

**UNIVERSIDAD DE EL SALVADOR  
FACULTAD MULTIDISCIPLINARIA ORIENTAL  
DEPARTAMENTO DE MEDICINA  
CARRERA DE DOCTORADO EN MEDICINA**



**TRABAJO DE INVESTIGACIÓN:**

**ENFERMEDADES MÁS FRECUENTES EN NEONATOS  
ATENDIDOS EN LAS UNIDADES DE SALUD DE CHIRILAGUA,  
EL ZAMORÁN Y LAS PLACITAS, DEL DEPARTAMENTO DE  
SAN MIGUEL. PERÍODO DE JULIO A SEPTIEMBRE DE 2004.**

**INFORME FINAL PRESENTADO POR:**

**NELSON ULISES BONILLA VELÁSQUEZ  
JACKELINE JENNIFER SOSA GARCÍA  
CARLOS MAURICIO ZELAYA ESCOBAR**

**PARA OPTAR POR EL GRADO DE:  
DOCTORADO EN MEDICINA**

**DOCENTE DIRECTOR:  
DOCTOR CARLOS ROBERTO CRUZ SALGADO.**

**NOVIEMBRE DE 2004.**

**SAN MIGUEL, EL SALVADOR, CENTRO AMÉRICA.**

**UNIVERSIDAD DE EL SALVADOR**

**AUTORIDADES**

DOCTORA MARÍA ISABEL RODRÍGUEZ  
**RECTORA**

INGENIERO ORLANDO MACHUCA GÓMEZ  
**VICERRECTOR ACADÉMICO**

LICENCIADA MARÍA HORTENSIA DUEÑAS DE GARCÍA.  
**VICERRECTORA ADMINISTRATIVA**

LICENCIADA LIDIA MARGARITA MUÑOZ VELA  
**SECRETARIA GENERAL**

**FACULTAD MULTIDISCIPLINARIA ORIENTAL**

**INGENIERO JUAN FRANCISCO MÁRMOL CANJURA  
DECANO INTERINO**

**LICENCIADA LOURDES ELIZABETH PRUDENCIO COREAS.  
SECRETARIA**

**DEPARTAMENTO DE MEDICINA**

DOCTORA LIGIA JEANNET LÓPEZ LEIVA  
**JEFA DEL DEPARTAMENTO**

LICENCIADA ELBA MARGARITA BERRIOS CASTILLO  
**COORDINADORA GENERAL DE PROCESOS DE GRADUACIÓN**

DOCTOR JOSÉ ROBERTO CRUZ SALGADO.  
**DOCENTE DIRECTOR**

LICENCIADO JOSÉ ENRY GARCÍA  
**ASESOR DE ESTADÍSTICA**

LICENCIADA ELBA MARGARITA BERRIOS CASTILLO  
**ASESORA DE METODOLOGÍA**

## **AGRADECIMIENTOS**

### **A DIOS TODOPODEROSO:**

Por habernos dado la fortaleza necesaria para superar los obstáculos en el transcurso de nuestra carrera y a la vez culminarla con éxito.

### **A NUESTROS MAESTROS DE LA UNIVERSIDAD:**

Dr. José Ricardo Elías Portillo, Dr. José Rubén Velásquez Paz, Dr. Saúl René Pérez García, Dr. Daniel de Jesús Linares, Dra. Norma Osiris Sánchez de Jaime y el resto de docentes, por habernos transmitido sus valiosos conocimientos para capacitarnos como profesionales.

### **A NUESTROS ASESORES:**

Licda. Elba Margarita Berrios Castillo, Dr. Carlos Roberto Cruz Salgado, Dr. José Ricardo Elías Portillo y Lic. Enry García, por orientarnos y ayudarnos en el momento crucial de nuestra carrera.

## **DEDICATORIA**

### **A DIOS TODOPODEROSO:**

Por concederme la oportunidad y la capacidad de alcanzar uno de mis grandes ideales en una profesión tan útil y digna.

### **A MIS PADRES:**

Félix Alexander Bonilla Madrid y Digna Consuelo Velásquez Paz, por sus esfuerzos, comprensión e incondicional apoyo a mi formación personal y académica a través de sus consejos.

### **A MIS HERMANOS:**

Robert Alexander, Néstor Fabricio, Douglas Edmundo, que me sirvieron como ejemplo e incentivo constante.

### **A MIS SOBRINOS:**

Mirian, Gabriela, Alejandro, Sofía y Valeria, quienes con su inocencia , me transmitieron alegría y entusiasmo.

### **A MIS ABUELOS, TIOS Y DEMÁS FAMILIARES:**

Con sincero afecto, admiración y gratitud.

**Nelson Ulises.**

## **DEDICATORIA**

### **A DIOS, NUESTRO SEÑOR:**

Por haberme iluminado, guiado, protegido, brindarme fortaleza en el transcurso de mi vida y sobretodo darme la oportunidad de seguir con vida para continuar recogiendo el fruto de sus bendiciones.

### **A MI PADRE Y MADRE:**

Jorge Alberto Sosa y Melba Noemi de Sosa, quienes son mis padres y mis mejores amigos ya que han estado conmigo siempre brindándome sus consejos y apoyo en todas las etapas de mi carrera, y que hasta la fecha están presentes cuidándome.

### **A MIS HERMANOS:**

Yon, Ethel, Ellen y Karen, por las experiencias que me transmitieron de sus vidas y a través de las cuales aprendí mucho.

### **A MIS SOBRINOS:**

Priscila, Andrea, Yelehim, Marian, Alfredo, Rommel, Yony y el que viene en camino, ya que ellos son la inspiración de mi propia carrera y de los retos que me quedan por superar.

**Jackeline Jennifer.**



## **DEDICATORIA**

### **A DIOS TODOPODEROSO:**

Por permitirme coronar mi carrera, por ser mi guía, por iluminar todos mis conocimientos y por ser mi compañero incondicional en todo momento.

### **A MIS QUERIDOS Y ADORADOS PADRES:**

Por todo el apoyo que me brindaron en mi carrera.

### **A MI HERMANO:**

Por sus palabras de aliento en los momentos más difíciles.

### **A TODOS MIS FAMILIARES:**

Por su cariño y apoyo en mi carrera, así como mis familiares que se encuentran en el extranjero ya que me brindaron mucho amor y confianza.

### **A TODOS MIS AMIGOS Y VECINOS:**

Que nunca perdieron la confianza en mí y me dieron ánimo.

**Carlos Mauricio.**

**ENFERMEDADES MÁS FRECUENTES EN NEONATOS  
ATENDIDOS EN LAS UNIDADES DE SALUD DE CHIRILAGUA,  
EL ZAMORÁN Y LAS PLACITAS, DEL DEPARTAMENTO DE  
SAN MIGUEL. PERÍODO DE JULIO A SEPTIEMBRE DE 2004.**

## INDICE.

<b>CONTENIDO</b>	<b>Pág.</b>
COMPENDIO.....	xvi
INTRODUCCIÓN.....	xvii
 <b>CAPÍTULO I: PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA</b>	
1. Antecedentes.....	23
2. Enunciado del Problema.....	31
3. Objetivos de la Investigación.....	33
 <b>CAPÍTULO II: MARCO TEÓRICO</b>	
2.1 Desarrollo Embrionario y Fetal.....	35
2.1.1 Período Embrionario y Fetal.....	36
2.1.2 Etapas del Embarazo.....	37
2.1.3 Factores de Alto Riesgo Obstétrico.....	40
2.1.4 Signos y Síntomas de Alarma.....	41
2.2 Control Prenatal.....	42
2.2.1 Definición.....	42
2.2.2 Importancia del Control Prenatal.....	43
2.2.3 Programa del Ministerio de Salud y Asistencia Social.....	44

2.3 Período Neonatal.....	47
2.3.1 Definición.....	47
2.3.2 Examen Físico Normal en el Neonato.....	47
2.3.3 Enfermedades más frecuentes en Neonato.....	51
2.3.3.1 Hiperbilirrubinemia Neonatal.....	51
2.3.3.2 Incompatibilidad por ABO .....	53
2.3.3.3 Neonato hijo de madre con Ruptura Prematura de Membrana..	55
2.3.3.4 Neumonía neonatal.....	57
2.3.3.5 Prematurez.....	59
2.3.3.6 Síndrome de Aspiración de Meconio.....	61
2.3.3.7 Sepsis Neonatal .....	63
2.3.3.8 Onfalitis .....	65
2.3.3.9 Conjuntivitis Neonatal.....	66
2.3.3.10 Piodermias.....	67
2.4 Normas de Atención Neonatal	
2.4.1 Definición.....	69
2.4.2 Descripción.....	69
2.5 Definición de términos Básicos.....	70

### **CAPÍTULO III: SISTEMA DE HIPÓTESIS**

3.1 Hipótesis General.....	75
3.2 Hipótesis Específicas.....	75
3.3 Operacionalización de las Hipótesis en Variables e Indicadores.....	77

**CAPÍTULO IV: DISEÑO METODOLÓGICO**

4.1 Tipo de Investigación.....	83
4.2 Universo.....	84
4.3 Muestra.....	85
4.4 Tipo de Muestreo.....	88
4.5 Técnicas de Obtención de Información.....	89
4.6 Instrumentos.....	90
4.7 Procedimiento.....	91

**CAPÍTULO V: PRESENTACIÓN DE LOS RESULTADOS**

5.1 Tabulación, análisis e interpretación de los datos.....	94
---	----

**CAPÍTULO VI: CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES**

6.1 Conclusiones.....	141
6.2 Recomendaciones.....	145

<b>BIBLIOGRAFÍA.....</b>	<b>148</b>
--------------------------	------------

<b>ANEXOS.....</b>	<b>153</b>
--------------------	------------

1. Cronograma de actividades generales .....	154
2. Cronograma de actividades a desarrollar durante la ejecución .....	155
3. Cronograma de actividades a desarrollar durante la ejecución.....	156

4. Cronograma de actividades a desarrollar durante la ejecución.....	157
5. Causas más frecuentes de morbilidad en neonatos. Diagnóstico de egreso enero - junio 2001. Hospital Nacional San Juan de Dios. San Miguel.....	158
6. Causas más frecuentes de morbilidad en neonatos. Diagnóstico de egreso enero - junio 2002. Hospital Nacional San Juan de Dios. San Miguel.....	159
7. Causas más frecuentes de morbilidad en neonatos. Diagnóstico de egreso julio - diciembre 2002. Hospital Nacional San Juan de Dios. San Miguel.....	160
8. Causas más frecuentes de morbilidad en neonatos. Diagnóstico de egreso enero - junio 2003. Hospital Nacional San Juan de Dios. San Miguel.....	161
9. Causas más frecuentes de morbilidad en neonatos. Diagnóstico de egreso julio - diciembre 2003. Hospital Nacional San Juan de Dios. San Miguel.....	162
10. Consulta neonatal en la Unidad de Salud de Chirilagua. período comprendido de enero a junio de 2003.....	163
11. Examen físico del recién nacido en estudio.....	164
12. Examen físico del neonato en estudio.....	165
13. Administración de la cédula de entrevista a las madres que consultan con su neonato en las unidades de salud en estudio.....	166
14. Cédula de Entrevista.....	167
11. Guía de Observación .....	172

## COMPENDIO

Ésta investigación se realizó tomando en cuenta a los neonatos que consultaron las Unidades de Salud de Chirilagua, El Zamorán y Las Placitas en el período de julio a septiembre de 2004, para detectar las enfermedades más frecuentes en ellos, así como los factores influyentes en su desarrollo y las acciones que los responsables de los recién nacidos realizan al momento de presentar una enfermedad determinada.

Se obtuvo una muestra de 140 neonatos y se realizó un muestreo estratificado intencionado, así como se utilizaron técnicas documentales y de campo, dentro de éstas últimas se mencionan la observación del neonato y la encuesta que fue dirigida a las madres que consultaron con los recién nacidos.

Según la información recopilada se llegó a lo siguiente: Las enfermedades más frecuentes en los neonatos son la conjuntivitis, la piodermia y la onfalitis, además que las embarazadas sin control prenatal, los partos atendidos extrahospitalariamente, el bajo peso al nacer y los neonatos alimentados con leche de fórmula son los factores que influyen al desarrollo de enfermedades en los neonatos y que el sexo femenino no predispone en ningún momento a la evolución de patologías en neonatos, finalmente las acciones que toman los responsables de los recién nacidos cuando se enferman es de consultar inmediatamente al médico.

En vista de los hallazgos y conclusiones de la investigación se plantearon las recomendaciones encaminadas a mejorar la calidad de atención de los neonatos.

## **INTRODUCCIÓN.**

A través de la historia de la medicina se ha tratado de disminuir el dolor y las enfermedades en los diferentes etapas de la vida, y es como gracias a las medidas preventivas, los avances farmacológicos, tecnológicos y diagnósticos se han disminuido, pero desgraciadamente siempre existen limitantes que permanecen latentes en países como éste, influyendo en el deterioro de la salud de los pobladores.

La salud en El Salvador avanza lentamente, lo cual se ve claramente reflejado en los altos índices de morbilidad infantil, quedando todavía mucho camino por recorrer, pero lo básico para comenzar éste trayecto es el fortalecimiento del programa materno infantil, ya que es necesario que tenga el impacto esperado y que repercuta realmente en la calidad de vida de los habitantes y no sea un brochazo político del momento.

Los niños y niñas constituyen la base del futuro del país, pero dentro de estos los neonatos son los más pequeños y vulnerables por lo que es necesario hacer mención especial de éste grupo ya que dentro del programa materno infantil que es impulsado por el Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social se incluyen lineamientos básicos para la atención del recién nacido para poder conseguir una disminución de la morbilidad neonatal, aunque sea difícil y porque no decirlo imposible de conseguir metas en un 100%, pero por lo menos se logre la mayor cobertura posible.



En El Salvador no existe un papel determinante por los empleados de salud en cuanto a una constante educación sobre la responsabilidad que deben tener los futuros padres y madres antes de la fecundación, y al existir la presencia de un embarazo que estos reconozcan la importancia de un control prenatal durante el mismo, con un mínimo de cinco controles durante el embarazo y los cuidados durante ésta etapa, tanto nutricionales y psicológicos, además al final de ésta etapa que valoren la importancia de un parto “limpio”, atendido en el hospital por médicos capacitados, dejando a un lado las creencias que todavía envuelven a la mayoría de las mujeres salvadoreñas; pero que tengan en mente y no olviden que muchas veces se ven limitados por recursos materiales como ropa para pacientes, ropa de cama, poca disponibilidad en cuanto a el número de camas; pero que ante cualquier complicación el personal médico se encuentra apto para enfrentarla y de ésta forma disminuir la mortalidad materno infantil, dado que existen todavía quienes prefieren la atención de su parto en casa por parteras capacitadas y no capacitadas, personas sin experiencia alguna o por ellas mismas, desconociendo el riesgo al que se enfrentan.

Dar a conocer las causas más frecuentes de morbilidad en neonatos , así como las consecuencias a corto y largo plazo de las mismas; se constituye un aporte valioso para la población salvadoreña; analizando estos índices de morbilidad neonatal se descubrirán los factores que influyen en el desarrollo de múltiples patologías que atacan a el grupo más pequeño del ser humano como son los neonatos y los cuales en un momento dado podrían ser prevenibles, ya que conociendo a fondo la problemática que rodea a los recién nacidos se tendrá una mejor visión para no descuidar el manejo que se les brinda en las instituciones de salud pública .

Por lo que en este documento se presenta el informe final de investigación sobre las Enfermedades más frecuentes en neonatos atendidos en las Unidades de Salud de Chirilagua, El Zamorán y Las Placitas del departamento de San Miguel en el período de julio a septiembre de 2004, éste se ha estructurado en seis capítulos básicos que se describen a continuación:

El primer capítulo hace referencia al planteamiento del problema, que consta de los antecedentes de la problemática en donde se describe de manera real y concisa el comportamiento en los últimos cinco años del abordaje y la atención del recién nacido de acuerdo al programa materno infantil establecido e impulsado por el sistema nacional de salud, a su vez se encuentra el enunciado del problema en el cual surgen tres grandes interrogantes que son la base fundamental y en torno a la cual se llevó a cabo el desarrollo de la investigación y por último dentro del planteamiento del problema se incluyen los objetivos que constituyeron la guía de investigación; y están enfocados a identificar las enfermedades más frecuentes en los recién nacidos, así como las causas que inciden directa e indirectamente en la evolución de determinadas enfermedades y las acciones que tomaron los responsables de los niños frente a tales situaciones.

Seguidamente se detalla el segundo capítulo, el marco teórico y es en este apartado donde se englobó toda la información recopilada en diferentes fuentes bibliográficas, ya que es importante ver el pasado para construir el presente y mirar al futuro.

Posteriormente se desglosa el tercer capítulo constituido por el sistema de hipótesis , que es la respuesta tentativa a los problemas enunciados, y que dentro de este apartado se encuentra la operacionalización de las hipótesis en variables e indicadores, que consiste en llevar la hipótesis de lo abstracto a lo concreto, tomando en cuentas las variables de las hipótesis, la conceptualización de las variables y los indicadores, los cuales se tomaron como base para la elaboración de los instrumentos de recolección de datos.

Además se menciona el diseño metodológico, que conforma el cuarto capítulo el cual abarca siete tópicos, dentro de los cuales para comenzar se encuentra el tipo de investigación según el tiempo que ocurrieron los hechos, según el período y secuencia del estudio, tomando en cuenta el análisis y el alcance de los resultados; otro punto a considerar es el universo, que tomó en cuenta a toda la población involucrada en el estudio; se menciona también la muestra, la cual es una parte del universo que fue seleccionada según bases estadísticas para su implementación; se expone a su vez el tipo de muestreo y se refiere al proceso que se utilizó para escoger y extraer una parte del universo o población de estudio con el fin de que representara al total. Otro de los pasos incluidos dentro del diseño metodológico son las técnicas de obtención de información la cual hace referencia a los medios a través de los cuales se recogieron los datos necesarios para el desarrollo de la investigación, seguidamente se enumeran los instrumentos que indican las herramientas que se utilizaron para la recolección de la información, por último se describe el procedimiento donde se explican los pasos en forma detallada de todo el proceso realizado para que otra persona al leerlo lo pueda llevar a cabo.

Consecutivamente en el quinto capítulo se presentan los resultados, explicando paso a paso la tabulación, análisis e interpretación de la información que se obtuvo a través de la cédula de entrevista y la guía de observación administrada a las mujeres que consultaron con sus neonatos en las unidades de salud de Chirilagua, El Zamorán y Las Placitas en los meses de julio, agosto y septiembre de 2004.

Y el último capítulo constituido por las conclusiones y recomendaciones, las cuales se construyeron en base a los resultados de los datos obtenidos.

Además se incluye dentro de éste informe la bibliografía que se consultó en diferentes entidades gubernamentales de salud, informes, estadísticas, reportes de periódicos, Internet y libros de textos.

Y para concluir se encuentran los anexos conformado por el cronograma de actividades generales donde se describen las acciones que se realizaron en todo el proceso de investigación y el cronograma de actividades que se desarrolló durante la ejecución, que detalla día a día las acciones que se llevaron a cabo durante éste período, y también los anexos que son la información complementaria que se plasma durante todo el desarrollo del presente trabajo.

# **CAPÍTULO I**

## **PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA**

## **1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA**

### **1.1 ANTECEDENTES DE LA PROBLEMÁTICA.**

Ser niño o niña en El Salvador sigue siendo una cuestión de alto riesgo, pero lo es aún más ser niña, ya que el simple hecho de nacer como una niña existe menos aceptación por parte de los padres en muchos casos y solo con esto se tiene una predisposición para descuidar al bebé. El grupo más joven de la población, los niños menores de cinco años es el de mayor riesgo de muerte.

La violencia con que se han presentado varias epidemias en los últimos tres años, ponen en entredicho la vigilancia sanitaria del país; los niños han sido el blanco de males como el Cólera, el Dengue y la Neumonía, esta última enfermedad se encuentra entre el grupo de 20 males con vigilancia diaria por el Departamento de Epidemiología del Ministerio de Salud, y junto a la neumonía, también forma parte del grupo de estrecha vigilancia la diarrea, la gastroenteritis, la conjuntivitis bacteriana, el dengue clásico, la rabia, la hepatitis A, el cólera, la conjuntivitis hemorrágica y la leptospirosis.

El Salvador, al igual que la mayoría de estados del mundo, financia el 100% de la aplicación del Programa Ampliado de Inmunizaciones ( PAI ), el incluye la tuberculosis, poliomiélitis, sarampión y DPT ( Difteria, tosferina y tétano ). El país, sin embargo, aún no está libre de enfermedades como la varicela y hepatitis A, las cuales son innumerablemente prevenibles.

### **1.1.2 Problemas Específicos de Salud.**

En 1999 la causa de 49% de las muertes en menores de 1 año fueron las afecciones originadas en el período perinatal, 29% de las mismas debidas a retraso del crecimiento fetal, desnutrición e inmadurez, 19% a hipoxia, asfixia y a otras afecciones respiratorias, y 1% a enfermedades de las madres que afectan al feto y al recién nacido.

### **1.1.3 Enfermedades Inmunoprevenibles.**

El tétanos neonatal se constituyó hasta 1998 como la segunda causa de mortalidad infantil por enfermedades prevenibles por vacunación, la cual ha dejado prácticamente de ser un problema de salud pública.

Las principales estrategias para llevar a cabo esta meta son las siguientes:

- a) Vacunación de las embarazadas con al menos 2 dosis de Toxoide Tetánico (TT)
- b) Proveer servicios con condiciones higiénicas para todas las embarazadas.
- c) Vacunación suplementaria en las “zonas de alto riesgo”.

