

**UNIVERSIDAD DE EL SALVADOR  
FACULTAD MULTIDISCIPLINARIA DE OCCIDENTE  
DEPARTAMENTO DE MEDICINA**



**TRABAJO DE GRADUACIÓN**

**TÍTULO: “FACTORES ASOCIADOS A LA MORTALIDAD NEONATAL EN  
EL HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS DE SANTA ANA, DURANTE EL  
PERIODO DE ENERO A MARZO DE 2005”.**

**PARA OPTAR AL GRADO DE:  
DOCTOR EN MEDICINA**

**PRESENTADO POR:  
ARGUETA MENENDEZ, IRMA YOLANDA  
CASTILLO ROSALES, MARINA LISBETH  
ESCALANTE AMAYA, INGRED LICETH**

**DOCENTE DIRECTOR:  
DOCTOR MAURICIO ALFONSO LÓPEZ ORTÍZ**

**MARZO, 2006**

**SANTA ANA, ELSALVADOR, CENTRO AMÉRICA**

**AUTORIDADES DE LA UNIVERSIDAD DE EL SALVADOR  
FACULTAD MULTIDISCIPLINARIA DE OCCIDENTE**

**DOCTORA MARÍA ISABEL RIVERA  
RECTORA**

**LICENCIADO JORGE MAURICIO RIVERA  
DECANO DE LA FACULTAD MULTIDISCIPLINARIA DE OCCIDENTE**

**DOCTORA PATRICIA GÓMEZ DE SANDOVAL  
JEFE DEL DEPARTAMENTO DE MEDICINA Y COORDINADORA  
GENERAL DEL PROCESO DE GRADO.**

**DORTOR MELITÓN MIRA BURGOS  
COORDINADOR METODOLÓGICO DEL PROCESO DE GRADO**

**DOCTOR MAURICIO ALFONSO LÓPEZ ORTÍZ  
DOCENTE DIRECTOR**

## RESUMEN

El presente estudio realizado en el área de neonatología del Hospital San Juan de Dios de Santa Ana, tiene por objetivo determinar los principales factores asociados a mortalidad neonatal, durante el primer trimestre del año 2005.

La metodología utilizada, fue descriptiva y retrospectiva, teniendo como universo los 26 neonatos fallecidos y como muestra representativa el total de ellos.

Dentro de las variables incluidas se mencionan las enfermedades maternas, edad de las madres, tipo de parto, factores perinatales, número de controles prenatales y la existencia de adicciones maternas.

Como resultado, de un total de 466 neonatos ingresados en el primer trimestre de este año en el Hospital San Juan de Dios de Santa Ana, 26 de ellos fallecieron por diversas causas, encontrándose a la cabeza, la prematurez, el hecho de que la madre sea menor de 20 años y posea alguna enfermedad asociada como la infección de vías urinarias; se determinó, que la no asistencia a control prenatal está altamente relacionada a los neonatos fallecidos; el uso de sustancias adictivas como drogas, alcohol y tabaco se asoció minimamente a los fallecidos ya que la mayoría de las madres no reportaron ninguna adicción; el tipo de parto más prevalente fue el vaginal con respecto a la cesárea, pero los neonatos fallecidos se asocian más al parto vía cesárea.

En conclusión, la muerte de estos 26 recién nacidos, se relaciona a un conjunto de factores que se complementan entre sí. Por tanto, se recomienda, hacer énfasis en la asistencia temprana al control prenatal, buscar y tratar aquellos factores de riesgo que atenten contra la viabilidad del producto de manera pronta y eficaz.

## INDICE

Pág.	
-INTRODUCCIÓN.....	1
-ANTECEDENTES.....	3
-JUSTIFICACIÓN.....	7
-PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA .....	8
-OBJETIVO.....	9
-MARCO TEORICO.....	10
Factores Personales.....	11
Factores Obstétricos.....	16
Factores Peri natales.....	19
Control Prenatal.....	22
-DISEÑO METODOLOGICO.....	24
Población de Estudio.....	24
Universo y Muestra.....	25
Resumen de la Metodología de la Investigación.....	25
-ANALISIS DE DATOS.....	27
-CONCLUSIONES.....	39
-RECOMENDACIONES.....	41
-BIBLIOGRAFIA.....	43
-ANEXOS.....	45
-GLOSARIO.....	48

## INTRODUCCION

La mortalidad neonatal ha tomado un amplio interés en los últimos años, de tal modo que se ha vuelto una tarea, conocer y minimizar aquellos factores que atañen negativamente a la mujer gestante y a su producto.

La morbimortalidad asociada, justifica que la prevención, siga siendo uno de los objetivos más importantes de la metodología actual.

Muchas de las complicaciones y secuelas en el neonato, son el resultado de fallas en las reacciones e interacciones del embarazo y a consecuencia de lo cual, se produce una alteración del desarrollo que es difícil de manejar, después del nacimiento. En la mayor parte de ellos, no se da un reconocimiento precoz, y por ende representan un problema de impacto médico, familiar, y social de difícil manejo.

Con el presente estudio, se pretende realizar una revisión detallada de aquellos factores de riesgo capaces de comprometer la viabilidad del neonato, entre nuestras prioridades, está, el reconocimiento de la embarazada de alto riesgo, mediante indicadores como son presencia de patología materna, edad, paridad e intervalos entre una gestación y otra, ingesta de drogas, alcohol y tabaco, tanto por la mujer en edad fértil, como por la gestante, asistencia a controles prenatales así como también un valor cuantitativo de los mismos, entre otros. Determinar si la prematurez es una de los principales causas de complicación y muerte neonatal, documentar en que medida, otros factores como son, vía del parto, responsable de la atención y lugar en que se verifica el mismo, representan determinantes en el incremento de muertes neonatales, son algunos de los retos de la presente investigación.

El Ministerio de Salud Pública se ha planteado un serio compromiso para la reducción del indicador de la mortalidad infantil, esto a través de la implementación de nuevas estrategias y de un serio control en el cumplimiento

de las mismas. Nuestro interés, es contribuir a esta meta, identificando los elementos o factores asociados a dicha mortalidad, puntualizando en aquellos que comprometen más la vida del neonato.

## ANTECEDENTES

En EEUU mueren 30,000 neonatos por Enfermedad de Membrana Hialina, mientras que en Italia la mortalidad se encuentra entre el 30 y 50% del total de casos graves. Se considera que la membrana hialina, como causa de defunción en el período neonatal, constituye el 20% de todas las defunciones en prematuros y una frecuencia neta de 0.5% de todos los nacidos vivos (Revista Boehringer Promeco.Vol 2, N°5, edición para Centroamérica).

Desde el inicio de la década de los sesenta aparecieron artículos referidos a la frecuencia de mortalidad neonatal del embarazo adolescente por diversos autores de nacionalidad mejicana, los cuales se citan a continuación: En 1967 la mortalidad neonatal fue de 1.9% según Azna; en 1975 de 1.3% según Ruíz Velasco; en 1976 de 2% según Ruiz Moreno; en 1978 de 4.1% según Ahued y en 1978 de 5.8% según Chávez Azula (Actualizaciones McKesson revista médica vol1).

Según las cifras manejadas por el servicio de perinatología en el Hospital Ruíz Páez, la prematuridad se ha convertido en la primera causa de muerte durante el año 2004, la segunda es la sepsis neonatal, es decir infecciones agregadas, seguidos de malformación genética y la hipoxia. De los casos de muerte neonatal registrados por el hospital, más de la mitad, reflejado en un 60% corresponden a niños prematuros. (Neonatología H. Ruiz Páez ciudad Guayana).

En Bolivia para 1984, se realizó un estudio sobre la mortalidad neonatal y fetal, se reúnen las fichas de 90 recién nacidos fallecidos de un total de 6980 nacidos

vivos, la tasa de mortalidad neonatal fue de 12.9 por 1000 nacidos vivos, la mortalidad fetal tardía fue de 1.6 por 1000 nacidos vivos. (Otto M. Angélica y Martínez Lidia. Mortalidad neonatal Hospital San. Juan de Dios Bolivia. 1991 Casa Virginia PP 120-124)

En el Hospital Camilo Ortega Saavedra de Juigalpa Chontales, se realizó un estudio sobre mortalidad neonatal y perinatal, en el periodo de octubre 1991 a diciembre 1992, encontrando como principal factor de riesgo asociado, el padecimiento materno durante el embarazo con el siguiente orden de frecuencia: Infección de vías urinarias, leucorrea, toxemia, enfermedad cardiovascular, malaria y neumonía. Así mismo encontraron otros factores asociados como la edad materna, procedencia rural, baja escolaridad, multiparidad y falta de controles prenatales. (Oporta Julio César. Comportamiento de la mortalidad perinatal y neonatal durante el periodo de octubre 1991 a diciembre 1992 H.R.C.O.S. Juigalpa 1993.)

Al observar el puntaje de APGAR al nacer de los recién nacidos que aportaron muertes neonatales precoces, el 42.2% tenía un puntaje de APGAR normal al minuto de vida, seguido muy de cerca por el grupo de neonatos que nacieron severamente deprimidos 41.66%. A los cinco minutos de vida el 58.33% tenían un puntaje de APGAR normal.

En lo referente a los pesos de los productos al nacer, se observa que en lo que se refiere a la mortalidad neonatal precoz el 55.3% del total ocurrió en productos que pesaban al nacer menos de 2500 gramos a expensas fundamentalmente del 27.77% encontrados en productos que pesaban al nacer entre 1500-1999 gramos.



En cuanto al momento de gestación en que ocurrió el fallecimiento, el mayor porcentaje de las muertes neonatales precoces, ocurrieron en embarazos pretérmino, con un 50%, aunque es de señalar que no hubo diferencia importante con el 47.22% que mostraron las muertes en los embarazos a término. Se observó, además, que la edad de las pacientes tanto para la muerte neonatal precoz como para la fetal tardía, se encontraba entre los 20-34 años. (Doctor Alfredo Laffita Batista y Juan Manuel Ariosa. Hospital docente ginecoobstétrico América Arias de la Habana Cuba, 2000-2002.).

De acuerdo a la encuesta sobre salud familiar que realizó pro familia en Nicaragua 1992-1993, los defectos congénitos aparecen en el sexto lugar como causa de muerte neonatal.

En el cementerio general de Sucre, durante las gestiones comprendidas entre 1993 al 2002, se registraron 1725 defunciones, de las cuales 697 (40.41%) corresponden al sexo femenino, 1028 (59.59%) corresponden al sexo masculino. La medida de posición de moda de edades en el estudio fue de 0.00 meses , es decir que la mortalidad infantil en menores de un mes de edad es significativa.( [www.inmedsuc.com](http://www.inmedsuc.com) Revista instituto médico de Sucre)

Se da un incremento en la evidencia de que, la frecuencia de los nacimientos de bajo peso es relativamente alta en Latinoamérica. Tabulaciones manuales hechas en Maternidad en Recife, San Salvador y la ciudad de México, mostraron porcentajes del orden del 12 al 15. Estas frecuencias son mayores que en Inglaterra y Gales (7.4%). (Revista cubana de Salud Pública 2003 29(1) 79-85).

Se realizó un estudio en base al análisis del expediente clínico a 305 adolescentes que habían dado a luz en los dos principales hospitales

obstétricos de la ciudad de San Salvador. El 88% de las adolescentes embarazadas, había llevado al menos un control prenatal y más de la mitad tenía un mínimo aceptable de cinco consultas, que se considera un control prenatal adecuado.

El 35% se inscribió a control prenatal durante el primer trimestre del embarazo y un 21% adicional lo hizo entre las 13 y 16 semanas, dando por resultado un 56% de inscripción precoz. El 52% de pacientes presentó algún tipo de morbilidad obstétrica durante su embarazo en el siguiente orden de prevalencia: Amenaza de parto prematuro 17%, ruptura prematura de membranas 15%, Infección de vías urinarias 13%, retardo del crecimiento intrauterino 13%. Se encontró morbilidad del recién nacido en un 37% de los partos en el siguiente orden: Bajo peso al nacer 33%, distress respiratorio 23%, prematuridad 22%, aspiración meconial 14%, macrosomía fetal 4%. (Marina Padilla de Gil [www.cemera.uchile](http://www.cemera.uchile)).

