Icaza Bustamante Guayaquil
15h50-16h40	Atención Integral en la Niñez " Problema- Respuesta Institucional" / Dr. Walter Torres / Especialista Pediatría Ministerio de Salud Pública
16h40-17h30	Detección de Errores Congénitos del Metabolismo en el Recién Nacido / Dr. Mario Moreno / Especialista Genética del Hospital Docente Ambato
17h30-18h00	RECESO
18h00-20h00	Construcción de Relación afectiva en la adolescencia / Dr. Jorge Naranjo Pinto / Especialista Ministerio de Salud Pública

MIÉRCOLES 26 DE OCTUBRE / MEDICINA INTERNA

08h00-08h40	ORL Propedéutica y Semiología / Dr. Gustavo Burbano / Especialista en ORL Hospital Icaza Bustamante Guayaquil
08h40-09h20	Patología de oído externo e interno / Dr. Gustavo Burbano / Especialista en ORL Hospital Icaza Bustamante Guayaquil
9h20-10h00	Trastornos Nutricionales, Talla Baja y Obesidad, Valoración del Niño con desnutrición Leve-Moderada / Dra. Janeth Velastegui / Médico Tratante del Hospital Docente Ambato, Servicio de Pediatría
10h00-10h30	RECESO
10h30-11h10	Neumonía Adquirida en la Comunidad ¿Nuevas Guías, Nuevos cambios? / Dra. Regina Real / Especialista Pediatría Hospital Baca Ortiz.
11h10-11h50	Parámetros Prácticos para el Diagnóstico y Tratamiento del Niño Asmático / Dra. Mahnaz Monzavi / Pediatra Hospital Militar
11h50-12h30	Criterios Diagnósticos en el Tratamiento de Tuberculosis Infantil / Dra. Gilda Salgado / Especialista Neumología- Pediatra del Hospital Baca Ortiz
12h30-13h00	Enfoque Diagnóstico y de Intervención en la Desnutrición / Dra. Janeth Velastegui / Especialista Pediatría del Hospital Docente Ambato
13h00-13h30	Diarrea Aguda Basada en Evidencia / Dra. Angelita Andrade / Pediatra Hospital Militar
13h30-14h30	ALMUERZO
14h30-15h30	Abordaje, diagnóstico y tratamiento integral del Trastorno de Hiperactividad / Dra. María del Carmen Gálvez / Especialista en Psicorehabilitación y Educación Infantil Hospital Militar
15h30-16h30	Principales Enfermedades Hematológicas / Dra. Elizabeth Garzón / Especialista Neurología del Hospital Baca Ortiz
16h30-17h30	Valoración y Manejo de Epistaxis en la Edad Pediátrica / Dr. Gustavo Burbano / Especialista ORL Hospital Icaza Bustamante
17h30-18h00	RECESO
18h00-18h40	Valoración de la Obesidad Infantil / Dra. Marina Moreno / Endocrinóloga. Nutricionista
18h40-19h30	Dermatosis mas frecuentes en Pediatría / Dra. Carmen Sánchez / Especialista Dermatología