El enfoque de alto riesgo está dirigido a la vacunación suplementaria a las mujeres en edad de procrear en las áreas identificadas como de mayor riesgo. Estas son las zonas geográficas o los grupos poblacionales donde la práctica a los cuidados aplicables al cordón umbilical tiene una higiene insuficiente y el acceso a los servicios de salud rutinario es pobre.

Esto con respecto a enfermedades inmunoprevenibles; ahora se tiene que entre las causas de morbimortalidad para el año 1999 en niños menores de un año se ubica en el sexto lugar la prematuridad, séptimo lugar las malformaciones congénitas y octavo lugar la sepsis bacteriana del recién nacido, las cuales se hacen referencia ya que son patologías propiamente dichas de los neonatos. Para 1999 la primera causa de consulta externa fue el control de niño sano y la atención de partos por personal capacitado para ese mismo año fue del 67%.

En el análisis de la mortalidad infantil puede observarse que la mayoría de las reducciones han ocurrido en el período postneonatal, pero la mayoría de las muertes infantiles están ocurriendo en el período perineonatal ( 22 semanas de gestación a los 28 días de nacido ) y que luego las neumonías, diarrea y desnutrición siguen siendo las principales causas de muerte en los niños menores de 5 años.

A nivel local, propiamente dicho en el Hospital Nacional San Juan de Dios de San Miguel, los datos proporcionados sobre las enfermedades más frecuentes en neonatos correspondientes al período de enero a junio de 2001, son los siguientes:

1. Feto y recién nacido afectado por ruptura prematura de membrana.
2. Diarrea / Gastroenteritis de presunto origen infeccioso.
3. Bajo peso al nacer.
4. Incompatibilidad ABO del feto y recién nacido.
5. Bronconeumonía no específica.
6. Bajo peso para la edad gestacional.
7. Síndrome de Distrés Respiratorio del Recién Nacido.
8. Bronquiolitis.
9. Ictericia del neonato.(ver anexo nº 5)



La información del resto del año 2001 no fue proporcionada, ya que según la responsable del departamento de documentos médicos del Hospital San Juan de Dios de San Miguel, no se lograron tabular, sin poder justificar el motivo concreto de la ausencia de éstos datos.

Para el año 2002 se tiene que las primeras diez causas de morbilidad encontradas en neonatos en el Hospital Nacional San Juan de Dios de San Miguel son:

1. Feto y recién nacido afectado por ruptura prematura de membrana.
2. Bajo peso al nacer.
3. Prematurez.
4. Ictericia fisiológica.
5. Bajo peso para la edad gestacional.
6. Neumonía congénita.
7. Sepsis bacteriana del recién nacido.
8. Ictericia neonatal no específica.
9. Aspiración neonatal de meconio.
10. Incompatibilidad ABO del feto y recién nacido.(ver anexo nº 6 y nº 7)

Se puede observar que el recién nacido afectado por ruptura prematura de membrana tanto en el año 2001 y 2002 fue la 1ª causa de morbilidad neonatal, y para el año 2002 no aparecen las diarreas, las cuales tuvieron un porcentaje alto en el 2001, pero son frecuentes en ambos años el bajo peso al nacer, bajo peso para la edad gestacional e incompatibilidad ABO del feto y recién nacido.

Para el año 2003 las diez primeras causas de morbilidad en neonatos registradas en el Hospital Nacional San Juan de Dios de San Miguel son las que se detallan:

1. Recién nacido a pretérmino.
2. Feto y recién nacido afectado por ruptura prematura de membrana.
3. Ictericia neonatal no específica.
4. Bajo peso para la edad gestacional.
5. Insuficiencia respiratoria del recién nacido.
6. Aspiración por meconio.
7. Sepsis bacteriana del recién nacido.
8. Incompatibilidad ABO del feto y recién nacido.
9. Neumonía congénita.
10. Taquipnea Transitoria del Recién Nacido. (ver anexo n° 8 y n° 9)

La mayoría de las enfermedades que encabezan las diez primeras causas de morbilidad neonatal son similares en los años 2001, 2002 y 2003, la diferencia se marca en la ubicación que ocupan cada una de ellas.

Con respecto a la morbilidad existente en la Unidad de Salud de Chirilagua se tienen datos desde enero a junio de 2003, donde solo se incluye el número de expediente, nombre del paciente, edad, sexo y dirección sin tomar en cuenta el motivo de consulta. (ver anexo n° 10)

Para los meses de julio a diciembre de 2003, se llevó un registro verdadero y completo de la consulta neonatal y se tiene que las principales causas para el mes de junio, son:

1. Paciente sano.
2. Prematurez y rinofaringitis.

Siendo en total 10 neonatos atendidos, de los cuales fueron 3 masculinos y 7 femeninos.

Para agosto de 2003 se tiene lo siguiente :

1. Paciente sano.
2. Rinitis.
3. Catarro común.

Siendo en total 8 neonatos atendidos, de los cuales fueron 5 masculinos y 3 femeninos.

En septiembre 2003 son:

1. Paciente sano.
2. Catarro común.
3. Infección bacteriana local.
4. Prematurez, neumonía y rinitis.

Siendo en total 13 neonatos atendidos, de los cuales fueron 7 masculinos y 6 femeninos.

En el mes de octubre 2003 :

1. Paciente sano.
2. Infección bacteriana local.
3. Desnutrición leve.

Siendo en total 16 neonatos atendidos, de los cuales fueron 8 masculinos y 8 femeninos.

Para noviembre 2003 :

1. Paciente sano.
2. Infección bacteriana local.
3. Neumonía.

Siendo en total 9 neonatos atendidos, de los cuales fueron 5 masculinos y 4 femeninos.

En diciembre 2003 :

1. Paciente sano.
2. Infección bacteriana local.

Siendo en total 10 neonatos atendidos, 3 masculinos y 7 femeninos.

Se puede apreciar que la principal causa de consulta en los últimos seis meses del año 2003 ha sido el paciente sano, es decir que han sido llevados por el control de niño sano, no por patologías propiamente dichas, además es de valorar que tan certero es el diagnóstico hecho en ese momento, ya que catarro común o rinitis generalmente no se presenta a en los neonatos y es fácil de confundirse al hacer tal diagnóstico porque muchas veces presentan hipersecreciones nasales o estornudos pero en realidad no pertenecen al cuadro de catarro común o rinitis, sino a un patrón normal en ésta etapa.

En la Unidad de Salud de El Zamorán, que es el otro centro de salud de donde se obtuvo información recopilada desde diciembre de 2003, se tiene que para esa fecha 28 bebés visitaron la clínica y los motivos de consulta en orden de mayor a menor frecuencia son:

1. Paciente sano
2. Nasofaringitis
3. Catarro común y Bronquitis
4. Neumonía, Seborrea capilar, Bajo peso al nacer, Conjuntivitis bacteriana y Laringitis.

De estos 12 del sexo masculino y 16 femenino.

Al igual que en la unidad de salud de Chirilagua, en la unidad de salud de El Zamorán la primera causa de consulta fue la del niño sano.

Y en la Unidad de Salud de Las Placitas se recolecta esta información de noviembre y diciembre de 2003 , y se cuenta con lo siguiente:

En noviembre:

- Paciente sano.

No se reportó morbilidad neonatal para ese mes, y los pacientes llevados a consultar fueron 5 de los cuales 1 corresponde al sexo masculino y 4 al femenino.

Para diciembre están:

1. Paciente sano.
2. Infección bacteriana local.

El total de consultas fue de 4 siendo 2 del sexo masculino y 3 femenino.

En las tres Unidades de Salud, a pesar de ser diferentes con respecto al área geográfica en la que se encuentran, a las condiciones climáticas de cada una de ellas y a la accesibilidad de los servicios de salud, existe un denominador común entre las tres, el cual es que la primer causa de consulta está constituida por el niño sano, luego reportan la infección bacteriana local, en donde cabe señalar que éste último dato no se debió registrar de ésta forma ya que en sí no es un diagnóstico clínico sino una clasificación hecha por la Estrategia de Atención Integrada de las Enfermedades Prevalerles en la Infancia (AIEPI), impulsada por el Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, donde se incluye tres patologías que son: la supuración de los ojos, el ombligo enrojecido y escasas pústulas en el cuerpo, y como se reportan no se identifica cual de éstas patologías se presentaron en los neonatos.

Como Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social se implementó la estrategia de Atención Integral a las Enfermedades Prevalentes de la Infancia (AIEPI) desde 1997 y se ha desarrollado las modalidades de voluntarios, promotores de salud y el clínico para que la lleven a cabo, con el objetivo de monitorizar más cuidadosamente a cada niño que consulta los centros de salud de la red pública, y es aquí donde se reflejan los intentos del Ministerio de salud por tratar de mejorar la salud de los niños

## **1.2 ENUNCIADO DEL PROBLEMA.**

El Salvador, siendo el país más pequeño de Centroamérica, está constituido por una enorme población, la cual cada día se prolifera más existiendo una gran cantidad de recién nacidos, que necesitan del cuidado y atención especial tanto por sus padres como por quienes los rodean.

Y es aquí donde el Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social así como sus colaboradores juegan un papel muy importante y decisivo para el buen desarrollo de los bebés, ya que a través del programa materno infantil que es impulsado, se pretende minimizar la morbimortalidad materna e infantil, aunque los indicadores de salud siguen demostrando las graves debilidades del sistema actual ya que para el año 2003 se tiene una tasa de mortalidad neonatal de 13 por cada 1000 nacidos vivos y para ese mismo año se reporta una mortalidad materna de 63 por cada 1000 nacidos vivos.<sup>1></sup>

---

<sup>1></sup> La Prensa Gráfica. La situación de la salud en El Salvador y propuesta para un nuevo sistema de salud. Jueves 29 de abril de 2004. Pág. 64.

Pero el tema de atención de la morbilidad en neonatos no se encuentra difundido por completo, sobretodo en las Unidades de Salud, quienes son los primeros que brindan la atención de los pacientes y se encuentran en mayor contacto con los mismos, además no se conocen con exactitud cuales son las enfermedades que con mayor frecuencia atacan a los neonatos.

Se desconoce a su vez los factores influyentes para que éstas patologías se desarrollen, y al no tener una idea clara ante lo que se está enfrentando no existirá por ende las armas necesarias para contrarrestar éstos grandes males, ya que los neonatos constituyen la etapa más corta de la vida de todo ser humano, por ende uno de los períodos de mayor protección.

Por lo antes mencionado el grupo investigador tratará de darle respuesta al siguiente enunciado:

¿Cuáles son las enfermedades más frecuentes en los neonatos atendidos en las Unidades de Salud de Chirilagua, El Zamorán y Las Placitas?

Así mismo se plantean los siguientes enunciados específicos:

¿Cuáles son los factores que influyen para el desarrollo de éstas patologías en los neonatos atendidos en las Unidades de Salud en estudio?

¿Cuál es el porcentaje de consulta inmediata al médico cuando se enferman los neonatos?

### **1.3. OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN.**

#### **3.1 Objetivo General :**

- Conocer las enfermedades más frecuentes en neonatos que se atienden en las Unidades de Salud de Chirilagua, El Zamorán y Las Placitas del departamento de San Miguel, período de julio a septiembre de 2004.

#### **3.2 Objetivos Específicos:**

- Identificar los factores que influyen en el desarrollo de las patologías neonatales en la población en estudio.
- Jerarquizar las enfermedades más frecuentes encontradas en los recién nacidos.
- Investigar las acciones tomadas por parte de los padres o responsables de los neonatos al momento de detectar la enfermedad.



# **CAPÍTULO II**

## **MARCO TEÓRICO**

## **2. MARCO TEÓRICO**

Desde hace muchos años el tema de la fecundación ha sido ampliamente discutido por grandes científicos, en los que cada uno de ellos exponen diversas teorías para darle respuestas a miles de interrogantes que surgen, lo que sí está claramente definido es que desde el momento de la concepción, existe vida, y que a partir de éste instante se llevarán a cabo una serie de cambios espectaculares que culminan con el nacimiento de un bebé, en la mayoría de los casos, y todo éste proceso se describe a continuación.

### **2.1 Desarrollo Embrionario y Fetal.**

Durante las dos primeras semanas posovulatorias es posible identificar las siguientes fases sucesivas de desarrollo:

- Ovulación
- Fertilización del óvulo
- Formación del blastocito libre
- Implantación del blastocito

Durante la ovulación un óvulo madura, se desprende del ovario y se desplaza por la trompa de falopio donde solo permanecerá fértil 24 horas, allí es fecundado por el espermatozoide, 6 horas después se pone en marcha una multiplicación celular.

El huevo se divide primero en dos y luego en cuatro, a partir de ahí el número de células se doblará cada 12 horas desarrollando muy rápido el blastocito.

“La fase de blasto comprende el período de desarrollo denominado blastocito, que va desde la fecundación hasta la tercera semana de gestación”.2>

### **2.1.1 Período Embrionario y Fetal.**

“La fase embrionaria es la que va desde la tercera semana a la octava semana posovulatoria”.3>

La fase embrionaria que solo dura unas semanas es muy importante y decisiva en el embarazo; aquí es donde se desarrollan los distintos órganos y se establecen las diferentes características del nuevo ser, el buen desarrollo de éste dependerá mucho de como evolucione en esta etapa.

El Período Fetal se define como “El período que abarca desde la octava semana después de la fertilización hasta el nacimiento”.4>

Durante el período fetal de la gestación el desarrollo consiste en el crecimiento y la maduración de las estructuras formadas en el período embrionario.

---

2> El Diario de Hoy. La Aventura de ser Padres. Artículo dominical, Domingo 21 de marzo de 2004. pág. 40.

3> F. Gary Cunningham. Williams Obstetricia, pág. 137

4> Ibidem, pág. 138.

## 2.1.2 Etapas del Embarazo

El embarazo se divide en 3 trimestres que son:

- Primer trimestre
- Segundo trimestre
- Tercer trimestre

### **Primer Trimestre.**

:

- Primer mes ( de la 1ª a 4ª semana )
  - El primer día se produce la fecundación.
  - Al cuarto día el ovulo fecundado llega al útero.
  - En el 6º a 7º día comienza su implantación en la cavidad uterina.
  - El embrión se desarrolla y toma el aspecto de una esfera hueca.
  - Al cabo del 21º día el corazón del embrión comienza a latir.
  - Mide de 0.5 a 1 cm.
  - Pesa 1 gr.
  
- Segundo mes ( de la 5ª a 8ª semana )
  - Desarrolla los huesos largos, órganos internos y el cerebro.
  - Crecen sus brazos y sus piernas.
  - Su rostro se perfila, se forman los ojos y tiene parpados
  - El embrión flota en una bolsa llena de líquido amniótico y se sujeta por el cordón umbilical.
  - Mide 4 cms.
  - Pesa de 2 a 3 grs.

- Tercer mes ( de la 4ª a la 13ª semana )
  - Mueve sus piernas y brazos.
  - Los órganos sexuales comienzan a desarrollarse, aunque todavía no puede identificarse el sexo.
  - El sistema digestivo se completa.
  - Puede oír.
  - Mide de 9 a 10 cms.
  - Pesa de 65 a 125 grs.

### **Segundo Trimestre**

- Cuarto mes ( de la 14ª a 18ª semana )
  - El feto adquiere una piel fina, transparente, sus dedos tienen uñas y huellas dactilares.
  - Se puede oír los latidos de su corazón.
  - Es capaz de chuparse el dedo y a veces tiene hipo.
  - Mide 16 cms.
  - Pesa 250 grs.
  
- Quinto mes ( de la 19ª a la 23ª semana )
  - Pasa despierto, se mueve mucho.
  - Duerme de 18 a 20 horas.
  - Tiene pelo, pestañas y cejas
  - Su cuerpo esta cubierto de un fino vello llamada lanugo y una capa de grasa que recibe el nombre de vermix.
  - Mide de 25 a 30 cms.
  - Pesa 400 grs.

- Sexto mes (de la 24<sup>a</sup> a la 27<sup>a</sup> semana )
  - El rostro esta formado.
  - Ya abre los ojos.
  - Sus pulmones comienzan a desarrollarse.
  - A partir de la 26<sup>a</sup> semana puede sentir dolor.
  - Mide de 30 a 35 cms.
  - Pesa de 700 a 1,000 grs.

### **Tercer Trimestre**

- Séptimo mes ( de la 28<sup>a</sup> a la 31<sup>a</sup> semana )
  - Responde a los ruidos del exterior con sus movimientos.
  - Ya funciona el estómago y los intestinos.
  - Aprende a respirar.
  - Mide de 35 a 40 cms
  - Pesa 1,500 grs.
  
- Octavo mes ( de la 32<sup>a</sup> a la 35<sup>a</sup> semana )
  - Acumula grasa y su piel se torna más espesa y de color rosáceo.
  - Los huesos de la cabeza son flexibles.
  - Entre las semana 32 y 33 suele adquirir la posición definitiva para el parto.
  - Mide de 40 a 47 cms.
  - Pesa 2,400 grs.

- Noveno mes ( de la 36<sup>a</sup> a la 40<sup>a</sup> semana )
  - Desaparece el lanugo por completo y su piel ya no es tan arrugada.
  - Recibe anticuerpos de su madre.
  - Sus pulmones ya están preparados para respirar en el exterior.
  - Crece, se fortalece y gana peso. Casi no puede moverse.
  - Mide de 50 a 52 cms.
  - Pesa de 3,000 a 3,500 grs.

### **2.1.3 Factores de Alto Riesgo Obstétrico.**

Se considera una paciente de alto riesgo obstétrico aquella gestante que presenta una o más de las siguientes condiciones:

- Edad menor de 15 años o mayor de 35 años.
- Talla menor de 1.50 metros.
- Espacio íntergenésico menor de 24 meses.
- Multípara.
- Antecedentes de pérdida perinatal (mortinato o defunciones en los primeros 7 días de vida).
- Cesárea anterior.
- Anemia crónica en la gestación actual (10 grs. de hemoglobina o menos, franca palidez de piel y mucosas).
- Hipertensión arterial antes del embarazo o antes de la semana 20 del actual.
- Preeclampsia en el embarazo actual.
- Embarazo múltiple actual.
- Desnutrición materna.
- Sobrepeso materno.

- Antecedentes patológicos obstétricos.
- Infecciones respiratorias graves.
- Infecciones del tracto genito-urinario.
- Incompatibilidad sanguínea feto materno.
- Infección por VIH.
- Serología VDRL (+).
- Mujer víctima de violencia y abuso sexual.

Además de las anteriores condiciones, se considera de alto riesgo a la embarazada que curse con cualquier patología que repercuta sobre su salud o sobre el resultado de su gestación.

#### **2.1.4 Signos y Síntomas de Alarma.**

Se debe instruir a la embarazada con respecto a las siguientes señales de peligro que se deben comunicar de inmediato, de día o de noche, entre las que se menciona:

- Cualquier hemorragia vaginal.
- Tumefacción de las mamas o de la cara.
- Cefalea severa o continua.
- Dolor abdominal., vómitos persistentes.
- Escalofríos o fiebre, disuria.
- Pérdida de líquidos por la vagina.
- Edema de miembros superiores e inferiores.
- Marcada variación en la frecuencia o la intensidad de los movimientos fetales.
- Visión borrosa.



## **2.2 Control Prenatal.**

### **2.2.1 Definición.**

“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”.5>

Los requisitos básicos que debe reunir un control prenatal son:

- 1) **PRECISO O TEMPRANO:** Debe iniciarse lo más temprano posible, en el primer trimestre de gestación.
- 2) **PERIÓDICO O CONTINUO:** La frecuencia de las atenciones o controles prenatales varía según el riesgo que presenta la embarazada, las de bajo riesgo necesitan un número menor de controles que las de alto riesgo.
- 3) **COMPLETO O INTEGRAL:** Los contenidos mínimos del control, deberán garantizar el cumplimiento efectivo de las acciones de información, educación, comunicación, protección, recuperación y rehabilitación de la salud.
- 4) **AMPLIA COBERTURA:** Para impactar las tasas de mortalidad materno perinatal se necesita alcanzar metas de control prenatal igual o superiores al 80% (lo ideal es que abarque a todas las embarazadas).

---

5> Haydee Padilla. Directiva Técnica Nacional para la Atención de la Mujer Durante el Embarazo, Parto, Puerperio y del Recién Nacido. Manual. págs\_15, 16.

### **2.2.2 Importancia del Control Prenatal.**

Los principales objetivos del control prenatal son:

- 1- Definir el estado de salud de la madre y el feto.
- 2- Determinar la edad gestacional del feto.
- 3- Iniciar un plan para continuar con la atención obstétrica.

Además se persiguen los siguientes propósitos:

- Informar a la mujer, su familia y la comunidad sobre los servicios de atención materno perinatal que presta la institución de salud más cercana y adonde acudir en casos de presentarse urgencias obstétricas.
- Asegurar que toda embarazada reciba por lo menos 5 atenciones (una inscripción y 4 controles).
- Prestar especial atención a la detección oportuna de enfermedades maternas asociadas con el embarazo.
- Diagnosticar tempranamente y tratar oportunamente las complicaciones del embarazo.
- Realizar promoción y consejería sobre Lactancia Materna y Planificación Familiar.

En todo lo mencionado anteriormente radica la importancia de llevar un control prenatal.

### **2.2.3 Programa del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social.**

A continuación se describen los Lineamientos Técnicos Básicos para el Control Prenatal, que constituye el programa de atención brindado por el Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social a todas las embarazadas del país:

- a) El diagnóstico del embarazo estará basado en la historia clínica y el examen gineco-obstétrico; en caso de duda se realizará prueba de embarazo o ultrasonografía.
  