En el Hospital San Juan de Dios de Santa Ana, durante los meses de noviembre y diciembre del 2004, se verificaron un total de 22 muertes neonatales en las cuales las principales causas en orden descendente de frecuencia fueron: Prematuridad, enfermedad de membrana hialina, shock séptico, cardiopatía, meningitis, neumonía.

## **JUSTIFICACIÓN.**

La evolución de los acontecimientos neonatales, depende en gran medida de factores previos al parto, los cuales, en algunos casos conllevan resultados indeseables y de difícil manejo independientemente del conocimiento que se tenga sobre los cuidados básicos neonatales.

El nacimiento, por su parte, es un cambio obligatorio de ambiente, en el que todo recién nacido sano o enfermo, maduro o inmaduro, está expuesto a un proceso de transición que incrementa su vulnerabilidad, es por esto que, para disminuir la mortalidad neonatal habrá que pensar como medida principal, en la detección precoz de infantes de riesgo durante dicho periodo.

Gran parte de los factores que determinan el riesgo de un neonato son identificados durante el período prenatal es decir asociados al embarazo, a pesar de que en nuestro país ya existe un programa orientado al cuidado de la mujer durante este periodo.

Se considera entonces importante, conocer los factores de riesgo más relevantes en nuestro medio asociados a la mortalidad neonatal, ya que de esta manera ampliamos la visión existente de la problemática y establecemos puntos determinantes de vulnerabilidad, sean estos prenatales, peri natales o postnatales, que orienten las estrategias a seguir para disminuir dichos factores de riesgo.

Por lo tanto, al llevar a cabo la realización del presente estudio, investigaremos las causas que se asocian a la mortalidad neonatal, debido a que actualmente se reportan un aumento de estos casos dentro de nuestra población, ya que al identificar dichas causas se pretende lograr una disminución del número de muertes neonatales.

## **PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.**

La mortalidad neonatal corresponde a la sufrida por un recién nacido en sus primeros 28 días de vida, y es una problemática real y de alarmante interés, debido al exceso de muertes registradas, todo lo cual es consecuencia de una amplia variedad de vulnerabilidades en todos los niveles de atención.

Los índices de mortalidad aumentan significativamente en presencia de factores de riesgo materno, lo que plantea claras inquietudes acerca de las medidas preventivas a tomar en cuenta oportunamente por las entidades pertinentes.

Bien conocido es para el médico y la población en general que el tabaquismo, consumo de alcohol y drogas, genera graves riesgos y complicaciones en el embarazo y el producto. Existen otros factores menos evidentes pero no menos importantes que también ejercen influencia negativa tanto en la mujer gestante como en el feto, por lo que resalta el interés de determinar que otros factores se asocian a la mortalidad neonatal para de esta manera poder reconocerlos a tiempo y contribuir con esto a la prevención de dichas muertes y al mismo tiempo a la reducción del indicador de la mortalidad infantil para años venideros.

## **OBJETIVO GENERAL**

Determinar los principales factores asociados a la mortalidad neonatal, durante el primer trimestre del año 2005, en el Hospital San Juan de Dios de Santa Ana.

## **OBJETIVOS ESPECÍFICOS**

- Identificar las enfermedades maternas asociadas a la mortalidad neonatal.
- Determinar la relación existente entre la mortalidad neonatal y la edad materna.
- Estipular tipo de parto que se asocia a mayor número de muertes neonatales.
- Establecer los principales factores de riesgo perinatales asociados a la mortalidad neonatal.
- Definir número de controles prenatales al que asistieron las madres en los casos de muertes neonatales encontrados.
- Establecer la relación entre mortalidad neonatal y consumo materno de drogas, alcohol, tabaco.
- Determinar en los casos de muertes neonatales encontrados, cuantos de ellos fueron atendidos y referidos de otros hospitales.

## MARCO TEORICO

La experiencia obtenida en los países desarrollados y en los que están en vías de desarrollo como nuestro país, sugiere que podría reducirse mortalidad neonatal en pocos años aplicando ciertas medidas simples y lógicas que permitan reconocer aquellos antecedentes maternos que más frecuentemente se asocian a mortalidad neonatal.

El embarazo sin control constituye motivo de preocupación de salud pública por los efectos adversos que puede tener tanto en la madre como en el producto de la gestación. El CPN (control prenatal) debe ser precoz (1° consulta en el primer trimestre), periódico, completo (5 controles) y de cobertura global. Factores como la pobreza, la distancia para llegar a las instituciones, la tarea de la madre, la falta de turno de atención y la probable despersonalización de la asistencia, entre otros, puede limitar la accesibilidad al control, a una cobertura precoz y a una asistencia periódica de calidad adecuada. Durante este proceso de control prenatal, debería ofrecer programas de captación que permitan una cobertura casi universal.

En cuanto a causa principal de muerte, las condiciones asociadas a prematuridad constituyen la razón más frecuente. Las complicaciones médicas de la gestación como las infecciones de vías urinarias, la preeclampsia y la ruptura prematura de membranas, aumentan las posibilidades de terminar el embarazo antes de la semana 37, con el nacimiento de un niño prematuro, de bajo peso, todo lo cual se traduce en un incremento de la mortalidad neonatal. Existe una gran variedad de factores asociados a la mortalidad neonatal entre los cuales se incluyen:

1. Factores personales
2. Factores obstétricos
3. Factores peri natales
4. Control prenatal

## 1. Factores personales:

### 1.1 Edad materna (menor de 15 ó mayor de 35 años)

Se sabe que la edad materna avanzada o demasiado joven (menor de 15 años ó mayor de 35 años) altera el mecanismo selectivo que las mujeres en edad reproductiva óptima (20 – 34 años) poseen y que evita el desarrollo de fetos con anomalías que son abortados espontáneamente. En las pacientes menores de 15 años, el embarazo es de alto riesgo obstétrico, ya que todavía se encuentran en desarrollo y crecimiento, es importante saber que la pelvis y el canal del parto no tienen el tamaño definitivo, por lo que las madres adolescentes presentan desventajas biológicas que le traducen un mayor riesgo tanto para ella como para su producto. Así mismo después de los 40 años los riesgos del embarazo se consideran los siguientes:

-Maternas: mayor riesgo de enfermedades durante el embarazo como tensión alta (preeclampsia) o diabetes gestacional, que pueden perdurar aún después del embarazo, afectando el estado de salud de la mujer. Así mismo, hay mayor riesgo de aborto y problemas durante el parto.

-Fetales: mayor riesgo de malformaciones fetales, problemas de crecimiento del feto y de su placenta, lo que pone en riesgo al feto durante todo el embarazo. El riesgo de dar a luz un niño con trastornos cromosómicos incrementa con la edad de la mujer. A los 25 años, una mujer tiene una probabilidad de 1 en 1.250 de tener un bebé con síndrome de Down; a los 30 años de 1 en 1.000; a los 35 de 1 en 400; a los 40 de 1 en 100 y a los 45 de 1 en 30.

### 1.2. Problemas adictivos de la madre:

1.2.1. Alcoholismo: El alcoholismo, tanto agudo como crónico, tiene una acción nefasta sobre los diferentes estadios del embarazo. Puesto que se ha demostrado que el tóxico atraviesa la placenta y esta presente en la leche materna, este puede dañar, tanto al embrión como al feto. Entre las

características con las que éstos niños nacen podemos mencionar el bajo peso al nacer, perímetro cefálico pequeño, Retardo del Crecimiento Intra Uterino, mal coordinación motora, epilepsia, etc.

1.2.2. Tabaquismo: Estudios realizados en USA, Canadá y Europa, han demostrado que el 20% al 30% de las mujeres fuman durante el embarazo. En el embarazo, el cigarrillo reduce la presión arterial materna durante los primeros 15 minutos luego de comenzar a fumar, y luego la nicotina aumenta la secreción de hormonas (catecolamina) que provocan espasmo de los vasos sanguíneos, aumentando la resistencia de los mismos con aumento de la presión arterial lo que provoca una disminución del pasaje sanguíneo; estos factores contribuyen a reducir el flujo de sangre oxigenada hacia el feto. La oxigenación de la hemoglobina se encuentra disminuida por la presencia de monóxido de carbono, que desplaza la molécula de oxígeno de la hemoglobina, con disminución de movimientos respiratorios fetales. En los Estados Unidos, en 2002, el 12.2 por ciento de los bebés de madres fumadoras nació con bajo peso (menos de 5.5 libras/2.5 Kg.) en comparación con un 7.5 por ciento de bebés de madres no fumadoras. El bajo peso al nacer puede ser resultado del desarrollo insuficiente del bebé en el útero, un parto prematuro o ambas cosas. Se sabe desde hace tiempo que el fumar retarda el crecimiento del feto y los estudios sugieren que además aumenta el riesgo de parto prematuro (antes de las 37 semanas de gestación). Los bebés prematuros y con bajo peso al nacer tienen mayores riesgos de sufrir problemas graves de salud durante los primeros meses de vida, incapacidades permanentes (como parálisis cerebral, retraso mental y problemas de aprendizaje) e incluso la muerte.

Cuanto más fume una mujer embarazada, mayor será el riesgo para su bebé. Además, si deja de fumar al final del primer trimestre del embarazo, tendrá prácticamente las mismas probabilidades de que su bebé nazca con bajo peso que una mujer que nunca fumó. Aun cuando la mujer no consiga dejar de fumar



en el primer o segundo trimestre, si lo hace durante el tercero el desarrollo de su bebé puede mejorar.

1.2.3. Drogadicción: Casi el 3 por ciento de las mujeres embarazadas consume drogas ilícitas como marihuana, cocaína, éxtasis y otras anfetaminas, y heroína, según un estudio realizado en 2003 por los Centros de Control y Prevención de Enfermedades (Centers for Disease Control and Prevention). Estas y otras drogas ilícitas pueden conllevar diferentes riesgos para el feto y la mujer embarazada. Algunas de ellas pueden hacer que el bebé nazca demasiado pequeño o que presente síndrome de abstinencia, defectos congénitos o problemas de aprendizaje o conducta. No obstante, dado que la mayoría de las mujeres embarazadas que consume drogas ilícitas también consume alcohol y tabaco (que también representan un riesgo para el feto), suele ser difícil determinar qué problemas de salud son causados por una droga ilícita específica. El consumo de cocaína durante el embarazo puede afectar a la mujer embarazada y al feto de muchas maneras. Durante los primeros meses del embarazo, puede aumentar el riesgo de aborto espontáneo. En una etapa posterior, puede generar un parto prematuro (antes de las 37 semanas de embarazo) o hacer que el bebé no crezca lo suficiente. Como consecuencia de ello, los bebés expuestos a la cocaína tienen más probabilidades que los bebés no expuestos de nacer con bajo peso (menos de 5.5 libras o 2.5 Kg.). Los bebés que nacen con bajo peso tienen 20 veces más probabilidades de morir durante su primer mes de vida que los bebés nacidos con peso normal y tienen un riesgo mayor de desarrollar incapacidades permanentes, como retraso mental y parálisis cerebral. Los bebés expuestos a cocaína también suelen tener cabezas más pequeñas, lo cual en general significa cerebros más pequeños.

Algunos estudios sugieren que el consumo de marihuana durante el embarazo puede retrasar el crecimiento del feto y reducir ligeramente la duración del

embarazo (con un posible aumento del riesgo de parto prematuro). Ambos factores pueden aumentar las probabilidades de que la mujer tenga un bebé de bajo peso al nacer. Estos efectos se observan principalmente en las mujeres que consumen marihuana periódicamente (seis o más veces por semana).

Un estudio de muy pequeña envergadura (en sólo 12 niños) comprobó que los niños de 7 y 8 años que habían estado expuestos a éxtasis antes de nacer tenían alteraciones en las concentraciones de una sustancia química específica del cerebro. Sin embargo, no se ha comprobado si esto tiene algún efecto sobre el aprendizaje o conducta, ya que no se encontró evidencia de problemas en estos niños.

### 1.3 Patologías maternas:

1.3.1. Infección de vías urinarias: Los cambios en las vías urogenitales durante el embarazo aumentan las posibilidades de que las mujeres embarazadas desarrollen infecciones de las vías urinarias. Por ejemplo, durante el embarazo, los tubos que conectan el riñón y la vejiga (los uréteres) aumentan de tamaño. Además, la vejiga es capaz de retener más orina de lo normal sin dañarse. Estos cambios pueden empezar en los primeros meses del embarazo. Estos cambios físicos es más probable que se produzcan durante el primer embarazo de una mujer o si ha tenido varios embarazos en poco tiempo.