JUEVES 27 DE OCTUBRE / CIRUGIA

08h00-08h40	Tratamiento y claves de las Cefaleas Infantiles / <i>Dra. María Román</i> / Especialista Neurología del Hospital Baca Ortiz
08h40-09h20	Hipotermia selectiva para Encefalopatía Hipoxica Isquémica / <i>Dra. Tania Chimbo</i> / R3 Pediatría Universidad Internacional
09h20-10h00	Quemaduras en la Edad Pediátrica / <i>Dr. Edisson Rodríguez</i> / Especialista en Cirugía Plástica. Jefe del Servicio Unidad de Quemados
10h00-10h30	RECESO
10h30-11h10	Detección de Cardiopatías Congénitas en el RN y Lactante / <i>Dra. Lucía Gordillo</i> / Med Tratante del HBO Servicio de Cardiología Pediátrica
11h10-12h00	Reconstrucción de Alopecia con Expandores / <i>Dr. Patricia Padilla</i> / Médico Tratante del HBO Servicio de Cirugía Plástica
12h00-12h40	Displasia y Luxación Congénita de Cadera / <i>Dr. Geovanni Oleas</i> / Especialista Traumatología del Hospital Baca Ortiz
12h40-13h30	Deformidades del Pie en Pediatría / <i>Dr. José Iturralde</i> / Especialista Traumatología del Hospital Baca Ortiz
13h30-14h30	ALMUERZO
14h30-15h10	Epidemiología del Abdomen Agudo Pediátrico / <i>Dr. Christian Pais</i> / Cirugía Pediátrica Hospital Militar
15h10-16h00	Reflujo vesicoureteral. Conceptos actuales / <i>Dr. Leonardo Proaño</i> / Cirugía Pediátrica Hospital Militar
16h00-16h40	Estreñimiento en niños / <i>Dr. Leonardo Proaño</i> / Cirugía Pediátrica Hospital Militar
16h40-17h30	Pautas del manejo del niño con Osteomielitis / <i>Dr. Geovanni Oleas</i> / Especialista Traumatología del Hospital Baca Ortiz
17h30-18h00	RECESO
18h00-18h40	Manejo Quirúrgico de Complicaciones Neumónicas en Pediatría / <i>Dr. Jorge Pozo Obando</i> / Especialista Cardiotorácica Hospital Militar
18h40-19h20	La Genética y su Importancia en el Campo de la Medicina / <i>Dr. Milton Jijón</i> / Especialista Genética Hospital Baca Ortiz

VIERNES 28 DE OCTUBRE / CONCURSO TEMAS LIBRES

08h00-08h40	Tema Libre
08h40-09h20	Caso clínico: Hipertensión pulmonar / <i>Md. Paulina Proaño</i> / Medico General, Diplomado Superior en Seguridad y Salud Ocupacional (egresado) 2011 Residencia Neonatología Hospital Militar.
09h20-10h00	Síndrome de Hiperestimulación Ovárica / <i>Md. Flavio José Navarrete</i> / Medico General, Diplomado Superior en Seguridad y Salud Ocupacional (egresado).2011 Residencia Ginecología Hospital Militar
10h00-10h40	RECESO
10h40-11h20	Caso clínico: Enfermedad de Kawasaki / <i>Md. Jaira Hidalgo</i> / R3 de Pediatría Universidad Internacional
11h20-12h00	Osteogenesis imperfecta. A propósito de un caso / <i>Md. Aldo Bravo</i> / Medico Rural . Residencia en el Hospital de Pujili
12h00-13h00	Masa abdominal en el Recién Nacido / <i>Md. Tania Chimbo</i> / R3 de Pediatría Universidad Internacional
13h00-14h00	ALMUERZO
14h00-15h20	Reacción Leucemoide / <i>Md. Ximena Oleas</i> / R3 de Pediatría Universidad Internacional
15h20-16h00	Caso clínico: Ahogamiento / <i>Md. Walter Morales</i> / R3 de Pediatría Universidad Internacional
16h00-16h40	Sangrado Uterina Disfuncional. A propósito de un caso / <i>Md. Verónica Pilca</i> / Residente Asistencial Servicio de Ginecología Hospital Militar
16h40-17h30	Caso clínico: Síndrome de Dandy Walkers. A propósito de un caso / <i>Md. Fernando Morales</i> / Residente Asistencial Servicio de Neonatología Hospital Social de Ambato
17h30-18h00	RECESO
18h00-18h40	Caso clínico: Atresia esofágica / <i>Md. Paola Cevallos</i> / Residente Asistencial Servicio de Neonatología Hospital Social de Ambato
18h40-20h00	Premiación al mejor caso clínico, tema libre / Grupo Jurado

SABADO 29 DE OCTUBRE

08h30-09h10	Urgencias Oftalmológicas / <i>Dr. Luis Freire</i> / Especialista en Oftalmología
09h10-10h00	Obstrucción de Conducto Lagrimal o Dacriocistitis / <i>Dr. Luis Freire</i> / Especialista en Oftalmología
10h00-10h30	RECESO
10h30-11h30	Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida en Pediatría / <i>Dra. Joanna Acebo</i> / Especialista en Infectología Pediátrica Hospital SOLCA
11h30-13h00	Tratamiento Practico del Croup, Bronquiolitis y Asma / <i>Dra. Rosa de Aguinaga</i> / Especialidad en Pediatría Hospital Universitario. Presidenta de la Sociedad Ecuatoriana de Pediatría.
13h00-14h00	COCTEL DE CLAUSURA



health training solutions

Para los gestores permanentes de calidad, excelencia y competitividad, brindando soluciones en capacitación continua que incrementen el nivel de conocimientos científicos, técnicos y de actualidad del personal en salud de nuestro país.