- b) Los establecimientos de salud del sector, promoverán que las embarazadas de bajo riesgo reciba como mínimo cinco atenciones prenatales, iniciando preferentemente en las primeras 12 semanas de gestación y de acuerdo al siguiente calendario:
  - 1ª Consulta: En el transcurso de las primeras 12 semanas.
  - 2ª Consulta: Entre las 16 y 18 semanas.
  - 3ª Consulta: Entre las 24 y 26 semanas.
  - 4ª Consulta: Entre las 32 y 34 semanas.
  - 5ª Consulta: Entre las 38 y 40 semanas.

Un número mayor de controles será necesario de acuerdo a las condiciones de la embarazada, la disponibilidad de los recursos del establecimiento, los factores de riesgo o los signos de alarma detectados.

- c) La inscripción y controles a la embarazada serán proporcionados preferentemente por el/la médico/a general o especialista. Caso contrario, por personal de enfermería o tecnólogo debidamente capacitado.
  
- d) Cuando ocurra la consulta tardía (después de las 12 semanas), se realizará las actividades correspondientes a las consultas anteriores (Toda embarazada aunque sea captada tardíamente, debe registrarse como inscripción).
  
- e) Toda embarazada con riesgo obstétrico deberá ser referida a un establecimiento que cuente con médico gineco-obstetra, quien definirá la periodicidad de su control y las interconsultas necesarias con otras especialidades médicas.
  
- f) Toda embarazada referida con algún grado de riesgo, cuando éste haya sido resuelto, deberá continuar sus controles en el lugar de atención en donde se originó la referencia entregándole la contrarreferencia respectiva.
  
- g) A toda embarazada que haya sido captada, en todos sus controles se le brindará atención integral y de calidad, garantizando un trato humanizado, evaluación del grado de riesgo, la detección de complicaciones y la consejería necesaria.
  
- h) Desde su primera atención prenatal, se debe llenar en forma completa la historia clínica y el carnet materno o su equivalente.

- i) A toda embarazada en su inscripción prenatal se le prescribirán los siguientes exámenes de laboratorio:
- Hematócrito y hemoglobina
  - Típeo y Rh
  - Examen general de orina
  - Serología para Sífilis (VDRL o RPR)
  - ELISA para VIH (previa consejería y autorización de la embarazada)
- j) La toma de la citología cervico-vaginal (PAP) se realizará con especial énfasis a las embarazadas con factores de riesgo epidemiológico para la enfermedad, a las que nunca se lo han tomado, las que no se lo hayan realizado en los últimos dos años..
- k) A toda embarazada se le prescribirá profilácticamente hierro y ácido fólico en cada atención o control.
- l) A toda embarazada debe asegurársele su inmunización con Toxoide Tetánico, de acuerdo a esquema del Programa Ampliado de Inmunizaciones.
- m) Toda embarazada deberá ser referida para atención odontológica.

## **2.3 Período Neonatal.**

### **2.3.1 Definición.**

“El período neonatal es el que abarca las 4 primeras semanas de vida a partir del nacimiento”.<sup>6></sup>

### **2.3.2 Examen Físico Normal en el Neonato.**

Todo recién nacido deberá ser sometido a un examen físico completo dentro de las primeras 24 horas de vida. Deberá realizarse en un ambiente cálido, de preferencia bajo una fuente de calor radiante y con el recién nacido desnudo.

#### **A. Apariencia General.**

Observar al niño y determinar si:

1. Existen malformaciones congénitas mayores.
2. El neonato presenta un período de transición sin problemas.
3. El grado de afección por trabajo de parto, vía del nacimiento, analgesia o anestesia o por la edad gestacional.

#### **B. Signos Vitales.**

1. Temperatura.
2. Frecuencia respiratoria.
3. Tensión arterial.
4. Frecuencia cardíaca y pulsos.

---

<sup>6></sup> Richard Berhman. Nelson. Tratado de Pediatría. Volumen I. pág 495.

## **C. Antropometría Clínica.**

### - Definición.

Técnica sistematizada de medir y realizar observaciones en el cuerpo humano, en el esqueleto, cráneo y distintos órganos.

### - Indicadores Antropométricos en el recién nacido.

#### a. Peso.

Es la unidad en kilogramos que se registra al valorar la masa corporal. Según éste se clasifica de la siguiente manera:

I. Macrosomía: 4000 gramos o más.

II. Peso normal al nacer: 2500 a 3999 gramos.

III. Peso bajo al nacer: 1500 a 2499 gramos.

IV. Muy bajo peso al nacer: 1000 a 1499 gramos

V. Extremadamente bajo peso al nacer: menos de 1000 grs.

#### b. Talla.

Es la distancia tomada en posición decúbito dorsal, en el plano horizontal, desde el punto más alto del cráneo hasta los pies del neonato. Valor normal: 48-52 cms.

#### c. Perímetro Cefálico.

Es el perímetro máximo de la cabeza localizado entre la glabella y el opistocráneo. Valor normal: 33 a 38 cms.

d. Perímetro Torácico.

Es la circunferencia máxima del tórax sin oprimir el tejido sobre las tetillas al frente y la cuarta vértebra dorsal posterior.

e. Perímetro Abdominal.

Es el resultado de medir por encima del muñón umbilical ya ligado tomando como de apoyo la 2ª vértebra lumbar, sin presionar el tejido.

f. Perímetro Braquial.

Es el perímetro localizado en caída libre del brazo entre el punto medio distal y proximal del húmero.

**D. Examen Clínico por Sistemas.**

El examen físico debe ser realizado por sistemas según el siguiente orden:

1) Sistema Cardiorrespiratorio

- Color de la piel.
- Frecuencia respiratoria.
- Área precordial.
- Pulsos periféricos

2) Abdomen.

- Borde hepático
- Borde esplénico.
- Muñón umbilical.



3) Genitales Externos y Recto.

Masculino:

- Prepucio y escroto
- Testículos.
- Meato uretral.
- Ano y Recto.

Femenino:

- Labios mayores y menores.
- Mucosa vaginal y presencia de flujo.
- Ano y Recto.

4) Piel.

5) Extremidades, columna vertebral y articulaciones

6) Cabeza, cuello y boca.

7) Examen neurológico.

- Simetría de posición en reposo.
- Tono muscular.
- Calidad del llanto y reflejos primitivos.

8) Examen visual.

## 2.3.3 Enfermedades más Frecuentes en Neonatos.

### 2.3.3.1 Hiperbilirrubinemia neonatal.

- Definición.

“Ictericia es la coloración amarillenta de la piel y conjuntivas causada por la fijación de la bilirrubina al tejido graso subcutáneo la cual es perceptible cuando la concentración sérica es mayor de 5-7 mg/dl”. 7>

- Etiología.

Causas comunes de ictericia:

1- Durante la primer semana de vida:

- Incompatibilidad del grupo sanguíneo ( Rh, ABO )
- Infección por TORCH, sífilis, bacteriana.
- Cefalohematoma.

2- Normal ( del 2º a 7º día de vida ):

- Ictericia fisiológica.
- Reabsorción de cefalohematomas.
- Prematurez, Sepsis.

3- Ictericia en la 2ª semana de vida:

- Por leche materna
- Hipoalimentación.
- Atresia de vías biliares
- Hipotiroidismo

4- Ictericia en la 2ª semana de vida:

- Por leche materna
- Hipoalimentación
- Atresia de vías biliares
- Hipotiroidismo

Causas quirúrgicas:

- Quiste del colédoco.
- Síndrome de Crigler-Najjar.

- Cuadro Clínico.

Se aprecia el tinte amarillento dependiendo de la cantidad de bilirrubina en los tejidos, así se tiene el siguiente puntaje según la clasificación por “zonas hecha por Kramer”:<sup>8></sup>

Zona de Kramer	Valor de bilirrubina
Zona 1: Cara	5-6 mg/dl
Zona 2: Cara y tronco superior	9-10 mg/dl
Zona 3: Cara y torso	12 mg/dl
Zona 4: Cara, torso y extremidades	15 mg/dl
Zona 5: Cara, torso, extremidades y Zona palmo-plantar	> 15 mg/dl

---

<sup>8></sup> Ibidem, pág 234-B.

- Diagnóstico.

Historia clínica: Padre o hermano con historia de ictericia o anemia, enfermedades inexplicables o ingestión de fármacos durante el embarazo, uso de oxitocina durante el parto.

Examen físico: Pequeño para la edad gestacional, cefalohematoma, palidez, petequias.

Datos de laboratorio: Grupo sanguíneo de la madre y el neonato, prueba de Coombs directo e indirecto, VDRL, hematócrito, hemoglobina, plaquetas, leucograma, eritrosedimentación, bilirrubinas.

- Tratamiento.

- Fototerapia.

- Exanguineotransfusión.

### **2.3.3.2 Incompatibilidad por ABO.**

- Definición.

“Es la anemia hemolítica isoimmune leve, con reticulocitosis compensatoria y microesferocitosis e hiperbilirrubinemia no conjugada de inicio temprano, que resulta cuando ocurre una incompatibilidad ABO entre la madre y el neonato. Se observa por lo común entre niños con grupo A ó B hijos de madre grupo O”. 9>

---

9> Ibidem, pág. 238.

- Etiología.

Grupo sanguíneo ABO diferente entre la madre y el neonato, existiendo factores de riesgo entre los que se mencionan:

Isohemaglutininas elevadas a consecuencia de eventos que pueden estimular la producción de isoanticuerpos contra antígenos A ó B, tales como: Parasitismo intestinal, Inmunización en el tercer trimestre con toxoide tetánico o vacuna del neumococo.

- Cuadro clínico.

Ictericia y Anemia.

- Diagnóstico.

Grupo sanguíneo y factor Rh de madre y neonato.

Recuento de reticulocitos.

Prueba de Coombs directo e indirecto.

Frontis de sangre periférica.

Bilirrubinas.

Hematócrito y hemoglobina.

- Tratamiento

Antenatal: Evitar procedimientos invasivos.

Postnatal:

- Detectar factores de riesgo como: Sepsis, exposición a drogas.

- Fototerapia y Exanguineotransfusión.

### **2.3.3.3 Neonato Hijo de Madre con Ruptura Prematura de Membrana.**

- Definición.

“Se incluye a todo recién nacido con exposición prematura (antes del inicio del trabajo de parto) y prolongada (mayor de 12 horas de evolución) por una ruptura de membranas amnióticas a cualquier edad gestacional”.<sup>10></sup>

- Etiología.

Las causas de ruptura prematura de membrana son debido a:

- Disminución del contenido de colágeno en las membranas.
- Defecto local de membranas.
- Infección subclínica.

Y los factores de mayor riesgo que repercuten en el neonato son:

- Ruptura prematura de membrana > de 12 horas
- Corioamnionitis
- Sexo masculino.
- Embarazo múltiple.
- Prematurez
- Bajo peso al nacer.

---

<sup>10></sup> Ibidem. pág.110.

- Cuadro Clínico.

Se buscan signos de sepsis entre los que se enumeran:

- 1) Apnea.
- 2) Bradicardia.
- 3) Intolerancia a la vía oral.
- 4) Ictericia.
- 5) Vómitos
- 6) Hipoglicemia.
- 7) Convulsiones.
- 8) Distensión abdominal.

Pero se encuentra el neonato asintomático con factores de riesgo el cual se define como: “Todo aquel recién nacido que clínicamente se encuentra bien pero presenta antecedentes con factores de riesgos”.<sup>11></sup>

- Diagnóstico.

Pruebas de laboratorio:

- Leucograma.
- Hemocultivo
- Glicemia
- Eritrosedimentación

Otras pruebas diagnósticas:

- Radiografía de tórax.
- Punción lumbar.

---

<sup>11></sup> Ibidem, pág. 111.

- **Tratamiento.**

Antibioticoterapia; los días de tratamiento y el tipo de fármaco a utilizar dependerán del estado clínico del neonato y los resultados de las pruebas realizadas.

#### **2.3.3.4 Neumonía Neonatal.**

- **Definición.**

“Es un proceso inflamatorio del parénquima pulmonar causado por virus, bacterias u hongos, el cual puede ser adquirido antes o durante el parto catalogándola como neumonía primaria o congénita; o bien puede ser adquirida durante el período postnatal debida a gérmenes de la comunidad considerándola entonces, como neumonía secundaria o comunitaria”.<sup>12></sup>

- **Etiología.**

I. Transplacentaria.

II. Secundaria a corioamnionitis.

III. Factores predisponentes, entre los que se encuentran:

Trabajo de parto prematuro, ruptura prematura de membranas, tacto vaginal a repetición, madre con infección de vías urinarias activa en las dos semanas previas al parto.

---

<sup>12></sup> Ibidem,pág. 128.



- Cuadro Clínico.

- Primera respiración retardada.
- Taquicardia.
- Distensión abdominal.
- Letargia.
- Acidosis metabólica.
- Alimentación deficiente.

- Diagnóstico.

Se basará en los resultados de las siguientes pruebas:

- Hemocultivo
- Urocultivo.
- Punción lumbar.
- Cultivo de aspirado traqueal.
- Radiografía de tórax.

- Tratamiento.

Oxigenoterapia.

Ventilación.

Antibioticoterapia; según el germen aislado así será aplicado los días de tratamiento.

### 2.3.3.5 Prematurez.

- Definición.

“Es todo neonato vivo que nace antes de 37 semanas a partir del primer día del último período menstrual.”<sup>13></sup>

- Etiología.

- Fetales: Sufrimiento fetal, gestación múltiple, eritroblastosis.
- Placentarias: Placenta previa, Abruption de placenta.
- Uterinas: Incompetencia cervical, útero bicorne.
- Maternas: Preeclampsia, infecciones, drogadicción.
- Otros: Ruptura prematura de membrana, polihidramnios.

- Cuadro Clínico.

- Apnea, hemorragia pulmonar.
- Neumotórax.
- Bradicardia.
- Puede haber malformaciones congénitas.
- Anemia, déficit de vitamina K.
- Hiperbilirrubinemia.
- Hipoglicemia, hipotermia.
- Convulsiones, hipotonía.
- Edema.

---

<sup>13></sup> Richard Behrman . Nelson Tratado de Pediatría. Volumen I. pág 523.

- Diagnóstico.

Se basa en el examen físico del recién nacido por medio de métodos que sirven para determinar la edad gestacional, entre éstos se cuenta con el método de Ballard y Capurro que son los que con mayor frecuencia se utilizan.

“En el método de Capurro se toman en cuenta 5 parámetros que son: Forma de la oreja, tamaño de la glándula mamaria, formación del pezón, textura de la piel, pliegues plantares”.<sup>14></sup>

Con respecto al “método de Ballard se toman en cuenta 6 parámetros: Piel. Lanugo, superficie plantar, mama, ojo-oído, genitales masculinos y genitales femeninos”. <sup>15></sup>

- Tratamiento.

Generalmente los neonatos prematuros tienen problemas respiratorios, por lo que el tratamiento se basa en soporte ventilatorio principalmente; si se presentase alguna otra complicación es manejada específicamente para cada caso.

---

14> Claudia Jiménez de Alas . Guías Clínicas del Recién Nacido con Patología. pág. 275.

15> Richard Behrman . Nelson Tratado de Pediatría. Volumen I. pág 525.

### 2.3.3.6 Síndrome de Aspiración de Meconio.

- Definición.

“Se define como la presencia de meconio distal a las cuerdas vocales”. 16>
  
- Etiología.
  - Recién nacidos postmaduros.
  - Circular de cordón umbilical.
  - Compromiso de la circulación útero-placentaria.
  - Desproporción cefalo-pélvica.
  - Parto prolongado.
  
- Cuadro Clínico.
  - a. Leve: es más frecuente y se presenta con taquipnea o dificultad respiratoria ligera, resuelve en 24 a 72 horas.
  
  - b. Moderada: se presenta con taquipnea y signos de dificultad respiratoria progresiva.
  
  - c. Grave: se manifiesta con insuficiencia ventilatoria progresiva con hipoxia severa, se observa el tórax hiperextendido con aumento del diámetro anteroposterior, se auscultan estertores en ambos campos pulmonares y se aprecia neumotórax.

---

16) Claudia Jiménez de Alas . ob.cit. pág.181.

- Diagnóstico.

Se fundamenta en la historia clínica, radiografía de tórax y determinación de gasometría arterial, así también se auxilia para su diagnóstico de hemocultivo, hemograma, eritrosedimentación, plaquetas y punción lumbar.

- Tratamiento.

Ante todo, las medidas preventivas que incluyen:

- a. Control prenatal adecuado.
- b. Interrupción oportuna del parto en caso de detectar Sufrimiento Fetal Agudo.
- c. Aspiración correcta de la tráquea en todos los niños de riesgo.

El manejo en sala de partos también es uno de los parámetros importantes para el tratamiento y abarca las siguientes medidas:

- i. Evitar la aspiración de meconio antes de que ocurra la primera inspiración.
- ii. Evitar la estimulación intencionada del recién nacido para desencadenar la respiración.
- iii. Prevenir la pérdida de calor.
- iv. Aspirar primero boca al nacimiento.
- v. Si el recién nacido no se encuentra vigoroso entubación endotraqueal y aspiración de tráquea.

Y el manejo terapéutico que incluye:

- 1- Fisioterapia pulmonar.
- 2- Oxigenación adecuada
- 3- Antibióticos de amplio espectro.

### 2.3.3.7 Sepsis Neonatal.

- Definición.

“Es la infección aguda con manifestaciones tóxico-sistémicas, ocasionadas por la invasión y proliferación de bacterias dentro del torrente sanguíneo y en diversos órganos, que ocurre dentro de las primeras semanas de vida y que se acompaña de un hemocultivo positivo”.<sup>17></sup>

- Etiología.

Existen dos tipos de sepsis neonatal que son la sepsis temprana y la sepsis tardía. Cabe mencionarlas debido a que la etiología en cada una de ellas es diferente por ende su tratamiento es variable.

Así se tiene que para la sepsis temprana, ésta es debida a:

- Infección de transmisión vertical adquirida de la flora bacteriana vaginal o fecal materna.

Y en la sepsis tardía se debe a:

- Transmisión horizontal: comunitaria o nosocomial a nivel hospitalario, ya sea por el equipo médico contaminado o por otros pacientes.

---

<sup>17></sup> Ibidem, pág. 131.

- Cuadro Clínico.

El neonato puede presentar signos y síntomas inespecíficos y sutiles como:

- No respira bien.
- No luce bien.
- No come bien
- Inestabilidad térmica.
- Hipotonía o hipertonia.
- Taquipnea.
- Distensión abdominal.
- Onfalitis.
- Ictericia.
- Edema.

- Diagnóstico.

- Hemocultivo y Urocultivo.
- Punción lumbar.
- Urocultivo.
- Hemograma
- Glicemia
- Bilirrubinas
- Radiografía de tórax, abdomen y huesos.

- Tratamiento.

- Oxigenación.
- Monitoreo de signos vitales.
- Doble terapia con antibióticos.

### 2.3.3.8 Onfalitis.

- Definición.

“Infección del muñón del cordón umbilical y/o tejidos circundantes”.<sup>18></sup>

- Etiología.

Bacteriana principalmente:

- Staphylococcus aureus.
- Streptococcus pyogenes.
- Gram negativos ( Echerichia coli)
- Anaerobios (Clostridium perfringes).

- Cuadro clínico.

- Eritema e induración periumbilical.
- Secreción umbilical fétida.
- En casos complicados: coloración negruzca y/o crepitación de tejidos periumbilicales, tromboflebitis y peritonitis.

- Diagnóstico.

Se basa en el cuadro clínico del neonato más frotis y cultivo de secreción umbilical, hemograma, hemocultivo, eritrosedimentación.

---

<sup>18></sup> Ibidem. pág. 127.



- Tratamiento.
  - Aseo local con agua y jabón y aplicar solución yodada o permanganato de potasio.
  - Manejo ambulatorio y antibióticos orales si es leve, pero en los casos complicados el manejo es intrahospitalario con antibióticos parenterales.

### **2.3.3.9 Conjuntivitis Neonatal.**

- Definición.

“Es la inflamación de las conjuntivas bulbar (ocular) y tarsal (palpebral) que se presenta durante los primeros 28 días de vida”.<sup>19></sup>
- Etiología:

Bacteriana: Neisseria gonorrhoeae y Chlamydia trachomatis son los principales.
- Cuadro Clínico.

Generalmente se presenta con:

  - Secreción ocular clara o purulenta.
  - Hiperemia.
  - Edema de párpados.

---

<sup>19></sup> Ibidem, pág. 123.

- Diagnóstico.
  - Tinción de Gram
  - Cultivos bacteriológicos para el diagnóstico específico y su tratamiento.
  
- Tratamiento.
  - Medidas generales que incluyen:  
Lavados oculares con solución salina.
  - Antibioticoterapia tópica o parenteral según sea el agente aislado.

#### **2.3.3.10 Piodermias.**

- Definición.

“Son infecciones de la piel y sus anexos (folículos pilosos y las glándulas sudoríparas)” .20>
  
- Etiología.

Las Bacterias más frecuentes son: Staphylococcus aureus y Streptococcus beta hemolítico, produciéndose en mayor porcentaje en niños con poco aseo.

- Cuadro clínico.

- Eritema
- Ampollas
- Pústulas
- Costras
- Vómitos.
- Fiebre.

- Diagnóstico.

Se basa fundamentalmente en la historia clínica y el examen físico.

- Tratamiento.

Lavado con agua y jabón de las lesiones y aplicación de fomentos con sustancias antisépticas como sulfato de cobre o permanganato de potasio o sulfato de zinc.

Si la lesión es muy extensa se deben utilizar antibióticos sistémicos.