Los uréteres también pueden bloquearse parcialmente, ya que se ven presionados por el aumento de tamaño del útero.

Una mujer embarazada que tenga un gran número de bacterias en la orina, tiene el riesgo de contraer una infección de las vías urinarias, especialmente si:

- Es de edad avanzada
- Tiene actividad sexual durante el embarazo
- Diabética

- Ha tenido una o más infecciones de vías urinarias anteriormente.

Las mayores posibilidades de desarrollar una infección de las vías urinarias durante el embarazo es un problema por diversos motivos. En primer lugar, padecer una infección de este tipo aumenta la probabilidad de tener un parto prematuro. En segundo lugar, el desarrollo de una infección de riñón en una mujer embarazada puede ser grave para la salud tanto de la madre como del feto.

1.3.2. Diabetes Mellitus: Ocurre esta enfermedad cuando el organismo no utiliza el azúcar de la manera que debería hacerlo. Para tener la energía para poder llevar a cabo las actividades diarias, el cuerpo humano requiere azúcar, y lo obtiene al convertir los alimentos en glucosa (una forma de azúcar). Se presenta diabetes cuando el organismo trata de utilizar el azúcar en la sangre para obtener energía, pero no puede lograrlo porque el páncreas no produce suficiente cantidad de la hormona insulina, o porque le es imposible aprovechar la insulina con que cuenta. Usualmente producen insulina las células beta en lugares del páncreas denominados islotes de Langerhans. La diabetes sacarina también recibe el nombre de diabetes mellitus.

La diabetes mal controlada puede influir de manera negativa sobre la gestación, tanto por lo que se refiere a la madre como al recién nacido. Esta repercusión, como es lógico, resulta menos manifiesta en el caso de la diabetes gestacional.

En cuanto a las repercusiones maternas, parece demostrado que la diabetes favorece la existencia de una mayor frecuencia de abortos, partos prematuros, hipertensión arterial, preeclamsia, infecciones urinarias o vaginales, polihidramnios (aumento de líquido amniótico), etc.

En lo referente al niño, junto a un aumento de mortalidad fetal, en el recién nacido de madre diabética hay una mayor frecuencia de macrosomía (aumento de peso), malformaciones congénitas, ictericia, hipoglucemia, hipocalcemia,

policitemia, dificultad respiratoria (membranas hialinas), traumatismos obstétricos, etc.

A largo plazo, parece también que estos niños pueden ser más proclives al desarrollo de obesidad o diabetes que la población general.

1.2.3. Hipertensión arterial: Se define como la hipertensión Arterial ( Igual ó Mayor a 140/90 ) que está presente y es observable previa al embarazo ó que se diagnostica antes de la 20a. semana de gestación. La hipertensión que se diagnóstica desde el comienzo del embarazo y que persiste más allá del día 42 posterior al parto también debe clasificarse como Hipertensión.

Dada la disminución de los niveles tensionales que ocurren en las hipertensas durante el primer trimestre del embarazo es importante no confundir como Preecláptica a la hipertensa crónica.

La mujer hipertensa adecuadamente controlada no tiene por qué tener problemas durante el embarazo, aunque sabemos que la hipertensión grave (cifras superiores a 180/110 mmHg) se asocia con mayor número de eventos como desprendimiento prematuro de placenta, prematuridad o sufrimiento fetal y es más frecuente el daño renal materno.

Sí es importante ajustar el tipo de medicamentos para el control de la presión arterial. Los controles en estos embarazos son más estrictos para detectar precozmente la aparición de problemas. Pero el resto de cuidados es similar al de una gestante normotensa.

## **2. Factores obstétricos:**

### **2.1. Tipo de parto:**

2.1.1. Vaginal: Se denomina parto vaginal o eutócico a la expulsión del feto por la vía natural o sea la vagina.

2.1.1.1. Normal: Cuando llegamos al término del embarazo cursando el noveno mes, una serie de fenómenos se asocian para determinar el inicio del trabajo de parto. La propia sobre distensión de las fibras musculares uterinas debido al gran volumen que ha adquirido el bebé para ese entonces determina un estado de hiperactividad en ellas, aumentando el tono uterino y dando lugar a la aparición de contracciones simultáneamente, las variaciones de la producción hormonal que ahora hace que predominen los estrógenos por sobre la progesterona, contribuyen a aumentar la sensibilidad de las fibras musculares uterinas, predisponiéndolas a la fácil contractibilidad.

El peso del bebé de término se hace sentir sobre el cuello uterino, especialmente cuando es impulsado sobre él por el aumento de presión intrauterina determinado por la hipercontractilidad. Esto produce una distensión de las fibras musculares circulares que conforman el cuello del útero. Comienza la fase de "borramiento" del cuello uterino. Esta modificación no pasa inadvertida y es registrada por sensores especiales ubicados en el hipotálamo -debajo del cerebro- que a su vez instruyen a la glándula hipófisis (alojada en las cercanías) para que segregue gran cantidad de una hormona especial, la OXITOCINA, que tiene por acción principal producir la contracción de la musculatura uterina. El parto propiamente dicho tiene tres fases que podrán ser distinguidas por la futura mamá cuando les toque el turno.

1. Período dilatante: es la etapa previa al nacimiento, caracterizada por las contracciones uterinas en aumento y el progresivo descenso del bebé por el canal del parto.
2. Período expulsivo: corresponde esta denominación al nacimiento propiamente dicho.
3. Alumbramiento: etapa inmediatamente posterior en la cual se eliminan la placenta y la bolsa de las aguas, todo en conjunto.

A medida que transcurre el trabajo de parto, el bebé desciende a lo largo del "canal del parto". Este "canal" está constituido por una parte sólida, los huesos

de la pelvis y una parte blanda, los tejidos que conforman la cavidad vaginal, el periné y el introito: músculos, tejido graso y mucosa (tejido superficial que recubre la cavidad vaginal).

La anatomía del ser humano está conformada de manera tal que permite una cierta dilatación de este "canal" para permitir el paso del que va a nacer. En el caso que nos ocupa el bebé tiene una porción sólida (poco modificable), la cabeza, que posee diámetros mínimos del orden de los 12 cm. Está claro que nos referimos a bebés de término con peso promedio de 3 a 3 1/2 kg. Estas medidas son menores en los bebés prematuros y pueden ser mayores en los de mayor peso. Por lo general hay cierta correspondencia entre el tamaño del bebé y el de la mamá, determinada genéticamente.

2.1.1.2. Instrumental: El fórceps, las espátulas de Thierry, y la ventosa, son los tres instrumentos mediante los cuales se puede facilitar el parto de la cabeza fetal. Las indicaciones de parto instrumental son aquellas en que existe un proceso que amenaza a la madre o al hijo: enfermedades cardiacas, pulmonares, infección intraparto, algunas afecciones neurológicas y agotamiento materno; el prolapso de cordón, el desprendimiento precoz de placenta y los signos de pérdida de bienestar fetal son las indicaciones fetales.

La hemorragia retiniana y el céfalo hematoma son mucho más frecuentes con la ventosa que con el fórceps. El céfalo hematoma puede aparecer horas o días después del parto, se resuelve en pocas semanas y carece de importancia clínica. Las hemorragias retinianas habitualmente son transitorias y no dejan lesiones visuales residuales.

La hemorragia subgaleal o subaponeurótica es más frecuente en la ventosa que en el fórceps. Se relaciona con ventosas en las que se ha aplicado incorrectamente la copa, extracciones prolongadas, excesivo número de tracciones, varios despegamientos de la copa y parto posterior con fórceps. Para prevenir la mortalidad y reducir la morbilidad que causa es imprescindible

la vigilancia estrecha del recién nacido, sobre todo en las extracciones difíciles, porque son debidas al retraso en el diagnóstico.

2.1.2. Cesárea: Se define como el nacimiento de un feto a través de incisiones en la pared abdominal (laparotomía) y en la pared uterina (histerotomía). Las indicaciones más frecuentes para parto por cesárea son: Macrosómico, podálico, embarazo gemelar, hemorragia del tercer trimestre, sufrimiento fetal agudo, prolapso de cordón. Aunque el parto por cesárea se realiza en casos de mala presentación o, raramente, cuando se sabe que el feto es de tamaño excesivo, con la intención de evitar los traumas del nacimiento, es incorrecto suponer que un parto por cesárea proporciona alguna garantía contra ese tipo de lesiones. Numerosos trabajos atestiguan la aparición de parálisis de Erb, fracturas de cráneo y fracturas de huesos largos en niños nacidos por cesárea, además de demostrarse un riesgo de taquipnea transitoria del recién nacido en niños de término en comparación con el parto vaginal.

### 3. Factores peri natales:

#### 3.1. Toxemia:

La Hipertensión es el problema médico que complica el 5 a 10% de los embarazos. Se habla de hipertensión en el embarazo cuando la tensión arterial diastólica es  $> 90$  mmHg y la sistólica es  $> 140$  mmHg, TA sistólica de por lo menos 30 mmHg del valor basal o de diastólica de por lo menos 15 mmHg sobre el valor basal. Los factores de riesgo para desarrollar hipertensión en el embarazo son: primer embarazo, gestación múltiple, mola hidatidiforme, polihidramnios, desnutrición, historia familiar de hipertensión en embarazo, enfermedad vascular subyacente.

La preeclampsia se define por la presencia de hipertensión acompañada de proteinuria, edema generalizado o ambos. Clásicamente se la define como leve o severa.

1. Preeclampsia leve: Hipertensión de al menos 140/90 mmHg en dos ocasiones, con seis horas de diferencia después de la semana 20 de embarazo proteinuria significativa de > 300 mg en 24 horas, edema moderado y volumen urinario en 24 horas > 500 ml.

2. Preeclampsia severa : Tensión arterial > 160/90 mmHg en dos ocasiones con seis horas de diferencia después de la semana 20 de gestación; TA sistólica > 60 mmHg sobre el valor basal ; TA diastólica > 30 mmHg sobre el valor basal ; proteinuria > 5g en 24 horas , edema masivo , oliguria ( < 400 ml en 24 hrs.) , síntomas sistémicos como edema de pulmón , cefalea, alteraciones visuales , dolor en hipocondrio derecho, elevación de las enzimas hepáticas o trombocitopenia . La aparición de una convulsión de tipo gran mal en pacientes con signos y síntomas de preeclampsia sin datos de traumatismos o enfermedad neurológica identifica a la paciente con eclampsia.

3.2. Parto prematuro: El parto prematuro o de pretérmino es aquel que se produce entre las 28 y 36 semanas de edad gestacional, considerando como límites normales de duración del embarazo entre 37 y 41 semanas. Numerosos son los factores que pueden desencadenar una amenaza o un parto prematuro, entre los más frecuentes podemos destacar la desnutrición de la madre, las infecciones (urinarias, de transmisión sexual, entre otras), hipertensión arterial ya sea crónica o inducida por el embarazo, que el embarazo sea múltiple, la no realización de un reposo adecuado asociado a situaciones de estrés y esfuerzos físicos. La detección precoz de una amenaza de parto prematuro está sustentada en tres pilares básicos: las características que poseen las contracciones uterinas, las semanas de gestación del embarazo y las características que presenta el cuello del útero. Una vez realizado el diagnóstico de amenaza o de parto prematuro, debe comenzarse inmediatamente con el tratamiento específico destinado a inhibir las



contracciones uterinas y sobre todo a favorecer la maduración de los pulmones del bebé.

Como primera medida está indicado el reposo absoluto.

Entre los medicamentos utilizados se encuentran los denominados Beta miméticos, los cuales son muy eficaces para cohibir las contracciones. También pueden utilizarse antiinflamatorios como la indometacina, durante no más de 3 días. Con estos medicamentos se consigue retrasar el parto y permitir en el bebé la maduración de los pulmones.

La evaluación de la maduración de los pulmones del bebé es muy importante, ya que habitualmente se encuentran inmaduros y su función se verá altamente dificultada luego del nacimiento, pudiendo llegar al colapso de los mismos. Para acelerar esta maduración, se aplican corticoides (Betametasona) a la madre.