VISIÓN

Posicionarnos como una institución de trascendencia internacional en planificación de eventos de capacitación continua para profesionales alto nivel.

VALORES

- **Calidad del servicio.-** Al brindar a nuestros clientes una completa variedad de servicios para la planificación y desarrollo de eventos de capacitación, para llegar de esta forma a la mayor cantidad de personas involucradas e interesadas en temas de salud.
- **Compromiso.-** Sentimos honor de trabajar en nuestra organización, donde fomentamos el desarrollo del profesional de Salud y estamos decididos a retribuirla con el máximo de nuestras capacidades.
- **Dinamismo.-** Nos identificamos con el desempeño emprendedor, creativo y de respuestas rápidas y positivas.
- **Ética profesional.-** Individual y colectivamente nos identificamos por un proceder digno y honorable, establecido por nuestras propias convicciones.
- **Profesionalismo.-** Nuestras competencias profesionales son distinguidas y se mantienen en desarrollo continuo para tener un dominio integral en cada área de responsabilidad y ser artífices en la generación de resultados óptimos.
- **Respeto.-** En nuestra convivencia laboral prevalece el respeto a la dignidad humana y complementariamente el respeto a las normas y reglas establecidas por la institución. Acatándolas aseguramos un clima de armonía integral.
- **Responsabilidad social.-** Teniendo como objetivo el bienestar de la salud del país, buscamos apoyar la capacitación académica continua del profesional ecuatoriano.

Tu Solución en Capacitación Continua en Salud



FACMED
Health Training Solutions

Av. 10 de Agosto y Checa. | Edif. Mutualista Pichincha No. 2

Sexto piso | Oficina 44. | Quito – Ecuador |

www.hts.com.ec

Telf. +593.2.2564853 Cel. + 593.8.5022502

LA OXIGENOTERAPIA EN RECIÉN NACIDOS



UNIVERSIDAD CENTRAL DEL ECUADOR
LA FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS
HOSPITAL "CARLOS ANDRADE MARÍN"
CENTRO DE NEONATOLOGÍA

Confieren el presente

CERTIFICADO

A la Doctora

ALEXANDRA MARÍN



Por haber participado en calidad de **EXPOSITORA** con el tema:
LA OXIGENOTERAPIA EN RECIÉN NACIDOS.

En el **I CURSO INTERNACIONAL DE ENFERMERÍA NEONATAL**

Realizado en Quito - Ecuador, del 6 al 11 de junio de 2011

Quito, 11 de junio de 2011

Duración: 60 horas

Dr. Milton Tapia C.,
DECANO
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS
UNIVERSIDAD CENTRAL DEL ECUADOR

FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS
UNIVERSIDAD CENTRAL DEL ECUADOR

Dr. Ricardo de la Roche,
DIRECTOR
DEPARTAMENTO DE DOCENCIA

MSc. Susana Jiménez,
SUPERVISORA
CENTRO DE NEONATOLOGÍA

Sandra Pico,
COORDINADORA
COMISIÓN CIENTÍFICA

Yario Arteaga I., MSc.,
SECRETARIO ABOGADO
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS



DIA 4 JUEVES 9 DE JUNIO DEL 2011	
HORA 07:00-8:00	TEMA Enterocolitis necrotizante Dr. Luis Chancusig
08:00-09:00	Seguridad en pacientes neonatos Lic. Carmen Falcón
09:00-10:00	Hipertension pulmonar Dr. Rodrigo Bosano
10:00-10:30	Coffe Break
10:30-12:00	Problemas quirúrgicos en el RN Dr. Edwin Ocaña.
12:00-13:00	Lactancia Materna Dra. Magdalena Calero
13:00-14:00	Receso
14:00-15:00	Malformaciones Congenitas Dr. German Montalvo
15:00-16:00	La Oxigenoterapia en Prematuros efectos nocivos de Dia. Alexandra Marin
16:00-16:30	Coffee break
16:30-18:00	Justicia social en los cuidados neonatales Padre. Alberto Redaelli (Italia)
DIA 5 VIERNES 10 DE JUNIO DEL 2011	
HORA 7:00-8:00	TEMA Apneas de Prematuro uso del citrato de cafeína nuestra experiencia Dr. Wilmer Sánchez
08:00-09:00	Muerte cerebral y eutanasia Dra. Anabela Cifuentes
09:00-10:00	Limitación del esfuerzo terapéutico Padre Alberto Radadelli (Italia)
10:00-10:30	Coffe break
10:30-12:00	Humanización neonatal Dr. Nelson Sigüencia.
12:00-13:00	Lactogenia en termorreulación Dra. Saskia Vallejo
13:00-14:00	Receso
14:00-15:00	Evidencia método voija en RN Lic. Mariela Cueva
15:00-17:00	Risoterapia
17:00-17:30	Coffe break.
17:30-18:30	Indicadores de calidad Lic. Patricia Orellana

DIA 6 SÁBADO 11 DE JUNIO DEL 2011	
HORA 08:00-09:00	TEMA Organización de una sala de neonatología Lic. Fernanda Benackázar - Lic. Nelly Hidalgo
09:00-10:00	Errores congénitos del metabolismo Dra. Magdalena Calero
10:00-11:00	Clausura.
AVAL ACADÉMICO	
<ul style="list-style-type: none"> • HOSPITAL CARLOS ANDRADE MARÍN • MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA • UNIVERSIDAD CENTRAL DEL ECUADOR 	
ORGANIZA	
Servicio de Neonatología del Hospital Carlos Andrade Marin	
INFORMACIÓN E INSCRIPCIONES	
Hospital Carlos Andrade Marin, servicio de Neonatología con la Lic. Susana Jiménez Telf.: 22 23 886	
Depósito en la cuenta de ahorros Bco. Pichincha N° 5896263800 a nombre de Mónica Quiroga y Rocío Ocampo	
COSTOS	
Médicos y Enfermeras	\$ 100
Auxiliares de Enfermería	\$ 80
Estudiantes	\$ 60
Camilleros	\$ 40
TALLERES POSTCONGRESO DEL 13 AL 16 DE JUNIO	\$ 20
REANIMACIÓN CARDIO PULMONAR	\$ 20
ESTIMULACIÓN TEMPRANA	\$ 20
CANALIZACIÓN DE VÍA CENTRAL POR MÉTODO PERCUTANEO	\$ 20

Los renovados caminos de la Neonatología encuentran vital entre la mente y el corazón

1. Curso Internacional Neonatal Enfermería H.C.A.M.
Quito - Ecuador

PROGRAMA
del 6 al 11 junio 2011
AUDITORIO HCAI
VALOR CURRICULAR: 60 HORAS

IIIDA**de Neonatología del Hospital Carlos**

Marín le brinda a todos los presentes una cordial bienvenida a este evento de ciencia principal objetivo es el de proveernos nuevas herramientas científicas que nos permitan un mejor servicio en la atención de salud a los

nto científico cuenta con la participación de dos profesionales procedentes de Colombia, a, Costa Rica y Ecuador quienes expondrán sus conocimientos en las modalidades de magistrales, mesas redondas, talleres, etc.ambio de conocimientos entre profesionales de los diferentes hospitales del país, nos i enriquecer nuestras experiencias y ampliar tativas profesionales en el ámbito de la

**PROGRAMA****DIA 1 LUNES 6 DE JUNIO DEL 2011**

07:00-08:00	Inscripciones
08:00-09:00	TEMA Seguimiento al prematuro de alto riesgo y cuidados centrados en la familia Lic. Patricia Buffonni (Argentina)
09:00-10:30	Estrategias de enfermería para prevenir infecciones respiratorias causadas por VSR en recién nacidos Lic. Patricia Buttóni (Argentina)
10:30-11:00	Coffe break
11:00-12:00	Monitorización del recién nacido Dr. Carlos Espinoza
12:00-13:00	Oxigenoterapia en el domicilio Dra. Mónica Ayala
13:00-14:00	Receso
14:00-15:00	Evidencias en el manejo de vias centrales Lic. Victoria Jácome
15:00-16:00	Estimulación temprana en RN Lic. Quiroga, Alvarez, Aguilera
16:00-16:30	Coffee break
16:30-17:30	Retinopatía del prematuro Dra. Hortencia Belancourt.
17:30-18:00	Programa de inauguración.