## **2.4 Normas de Atención Neonatal.**

### **2.4.1 Definición.**

“Es el conjunto de acciones inmediatas que se desarrollan con el recién nacido a fin de asegurar su bienestar”.<sup>21></sup>

### **2.4.2 Descripción.**

El propósito de la elaboración de las normas de atención neonatal por parte del Ministerio de Salud pública y Asistencia Social es que ha todo recién nacido debe proporcionársele la atención inmediata oportuna de calidad, que asegure su salud temprana, previniéndose daños a futuro.

Y tener un resultado esperado como el de inducir un proceso de adaptación normal a la vida extrauterina con el fin de lograr un recién nacido sano, reduciendo así las múltiples secuelas discapacitantes en la niñez.

Existen a su vez los Lineamientos Técnicos Básicos para la Atención del Recién Nacido sin riesgo, en donde se describen los cuidados básicos, entre ellos se mencionan:

- A Verificar que el equipo de reanimación neonatal esté completo.
- B Apagar el aire acondicionado previo al nacimiento del recién nacido.

---

<sup>21></sup> Ibidem. pág.5.

## **2.5 Definición de Términos Básicos.**

Existen cierto vocabulario médico, los cuales no son del dominio popular y pueden dar errores a la interpretación del documento e incluso puede resultar inentendible, por lo que se definen los siguientes términos para que ayuden a resolver cualquier duda sobre los temas que se han mencionado en el marco teórico y de ésta forma tener una idea clara.

### **1. Abruptio de placenta.**

Es la separación parcial o total de la placenta normalmente insertada de la decidua basal en la cavidad uterina, siempre que ocurra después de las 22 semanas de gestación y antes del tercer período del trabajo de parto.

### **2. Ampolla.**

Colección de líquido seroso que producen en la superficie cutánea levantamientos mayores de 3 mm.

### **3. Cefalohematoma.**

Es una hemorragia subperióstica normalmente benigna, sobre uno de los huesos del cráneo; suele ser consecuencia del traumatismo durante el parto.

### **4. Coombs directo.**

Prueba que se utiliza para descubrir anticuerpo ligado a células, la aglutinación indica que hay anticuerpos. Esta se le realiza al recién nacido en los casos de incompatibilidad sanguínea entre madre-hijo.

**5. Coombs indirecto.**

Prueba para descubrir anticuerpo circulante, se le realiza a la madre, en casos de incompatibilidad sanguínea entre madre-hijo.

**6. Corioamnionitis.**

Infección de las membranas ovulares, placenta y del feto provocado por la invasión microbiana de la cavidad amniótica.

**7. Costra.**

Exudado que se seca al aire, produciendo una concreción del material sólido.

**8. Elisa para VIH.**

Prueba de laboratorio que se utiliza para hacer el diagnóstico del síndrome de inmunodeficiencia adquirida (SIDA).

**9. Eritrosedimentación.**

Sedimentación de los glóbulos rojos.

**10. Exangineotranfusión.**

Sustitución parcial o completa de la sangre de un paciente.

### **11. Fototerapia.**

Es el uso de luz especial para alterar químicamente la bilirrubina cutánea en el manejo de hiperbilirrubinemias.

### **12. Hemocultivo.**

Cultivo para la detección de microorganismos patógenos en la sangre.

### **13. Oxitocina.**

Hormona producida por el hipotálamo almacenada y secretada por el lóbulo posterior de la hipófisis cuya función principal es estimular la contractura de la musculatura lisa. Fármaco con acciones de contracción uterina.

### **14. PAP.**

También llamado Papanicolaou, es un procedimiento de coloración citológica exfoliativa para el descubrimiento y diagnóstico de diversos trastornos malignos y premalignos del aparato genital femenino.

### **15. Perinatal.**

Período que corresponde entre las semanas 22 de gestación y los primeros 28 días de vida extrauterina.

### **16. Placenta previa.**

Es la condición en la cual la placenta se implanta en el segmento inferior del útero, pudiendo llegar a cubrir o no el orificio cervical interno.

**17. Polihidramnios.**

Colección de líquido amniótico superior a 2,000 ml.

**18. Pústula.**

Son colecciones purulentas pequeñas y superficiales.

**19. TORCH.**

Siglas que simbolizan diferentes patologías que afectan al neonato, así: Toxoplasmosis, Rubéola, Citomegalovirus, Herpes simple virus.

**20. Urocultivo.**

Consiste en la siembra de una muestra de orina en terrenos de cultivo adecuado, permite identificar el agente patógeno.

**21. VDRL.**

Prueba no treponémica para la detección en sangre de sífilis y cuyas siglas en inglés son Venereal Disease Research Laboratory. (Laboratorio para el control de las enfermedades venéreas)

**22. RPR**

Reaginina plásmática rápida, es una prueba no treponémica para la detección de sífilis.



# **CAPÍTULO III**

## **SISTEMA DE HIPÓTESIS**

### **3. SISTEMAS DE HIPÓTESIS.**

#### **3.1 Hipótesis General:**

Hi : La frecuencia de onfalitis, conjuntivitis neonatal y piodermias es elevada en neonatos atendidos en las unidades de salud de Chirilagua, El Zamorán y Las Placitas.

Ho : La frecuencia de onfalitis, conjuntivitis neonatal y piodermias no es elevada en neonatos atendidos en las unidades de salud de Chirilagua, El Zamorán y Las Placitas.

#### **3.2 Hipótesis Específicas:**

H1 : Las embarazadas sin control prenatal, los partos atendidos extrahospitalariamente, el bajo peso al nacer, el sexo femenino y los neonatos alimentados con leche de fórmula son los factores que influyen al desarrollo de enfermedades neonatales.

Ho : Las embarazadas sin control prenatal, los partos atendidos extrahospitalariamente, el bajo peso al nacer, el sexo femenino y los neonatos alimentados con leche de fórmula no son factores que influyen al desarrollo de enfermedades neonatales.

H2 : El porcentaje de consulta inmediata al médico al enfermarse un neonato es mínimo.

Ho : El porcentaje de consulta inmediata al médico al enfermarse un neonato no es mínimo.

**Operacionalización de las Hipótesis en Variables e Indicadores.**

<b>HIPÓTESIS</b>	<b>VARIABLES</b>	<b>CONCEPTUALIZACIÓN OPERATIVA DE VARIABLES</b>	<b>INDICADORES</b>
<p><b>Hipótesis General</b></p> <p>Hi : La frecuencia de onfalitis, conjuntivitis neonatal y piodermias es elevada en neonatos atendidos en unidades de salud de Chirilagua, El Zamorán y Las Placitas.</p>	<p><b>Variable:</b></p> <p>La frecuencia de onfalitis, conjuntivitis neonatal y piodermia es elevada</p>	<p><b>Onfalitis:</b></p> <p>Cuando existe en los neonatos un enrojecimiento del ombligo.</p> <p><b>Conjuntivitis Neonatal:</b></p> <p>Es la supuración de uno o ambos ojos.</p> <p><b>Piodermias:</b></p> <p>Son infecciones de la piel, folículos pilosos y las glándulas sudoríparas.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Enfermedades maternas.</li> <li>- Signos y Síntomas</li> <li>- Educación.</li> <li>- Hábitos higiénicos.</li> <li>- Costumbres</li> <li>- Creencias</li> </ul>
	<p><b>Variable:</b></p> <p>Neonatos</p>	<p><b>Neonatos:</b></p> <p>Es todo niño (a) de 0 a 28 días después del nacimiento.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Sexo</li> <li>- Edad</li> <li>- Peso</li> </ul>

<b>HIPÓTESIS</b>	<b>VARIABLES</b>	<b>CONCEPTUALIZACIÓN OPERATIVA DE VARIABLES</b>	<b>INDICADORES</b>
<p><b>Hipótesis Específicas:</b></p> <p>H1 : Las embarazadas sin control prenatal, los partos atendidos de forma extrahospitalaria, el bajo peso al nacer, el sexo femenino, y los neonatos alimentados con leche de fórmula son los factores que más influyen al desarrollo de enfermedades neonatales</p>	<p><b>Variable Independiente:</b></p> <p>Las embarazadas sin control prenatal, los partos atendidos de forma extrahospitalaria, el bajo peso al nacer, el sexo femenino, y los neonatos alimentados con leche de fórmula.</p>	<p><b>Embarazadas sin control prenatal:</b></p> <p>Es toda embarazada que durante ésta etapa no recibió ningún tipo de atención por parte de integrantes de salud.</p> <p><b>Partos atendidos de forma extrahospitalaria:</b></p> <p>Es todo aquel parto que se efectúa en cualquier lugar que no fuese el hospital, independientemente de la persona que lo asistió.</p> <p><b>Bajo peso al nacer:</b></p> <p>Todo niño o niña que al nacer pesa menos de 2,500 grs. independientemente de la edad gestacional.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Accesibilidad a centros de salud.</li> <li>- Ingresos Económico</li> <li>- Educación</li> <li>- Multiparidad.</li> <li>- Creencias.</li> <li>- Condiciones higiénicas al momento del parto.</li> <li>- Edad materna</li> <li>- Enfermedades maternas.</li> <li>- Período intergenésico corto.</li> </ul>

HIPÓTESIS	VARIABLES	CONCEPTUALIZACIÓN OPERATIVA DE VARIABLES	INDICADORES
		<p><b>Sexo femenino:</b></p> <p>Llamado también homogamético y es el que presenta dos cromosomas iguales ( XX)</p>	<p>- Creencias.</p>
		<p><b>Neonatos alimentados con leche de fórmula:</b></p> <p>Todo niño o niña que durante sus primeras cuatro semanas de vida no es alimentado con seno materno, sino con leche de preparados artificiales (en polvo)</p>	<p>- Costumbres.</p> <p>- Empleo de la madre.</p> <p>- Período intergenésico corto.</p>

<b>HIPÓTESIS</b>	<b>VARIABLES</b>	<b>CONCEPTUALIZACIÓN OPERATIVA DE VARIABLES</b>	<b>INDICADORES</b>
	<p><b>Variable Dependiente:</b></p> <p>Desarrollo de enfermedades neonatales.</p>	<p><b>Desarrollo de Enfermedades neonatales:</b></p> <p>Es la evolución de las diferentes patologías que se presentan en el recién nacido hasta los primeros 28 días de nacimiento.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Onfalitis</li> <li>- Conjuntivitis Neonatal</li> <li>- Piodermias</li> <li>-Hiperbilirrubinemia neonatal.</li> <li>- Incompatibilidad por ABO.</li> <li>-Neumonía neonatal.</li> <li>- Neonato hijo de madre con ruptura prematura de membrana.</li> <li>- Prematurez.</li> <li>- Síndrome de aspiración de meconio.</li> <li>- Sepsis neonatal.</li> </ul>

<b>HIPÓTESIS</b>	<b>VARIABLES</b>	<b>CONCEPTUALIZACIÓN OPERATIVA DE VARIABLES</b>	<b>INDICADORES</b>
<p>H2 : El porcentaje de consulta inmediata al médico al enfermarse un neonato es mínimo.</p>	<p><b>Variable:</b> El porcentaje de consulta inmediata al médico.</p>	<p><b>El porcentaje de consulta inmediata al médico:</b> Es la cantidad de neonatos expresada en porcentaje que son llevados al médico ante la presencia del primer signo que evidencia alguna anormalidad.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Accesibilidad a los centros de salud.</li> <li>- Ingresos económicos.</li> <li>- Educación.</li> <li>- Creencias.</li> </ul>
	<p><b>Variable:</b> Enfermarse un neonato</p>	<p><b>Enfermarse un neonato:</b> Es el conjunto de signos y síntomas que presenta un neonato, característicos de una patología específica.</p>	<p>Signos y síntomas</p>



# **CAPÍTULO IV**

## **METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN**

## 4. DISEÑO METODOLÓGICO.

### 4.1 TIPO DE INVESTIGACIÓN.

Ésta investigación se caracteriza por ser un estudio: Prospectivo, Transversal y Analítico.

- **Prospectivo:** Porque para el desarrollo de la investigación se tomaron en cuenta los neonatos nacidos en el período de julio a septiembre de 2004, es decir se registra la información según van ocurriendo los fenómenos.
- **Transversal:** Porque el estudio se llevó a cabo en un período de tres meses, y en éste tipo de investigación se estudiaron las variables en determinado momento, haciendo un corte en el tiempo.
- **Analítico:** Porque se pretende dar respuesta a la problemática planteada anteriormente, a través de la formulación de hipótesis, sin hacer intervención, es decir se estudiaron grupos, en éste caso los neonatos, que ya presentaban las variables investigadas.

#### 4.2 UNIVERSO.

El universo se obtuvo tomando en cuenta el promedio de recién nacidos, con base a las mujeres que asisten al control prenatal en las Unidades de Salud de Chirilagua, El zamorán y Las Placitas, para los meses de julio, agosto y septiembre de 2004, distribuidos de la siguiente forma:

UNIDADES DE SALUD \ MES	JULIO	AGOSTO	SEPTIEMBRE	TOTAL
CHIRILAGUA	17	11	9	37 = N1
EL ZAMORÁN	50	57	47	154 = N2
LAS PLACITAS	10	12	7	29 = N3
UNIVERSO				220 = N

Por lo que se tiene un universo de 220 neonatos.

### 4.3 MUESTRA.

Dado que el universo en estudio se trata de una población de neonatos finita se emplea la siguiente fórmula estadística para obtener la muestra de la investigación, y ésta se desarrolla de la siguiente forma:

$$n = \frac{Z^2 p q N}{(N - 1) E^2 + Z^2 p q}$$

Donde:

N = Universo

Z = Valor crítico para una confianza del 95%

E = Error muestral

p = Probabilidad de éxito

q = Probabilidad de fracaso

n = muestra

Datos:

N = 220

Z = 1.96

E = 0.05

p = 0.5

q = 0.5

n = ?

Sustituyendo:

$$n = \frac{(1.96)^2 (0.5) (0.5) (220)}{(220 - 1) (0.05) + (1.96)^2 (0.5) (0.5)}$$

$$n = \frac{(3.8416) (55)}{(219) (0.0025) + (3.8416) (0.25)}$$

$$n = \frac{211.288}{(0.5475) + (0.9604)}$$

$$n = \frac{211.288}{1.5079}$$

$$n = 140.12$$

$$n = 140 \text{ neonatos}$$

Para determinar el número de sujetos en estudio por unidad de salud, se calculó de la siguiente manera:

$$n1 = \frac{N1}{N} (n)$$

Sustituyendo:

$$n1 = \frac{37}{220} (140) = 0.168 (140) = 23.52 = 24$$

$$n1 = 24$$

$$n2 = \frac{N2}{N} (n)$$

Sustituyendo:

$$n2 = \frac{154}{220} (140) = 0.70 (140) = 98$$

$$n2 = 98$$

$$n3 = \frac{N3}{N} (n)$$

Sustituyendo:

$$n3 = \frac{29}{220} (140) = 0.132 (140) = 18.48 = 18$$

$$n3 = 18$$

Con base a lo anterior, se tiene que se tomaron los sujetos de estudio de la siguiente forma:

- En la Unidad de Salud de Chirilagua: 24 neonatos.
- En la Unidad de Salud de El Zamorán: 98 neonatos.
- En la Unidad de Salud de Las Placitas: 18 neonatos.

#### **4.4 TIPO DE MUESTREO.**

Se realizó un muestreo estratificado intencionado.

**Estratificado:** Porque se tomaron los casos agrupados de las Unidades de Salud de Chirilagua, El Zamorán y Las Placitas con una característica en común que los sujetos de estudio fueron neonatos.

**Intencionado:** Porque una vez que se escogieron los estratos los sujetos se seleccionaron según las primeras consultas de éstos en las diferentes Unidades de Salud en estudio, hasta que se completó la muestra.

## 4.5 TÉCNICAS DE OBTENCIÓN DE INFORMACIÓN.

### A Técnicas documentales:

- **Documental bibliográfica:** A través de la cual se recopilaron los datos necesarios sobre los que se fundamenta el estudio, por medio de libros especializados y diccionarios.
- **Documental escrita:** Porque se realizaron revisiones de los datos con respecto a la frecuencia de enfermedades neonatales en el Hospital Nacional San Juan de Dios de San miguel y en los archivos de las diferentes Unidades de Salud de Chirilagua, El Zamorán y Las Placitas, en éstas últimas también se revisaron el número de pacientes que asisten al control prenatal.
- **Documental hemerográfica:** Para la obtención del comportamiento de la morbilidad neonatal en El Salvador fue necesaria la revisión de sitios electrónicos y periódicos.



## **B Técnicas de campo.**

- **La observación:** Al momento de la consulta se llevó a cabo un examen físico completo del neonato a través de las técnicas médicas convencionales: inspección, palpación, percusión y auscultación, además la medición del peso, talla y perímetro cefálico. (ver anexo nº 11 y nº 12)
- **La encuesta:** Posterior a la examinación del neonato se le realizaron a la madre una serie de preguntas prediseñadas. (ver anexo nº 13)

## **4.6 INSTRUMENTOS**

Entre los instrumentos que se utilizaron se encuentran:

- Fichas bibliográficas
- Fichas hemerográficas
- Fichas archivológicas
- Guía de observación. Se utilizó la hoja de inscripción de Atención Integrada a las Enfermedades Prevalente de la Infancia, la cual fue modificada, extrayéndose los datos relacionados con la investigación ( AIEPI ) (ver anexo nº 15)
- Cámara fotográfica.
- Cédula de entrevista. La que fue dirigida a las mujeres que consultaron con neonatos en las Unidades de Salud en estudio.(ver anexo nº 14)

#### **4.7 PROCEDIMIENTO.**

El estudio se realizó en un período de ocho meses, partiendo desde la planificación hasta la elaboración del informe final.

La investigación se llevó a cabo en dos momentos:

- La planificación.
- La ejecución

El primer momento es la Planificación.

Donde abarcó desde la selección del tema hasta el planteamiento del desarrollo de la investigación, sobre las enfermedades más frecuentes en neonatos atendidos en Unidades de Salud en estudio.

El segundo momento es la Ejecución.

Éste se divide en dos grandes etapas:

- La recolección de los datos
- La tabulación de los resultados

La primera etapa corresponde a la recolección de los datos y ésta se llevó a cabo en 3 diferentes Unidades de Salud que son las de Chirilagua, El Zamorán y Las Placitas, la recaudación de los datos se hizo de forma simultánea en los tres lugares, los mismos meses de julio, agosto y septiembre de 2004, aunque en diferentes días, ya que no todos los días asistieron neonatos a consultar en las tres Unidades de Salud. (ver anexo nº 2)

Se pasó a las mujeres que consultaron con sus neonatos, una Cédula de entrevista que incluyó 22 preguntas abiertas y cerradas (ver anexo nº 14) y a la vez se administró una guía de observación que es una hoja donde se describen el estado de salud actual del recién nacido (ver anexo nº 15).

Cada responsable de su unidad de salud según la afluencia de pacientes así fue el número de sujetos para la obtención de la muestra a menor pacientes menor sujetos de estudio, y éstos se seleccionaron de acuerdo al día de consulta, es decir los primeros que consulten se tomarán como muestra, sin selección previa.

La segunda etapa se refiere a la tabulación de los resultados, una vez recolectada toda la información se procesaron los resultados para el análisis y la interpretación de éstos, y según lo anterior se realizaron las conclusiones, recomendaciones y complementación del informe final descrito más adelante.

# **CAPÍTULO V**

## **PRESENTACIÓN DE LOS RESULTADOS**

## **5. PRESENTACIÓN DE LOS RESULTADOS**

En éste capítulo se detalla paso a paso las cuatro partes de las que consta el proceso que se llevó a cabo con los resultados tanto de la cédula de entrevista y de la guía de observación que se administró a las madres que consultaron con sus neonatos en las Unidades de Salud de Chirilagua, El Zamorán y Las Placitas, en el período de julio a septiembre de 2004.

Primeramente se recopilaron los resultados por Unidad de Salud, revisando cada una de las preguntas tanto de la cédula de entrevista como de la guía de observación y luego se obtuvo un total global de las tres Unidades de Salud, y de éstos resultados se obtuvieron los porcentajes respectivos, expresándose cada uno en sus debidos cuadros de frecuencia.

La segunda parte consiste en el análisis de los resultados, donde se desglosaron las partes de un todo, detallándose todos los datos de los cuadros de frecuencia presentados, es decir lo cuantitativo.

Posteriormente se procedió a la interpretación de los resultados, que es la tercera parte de éste capítulo y es la esencia de la información, lo que se desea transmitir y reflejar con los resultados, lo cualitativo.

Y finalmente la representación gráfica de los cuadros de frecuencia, donde se utilizaron gráficos de sectores y de barra, para una mayor asimilación de la información.

## 5.1 TABULACIÓN, ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE LOS DATOS

**CUADRO N° 1.**

Pregunta:

1- ¿Asistió al control prenatal durante su último embarazo?

2- Si su respuesta es no: ¿Por qué no asistió al control prenatal?

Pregunta n° 1			Pregunta n° 2		
Parámetro	Frecuencia	Porcentaje	Parámetro	Frecuencia	Porcentaje
Si	129	92%	“No quiso”	5	46 %
No	11	8%	“No tenía tiempo”	2	18 %
Total	140	100%	“No creía que estaba embarazada”	1	9 %
			“No dejar solos los niños”	1	9 %
			“No me gustan las jeringas”	1	9 %
			“Me quedaba lejos”	1	9 %
			Total	11	100 %

Fuente: Cédula de entrevista dirigida a la población en estudio.