De ser efectivo el tratamiento, la madre podrá retornar gradualmente a sus actividades realizando el mínimo esfuerzo posible.

3.3. Ruptura prematura de membrana. La ruptura prematura de membranas (RPM) es una ruptura (apertura) de las membranas (bolsa amniótica) antes de que se inicie el trabajo de parto. Si la RPM ocurre antes de las 37 semanas de gestación, se denomina ruptura prematura de membranas pretérmino (RPMP). La RPM es un factor que causa complicaciones ocasionando partos prematuros. Un riesgo significativo de la RPM es que es muy probable que el bebé nazca durante la semana posterior a la ruptura de membranas. Otro riesgo importante de la RPM es el desarrollo de una infección grave de los tejidos de la placenta, llamada corioamnionitis, la cual puede resultar muy peligrosa para la madre y el bebé. Otras complicaciones que pueden ocurrir con la RPM incluyen el desprendimiento de la placenta (separación prematura de la placenta y el útero), la compresión del cordón umbilical, el parto por

cesárea, la infección posparto (después del parto), y la mortalidad. Los síntomas pueden incluir:

- Pérdida o flujo abundante de líquido de la vagina.
- Humedad constante en la ropa interior.

#### 4. Control prenatal:

Se define como la atención periódica y sistemática de la embarazada por integrantes del equipo de salud, para: vigilar la evolución del proceso de gestación, identificar factores de riesgo detectar y tratar oportunamente las complicaciones, referir cuando corresponde y lograr un parto en las mejores condiciones de salud para la madre y su producto.

#### **REQUISITOS BASICOS DE UN CONTROL PRENATAL:**

- Precoz: Primer trimestre de la gestación.
- Periódico o continuo: Depende del riesgo que presenta la embarazada.
- Completo o integral: Contenidos mínimos del control (información, comunicación, protección, recuperación y rehabilitación en salud).
- Amplia cobertura: Metas iguales o superiores al 80%.

En general toda embarazada de bajo riesgo debe recibir al menos 5 atenciones (una inscripción y 4 controles), se determina un número mayor de controles en embarazos de alto riesgo.

El control prenatal se inicia preferentemente en la primeras 12 semanas de gestación y de acuerdo al siguiente calendario:

1ª consulta: Primeras 12 semanas.

2ª consulta: Entre 16-18 semanas

3ª consulta: Entre 24-26 semanas

4ª consulta: Entre 32-34 semanas

5ª consulta: Entre 38-40 semanas

Dentro de la atención inicial del control prenatal se indican las siguientes pruebas de laboratorio: Hematocrito y hemoglobina, tipo y Rh (si se desconoce), examen general de orina, VDRL, Elisa para VIH.

Es importante recordar que todos los datos del control prenatal deben ser registrados en el CLAP (anexo 1).

## **DISEÑO METODOLÒGICO**

Tipo de estudio:

Descriptivo:

Se limita a describir cuidadosamente un caso observado, en el que no ha habido intervención. La descripción en detalle de un caso puede llevar al conocimiento profundo de algún aspecto básico.

### **POBLACIÓN DE ESTUDIO.**

Población elegible.

-Características generales: Neonatos fallecidos en los meses de enero, febrero y marzo del año 2005.

-Contacto: Información recogida del expediente clínico de los fallecidos, obtenidos en el Hospital San Juan de Dios de Santa Ana.

-Criterios de inclusión: -Neonato

-Fallecido

-Que corresponda al periodo de tiempo descrito.

-Caso perteneciente al Hospital San Juan de Dios de Santa Ana.

-Caso atendido y referido de otros hospitales.

-Criterios de exclusión: Neonatos que murieron en otros periodos.

## UNIVERSO Y MUESTRA.

Universo: 26 neonatos atendidos e ingresados en el Hospital San Juan de Dios de Santa Ana durante el primer trimestre del año 2005.

Muestra: 26 neonatos fallecidos durante el primer trimestre del año 2005 en el Hospital San Juan de Dios de Santa Ana.

-Recolección de datos:

- Revisión personalizada del expediente clínico de la población de Estudio.
- Revisión de CLAP.

## RESUMEN DE LA METODOLOGIA DE LA INVESTIGACIÓN.

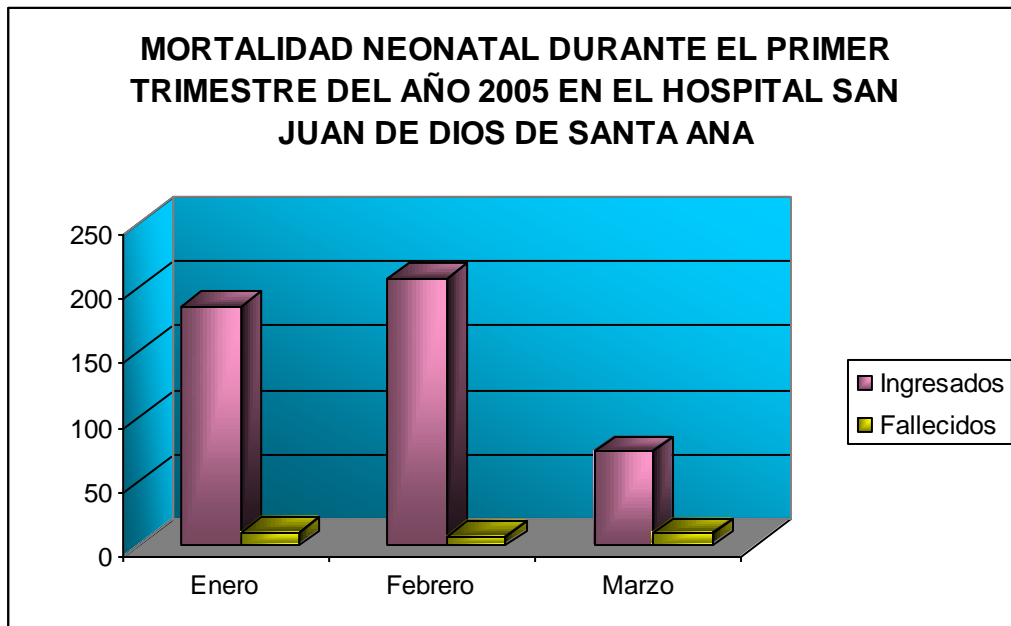
OBJETIVOS	VARIABLES	FUENTE DE INFORMACIÓN	METODO DE RECOLECCIÓN	INDICADORES
-Identificar las enfermedades maternas asociadas a la mortalidad neonatal que ocurren en el Hospital San Juan de Dios de Santa Ana.	-Infecciones: IVU Sífilis VIH -Diabetes -HTA	-Exámenes de laboratorio.  -Exámenes de laboratorio.  -Examen físico.	-Expediente clínico  -Expediente clínico.  .-Expediente clínico.	-EGO (+) / (-) -VDRL (+) / (-) -VIH (+) / (-) -Glicemia. -Toma de PA

-Determinar la relación existente entre la mortalidad neonatal y la edad materna.	-Edad materna	-CLAP	-Expediente clínico.	-Menor de 15 años. -Mayor de 35 años.
-Investigar tipo de parto que se asocia a mayor número de muertes neonatales.	-Parto Normal. -Parto Operatorio.	-CLAP -CLAP	-Expediente clínico. -Expediente clínico.	-Vaginal. Instrumental. -Cesárea.
-Establecer los principales factores de riesgo perinatales asociados a la mortalidad neonatal.	-Toxemia. -Parto Prematuro. -RPM. -Hospital de nacimiento	-Historia Clínica Examen físico Examen de lab. -CLAP -Examen de lab. -Registro de altas departamento de neonatología.	-Expediente clínico -Expediente clínico. -Expediente clínico. -Registro de altas departamento de neonatología.	-Signos, Síntomas Toma de PA Proteinuria, Creatinina -Edad gestacional. -Vaginal Estéril. -Caso atendido en HSJDDSA -Caso referido de otros hospitales
-Definir número de controles prenatales al que asistieron las madres en los casos de muertes neonatales encontrados	-Número de controles.	-CLAP.	-Expediente clínico.	-Asistencia completa. -Asistencia incompleta. -Inasistencia.
-Establecer la relación entre mortalidad neonatal y consumo materno de drogas, alcohol y tabaco.	-Drogas -Alcohol -Tabaco	CLAP CLAP CLAP	-Expediente clínico. -Expediente clínico. -Expediente clínico.	-Drogas -Alcohol -Tabaco -Combinado -Ninguno

**TABLA 1. MORTALIDAD NEONATAL DURANTE EL PRIMER TRIMESTRE DEL AÑO 2005 EN EL HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS DE SANTA ANA.**

MES	Ingresados	Fallecidos	Porcentaje %
Enero	186	10	2.14
Febrero	207	7	1.50
Marzo	73	9	1.93
Total	466	26	5.57

**GRAFICO 1**



Fuente: Registro de altas, departamento de neonatología, Hospital San Juan De Dios de Santa Ana.

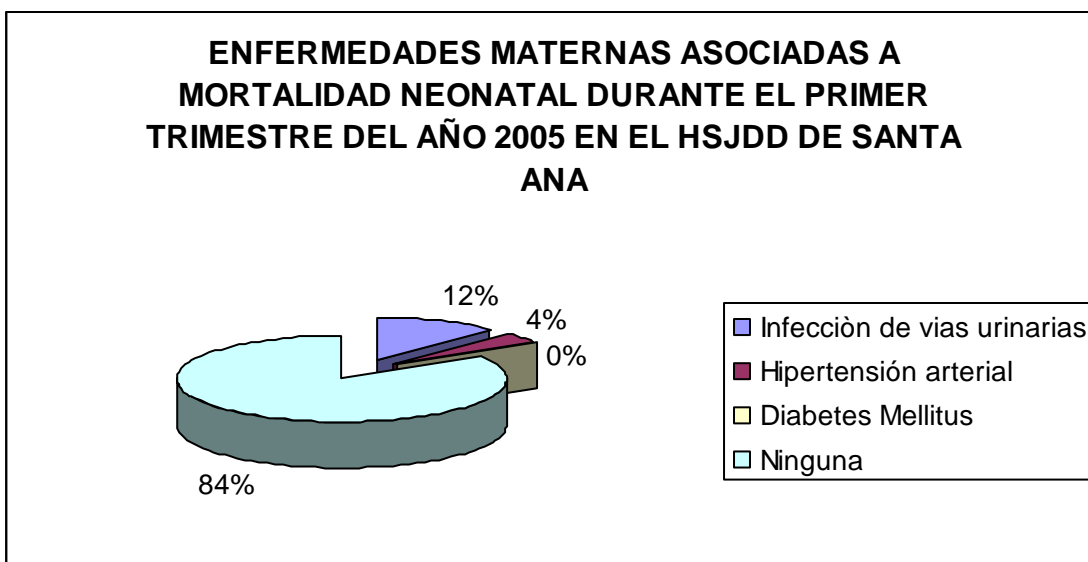
El total de muertes neonatales que se registró en el Hospital San Juan de Dios de Santa Ana en el período de enero a marzo del 2005 fue de 26,

representando un 5.57% del total de pacientes ingresados durante dicho periodo. Sucediendo el mayor porcentaje de estas en el mes de enero.

**TABLA 2. ENFERMEDADES MATERNAS ASOCIADAS A MORTALIDAD NEONATAL DURANTE EL PRIMER TRIMESTRE DEL AÑO 2005 EN EL HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS DE SANTA ANA.**

ENFERMEDAD MATERNA	MORTALIDAD %
Infección de vías urinarias	12
Hipertensión arterial	4
Diabetes Mellitas	0
Ninguna	84
Total	100

**GRAFICO 2**



Fuente: Expediente clínico de las madres en los casos de muertes neonatales, durante el trimestre del año 2005 en el Hospital San Juan de Dios de Santa Ana.