DIA 2 MARTES 7 DE JUNIO DEL 2011

7:00-8:00	TEMA Ganancia de peso en RN y uso de fortificante Dra. Mabel Carrera
08:00-09:00	Medicina basada en evidencias Dr. Edgar Jara
09:00-10:00	El ambiente hospitalario fuente de infección Dra. Janet Zurita
10:00-10:30	Coffe break
10:30-11:45	Prevención en neonatos de alto riesgo y la aplicación de nuevos medicamentos Lic. Patricia Buffonni (Argentina)

11:45-13:00 Sensibilización en la atención y consentimiento informado
Lic. Marta Cantos

13:00-14:00 Receso

14:00-15:30 Fisioterapia Respiratoria en el RN ventilado
Fisioterapeuta Maribel Canelo (Colombia)

15:30-16:30 Síndrome de aspiración meconial y uso de antibióticos Dra. Jesenia Freire

16:30-17:00 coffe Brake

17:00-18:00 Transporte del recién nacido
Dr. Wilmer Sánchez

DIA 3 MIÉRCOLES 8 DE JUNIO DEL 2011**HORA TEMA**

07:00-8:00 Manejo del dolor en RN
Dr. Katherine Figueroa

08:00-09:00 Informes de enfermería
Lic. Isabel Jácome

09:00-10:00 Síndrome de Bourneot
Dra. Mariana Armas

10:00-10:30 Coffe break

10:30-11:30 Desempeño técnico de los ventiladores vs. impacto clínico en el Recien nacido
Fisioterapeuta Maribel Canelo (Colombia)

11:30-13:00 Manejo de Termorregulación en neonatología Dr. Erik Bermudes (Costa Rica)

13:00-14:00 Receso

14:00-15:00 Mesa redonda:
Manejo de infecciones en neonatología
Lic. Yolanda Vinueza (MIA)

Lic. Marcela Ayala (Hosp. Militar)

Lic. Sayonara Cevallos (Hosp. Policía)

Lic. Pilar Miño (HCAM)

Lic. Susana Jiménez (Moderadora)

15:00-16:00 Estimulación Minima en RN
Dr. Erik Bermúdez (Costa Rica)

16:00-16:30 Coffe Break

16:30-17:30 Protocolo en manejo de vias periféricas
Lic. Maria Carvajal-Lic. Mariana Viana

18:00-



CONTENIDO

HOJA DE APROBACIÓN DE TRABAJO DE TITULACION	3
DERECHOS DE AUTOR	4
DEDICATORIA	5
A. Publicaciones.....	6
B. Exposiciones en Congresos	6
RESUMEN DE TRABAJOS REALIZADOS	5
a) Publicaciones.....	5
MORBIMORTALIDAD EN PREMATUROS DEL HOSPITAL “CARLOS ANDRADE MARÍN” EN EL PERIODO DEL 2006 AL 2011	5
b) Exposiciones en Congresos	6
TRANSPORTE Y RECEPCIÓN DEL RECIÉN NACIDO	6
LA OXIGENOTERAPIA EN RECIÉN NACIDOS.....	7
JUSTIFICACION DE LOS TRABAJOS REALIZADOS.....	8
a) Publicaciones.....	8
b) Exposiciones en Congresos	8
MORBIMORTALIDAD EN PREMATUROS DEL HOSPITAL “CARLOS ANDRADE MARÍN” EN EL PERIODO DEL 2006 AL 2011.....	10
TRANSPORTE Y RECEPCIÓN DEL RECIÉN NACIDO	21
LA OXIGENOTERAPIA EN RECIÉN NACIDOS.....	32