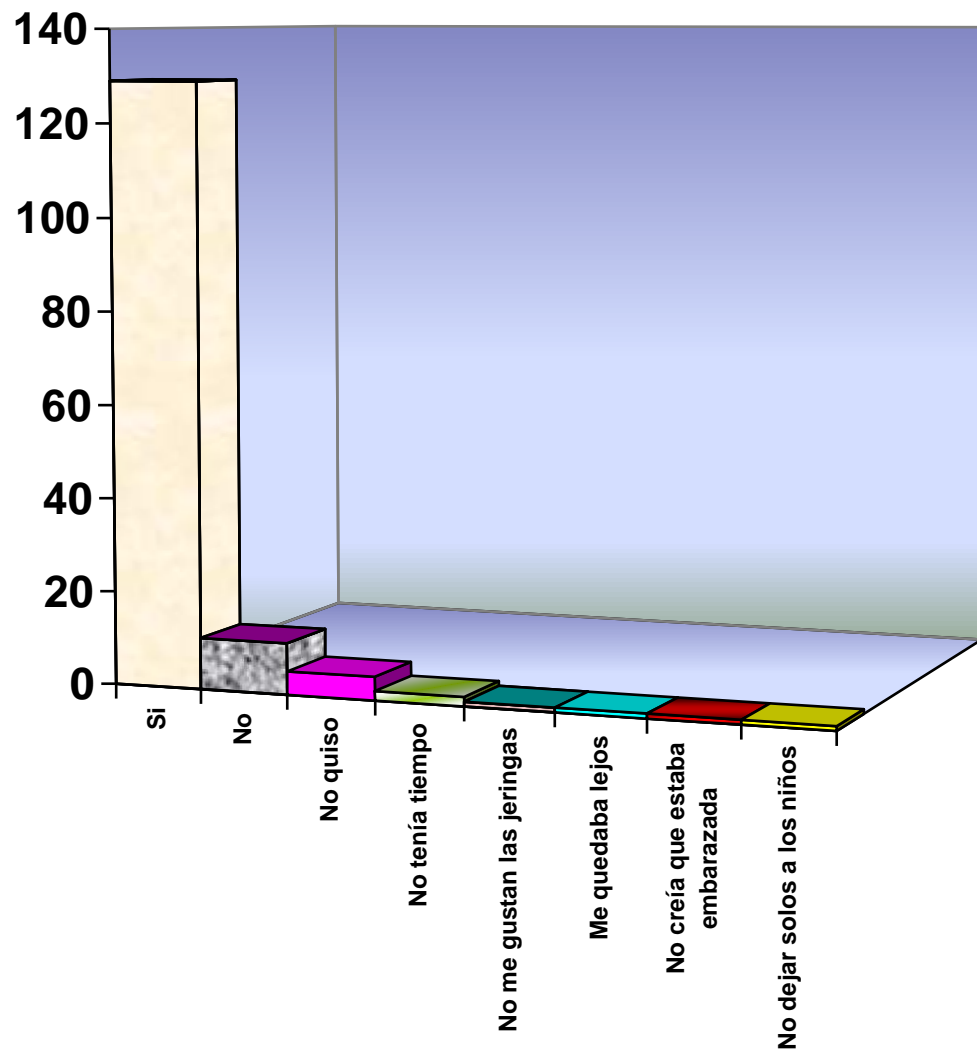
**Análisis:**

Según los datos que se presentan en éste cuadro, se puede apreciar que 129 mujeres asistieron a sus controles prenatales que equivalen al 92% y solo 11 fueron las que faltaron es decir al 8% de la población en estudio. De las 11 mujeres que no asistieron se tienen los motivos de su inasistencia, de las cuales 5 dijeron que “no quisieron” llevar control prenatal, que corresponden al 46 %, en segundo lugar están las que no “tenían tiempo” que fueron 2 las que contestaron de ésta forma, y constituyen el 18 %, luego el resto respondieron múltiples motivos como “por no dejar solo a los niños”, “no creía que estaba embarazada”, “no le gustan las jeringas” y “que le quedaba lejos”, todas éstas con una frecuencia de 1, que representan al 9 %.

**Interpretación:**

A partir de lo anterior se puede decir que la mayor parte de las mujeres embarazadas asiste a los controles prenatales que se brindan en las diferentes unidades de salud, independientemente de las zonas donde se encuentren ubicadas, pero todavía hay quienes prefieren quedarse en sus casas y no ir a los diferentes centros de salud para recibir la atención especializada tanto para su bebé como ellas. Además según el cuadro anterior la razón que mayormente predominó fue porque simplemente no quisieron, y esto refleja que aunque el personal de salud esté dispuesto a brindarles una atención oportuna, de calidad y calidez a las futuras madres, éstas no lo permiten, debido probablemente a su nivel académico bajo, excepto la que contestó que le “quedaba lejos” ya que la unidad de salud se encuentra lo suficientemente retirada y probablemente no cuenta con los recursos económicos necesarios para su traslado.

**GRÁFICO N° 1**  
**REPRESENTACIÓN GRÁFICA DE LA ASISTENCIA AL CONTROL**  
**PRENATAL DURANTE EL ÚLTIMO EMBARAZO Y LOS MOTIVOS POR LO**  
**QUE LAS PACIENTES NO LO REALIZARON.**



Fuente: Cuadro N° 1.



**CUADRO N° 2**  
**GRADO ESCOLAR DE LA MADRE DEL NEONATO QUE**  
**CONSULTÓ LA UNIDAD DE SALUD.**

<b>Grado escolar</b>	<b>Total</b>	<b>Porcentaje</b>
Ninguno	16	11 %
1° a 3°	21	15 %
4° a 6°	43	31 %
7° a 9°	35	25 %
Bachillerato	18	13 %
Superior no universitario	1	1 %
Superior universitario	6	4 %
<b>Total</b>	<b>140</b>	<b>100 %</b>

Fuente: Cédula de entrevista dirigida a la población en estudio.

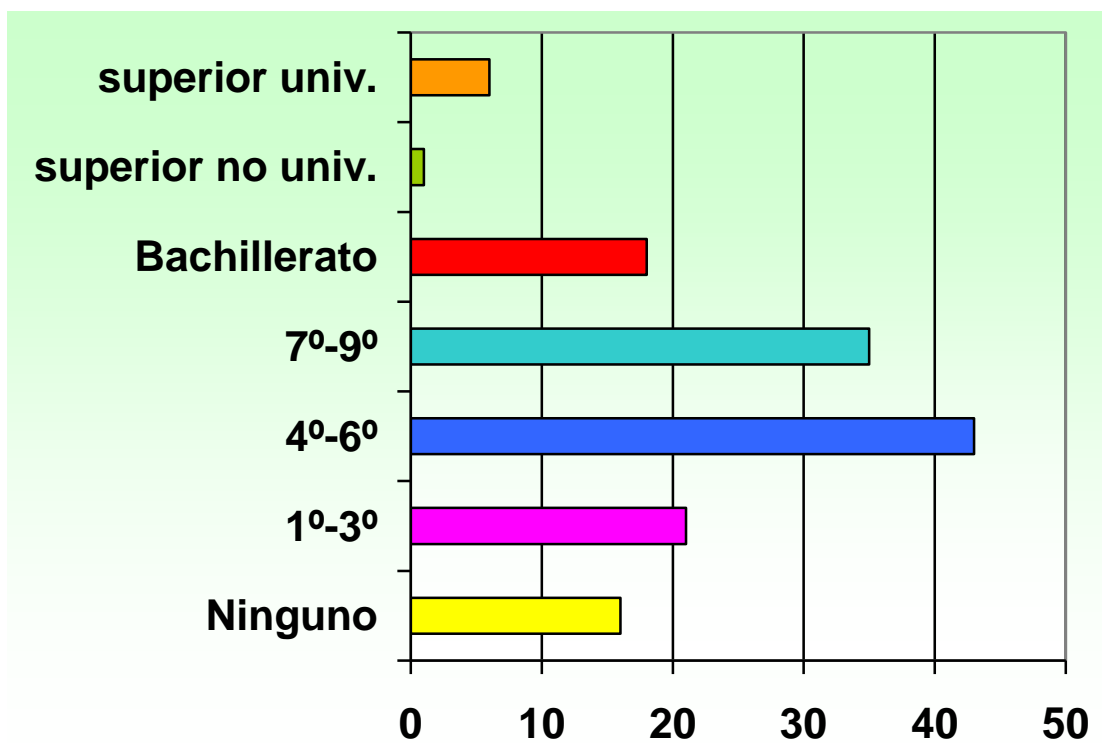
**Análisis:**

Según los resultados, se puede apreciar que 43 mujeres han cursado entre 4° a 6° grado, siendo el 31 % y del total de la población en estudio 35 aprobaron entre 7° a 9° grado, que corresponden al 25 %, 21 solo cursaron entre 1° a 3° grado, con un 15 % y 18 no poseen ningún grado académico, que son el 11 %, por otro lado se tiene que 18 estudiaron hasta bachillerato, lo que es un 13 %, que 6 obtuvieron un título universitario siendo el 4 % y 1 persona obtuvo grado superior no universitario, que es el 1 %.

**Interpretación:**

La mayor parte de las pacientes tienen un grado académico bajo, el promedio anda por 4º a 6º grado, inclusive se tiene un 11 % presente de analfabetismo, y ésta es una de las causas que nos estén llevando a una falta de control prenatal o un control prenatal inadecuado.

**GRÁFICO N° 2.**  
**REPRESENTACIÓN GRÁFICA DEL GRADO ESCOLAR DE LA MADRE DEL NEONATO QUE CONSULTÓ LA UNIDAD DE SALUD.**



Fuente: Cuadro N° 2.

**CUADRO N° 3.**  
**DISTANCIA QUE EXISTE ENTRE LA VIVIENDA DE LOS PACIENTES Y LA**  
**UNIDAD DE SALUD A LA QUE CONSULTAN.**

<b>Distancia en metros</b>	<b>Total</b>	<b>Porcentaje</b>
< 500 mts.	33	24 %
500 a < 1000 mts	48	34 %
1000 a < 2000 mts.	28	20 %
2000 a < 3000 mts.	11	8 %
3000 mts ó más	20	14 %
Total	140	100 %

Fuente: Cédula de entrevista dirigida a la población en estudio.

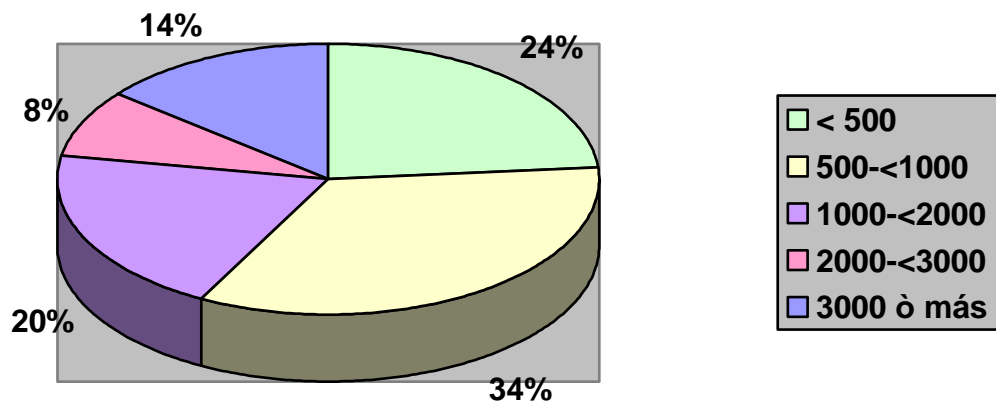
**Análisis:**

Las viviendas se encuentran ubicadas en 48 de los casos entre 500 a < 1000 metros, que son un 34 %, 33 están a < de 500 metros, siendo el 24 %, 28 localizadas entre 1000 a menos de 2000 metros, que corresponden al 20%, sólo 20 se encuentran a 3000 metros o más que es el 14 %, y sólo 11 están ubicadas entre 2000 a menos de 3000 metros, que son el 14 %.

**Interpretación:**

El 14 % de las madres que consultaron viven a 3 kilómetros o más de las unidades de salud y es donde se refleja que si existen ciertas pacientes que por éste motivo no acudieron a los controles prenatales, ya que algunas podían cubrir los gastos del pasaje, pero otras definitivamente no.

**GRÁFICO N° 3.**  
**REPRESENTACIÓN GRÁFICA DE LA DISTANCIA QUE EXISTE ENTRE LA VIVIENDA DE LOS PACIENTES Y LA UNIDAD DE SALUD A LA QUE CONSULTAN.**



Fuente: Cuadro N° 3.

**CUADRO N° 4.**  
**ESTIMADO DEL INGRESO ECÓNOMICO MENSUAL EN LOS HOGARES DE**  
**LOS PACIENTES QUE CONSULTARON LAS UNIDADES DE SALUD EN**  
**ESTUDIO.**

<b>Ingreso económico</b>	<b>Total</b>	<b>Porcentaje</b>
0 a < \$50	6	4 %
\$50 a < \$100	13	9 %
\$100 a < \$150	34	24 %
\$150 a < \$200	28	20 %
\$200 a < \$300	47	35 %
\$300 a < \$400	9	6 %
\$400 a < \$500	2	1 %
\$500 a < \$600	1	1 %
<b>Total</b>	<b>140</b>	<b>100 %</b>

Fuente: Cédula de entrevista dirigida a la población en estudio.

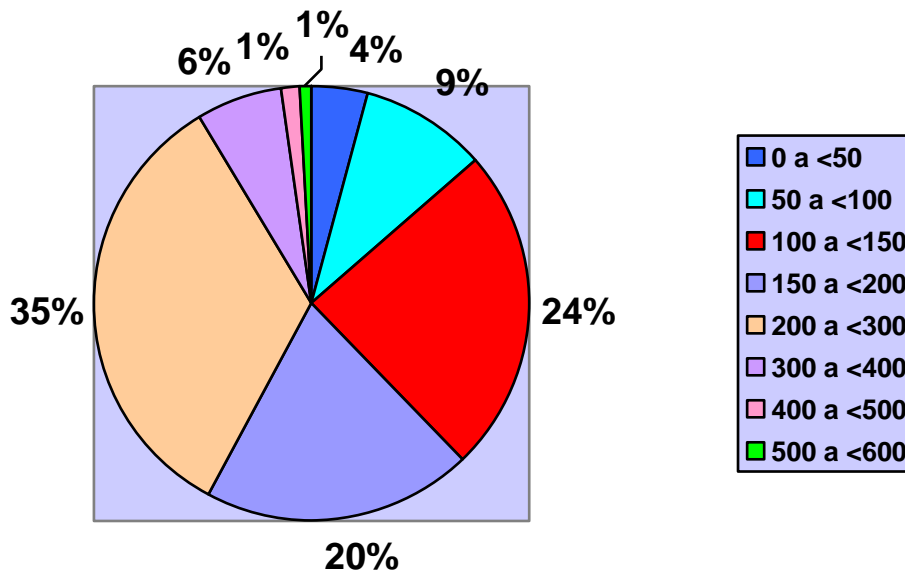
**Análisis:**

Se indagó sobre una cantidad de dinero aproximada con la que cada familia de los sujetos en estudio cuenta mensualmente y se obtuvo que 47 hogares cuentan con un ingreso entre \$200 a < \$300, siendo el 35 %, luego 34 entre \$100 a < \$150, con un 24 %, 28 respondieron que tienen un ingreso de \$150 a < \$200, que son un 20 %, 13 cuentan con \$50 a < \$100 siendo 9 % y 9 familias entre \$300 a \$400 con un 6 %, sólo 6 contestaron que cuentan con menos de \$50, correspondiendo al 4 %, 2 tienen de \$400 a \$500, siendo el 1 % y solo 1 hogar presentan un ingreso económico de \$500 a \$600, con el 1%.

**Interpretación:**

El 35% de la población en estudio cuenta con un poco más del sueldo mínimo para sufragar sus gastos, y un 11% cuenta con un ingreso económico mínimo, incluso se podría decir que imposible para subsistir con todos los gastos mínimos necesarios en todo hogar, lo que comprueba que éste porcentaje de pacientes pueden ausentarse a sus controles prenatales, debido a la falta de dinero para sufragar los gastos de pasaje para trasladarse a las diferentes unidades de salud.

**GRÁFICO N° 4.**  
**REPRESENTACIÓN GRÁFICA INGRESO ECÓNOMICO MENSUAL ESTIMADO, EN LOS HOGARES DE LOS PACIENTES QUE CONSULTARON LAS UNIDADES DE SALUD EN ESTUDIO.**



Fuente: Cuadro N° 4.

**CUADRO N° 5**  
**NÚMEROS DE CONTROLES PRENATALES LLEVADOS POR LAS**  
**PACIENTES DURANTE SU EMBARAZO.**

N° de Controles prenatales	Total	Porcentaje
1 - 2	18	14 %
3 - 4	40	31 %
5 - 6	56	43 %
7 - 8	11	9 %
9 - 10	4	3 %
Total	129	100 %

Fuente: Cédula de entrevista dirigida a la población en estudio.

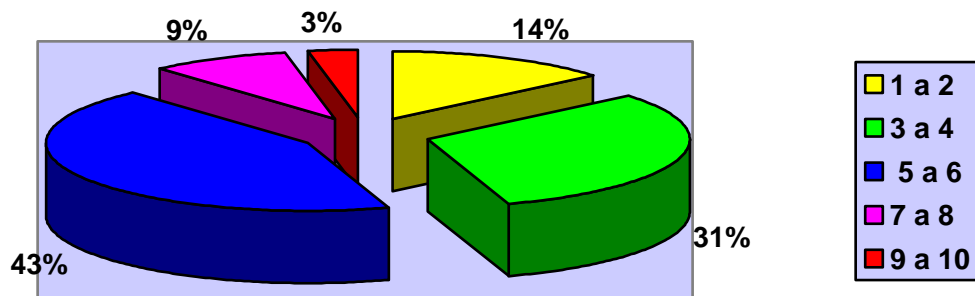
**Análisis:**

De las 129 pacientes que llevaron su control prenatal, 56 de ellas asistieron entre 5 a 6 controles, constituyendo el 43%, luego le siguen las que fueron de 3 a 4 controles prenatales siendo 40 las que cumple con ésta categoría, con un 31 %, 18 pacientes llevaron 1 a 2 controles siendo un 14% y 11 embarazadas tienen de 7 a 8 controles, con un 9 %, finalmente se presentaron 4 pacientes de 9 a 10 controles durante su embarazo que corresponden al 3 %.

**Interpretación:**

El número mínimo de controles que una mujer embarazada debe de tener es de 5, y aquí claramente se ve representado que el 5% de las pacientes tiene entre 5 a 10 controles prenatales, es decir un poco más de la mitad del total de la población en estudio, pero el 45% tiene menos de 5 controles prenatales, por lo que a pesar de tener más de la mayoría con un buen número de controles prenatales, se observa un 45 % que no lo tiene aunque en el cuadro N° 1 el 92% refleja que si ha tenido un control prenatal pero esto no significa que se estén cumpliendo las consultas médicas como deben ser..

**GRÁFICO N° 5.  
REPRESENTACIÓN GRÁFICA DE CONTROLES PRENATALES LLEVADOS  
POR LAS PACIENTES DURANTE SU EMBARAZO.**



Fuente: Cuadro N° 5.



**CUADRO N° 6**  
**LUGAR DE ATENCIÓN DEL ÚLTIMO PARTO.**

<b>Lugar</b>	<b>Total</b>	<b>Porcentaje</b>
Hospital	120	86 %
Unidad de salud	0	0 %
Domiciliar	20	14 %
Total	140	100 %

Fuente: Guía de observación dirigida a la población en estudio.

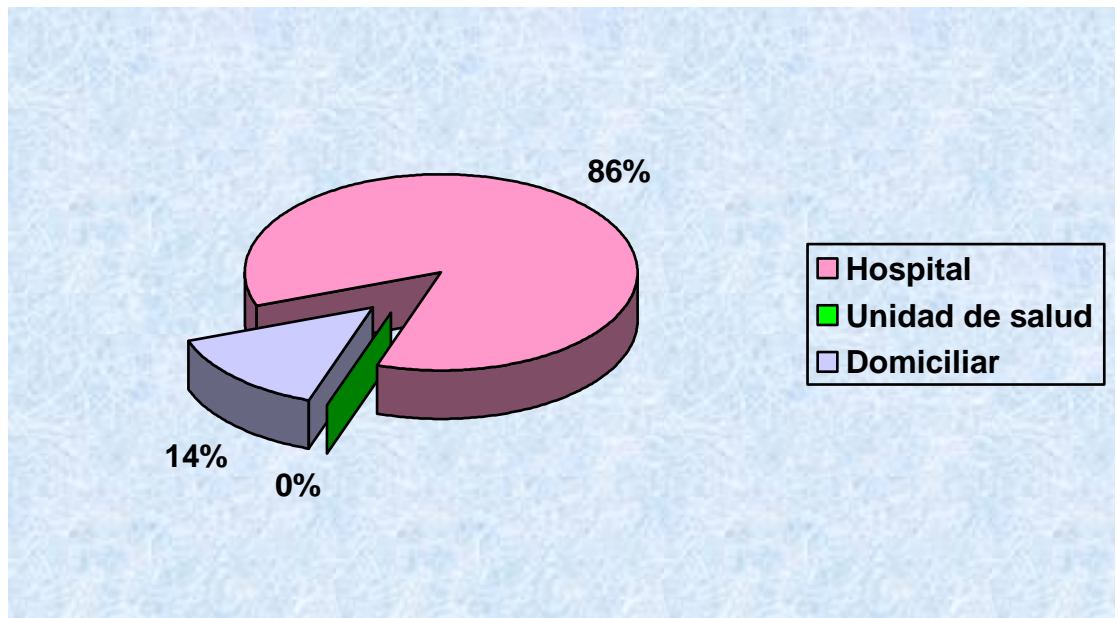
**Análisis:**

En éste cuadro se observa que del total de 140 partos que se efectuaron, 120 fueron en el hospital es decir un 86 % y sólo 20 se atendieron en la casa, con un 16 %.