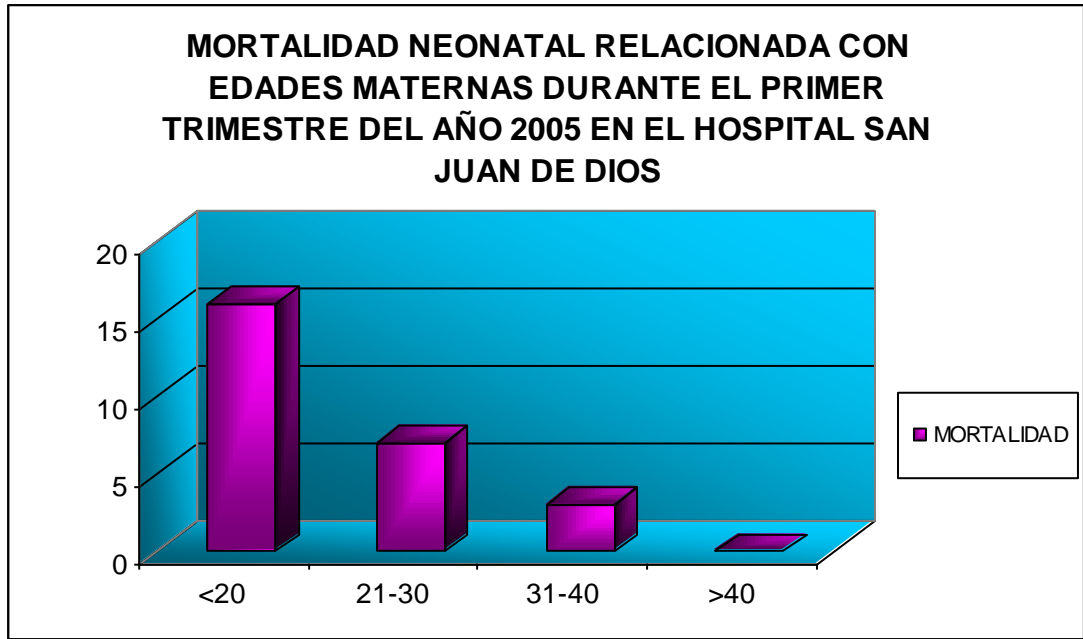


La enfermedad materna que presentó mayor porcentaje de asociación a la mortalidad neonatal fue la infección de vías urinarias, dato importante, siendo esta una enfermedad que se asocia a muchas de las complicaciones del embarazo y el parto. Le sigue la hipertensión arterial y sin reporte de casos asociados a Diabetes. Es importante recalcar que los casos de enfermedades maternas asociadas a mortalidad neonatal representan una minoría en comparación con los que no presentan dicho antecedente.

**TABLA 3. MORTALIDAD NEONATAL RELACIONADA CON EDADES MATERNAS DURANTE EL PRIMER TRIMESTRE DEL AÑO 2005 HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS DE SANTA ANA.**

<b>EDAD MATERNA (AÑOS)</b>	<b>MORTALIDAD</b>
< 20	16
21-30	7
31-40	3
>40	0
Total	26

**GRAFICO 3.**



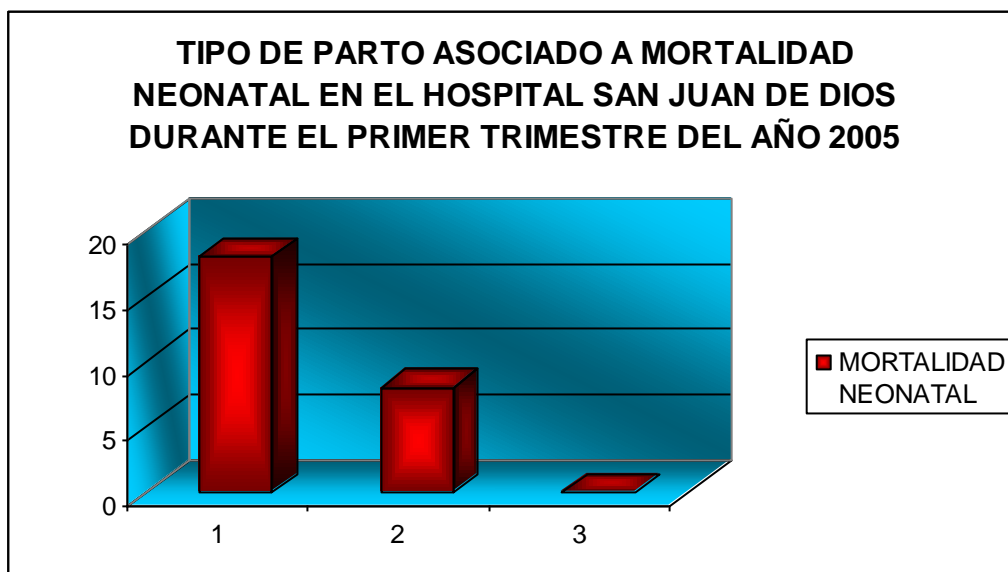
Fuente: Expediente clínico de madres en los casos de muertes neonatales, durante el primer trimestre del año 2005, Hospital San Juan de Dios de Santa Ana.

El rango de edad materna donde se verificó el mayor número de muertes neonatales fue en el < de 20 años, que es donde se incluyen madres adolescentes y embarazos de alto riesgo. El rango de 21-30 años se relacionó a 7 muertes y en mayores de 40 años no se reportó ninguna.

**TABLA 4. TIPO DE PARTO ASOCIADO A MORTALIDAD NEONATAL EN EL HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS DE SANTA ANA DURANTE EL PRIMER TRIMESTRE DEL AÑO 2005.**

No.	TIPO DE PARTO	MORTALIDAD NEONATAL
1	Vaginal	18
2	Cesárea	8
3	Instrumental	0
	Total	26

**GRAFICO 4.**



Fuente: Registro de altas, departamento de Neonatología, Hospital San Juan de Dios de Santa Ana.

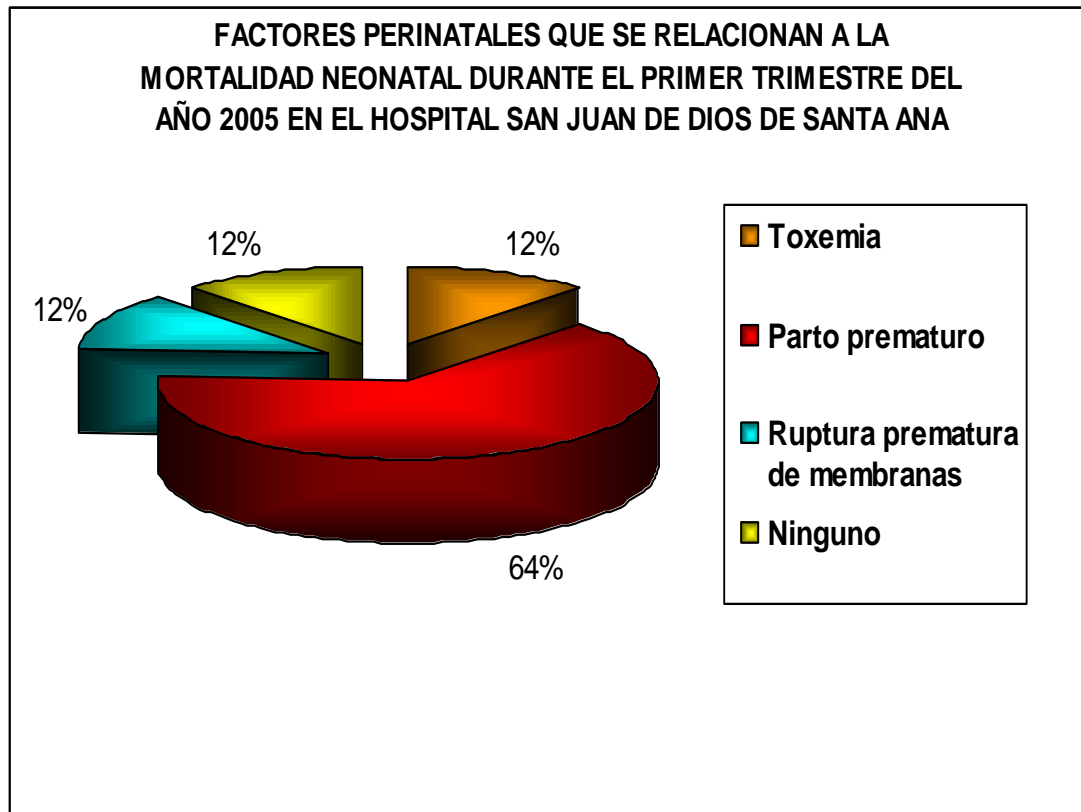
La mayoría de muertes registradas de neonatos, en el Hospital San Juan de Dios de Santa Ana, durante el primer trimestre del año 2005 se asoció a parto por vía vaginal.-

Además se comprobó que durante dicho periodo no se reportó ninguna muerte neonatal por atención instrumental.

**TABLA 5. FACTORES PERINATALES QUE SE RELACIONAN A LA MORTALIDAD NEONATAL DURANTE EL PRIMER TRIMESTRE DEL AÑO 2005 EN EL HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS DE SANTA ANA.**

<b>FACTOR PERINATAL</b>	<b>MORTALIDAD NEONATAL</b>	<b>%</b>
Toxemia	3	12
Parto prematuro	17	64
Ruptura prematura de membranas	3	12
Ninguno	3	12
Total	26	100

**GRAFICO 5.**



Fuente: Expediente clínico de madres en los casos de muertes neonatales, durante el primer trimestre del año 2005, Hospital San Juan de Dios de Santa Ana.

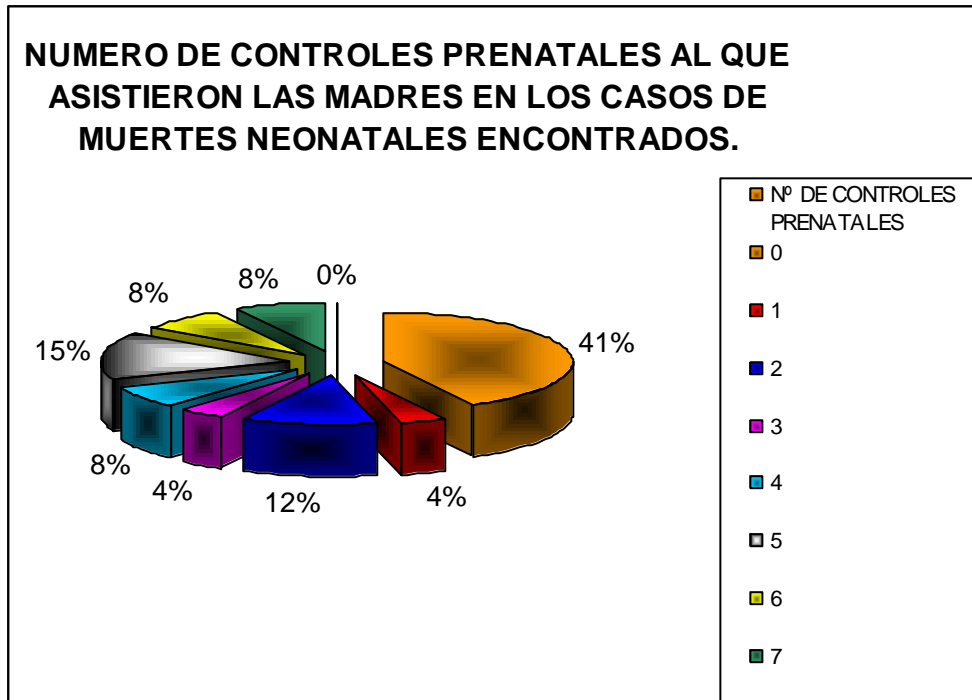
El principal factor perinatal relacionado a la mortalidad neonatal fue la prematuridad, dato que resulta paradójico con respecto a las enfermedades maternas asociadas, recordando que la infección de vías urinarias es un factor de riesgo para parto prematuro encontrándose para esta causa únicamente 3 muertes neonatales relacionadas a esta enfermedad.

Toxemia y ruptura prematura de membranas se encontraron en igual porcentaje.

**TABLA 6. NUMERO DE CONTROLES PRENATALES AL QUE ASISTIERON LAS MADRES EN LOS CASOS DE MUERTES NEONATALES ENCONTRADOS.**

<b>Nº DE CONTROLES PRENATALES</b>	<b>MORTALIDAD NEONATAL</b>	<b>%</b>
0	11	41
1	1	4
2	3	12
3	1	4
4	2	8
5	4	15
6	2	8
7	2	8
Total	26	100

**GRAFICO 6.**



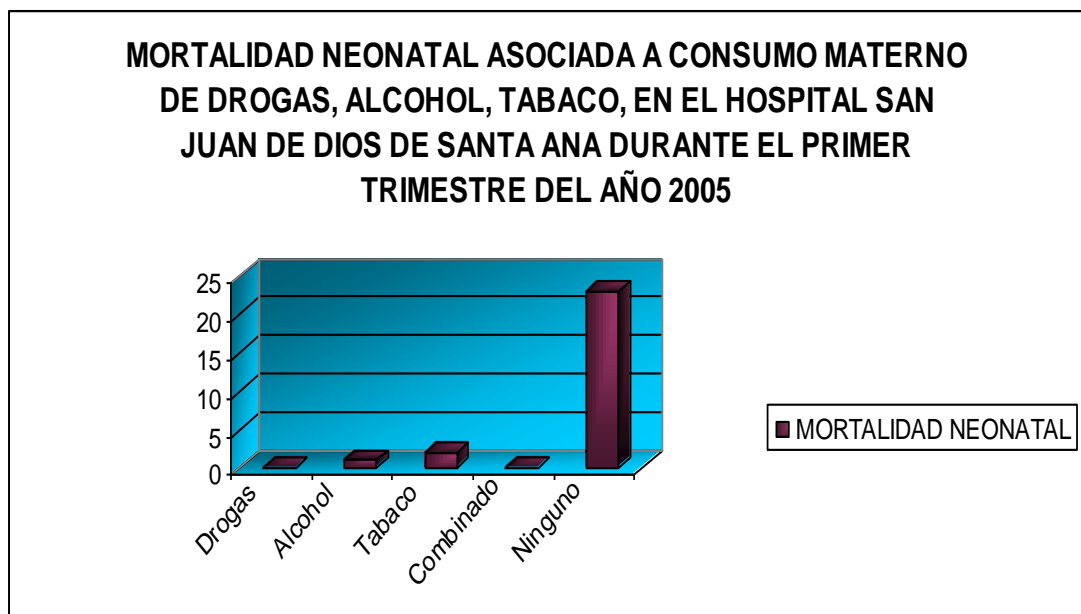
Fuente: Expediente clínico de las madres en los casos de muertes neonatales, durante el primer trimestre del año 2005, Hospital San Juan de Dios de Santa Ana.

De las muertes neonatales registradas, en 41% de los casos, las madres no asistieron a ningún control prenatal, 28% tuvieron una asistencia incompleta, totalizando un 69%, mientras que el 31% tubo una asistencia mayor de 5 controles prenatales, quedando en evidencia el riesgo significativo que conlleva la inasistencia o asistencia irregular al mismo, para poder identificar los factores de riesgo que puedan presentarse durante el embarazo.

**TABLA 7. MORTALIDAD NEONATAL ASOCIADA A CONSUMO MATERNO DE DROGAS, ALCOHOL, TABACO EN EL HOSPITAL SAN DE DIOS DE SANTA ANA DURANTE EL PRIMER TRIMESTRE DEL AÑO 2005.**

<b>PROBLEMAS ADICTIVOS</b>	<b>MORTALIDAD NEONATAL</b>
Drogas	0
Alcohol	1
Tabaco	2
Combinado	0
Ninguno	23
<b>Total</b>	<b>26</b>

**GRAFICO 7.**



Fuente: Expediente clínico de madres en los casos de muerte neonatal, durante el primer trimestre del año 2005 en el Hospital San Juan de Dios de Santa Ana.

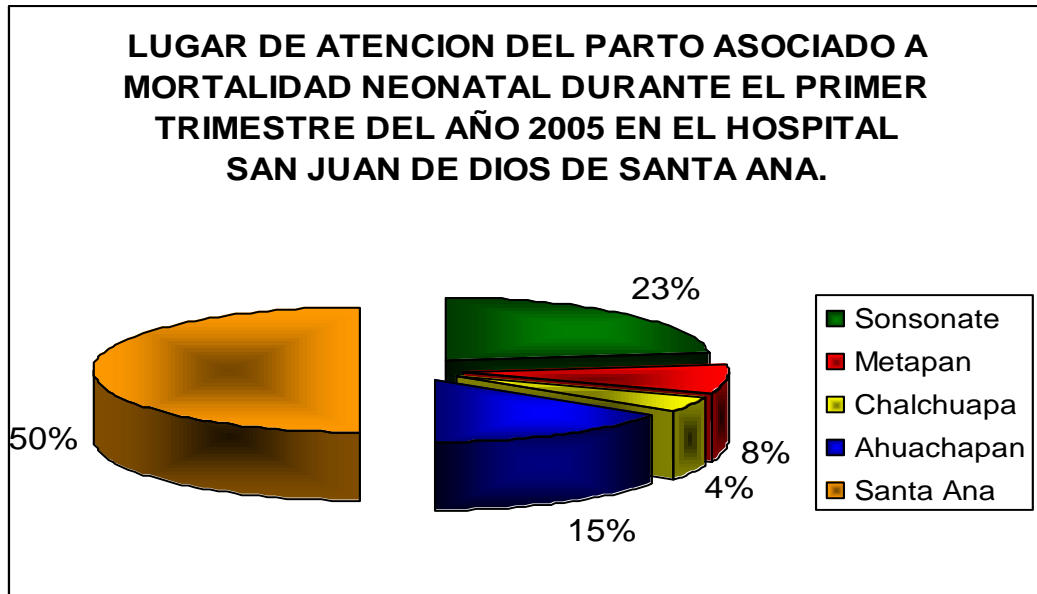


De las 26 muertes neonatales registradas durante el primer trimestre del año 2005 en el Hospital San Juan de Dios de Santa Ana, 23 no presentan asociación con problemas adictivos de la madre, siendo únicamente 2 los casos que se asocian a la ingesta de tabaco y uno al alcoholismo.

**TABLA 8. LUGAR DE ATENCIÓN DEL PARTO ASOCIADO A MORTALIDAD NEONATAL DURANTE EL PRIMER TRIMESTRE DEL AÑO 2005 EN EL HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS DE SANTA ANA.**

<b>HOSPITAL DE ATENCIÓN DEL PARTO</b>	<b>No de partos</b>	<b>Porcentaje</b>
Sonsonate	6	23
Metapan	2	8
Chalchuapa	1	4
Ahuachapan	4	15
Santa Ana	13	50
Total	26	100

**GRAFICO 8.**



Fuente: Registro de altas departamento de neonatología Hospital San Juan de Dios de Santa Ana .

Se registraron 26 muertes neonatales durante el primer trimestre del año 2005, de las cuales un 50% fueron referidos de otros hospitales, de estos la mayoría de referencias se detectaron que fueron realizadas del área de Sonsonate, representando un 23%, seguido en orden descendente por : Ahuachapán, Metapán y Chalchuapa.

## CONCLUSIONES.

- Durante el primer trimestre del año 2005 en el Hospital San Juan de Dios de Santa Ana se atendieron 764 partos de los cuales en 26 casos el producto sufrió alguna complicación y murió.
- Dentro de la mortalidad neonatal, se identificó que la mayoría no se relacionaron a enfermedades maternas, siendo mínimo el porcentaje de enfermedades asociadas; dentro de las cuales, destacan, la infección de vías urinarias, en menor grado la hipertensión arterial y no reportándose casos asociados a diabetes mellitus.
- Se encontró que la edad menor de 20 años, se relacionó a mayor número de muertes neonatales, dicho dato apoya, que la adolescencia es un período en el que la mujer aún no está preparada emocional y físicamente para ser madre; a pesar de esto dentro del rango de 21 a 30 años que incluye la edad óptima para el embarazo se reportan 7 muertes neonatales.
- En el Hospital San Juan de Dios de Santa Ana el parto vaginal fue la vía de parto con mayor asociación a muerte neonatal.
- El presente estudio detecta la prematurez como el factor perinatal de riesgo con mayor asociación a muerte neonatal, constituyendo un 64%, mientras que el porcentaje restante lo constituyen la toxemia, la ruptura prematura de membranas y sin factor asociado en igual proporción.

- La no asistencia a control prenatal se asocia a un mayor número de muertes neonatales, representada por el 41% de los casos reportados.
- En la mayoría de los casos de mortalidad neonatal, las madres no poseen ninguna adicción, reportándose un solo caso de alcoholismo y dos de tabaquismo.
- El 50% de las muertes neonatales registradas durante el primer trimestre del año 2005 fueron casos atendidos y referidos de otros hospitales.

## RECOMENDACIONES.

- Concientizar al personal de salud en la importancia de indagar los antecedentes personales de enfermedad materna, ya que de eso depende la referencia a un nivel de atención especializado, con el fin de evitar complicaciones, dando un manejo adecuado a la madre, y así disminuir la mortalidad neonatal.
- Educar a la población adolescente (< de 20 años) acerca de la importancia de la planificación familiar y promover dichos métodos, así como la asistencia a control prenatal para todas las edades.
- Identificar los embarazos de alto riesgo así como también reconocer tempranamente las indicaciones de cesárea y de este modo evitar partos vaginales complicados en los que se compromete la vida del producto.
- En el control prenatal hacer énfasis en los factores asociados a prematuridad, entre ellos, infección de vías urinarias, edad materna, enfermedad crónica como hipertensión arterial y diabetes mellitus, para dar un manejo adecuado y en los casos que lo ameriten referir a tiempo.
- Concientizar a la población de mujeres en edad fértil sobre la importancia de la asistencia temprana y regular al control prenatal, así como servicios de salud accesibles con calidad y calidez para todas las embarazadas.

- Hacer énfasis en la educación sobre los daños que generan las adicciones maternas sobre el producto de la gestación, así como, indagar más a fondo sobre dichas adicciones maternas al realizar el llenado del CLAP.
- Hacer énfasis en los hospitales periféricos sobre la importancia del manejo del neonato de riesgo así como también reconocer la necesidad de referir a un centro de mayor complejidad.

## BIBLIOGRAFIA

1. Behrman, Richard E.; Kliegman, Robert y Jonson Hal. Nelson Tratado de Pediatría. 17a Edición, Madrid. ELSEVIER. España. S.A 2004. 2618 págs.
2. Cuning, Gary y MacDonald, Paul. Willians Obstetricia. 20a Edición. Buenos Aires, Argentina. Editorial Médica Panamericana, S.A. 1998. 1352 págs.
3. Klaus, Marshall; Fanaroff, Abrió. Asitencia del Recien Nacido de Alto Riesgo. 2ª Edición. Buenos Aires, Argentina. Editorial Médica Panamericana S.A. 1981. 416 págs.
4. Monreal, José Luis, Diccionario de Medicina Mosby. Barcelona, España. CARVIGRAF, S.A.L. 2000. 1436 págs.
5. Polit, Dense y Hungler, Bernadette. Investigación Científica en Ciencias de la Salud. 6ª edición . Mexico. Mc GRAW-HILL INTERAMERICANA EDITORES, S.A. de C.V. 2000. 715 págs.
6. Schwartz, Willians. Manual Clínico de Pediatría. Mc GRAW-HILL INTERAMERICANA EDITORES, S.A. de C.V. 1998. 862 págs.
7. Manual de Terapeutica de Medica Pediatrica. Hospital Nacional Benjamín Bloom. 3ª Edición. Impresos Multiples, S.A de C.V 2003. 440 págs.
8. Normas de Manejo Pediatrico. Hospital San Juan de Dios de Santa Ana. Departamento de Pediatría 2ª Edición. 2001.

9. "Actualizaciones McKesson," Revista Medica. Vol 1. 1994.
10. "Mortalidad Neonatal", Revista Cubana de Salud Pública. Vol. 1 1998.
11. "Riesgo en el Neonato", Revista Boehringer Promeco. Vol. 2 # 5 Edición para Centroamérica. 1998.
12. Directiva Técnica Nacional para la Atención de la Mujer durante el Embarazo, parto, puerperio y del recién nacido. MSPAS. El Salvador. Centroamérica. 2001.
13. Doctor Alfredo Laffita Batista y Juan Manuel Ariosa. Hospital Docente Ginecoobstétrico América Arias de la Habana. Cuba, 2000-20002.
14. Oporta Julio César. Comportamiento de la Mortalidad Perinatal y Neonatal durante el periodo de octubre de 1991 a diciembre 1992. H:R.C.O.S Juigalpa 1993.
15. Otto. M Angélica y Martínez Lidia. Mortalidad neonatal en Hospital San Juan de Dios. Bolivia 1991. Casa Virginia PP 120-124.
16. [biomed.uninet.edu/2005/n2/Leiva.html](http://biomed.uninet.edu/2005/n2/Leiva.html)-37k.
17. Marina Padilla de Gil [www.cemera.uchile](http://www.cemera.uchile).
18. [www.inmedsuc.com](http://www.inmedsuc.com) Revista instituto medico de Sucre.