**Interpretación:**

Al interpretar los datos del cuadro se puede inferir que sólo el 14% de los partos fueron atendidos de forma domiciliar, lo que demuestra que a pesar de ser poco, existen muchos riesgos tanto para la madre como para el bebé, que perfectamente podrían evitarse si se acudiera de forma inmediata a un centro hospitalario.

**GRÁFICO N° 6.**  
**REPRESENTACIÓN GRÁFICA DEL LUGAR DE ATENCIÓN DEL**  
**ÚLTIMO PARTO.**



Fuente: Cuadro N° 6.

**CUADRO N° 7**  
**PERSONA ENCARGADA DE ATENDER EL ÚLTIMO PARTO.**

<b>Persona</b>	<b>Total</b>	<b>Porcentaje</b>
Médico	120	86 %
Promotor	0	0 %
Enfermera	0	0 %
Partera	17	12 %
Otros	3	2 %
<b>Total</b>	<b>140</b>	<b>100 %</b>

Fuente: Guía de observación dirigida a la población en estudio.

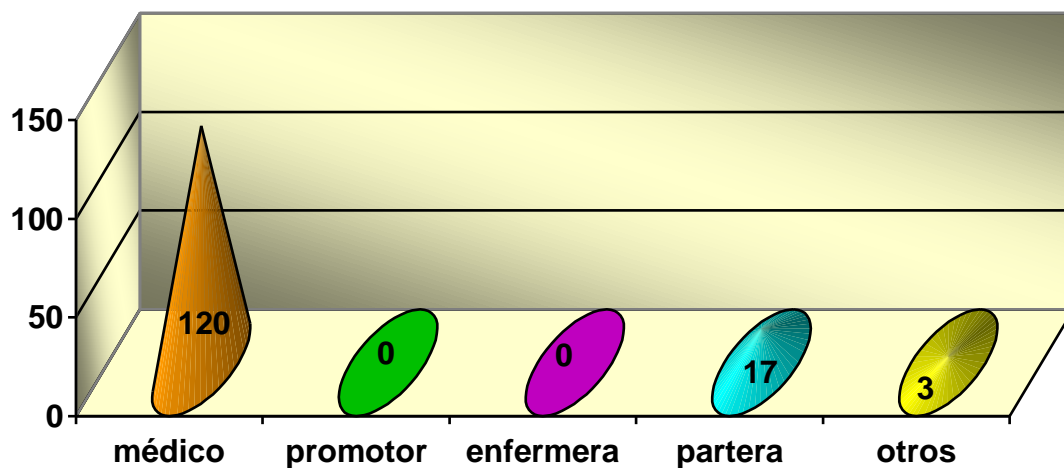
**Análisis:**

Al preguntarle a las 140 madres provenientes de las tres unidades de salud, sobre las personas que atendió el último parto 120 contestaron que el médico, con un 86 %, 17 dijeron que la partera equivalente al 12 % y 3 contestaron que otras personas como la abuela y suegra, correspondiendo al 2 %.

**Interpretación:**

Los partos atendidos por el médico, no representan mayor riesgo al momento de ser atendidos, ya que si se presenta alguna complicación éstos están debidamente capacitados para resolverla, así como cuentan con el equipo necesario para hacerlo, el problema reside en los 17 atendidos por parteras, ya que si éstos fueron partos normales, se debe tener presente las condiciones higiénicas en las que el bebé nació, y los 3 que fueron atendidos por otras personas que ni siquiera han sido capacitados para la atención de un parto o menos no han tenido la experiencia de atender otros partos , así como las condiciones higiénicas en las que nacieron éstos bebés es seguramente muy deplorable, las cuales influyen para el desarrollo de patologías neonatales posteriores.

**GRÁFICO N° 7**  
**REPRESENTACIÓN GRÁFICA DE LAS PERSONA ENCARGADA DE**  
**ATENDER EL ÚLTIMO PARTO.**



Fuente: Cuadro N° 7.

**CUADRO N° 8.**  
**NÚMERO DE HIJOS POR NÚCLEO FAMILIAR.**

N° de Hijos	Total	Porcentaje
1	66	47 %
2	27	19 %
3	19	14 %
4	19	14 %
5 ó más	9	6 %
Total	140	100 %

Fuente: Cédula de entrevista dirigida a la población en estudio.

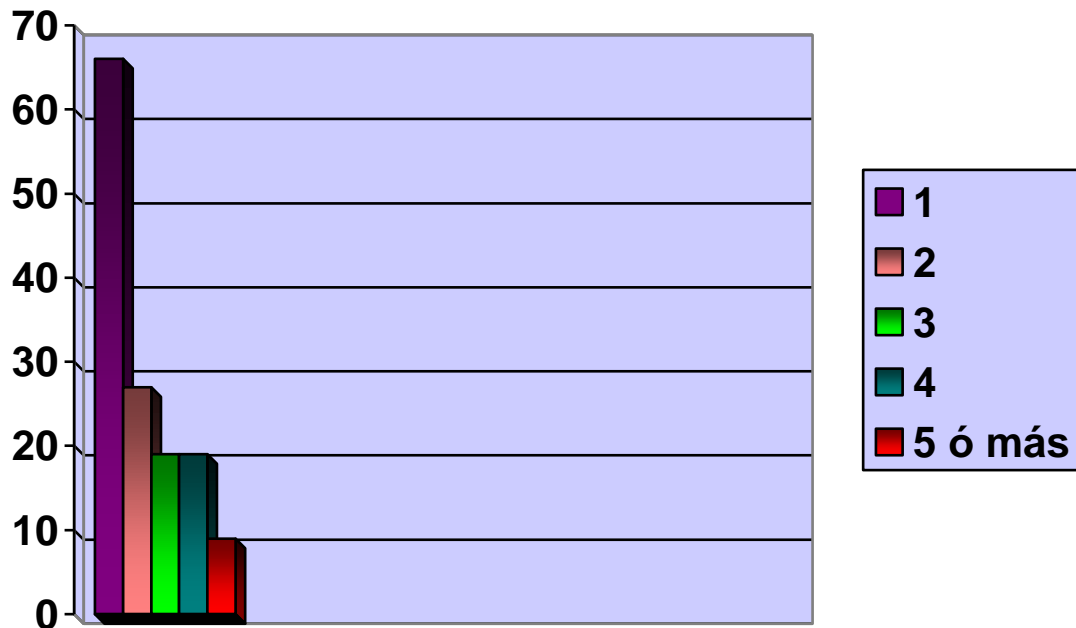
**Análisis:**

De las madres de familia que consultaron en las diferentes Unidades de Salud en estudio, 66 de ellas solo tienen 1 bebé, que es con el que consultan, y equivale al 47 %, 27 tienen 2 hijos, siendo el 19 %, 19 tienen 3 hijos, también 19 madres tienen 4 hijos que son el 14 % respectivamente y 9 de ellas cuentan con 5 ó más hijos que es igual al 6 %.

**Interpretación:**

El 47 % de pacientes cuenta solo con su hijo actual, pero el 20 % tiene 4 hijos o más y es aquí donde se hace énfasis especial ya que las pacientes multíparas son las más renuentes para no asistir al hospital al momento de dar a luz, siendo un factor que influye para que se lleven a cabo partos extrahospitalarios, que ponen en riesgo tanto al recién nacido como a la madre.

**GRÁFICO N° 8.  
REPRESENTACIÓN GRÁFICA DEL NÚMERO DE HIJOS POR NÚCLEO  
FAMILIAR.**



Fuente: Cuadro N° 8.

**CUADRO N° 9.**  
**PESO DEL NEONATO AL NACER.**

<b>Peso en Kg</b>	<b>Total</b>	<b>Porcentaje</b>
< de 2	0	0 %
2 a 2.4	5	4 %
2.5 a 2.9	21	15 %
3 a 3.4	54	38 %
3.5 ó más	21	15 %
No se obtuvo datos por falta de tarjeta	39	28 %
<b>Total</b>	<b>140</b>	<b>100 %</b>

Fuente: Guía de observación dirigida a la población en estudio.

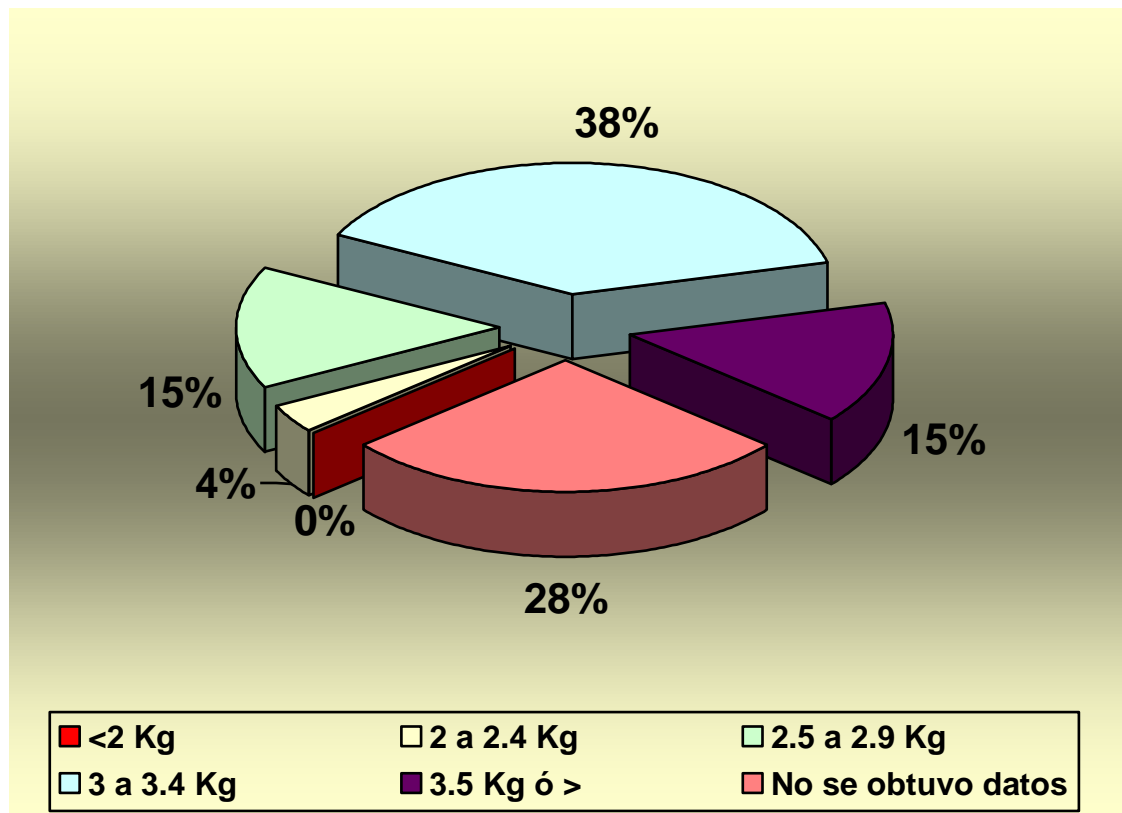
**Análisis:**

Se sometieron 140 sujetos a estudio, todos con una característica: que fueran neonatos, de éstos al nacer 54 pesaron entre 3 a 3.4 Kg. que equivalen al 38 %, 39 no presentaron la tarjeta de control prenatal donde se anota el peso del neonato al nacer, por lo que no se obtuvo la debida información, correspondiendo al 28 %, 21 pesaron entre 2.5 a 2.9 Kg. que es el 15 %, así entre los 3.5 Kg. o más resultaron 21 neonatos, siendo el 15 %, sólo 5 bebés pesaron de 2 a 2.4 Kg. que son el 4 % y ninguno tuvo un peso menor de 2 Kg.

**Interpretación:**

El bajo peso al nacer es mínimo entre los neonatos en estudio, aunque cabe hacer la aclaración que de los 39 que no se obtuvo ninguna información, no se puede asegurar si son todos normales, o existen neonatos con bajo peso..

**GRÁFICO N° 9.**  
**REPRESENTACIÓN GRÁFICA DEL PESO DEL NEONATO AL NACER**



Fuente: Cuadro N° 9.



**CUADRO N° 10.**  
**PERÍODO INTERGENÉSICO ENTRE EL HIJO ANTERIOR Y EL ÚLTIMO.**

Fecha de nacimiento	Total	Porcentaje
< de 1 año	1	1 %
1 a < 2 años	12	16 %
2 a < 3 años	22	30 %
3 a < 4 años	8	11 %
4 ó más años	31	42 %
Total	74	100 %

Fuente: Cédula de entrevista dirigida a la población en estudio.

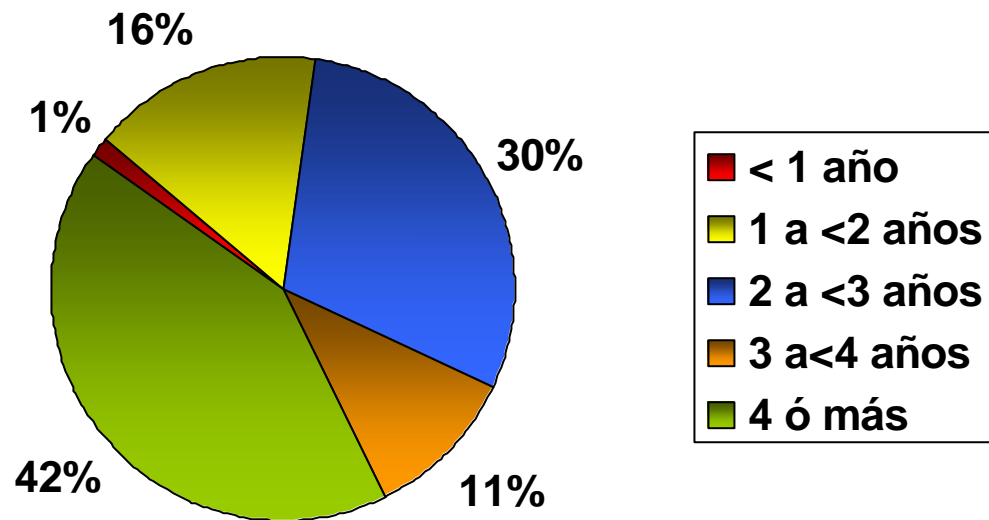
**Análisis:**

De las 140 madres entrevistadas solo 74 tienen 2 ó más hijos, y de éstas 31 tienen 4 ó más años de diferencia entre su hijo anterior y el actual, que es igual al 42 %, 22 con un período de 2 a menos de 3 años, que equivale al 30 %, 12 con un tiempo de 1 a < de 2 años, siendo un 16 %, 8 pacientes con 3 a < de 4 años que es un 11 % y sólo 1 respondió que tiene menos de 1 año que corresponde al 1 %.

**Interpretación:**

Existe un período intergenésico menor de 2 años en el 17 % de los casos, lo que repercute directamente en el recién nacido ya que resultan productos prematuros o con bajo peso al nacer.

**GRÁFICO N° 10.**  
**REPRESENTACIÓN GRÁFICA DEL PERÍODO INTERGENÉSICO**  
**ENTRE EL HIJO ANTERIOR AL ÚLTIMO.**



Fuente: Cuadro N° 10.

**CUADRO N° 11**  
**SEXO DE LOS NEONATOS EN ESTUDIO.**

<b>Sexo</b>	<b>Total</b>	<b>Porcentaje</b>
Masculino	72	51 %
Femenino	68	49 %
Total	140	100 %

Fuente: Guía de observación dirigida a la población en estudio.

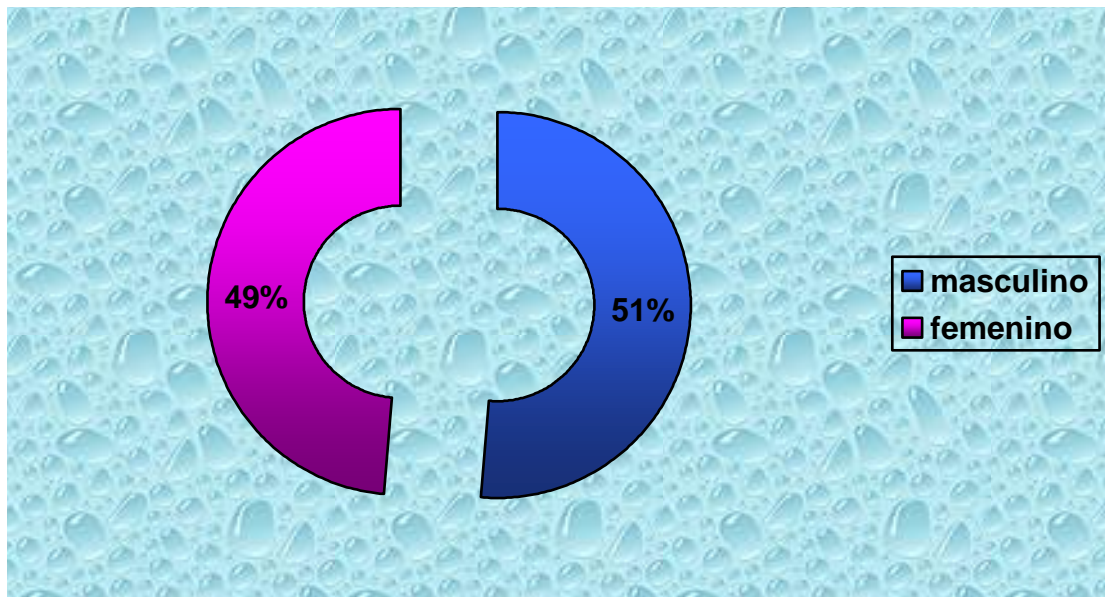
**Análisis:**

Este cuadro recoge información de las tres unidades de salud en estudio, así se tiene que del total de la población de neonatos 72 que es igual al 51 %, son del sexo masculino y el 49 % del sexo femenino.

**Interpretación:**

De los 140 nacimientos efectuados en el período de julio a septiembre de 2004, se puede decir que la mayoría son niños pero la diferencia no es significativa con relación a los niños.

**GRÁFICO N° 11**  
**REPRESENTACIÓN GRÁFICA DEL SEXO DE**  
**LOS NEONATOS EN ESTUDIO.**



Fuente: Cuadro N° 11.

**CUADRO N° 12**  
**TIPO DE ALIMENTACIÓN QUE SE LE PROPORCIONÓ**  
**A LOS NEONATOS EN ESTUDIO.**

<b>Tipo de alimentación</b>	<b>Total</b>	<b>Porcentaje</b>
Leche materna	103	74 %
Solo fórmula	1	1 %
Combinado	36	26 %
Total	140	100 %

Fuente: Guía de observación dirigida a la población en estudio.

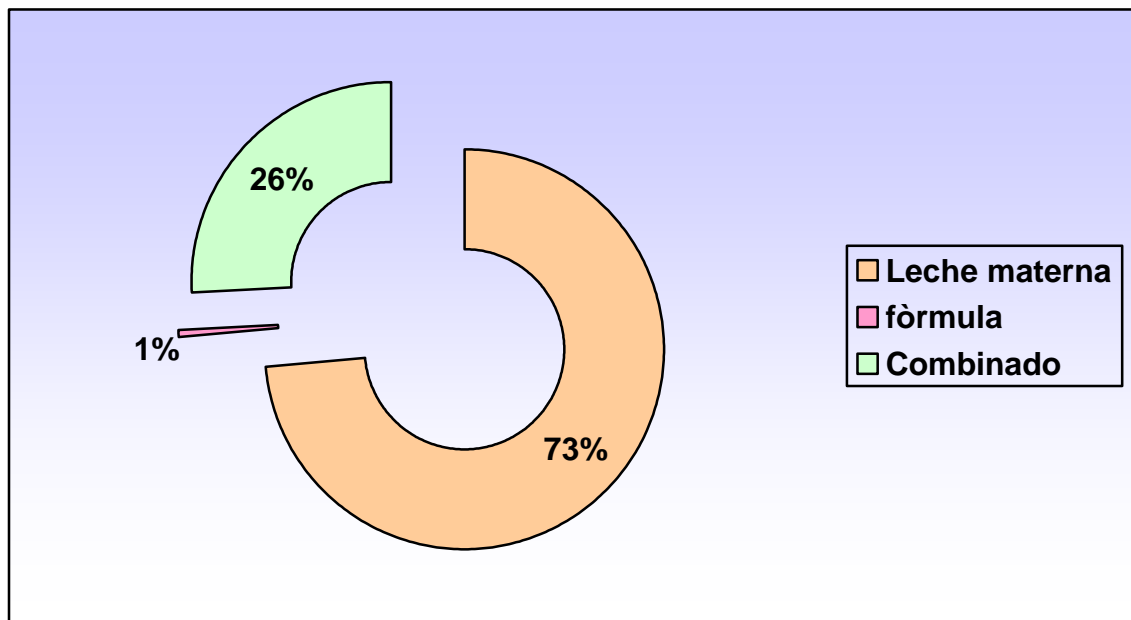
**Análisis:**

De las 140 madres entrevistadas 103 alimentan a sus bebés con leche materna exclusiva, que es igual al 74 %, 36 de ellas utilizan tanto leche de fórmula como seno materno siendo un 26 % y sólo 1 utiliza leche de fórmula de manera exclusiva.