# **ANEXOS**

# ANEXO 1

## Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social El Salvador C.A.



**CLAP - OPS/OMS HISTORIA CLINICA PERINATAL**

**NOMBRE** \_\_\_\_\_ **EDAD** años \_\_\_\_\_ **ALFA BETA** si  no  **ESTUDIOS** ning.  sec.  años aprob.  **ESTADO CIVIL** casada  unión estable  soltera  otro  **LUGAR DE CONTROL PRENATAL (ORIGEN)** \_\_\_\_\_ **LUGAR DE PARTO (ESTABLECIMIENTO)** \_\_\_\_\_ **NUMERO H.C.** \_\_\_\_\_

**DOMICILIO** \_\_\_\_\_ **TELEFONO** \_\_\_\_\_

**ANTECEDENTES**

**FAMILIARES** diabetes  no  si  TBC pulmonar  no  si  hipertensión  no  si  gemelares  no  si  otros  **PERSONALES** TBC  no  si  diabetes  no  si  hipertensión  no  si  VIH+  no  si  cirugía pélvica  no  si  infertilidad  no  si  otros  **OBSTETRICOS** gestas  abortos  vaginales  nacidos vivos  viven  fin anterior embarazo  no  si  mes \_\_\_\_\_ año \_\_\_\_\_ **partos**  cesáreas  **nacidos muertos**  muertos 1° sem.  después 1° sem.  RN con mayor peso  g \_\_\_\_\_ **ninguno o más de 3 partos algún RN menor de 2500 gr prematuros gemelares**

**EMBARAZO ACTUAL** **PESO ANTERIOR** kg \_\_\_\_\_ **TALLA (cm)** \_\_\_\_\_ **FECHA** día \_\_\_\_\_ mes \_\_\_\_\_ año \_\_\_\_\_ **DUDAS**  si  no  **ANTITETANICA** previa  no  si  actual  no  si  2<sup>da</sup>  no  si  mes gesta \_\_\_\_\_ **GRUPO Rh** \_\_\_\_\_ **FUMA** si  no  cigarrillos \_\_\_\_\_ por día \_\_\_\_\_ **ALCOHOL** si  no  **DROGAS** si  no  **HOSPITALIZACIÓN EN EMBARAZO** no  si  **LUGAR DE TRASLADO** \_\_\_\_\_ **TRASLADO** No Envío  Recepción

**EX. CLINICO** normal  no  **EX. MAMAS** normal  no  **EX. ODONT.** normal  no  **PELVIS** normal  no  **PAPANIC.** normal  no  **COLPOSCOPIA** normal  no  **CERVIX** normal  no  **VDRL**  +  -  día \_\_\_\_\_ mes \_\_\_\_\_ **VDRL**  +  -  día \_\_\_\_\_ mes \_\_\_\_\_ **Hb** \_\_\_\_\_ día \_\_\_\_\_ mes \_\_\_\_\_ **Hb** \_\_\_\_\_ día \_\_\_\_\_ mes \_\_\_\_\_

**Fecha de la consulta** 1/ \_\_\_\_\_ 2/ \_\_\_\_\_ 3/ \_\_\_\_\_ 4/ \_\_\_\_\_ 5/ \_\_\_\_\_ 6/ \_\_\_\_\_ 7/ \_\_\_\_\_ 8/ \_\_\_\_\_ 9/ \_\_\_\_\_

**Semanas de amenorrea** \_\_\_\_\_ **Peso (Kg)/edema** \_\_\_\_\_ **Tensión arterial** Máx./mín. (mm Hg) \_\_\_\_\_ **Alt. uterina** \_\_\_\_\_ **presen. pubis fondo** Cat./Pelv./Tr. \_\_\_\_\_ **F.C.F.** (lat./min.) \_\_\_\_\_ **mov. fetal** \_\_\_\_\_ **Riesgo actual** \_\_\_\_\_ **Nombre y apellido** \_\_\_\_\_

**PARTO**  **ABORTO**  **CANTIDAD DE CONSULTAS PRENATALES** \_\_\_\_\_ **INGRESO** día \_\_\_\_\_ mes \_\_\_\_\_ año \_\_\_\_\_ **EDAD GEST.** sem. \_\_\_\_\_ menor 37  mayor 41  **PRES.** cel.  pelv.  tran.  **TAMAÑO FETAL ACORDE**  si  no  **INICIO esp.**  ind.  ces.  elect.  **MEMBRANAS** int.  hora \_\_\_\_\_ min. \_\_\_\_\_ día \_\_\_\_\_ mes \_\_\_\_\_ fecha ruptura \_\_\_\_\_

**TRABAJO DE PARTO** hora \_\_\_\_\_ **tensión arterial** máx./mín. (mm Hg) \_\_\_\_\_ **contracciones** /frec./10min./duración segundos \_\_\_\_\_ **altura** ver. posic. \_\_\_\_\_ **F.C.F.** (latidos/min.) \_\_\_\_\_ **F.C. mat.** (latidos/min.) \_\_\_\_\_ **diat. cervical** \_\_\_\_\_ **meconio** \_\_\_\_\_ **PATOLOGIAS** ninguna  emb. múltiple  hipert. previa  preeclampsia  eclampsia  cardiopatía  diabetes  infección urinaria  orden otras infecciones  parasitosis  R.C.I.U.  amen. parto prem.  desprop. cel. pelv.  hemorragia 1° trim.  hemorragia 2° trim.  hemorragia 3° trim.  anemia crónica  rot. pre. memb.  infec. puerp.  hemor. puerp.  otras

**TERMINACION** espontánea  forceps  cesárea  otra  hora \_\_\_\_\_ min \_\_\_\_\_ día \_\_\_\_\_ mes \_\_\_\_\_ año \_\_\_\_\_ **NIVEL DE ATENCION** 3°  2°  1°  domic.  otro  **N° H.C. RN** \_\_\_\_\_ **nombre RN** \_\_\_\_\_ **INDICACION PRINCIPAL DE PARTO OPERATORIO O INDUCCION** \_\_\_\_\_ **ATENDIO** médico  enf./obst.  auxil.  estud./empir.  otro

**MUERTE** Intraut.  no  emb.  si  **EPISIOTOMIA** no  si  **ALUMB.** espontáneo  no  si  **PLACENTA** completa  no  si  **PARTO**  **NEONATO**  **RESPONSABLE** \_\_\_\_\_ **DESGARROS** no  si  **MEDICACION EN PARTO** ninguna  anest. regional  anest. general  analges. tranquil.  ootoc.  antibióticos  otros

**RECIEEN NACIDO** **TALLA** \_\_\_\_\_ **EDAD POR EX. FISICO** \_\_\_\_\_ **PESO E.G.** \_\_\_\_\_ **APGAR** minuto 5° \_\_\_\_\_ **REANIM. RESPIR.** no  máscara  tubo  **VDRL**  +  -  **PUERPERIO** horas o días post parto o aborto \_\_\_\_\_ **temperatura** \_\_\_\_\_ **pulso (lat./min.)** \_\_\_\_\_ **tensión arterial** máx./mín. (mm Hg) \_\_\_\_\_ **invol. uterina** \_\_\_\_\_ **características de loquios** \_\_\_\_\_

**EXAMEN FISICO** **PATOLOGIAS** ninguna  hemorragia  neuroológicas  otras  memb. hialina  hiperbilirrub.  metab./nutric.  VIH+  sind. aspirat.  otras hematol.  sind. abstinencia  apnea  infecciones  otros SDR  defectos cong.  otras  **ALAJAMIENTO CONJUNTO** si  no  **HOSPITALIZADO** si  no

**B.C.G.** si  no  **BLOQUEO ANTIPOLIO** si  no

**EGRESO RN** hora \_\_\_\_\_ día \_\_\_\_\_ mes \_\_\_\_\_ **sano**  traslado  **con patol.**  fallece  **ALIMENTO** Pecho  mixto  artificial  **PESO AL EGRESO** \_\_\_\_\_ g \_\_\_\_\_ **EGRESO MATERNO** día \_\_\_\_\_ mes \_\_\_\_\_ año \_\_\_\_\_ **sana**  traslado  **con patol.**  fallece  **ANTICONCEPCION** condon  DIU  pildora  referida  **ligadura tubaria**  **ritmo**  otro

**RESPONSABLE** \_\_\_\_\_ **RESPONSABLE** \_\_\_\_\_



Gerencia de Atención Integral en Salud a la Mujer





# Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social El Salvador C.A.