**Interpretación:**

El 73% de los sujetos en estudio, cumple con la primera regla de oro en el inicio de vida, la cual es alimentación con leche materna exclusiva, pero es alarmante que el 27% todavía no lo hace, debido al bajo nivel académico que poseen o en otros casos al trabajo que desempeñan sus madres fuera de casa.

**GRÁFICO N° 12**  
**REPRESENTACIÓN GRÁFICA DEL TIPO DE ALIMENTACIÓN QUE SE LE PROPORCIONÓ A LOS NEONATOS EN ESTUDIO.**



Fuente: Cuadro N° 12.

**CUADRO N° 13.**  
**TRABAJO REALIZADO FUERA DE LA CASA POR LAS MADRES**  
**DE LOS NEONATOS EN ESTUDIO.**

<b>Trabaja</b>	<b>Total</b>	<b>Porcentaje</b>
Si	26	19 %
No	114	81 %
Total	140	100 %

Fuente: Cédula de entrevista dirigida a la población en estudio.

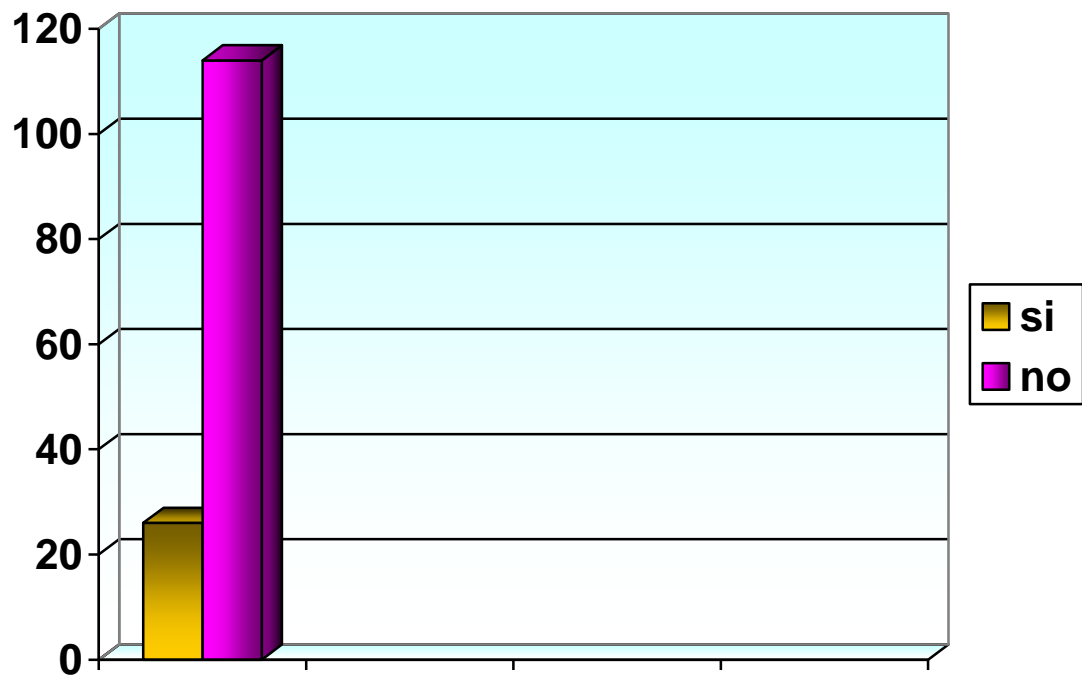
**Análisis:**

Los resultados a ésta interrogante son que 114 madres de los neonatos no trabajan fuera de su casa lo que equivale al 81 %, solo 26 sí lo hacen siendo un 19 %.

**Interpretación:**

El porcentaje de las madres que trabajan fuera de su casa es del 19 %, siendo una ésta de las razones por las que se alimentan a los neonatos con fórmula, el otro porcentaje que sí los alimentan con fórmula y no trabajan se puede deber al bajo nivel académico con el que cuentan..

**GRÁFICO N° 13.**  
**REPRESENTACIÓN GRÁFICA DEL TRABAJO FUERA DE LA CASA**  
**REALIZADO POR LAS MADRES DE LOS NEONATOS EN ESTUDIO.**



Fuente: Cuadro N° 13.



**CUADRO N° 14**  
**PERSONA A LA QUE ACUDE PRIMERAMENTE CUANDO SE**  
**ENFERMAN LOS NEONATOS EN ESTUDIO.**

<b>Lugar</b>	<b>Total</b>	<b>Porcentaje</b>
Unidad de Salud	139	99 %
Médico particular	1	1 %
Curandera	0	0 %
Ninguno	0	0 %
Total	140	100 %

Fuente: Cédula de entrevista dirigida a la población en estudio.

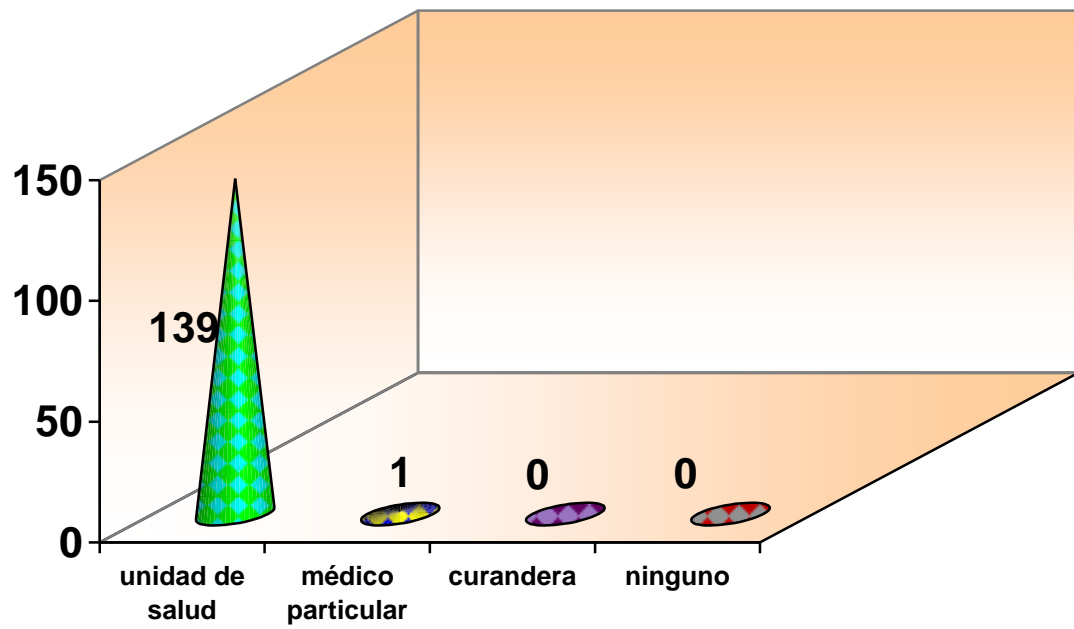
**Análisis:**

La respuesta a la interrogante anterior fue de 139 que acuden a la unidad de salud que corresponde al 99 % y 1 contestó que a un médico particular, es decir al 1 %, nadie contestó que acuden a la curandera, u otra persona.

**Interpretación:**

El 100% acude primeramente al médico independientemente del lugar, ya sea público o privado, pero nadie, visita curanderos u otras personas.

**GRÁFICO N° 14**  
**REPRESENTACIÓN GRÁFICA DE LA PERSONA A LA QUE ACUDE**  
**PRIMERAMENTE CUANDO SE ENFERMAN LOS NEONATOS EN ESTUDIO.**



Fuente: Cuadro N° 14

**CUADRO N° 15**  
**ESTADO DE SALUD ACTUAL DE LOS NEONATOS EN ESTUDIO.**

<b>Estado de salud</b>	<b>Total</b>	<b>Porcentaje</b>
Sano	80	57 %
Enfermo	60	43 %
Total	140	100 %

Fuente: Guía de observación dirigida a la población en estudio.

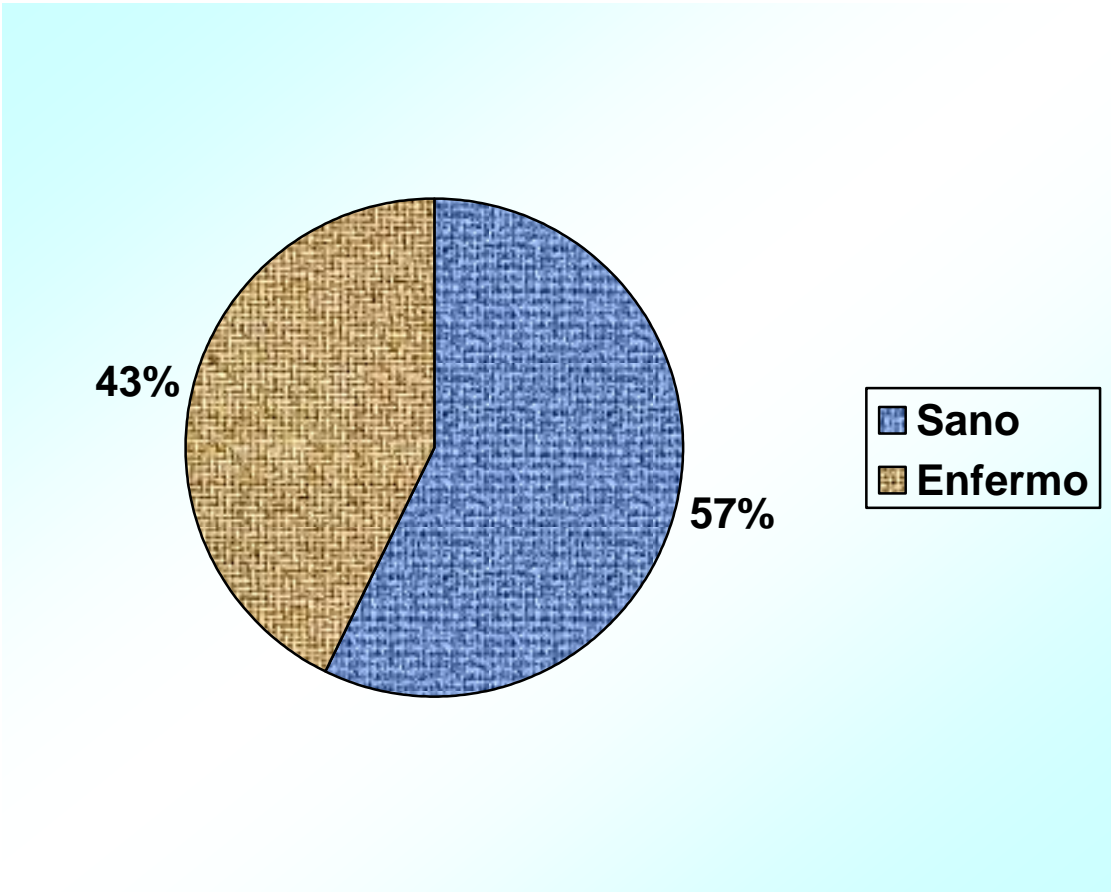
**Análisis:**

De los 140 neonatos que consultaron las diferentes unidades de salud donde se llevó a cabo el desarrollo del presente trabajo de investigación, 80 fueron consultas de niño sano que son igual al 57 % y 60 presentaron algún tipo de patología que corresponden al 43 %.

**Interpretación:**

No todas las consultas que se efectúan son de niño sano, ya que el 43% de los neonatos llegó enfermo, lo que indica que existen factores que están influyendo para que se desarrollen éstas patologías.

**GRÁFICO N° 15**  
**REPRESENTACIÓN GRÁFICA DEL ESTADO DE SALUD ACTUAL DE LOS**  
**NEONATOS EN ESTUDIO**



Fuente: Cuadro N° 15.

**CUADRO N° 16**  
**DIAGNOSTICO CLÍNICO DE LAS CONSULTAS REALIZADAS**  
**A LOS NEONATOS ENFERMOS.**

<b>Diagnóstico</b>	<b>Total</b>	<b>Porcentaje</b>
Conjuntivitis neonatal	32	48 %
Piodermia	13	20 %
Onfalitis	8	12 %
Nasofaringitis	5	7 %
Cólico abdominal	3	4 %
Ictericia fisiológica	3	4 %
Prematurez	2	3 %
Otitis supurativa aguda	1	2 %
Total	67*	100 %

Fuente: Guía de observación dirigida a la población en estudio

\* El total de los datos sobrepasa ya que los neonatos presentaron más de una patología

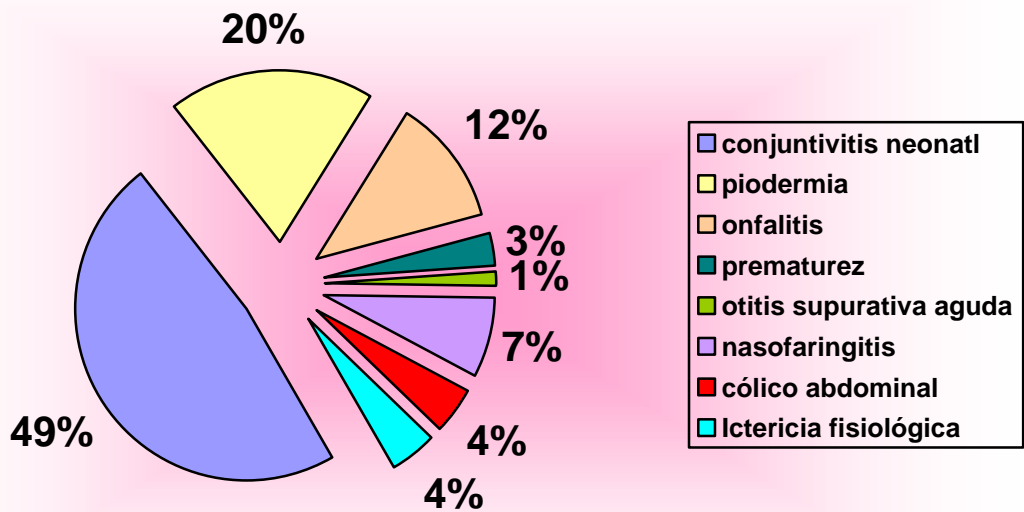
**Análisis:**

De los 140 neonatos 60 resultaron enfermos (ver cuadro N° 14), de éstos 32 presentaron conjuntivitis neonatal que equivale al 48%, 13 piodertrias, que es igual al 20 %, 8 onfalitis, correspondiendo al 12 %, 5 nasofaringitis, siendo el 7%, 3 cólicos abdominales, que es el 3 %, 2 prematuros que es igual al 3 %, 1 otitis supurativa aguda que es el 2 %.

**Interpretación:**

Definitivamente las conjuntivitis neonatales son las más frecuentes seguidas de las piodermias y la onfalitis, luego se tiene nasofaringitis, cólico abdominal, ictericia fisiológica, prematurez, otitis supurativa aguda.

**GRÁFICO N° 16**  
**REPRESENTACIÓN GRÁFICA DEL DIAGNÓSTICO CLÍNICO DE LAS**  
**CONSULTAS REALIZADAS POR LOS NEONATOS EN ESTUDIO.**



Fuente: Cuadro N° 16

## CUADRO N° 17

Pregunta:

1. ¿Existe presencia de infección bacteriana local en el neonato?
2. Si su respuesta es si ¿Qué tipo de infección bacteriana local presentó?

Pregunta n° 1			Pregunta n° 2		
Parámetro	Frecuencia	Porcentaje	Parámetro	Frecuencia	Porcentaje
Si	53	79%	Supuración de ojos (Conjuntivitis)	32	60 %
No	14	21 %	Escasas pústulas en el cuerpo (Piodermia)	13	25 %
Total	67*	100 %	Ombbligo enrojecido (onfalitis)	8	15 %
			Total	53	100 %

Fuente: Guía de observación dirigida a la población en estudio.

\* El total de los datos sobrepasa ya que los neonatos presentaron más de una patología

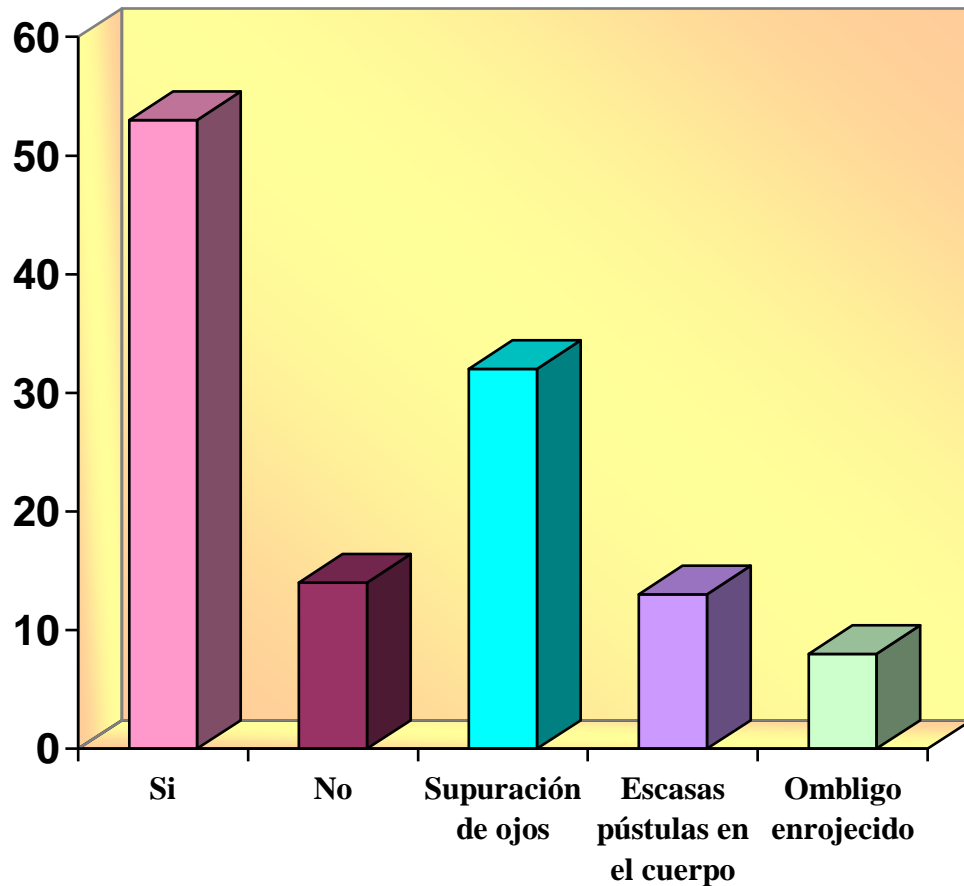
### Análisis:

De los neonatos enfermos 53 presentaron infección bacteriana local que equivale al 79 % y 14 no lo presentaron siendo el 21 % , se evidenciaron 32 con supuración de ojos que es igual al 60 % , 13 con escasas pústulas en el cuerpo que corresponden al 25 % y 8 fueron con ombbligo enrojecido que son el 15 %.

**Interpretación:**

La supuración de ojos, escasas pústulas en el cuerpo y ombligo enrojecido son en orden descendente las infecciones bacterianas más frecuentes presentes en los neonatos.

**GRÁFICO N° 17**  
**REPRESENTACIÓN GRÁFICA DEL TIPO DE INFECCIÓN BACTERIANA LOCAL EN LOS NEONATOS ENFERMOS.**



Fuente: Cuadro N° 17.



**CUADRO N° 18**  
**PRESENCIA DE INFECCIONES VAGINALES MATERNAS DURANTE EL**  
**ÚLTIMO EMBARAZO.**

<b>Infecciones vaginales</b>	<b>Total</b>	<b>Porcentaje</b>
Si	46	33 %
No	94	67 %
Total	140	100 %

Fuente: Cédula de entrevista dirigida a la población en estudio

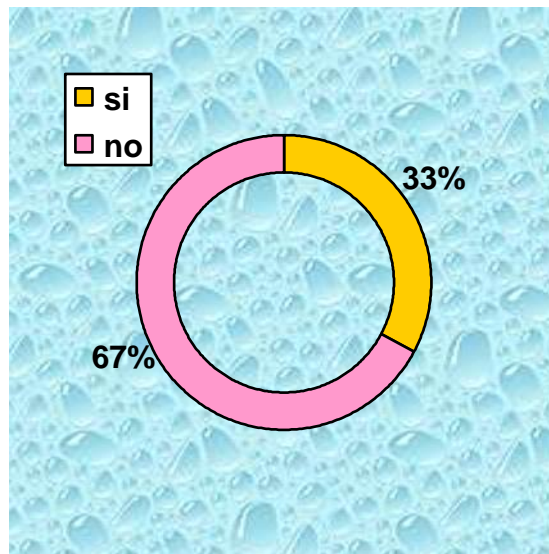
**Análisis:**

En éste cuadro se aprecia que 46 mujeres presentaron infecciones vaginales durante su embarazo, es decir un 33 % y 94 no las presentaron lo que equivale al 67 %.

**Interpretación:**

Las infecciones vaginales se relacionan con las conjuntivitis neonatales, y se puede apreciar que un 33 % si las padecieron, sin incluir a las 20 mujeres que no llevaron control prenatal (cuadro N° 1), que no pudieron contestar con certeza ésta pregunta.

**GRAFICO N° 18**  
**REPRESENTACIÓN GRÁFICA DE LA PRESENCIA DE INFECCIONES**  
**VAGINALES MATERNAS DURANTE EL ÚLTIMO EMBARAZO.**



Fuente: Cuadro N° 18.