CLAP - OPS/OMS		CARNET PERINATAL		EDAD	ALFA BETA	ESTUDIOS	ESTADO CIVIL	LUGAR DE CONTROL PRENATAL (ORIGEN)	LUGAR DE PARTO (ESTABLECIMIENTO)	NUMERO H.C.																																																																						
NOMBRE:		DOMICILIO:		LOCALIDAD:		TELEFONO:																																																																										
<b>ANTECEDENTES</b> FAMILIARES: diabetes <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> si, hipertensión <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> si, gemelares <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> si, otros <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> si PERSONALES: TBC <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> si, diabetes <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> si, hipertensión <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> si, otros <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> si, cirugía pélvica <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> si, infertilidad <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> si, VIH+ <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> si		<b>OBSTETRICOS</b> gestas: <input type="checkbox"/> ninguna o más de 3 partos, <input type="checkbox"/> algún RN menor de 2500 gr, <input type="checkbox"/> gemelares, <input type="checkbox"/> prematuros abortos: <input type="checkbox"/> vaginales, <input type="checkbox"/> cesáreas nacidos vivos: <input type="checkbox"/> nacidos muertos, <input type="checkbox"/> muertos Tra. sem., <input type="checkbox"/> después 1° sem.																																																																														
<b>EMBARAZO ACTUAL</b> PESO ANTERIOR: <input type="text"/> Kg, TALLA (cm): <input type="text"/> EX. CLINICO: <input type="checkbox"/> normal, <input type="checkbox"/> no normal, EX. MAMAS: <input type="checkbox"/> normal, <input type="checkbox"/> no normal, EX. ODONT.: <input type="checkbox"/> normal, <input type="checkbox"/> no normal, PELVIS: <input type="checkbox"/> normal, <input type="checkbox"/> no normal, PAPANIC.: <input type="checkbox"/> normal, <input type="checkbox"/> no normal, COLPOSCOPIA: <input type="checkbox"/> normal, <input type="checkbox"/> no normal, CERVIIX: <input type="checkbox"/> normal, <input type="checkbox"/> no normal, VDRL: <input type="checkbox"/> día, <input type="checkbox"/> mes		DUDAS: <input type="checkbox"/> no, <input type="checkbox"/> si, ANTI TETANICA: <input type="checkbox"/> actual, <input type="checkbox"/> previa, <input type="checkbox"/> 1°, <input type="checkbox"/> 2°/R, mes gesta: <input type="text"/> GRUPO Rh: <input type="checkbox"/> +, <input type="checkbox"/> -, FUMAR: <input type="checkbox"/> si, <input type="checkbox"/> no, cigarrillos por día: <input type="text"/> ALCOHOL: <input type="checkbox"/> si, <input type="checkbox"/> no, DROGAS: <input type="checkbox"/> si, <input type="checkbox"/> no		HOSPITALIZACION EN EMBARAZO: <input type="checkbox"/> no, <input type="checkbox"/> si, LUGAR DE TRASLADO: <input type="text"/> TRASLADO: <input type="checkbox"/> No, <input type="checkbox"/> Envío, <input type="checkbox"/> Recepción																																																																												
<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th>Fecha de la consulta</th> <th>1</th> <th>2</th> <th>3</th> <th>4</th> <th>5</th> <th>6</th> <th>7</th> <th>8</th> <th>9</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>semanas de amenorrea</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>peso (kg) edemás</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>tensión arterial máx./mín (mm Hg)</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>alt. uterina / presen. pubis fondo / Cef. / Pelv. / Tr. F.C.F. (lat/min) / mov. fetal</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>riesgo Actual</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>nombre y apellido</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </tbody> </table>											Fecha de la consulta	1	2	3	4	5	6	7	8	9	semanas de amenorrea										peso (kg) edemás										tensión arterial máx./mín (mm Hg)										alt. uterina / presen. pubis fondo / Cef. / Pelv. / Tr. F.C.F. (lat/min) / mov. fetal										riesgo Actual										nombre y apellido									
Fecha de la consulta	1	2	3	4	5	6	7	8	9																																																																							
semanas de amenorrea																																																																																
peso (kg) edemás																																																																																
tensión arterial máx./mín (mm Hg)																																																																																
alt. uterina / presen. pubis fondo / Cef. / Pelv. / Tr. F.C.F. (lat/min) / mov. fetal																																																																																
riesgo Actual																																																																																
nombre y apellido																																																																																
<b>ABORTO</b> EDAD GEST. sem.: <input type="text"/> PRES. cef.: <input type="checkbox"/> no, <input type="checkbox"/> si, pelv.: <input type="checkbox"/> no, <input type="checkbox"/> si, tran.: <input type="checkbox"/> no, <input type="checkbox"/> si		TAMANO FETAL acorde: <input type="checkbox"/> si, <input type="checkbox"/> no INICIO esp.: <input type="checkbox"/> ind., <input type="checkbox"/> pes. elect., <input type="checkbox"/> rot.		MEMB. int.: <input type="checkbox"/> no, <input type="checkbox"/> si		TERMINACION espont. <input type="checkbox"/> no, <input type="checkbox"/> si, forceps <input type="checkbox"/> no, <input type="checkbox"/> si, cesárea <input type="checkbox"/> no, <input type="checkbox"/> si, otra <input type="checkbox"/> no, <input type="checkbox"/> si		PATOLOGIAS: ninguna <input type="checkbox"/> no, <input type="checkbox"/> si, emb. múltiple <input type="checkbox"/> no, <input type="checkbox"/> si, hipt. previa <input type="checkbox"/> no, <input type="checkbox"/> si, preeclampsia <input type="checkbox"/> no, <input type="checkbox"/> si, eclampsia <input type="checkbox"/> no, <input type="checkbox"/> si, cardiopatía <input type="checkbox"/> no, <input type="checkbox"/> si, diabetes <input type="checkbox"/> no, <input type="checkbox"/> si, infección urinaria <input type="checkbox"/> no, <input type="checkbox"/> si, otras infec. <input type="checkbox"/> no, <input type="checkbox"/> si, anemia crónica <input type="checkbox"/> no, <input type="checkbox"/> si, rot. prem. memb. <input type="checkbox"/> no, <input type="checkbox"/> si, infec. puerp. <input type="checkbox"/> no, <input type="checkbox"/> si, hem. puerp. <input type="checkbox"/> no, <input type="checkbox"/> si, otras <input type="checkbox"/> no, <input type="checkbox"/> si																																																																								
<b>PARTO</b> MUERTE Intraut. <input type="checkbox"/> no, <input type="checkbox"/> si, emb. <input type="checkbox"/> no, <input type="checkbox"/> si, si parto <input type="checkbox"/> si, <input type="checkbox"/> ignora momento		EPISIOTOMIA <input type="checkbox"/> no, <input type="checkbox"/> si, DESGARROS <input type="checkbox"/> no, <input type="checkbox"/> si		ALUMB. espontáneo <input type="checkbox"/> si, <input type="checkbox"/> no, PLACENTA completa <input type="checkbox"/> si, <input type="checkbox"/> no		INDICACION PRINCIPAL DE PARTO OPERATORIO O INDUCCION: <input type="text"/>		NIVEL DE ATENCION: 3° <input type="checkbox"/> no, <input type="checkbox"/> si, 2° <input type="checkbox"/> no, <input type="checkbox"/> si, 1° <input type="checkbox"/> no, <input type="checkbox"/> si, domic. <input type="checkbox"/> no, <input type="checkbox"/> si, otro <input type="checkbox"/> no, <input type="checkbox"/> si		RECIENTE NACIDO: NOMBRE: <input type="text"/> N° H.C. RN: <input type="text"/>																																																																						
<b>PUERPERIO</b> SEXO: <input type="checkbox"/> f, <input type="checkbox"/> m, PESO AL NACER: <input type="text"/> g, TALLA: <input type="text"/> cm, EDAD POR EX. FISICO: <input type="text"/> sem., PESO E.G.: <input type="text"/> g, APGAR 1° minuto: <input type="text"/> , 5° minuto: <input type="text"/> , REANIM. RESPIRAT.: <input type="checkbox"/> no, <input type="checkbox"/> si, máscara <input type="checkbox"/> no, <input type="checkbox"/> si, tubo <input type="checkbox"/> no, <input type="checkbox"/> si, VDRL: <input type="checkbox"/> -, <input type="checkbox"/> +		EXAMEN FISICO: normal <input type="checkbox"/> no, <input type="checkbox"/> si, anormal <input type="checkbox"/> no, <input type="checkbox"/> si, PATOLOGIAS: ninguna <input type="checkbox"/> no, <input type="checkbox"/> si, memb. hialina <input type="checkbox"/> no, <input type="checkbox"/> si, sind. aspirat. <input type="checkbox"/> no, <input type="checkbox"/> si, apnea <input type="checkbox"/> no, <input type="checkbox"/> si, otros SDR <input type="checkbox"/> no, <input type="checkbox"/> si, hemorragia <input type="checkbox"/> no, <input type="checkbox"/> si, hiperbilirrub. <input type="checkbox"/> no, <input type="checkbox"/> si, otras hematol. <input type="checkbox"/> no, <input type="checkbox"/> si, infecciones <input type="checkbox"/> no, <input type="checkbox"/> si, defectos cong. <input type="checkbox"/> no, <input type="checkbox"/> si, neurológicas <input type="checkbox"/> no, <input type="checkbox"/> si, metab./nutric. <input type="checkbox"/> no, <input type="checkbox"/> si, VIH+ <input type="checkbox"/> no, <input type="checkbox"/> si, sind. abstinencia <input type="checkbox"/> no, <input type="checkbox"/> si, otras <input type="checkbox"/> no, <input type="checkbox"/> si		ALOJAMIENTO CONJUNTO: <input type="checkbox"/> si, <input type="checkbox"/> no		HOSPITALIZADO: <input type="checkbox"/> no, <input type="checkbox"/> si, ALQJ CONJ.: <input type="checkbox"/> si, <input type="checkbox"/> no		HORAS O DIAS POST PARTO O ABORTO: <input type="text"/> temperatura: <input type="text"/> pulso (lat./min.): <input type="text"/> tensión arterial máx./mín (mm Hg): <input type="text"/> invol. uterina: <input type="checkbox"/> no, <input type="checkbox"/> si características de loquios: <input type="text"/>																																																																								
EGRESO RN: hora: <input type="text"/> , día: <input type="text"/> , mes: <input type="text"/> sano <input type="checkbox"/> no, <input type="checkbox"/> si, con patol. <input type="checkbox"/> no, <input type="checkbox"/> si, falleció <input type="checkbox"/> no, <input type="checkbox"/> si		ALIMENTO: pecho <input type="checkbox"/> no, <input type="checkbox"/> si, mixto <input type="checkbox"/> no, <input type="checkbox"/> si, artificial <input type="checkbox"/> no, <input type="checkbox"/> si		PESO AL EGRESO: <input type="text"/> g		EGRESO MATERNO: día: <input type="text"/> , mes: <input type="text"/> , año: <input type="text"/> sana <input type="checkbox"/> no, <input type="checkbox"/> si, con patol. <input type="checkbox"/> no, <input type="checkbox"/> si, falleció <input type="checkbox"/> no, <input type="checkbox"/> si		ANTICONCEPCION: condon <input type="checkbox"/> no, <input type="checkbox"/> si, ligadura tubaria <input type="checkbox"/> no, <input type="checkbox"/> si, DIU <input type="checkbox"/> no, <input type="checkbox"/> si, referida <input type="checkbox"/> no, <input type="checkbox"/> si, píldora <input type="checkbox"/> no, <input type="checkbox"/> si, otro <input type="checkbox"/> no, <input type="checkbox"/> si																																																																								
Responsable		Responsable																																																																														

CPRESRVP-10000

Patrones de altura uterina e incremento de peso materno según edad gestacional. Una vez conocida la edad gestacional, se la ubica en la gráfica y se comparan los valores obtenidos con los centiles (P10, P25y P90) graficados.

## GLOSARIO

1. Amenorrea: Es la ausencia de menstruación y constituye un proceso fisiológico antes de la maduración sexual, durante el embarazo, tras la menopausia y durante la fase ínter menstrual del ciclo hormonal normal.
2. Bajo peso al nacer: El primer peso neonatal obtenido después del nacimiento es inferior a 2500 gramos.
3. Control prenatal: Es la atención periódica y sistemática de la embarazada por integrantes del equipo de salud, para: vigilar la evolución del proceso de gestación, identificar factores de riesgo; detectar y tratar oportunamente las complicaciones; referir al nivel de mayor complejidad cuando corresponde; brindar contenidos educativos (consejería); y lograr un parto en las mejores condiciones de salud para la madre y su hijo o hija.
4. Eclampsia: Se realiza el diagnóstico de eclampsia cuando por la hipertensión inducida por el embarazo son precipitadas las convulsiones.
5. Embarazo de alto riesgo: Es aquel que ocurre en una mujer que tiene factores de riesgo reproductivo y/o durante el cual se presenta alguna patología que lo complique.

6. Embarazo de bajo riesgo: es aquel que ocurre en una mujer que no tiene factores de riesgo reproductivo y que transcurre únicamente con los cambios habituales de ese estado y, por lo tanto, no compromete la salud de la madre y/o la de su hijo(a).
  
7. Enfermedad de membrana hialina: Es un cuadro de dificultad respiratoria propio de los Recién Nacidos Pretérmino. La enfermedad se produce por falta de surfactante pulmonar, sustancia que tiene como función reducir las fuerzas de tensión superficial de los alvéolos y así mantener la estabilidad y volumen de los pulmones en la espiración. Como resultado de la deficiencia de surfactante hay una tendencia al colapso alveolar, lo que produce una atelectasia progresiva con un corto circuito circulatorio intrapulmonar que lleva a una hipoxemia creciente.
  
8. Mortalidad neonatal: La mortalidad neonatal temprana se refiere a la muerte de un niño nacido vivo durante los primeros siete días posteriores al nacimiento. La muerte neonatal tardía se refiere a la muerte de un niño después de los siete pero antes de los 29 días.
  
9. Oligohidramnios: Volumen disminuido de líquido amniótico, y se define como un índice del mismo inferior a 5 cm.
  
10. Parto prematuro: Nacimiento del producto después de las 20 y antes de las 37 semanas de gestación.
  
11. Periodo neonatal: periodo comprendido entre el nacimiento y los primeros 28 días de vida.

12. Periodo expulsivo: Segundo estadio del trabajo de parto comienza cuando la dilatación del cuello es completa y termina con el parto del feto.
13. Periodo de dilatación: Primer estadio del trabajo de parto comienza cuando aparecen contracciones uterinas con una frecuencia, intensidad y duración suficientes como para producir el borramiento y la progresiva dilatación del cuello uterino.
14. Polihidramnios: Cantidad excesiva de líquido amniótico de forma arbitraria más de 2000 ml.
15. Retraso del crecimiento intrauterino: se considera que un feto presenta retardo del crecimiento intrauterino cuando se le estima un peso inferior al que le correspondería para su edad gestacional
16. Ruptura prematura de membranas: se define como la solución de continuidad espontánea de la membrana corioamniótica antes del inicio del trabajo de parto.
26. Sufrimiento fetal agudo: El diagnóstico de sufrimiento fetal agudo se basa en patrones de la frecuencia cardíaca fetal las desaceleraciones desaceleraciones de la misma proporcionan claves acerca de los sucesos intrauterinos.
17. Trastornos hipertensivos del embarazo: Se divide en tres categorías hipertensión sola, preeclampsia y eclampsia, el diagnóstico se hace cuando la presión arterial es de 140/90 mmhg o mayor.