**CUADRO N° 19**  
**DÍAS POSTERIOR AL PARTO EN QUE SE BAÑÓ A**  
**LOS NEONATOS EN ESTUDIO.**

<b>Días</b>	<b>Total</b>	<b>Porcentaje</b>
Al siguiente día	117	84 %
A los 2 días	9	6 %
Más de 2 días	14	10 %
Total	140	100 %

Fuente: Cédula de entrevista dirigida a la población en estudio

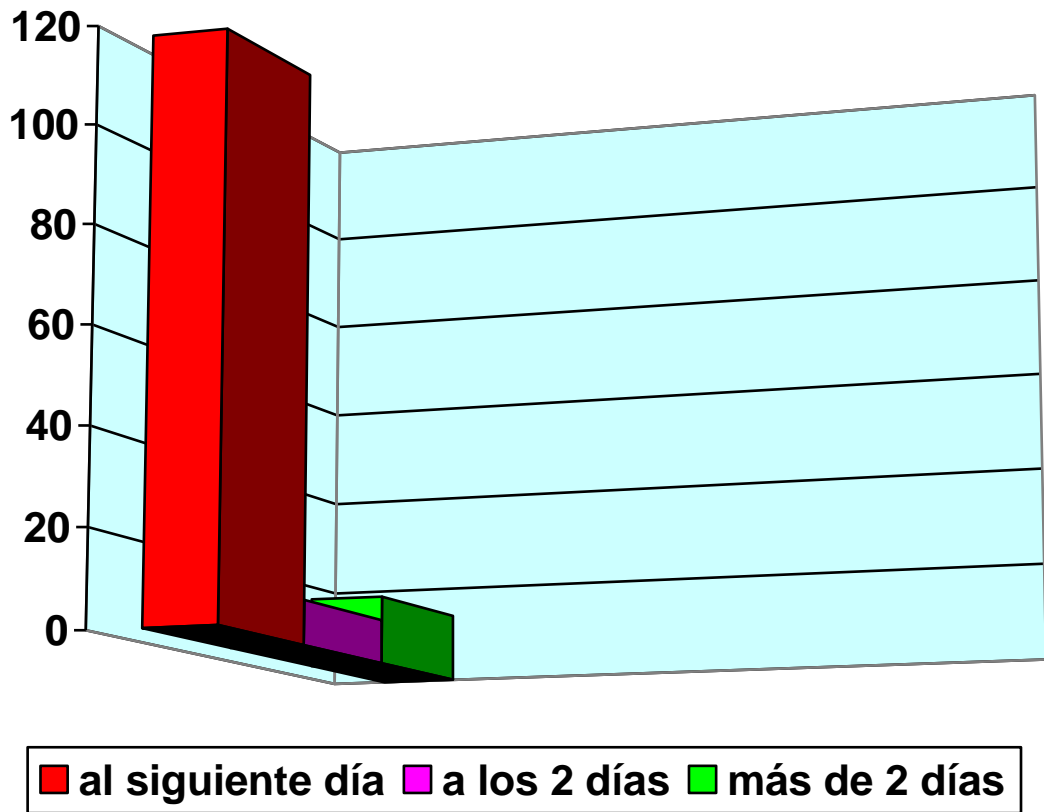
**Análisis:**

Se puede apreciar que 117 bebés fueron bañados al siguiente día de su nacimiento, que es el 84 %, 9 fueron los que se bañaron a los 2 días con un 6 % y 14 después de 2 días siendo un 10 %.

**Interpretación:**

Las piodertrias son más frecuentes cuando se practican hábitos higiénicos deficientes y en éste caso se tiene un 10 % con ésta característica, por lo que si se relaciona con el índice de piodertrias registradas en la investigación.

**GRÁFICO N° 19**  
**REPRESENTACIÓN GRÁFICA DE LOS DÍAS POSTERIOR AL PARTO EN**  
**QUE SE BAÑÓ A LOS NEONATOS EN ESTUDIO.**



Fuente: Cuadro N° 19.

## CUADRO N° 20

Pregunta:

1. ¿Curó el ombligo del recién nacido?
2. Si su respuesta es si ¿Qué utilizó para curarlo?

Pregunta n° 1			Pregunta n° 2		
Parámetro	Frecuencia	Porcentaje	Parámetro	Frecuencia	Porcentaje
Si	128	91 %	Alcohol de 70 <sup>a</sup>	104	81 %
No	12	9 %	Otros	11	9 %
Total	140	100 %	Merthiolate	7	5 %
			Agua oxigenada	6	5 %
			Violeta de genciana	0	0 %
			Total	128	100 %

Fuente: Cédula de entrevista dirigida a la población en estudio

### Análisis:

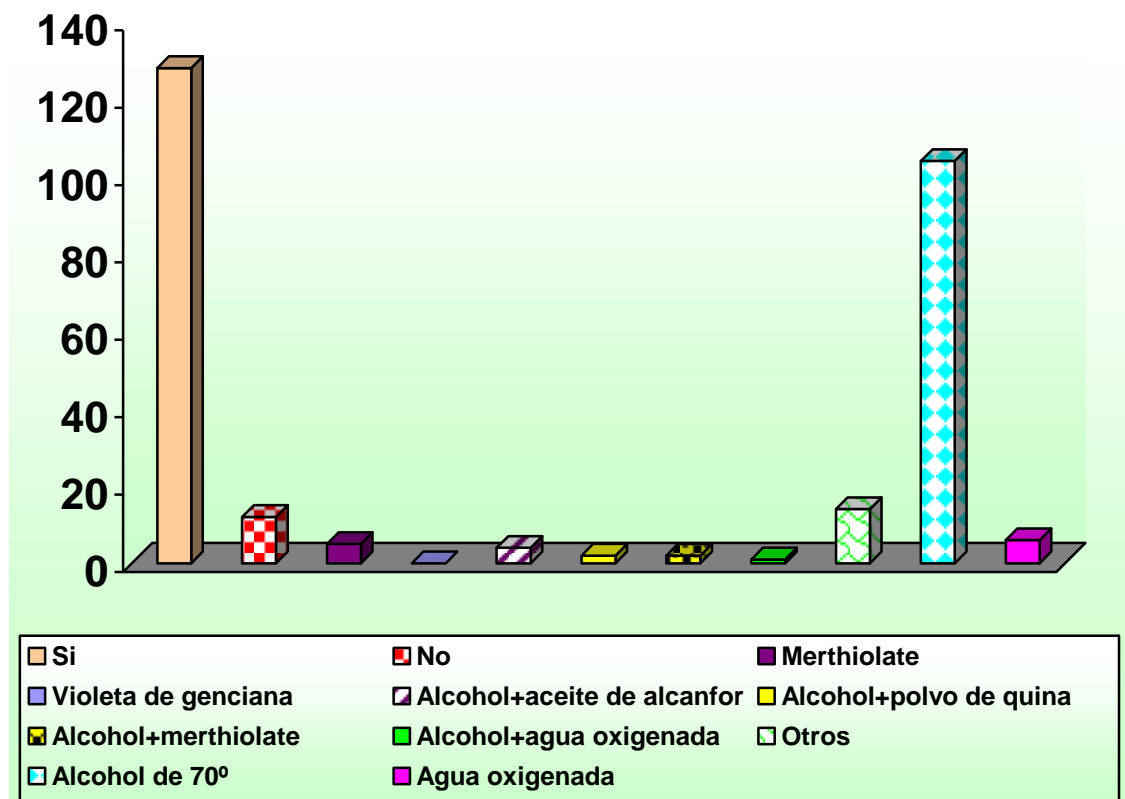
Según los datos reflejados en éste cuadro se puede apreciar que el ombligo de 104 neonatos fue curado con alcohol de 70° que es igual al 81 % , 11 con otras sustancias como polvo de quina, penicilina, aceite de alcanfor que equivale al 9 % , con Mertiolathe 7 y 6 con agua oxigenada correspondiendo al 5 % respectivamente, y nadie fue curado con violeta de genciana.

### Interpretación:

De los 140 neonatos solo 128 fueron a los cuales se les curó su ombligo y 12 no lo hicieron, lo cual es un factor importante en el desarrollo de onfalitis en los neonatos, además el material que se utiliza para éste fin es muy importante ya que el indicado es con alcohol de 70°, el que fue utilizado en un 81% de los casos, pero el 19 % restante no lo utiliza todavía, lo que agrava más el problema de las onfalitis, incrementando su incidencia.

GRÁFICO N° 20

### REPRESENTACIÓN GRÁFICA DEL MATERIAL UTILIZADO PARA LA CURACIÓN DEL OMBLIGO DE LOS NEONATOS EN ESTUDIO.



Fuente: Cuadro N° 20

**CUADRO N° 21**  
**ALIMENTOS INGERIDOS POR LAS MADRES POSTERIOR AL PARTO.**

<b>Tipo de alimentos</b>	<b>Total</b>	<b>Porcentaje</b>
Queso, tortilla y chocolate	78	56 %
De todo	62	44 %
Total	140	100 %

Fuente: Cédula de entrevista dirigida a la población en estudio.

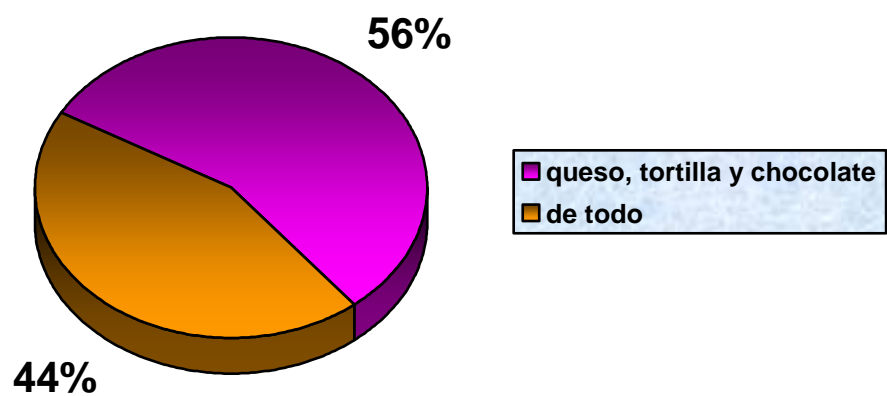
**Análisis:**

Éste cuadro refleja que 78 mujeres consumieron durante el posparto queso, tortilla y chocolate, que corresponde al 56 %, y 62 mujeres comieron de todo, siendo un 44 %.

**Interpretación:**

Se hace referencia en éste aspecto ya que el uso de dietas basadas en queso, tortilla y chocolate, predispone a patologías como cólicos abdominales en los neonatos, que fue la quinta patología que presentaron los bebés y que al evitar el consumo de ésta dieta se podría reducir el índice de cólicos abdominales.

**GRÁFICO N° 21**  
**REPRESENTACIÓN GRÁFICA DE LOS ALIMENTOS INGERIDOS POR LAS**  
**MADRES POSTERIOR AL PARTO.**



Fuente: Cuadro N° 21



## CUADRO N° 22

Pregunta:

1. ¿Presentó alguna patología durante el parto?
2. Si su respuesta es si ¿Qué tipo de patología presentó?

Pregunta n° 1			Pregunta n° 2		
Parámetro	Frecuencia	Porcentaje	Parámetro	Frecuencia	Porcentaje
Si	10	7 %	Ruptura prematura de membranas	8	80 %
No	130	93 %	Fiebre	1	10 %
Total	140	100 %	Preeclampsia grave	1	10 %
			Total	10	100 %

Fuente: Guía de observación dirigida a la población en estudio.

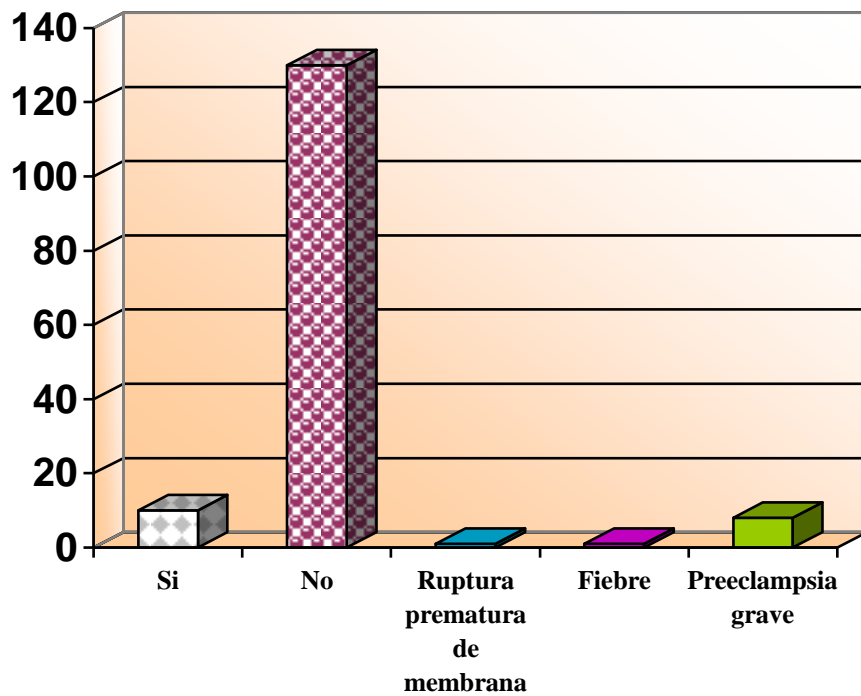
### Análisis:

Según los dato que se presentan se observa que 10 mujeres presentaron patologías durante su parto, que corresponden al 7 %, 130 no presentaron patologías en el parto siendo un 93 %, de éste 7 %, 8 presentaron ruptura prematura de membranas siendo el 73 %, luego Preeclampsia y fiebre todas en frecuencia de 1, y en un 9 % respectivamente.

### Interpretación:

Las patologías que se desarrollaron durante el parto predisponen a prematuridad e ictericia neonatal que fueron de las patologías que presentaron los neonatos, y que hasta en cierto modo pueden detectarse tempranamente y prevenirse.

**GRÁFICO N° 22**  
**REPRESENTACIÓN GRÁFICA DEL TIPO DE PATOLOGÍAS PRESENTADAS**  
**EN LAS MADRES DURANTE SU ÚLTIMO PARTO.**



Fuente: Cuadro N° 22

# **CAPÍTULO VI**

## **CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES**

## 6.1 CONCLUSIONES

Con respecto a la hipótesis general, basada en las enfermedades más frecuentes de los neonatos se concluye que:

- Las enfermedades que se presentaron en neonatos atendidos en las Unidades de Salud en estudio son en orden jerárquico :
  - Conjuntivitis neonatal
  - Piodermia
  - Onfalitis
  - Nasofaringitis
  - Cólico abdominal
  - Ictericia fisiológica
  - Prematurez
  - Otitis supurativa aguda
  
- Y de éstas la conjuntivitis, la piodermia y la onfalitis son las enfermedades más frecuentes en los neonatos, por lo que si se comprobó en un 100 % la hipótesis general.

Según la primera hipótesis específica de trabajo planteada anteriormente, con relación a los factores que influyen al desarrollo de enfermedades en los neonatos, se puede concluir que:

➔ **Las embarazadas sin control prenatal:**

El 92 % de las mujeres asistió a los controles prenatales, pero el 45 % de éstas no asistieron al mínimo número de controles necesarios lo que significa que si todas las mujeres que asisten a los controles prenatales lo hicieran de forma completa se reduciría el índice de morbilidad neonatal, ya que existen patologías en el embarazo que pueden ser tratadas a tiempo para que no afecten al neonato .por lo que sí se considera un factor determinante.

➔ **Los partos atendidos extrahospitalariamente:**

El 14% de los partos fue atendido de forma domiciliar, y aunque la cifra no sea muy elevada se considera un dato relevante y a la vez alarmante ya que también de las condiciones higiénicas en que sea atendido un parto predispone a que se presenten enfermedades infecciosas que afectan a la madre y sobretodo al neonato, por lo que es un factor influyente al desarrollo de patologías en la etapa neonatal.

➔ **El bajo peso al nacer:**

Según la información recolectada solo existen cinco neonatos con bajo peso al nacer confirmados, ya que surgió la dificultad de obtener éste dato porque 39 de las madres no llevaban los documentos necesarios para extraer la información, por lo que se desconoce si existieron otros bebés con bajo peso al nacer, pero un neonato con bajo peso al nacer indiscutiblemente tiene mayor riesgo de presentar patologías con respecto a un neonato de peso normal, por lo que sí es un factor que contribuye a que se desarrollen patologías en los recién nacidos.

➤ **El sexo femenino:**

Existen ciertos tipos de patologías que se desarrollan en determinado sexo, pero en éste caso no se comprobó que tengan relación alguna o predisposición para que se desarrollen enfermedades en los neonatos.

➤ **Los neonatos alimentados con leche de fórmula:**

Dentro de los grandes atributos con los que cuenta la leche materna según los estudios realizados, está la de transmitir inmunidad al recién nacido, pero existe un 26 % que utilizan leche fórmula en combinación con la leche materna, el cual es un problema ya que se le quita de forma indirecta ese privilegio de fortalecimiento de la inmunidad al bebé, influyendo a la proliferación de cualquier tipo de patologías, así como patologías propias al uso del biberón como son los cólicos abdominales que constituyeron la quinta causa de consulta, por lo que si se encuentran íntimamente relacionado con el desarrollo de enfermedades neonatales.

➤ Además se hace referencia al grado escolar con el que cuentan las madres, el cual en un 31 % de los casos oscila entre el 4° a 6° grado, y el 26 % tienen un grado académico inferior al mencionado; así también a la distancia que existe entre las viviendas de los pacientes y los centros de salud el cual en un 14 % se encuentran a 3 ó más kilómetros, y es de considerar que no todos cuentan con una condición económica que les permita trasladarse ya que se tiene que los ingresos económicos en un 37 % son inferiores a \$150 por familia, lo cual no solventa los gastos básicos necesarios para la familia, en donde existen 4 hijos o más en el 20 % de los casos, por lo que un 19 % de las mujeres deben de trabajar fuera de sus casas para minimizar ésta carga económica, y todo esto repercute en la salud de los neonatos.

Y referente a la segunda hipótesis específica, se concluye que:

- Las acciones que los responsables de los recién nacidos toman ante cualquier enfermedad es en un 100 % correcta, ya que todos acuden directamente al médico sin antes llevarlos a otras personas o automedicarlos, por lo que en éste caso la hipótesis de trabajo que se formuló inicialmente no se comprobó sino que por el contrario la hipótesis nula fue la que se comprobó y resulto ser cierta que el mayor porcentaje de consulta es inmediata cuando los neonatos se enferman.

Además es de importancia mencionar que:

- En el Hospital Nacional San Juan de Dios de San Miguel, no se lleva un registro completo de el diagnóstico de egreso de los neonatos, ya que solo se proporcionó parte de la información de los años 2001 a 2003, sin poder justificar concretamente el motivo del faltante, dificultando el desarrollo de la investigación.
- En la Unidad de Salud de Chirilagua, existe la recopilación sobre las consultas en neonatos de una forma desordenada, además no existe un libro específico para el control de estos datos así como carecen de una persona encargada para tal función.
- En las Unidades de Salud de El Zamorán y Las Placitas los datos se recopilan de una manera ordenada y completa, por lo que no existió dificultad para obtenerlos, lo único es que dicha información es llevada desde el año 2003.

## **6.2 RECOMENDACIONES.**

Para brindar una atención de salud oportuna de calidad y calidez a toda la población neonatal se recomienda lo siguiente:

### **Al Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social:**

- Elabore un programa exclusivo para la atención de salud integral de los neonatos, y que se cumpla de forma obligatoria tanto por los médicos generales, por los especialistas que atienden a los recién nacidos en las diferentes estancias de salud pública.
- Que exista una supervisión continua sobre la promoción constante de la salud tanto de las mujeres embarazadas así como de los neonatos, por parte del personal que labora en los centros de salud y de no cumplirse sea sancionable.
- A través de sus dependencias capacite a todos los médicos en año social, directores de unidades de salud y médicos generales que laboran en las diferentes unidades de salud, sobre los lineamientos básicos a seguir frente a cualquier anomalía que presenten los niños en la etapa neonatal.
- Que por medio del registro de consultas diarias se obtenga la información sobre el estado de salud de los neonatos que asisten a las diferentes unidades de salud, ya que solo se registran en forma global la morbilidad de los menores de un año.



### **A los Directores de Unidades de Salud:**

- Elaborar una programación de continua educación al personal sobre temas específicos en salud, que incluya sobretodo la prevención de las mismas enfermedades, así como la actualización de los conocimientos de cada uno de los asistentes.
- Capacitar a los promotores de salud para que identifiquen todas las mujeres embarazadas y verifiquen si están en control prenatal o no, para que el médico pueda brindar una atención completa durante su embarazo, parto y puerperio.
- Formar grupos de embarazadas, que lleven a cabo el desarrollo de actividades encaminadas al fomento de un buen control prenatal, lactancia materna y la identificación de signos de alarma que se presenten en los recién nacidos.
- Supervisar los registros de las consultas de los neonatos, para que sean llevados de una forma completa, ordenada y comprensible.

**A la Universidad de El Salvador. Facultad Multidisciplinaria Oriental:**

- Que los docentes responsables de impartir la cátedra de Atención Comunitaria en Salud les enseñen a los doctores y doctoras del mañana el programa existente de atención integral en salud de los neonatos impulsado por el Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, así como la actualización de los mismos y el proceso que se lleva a cabo para su realización.

## BIBLIOGRAFÍA

### LIBROS:

HERNÁNDEZ SAMPIERI, Roberto; FERNÁNDEZ COLLADO, Carlos y BAPTISTA LUCIO, Pilar. Metodología de la Investigación. Tercera Edición, México, D. F., McGraw-Hill, 2003. 705 págs.

TAMAYO Y TAMAYO, Mario. El proceso de la Investigación Científica. Tercera Edición en español, México, Noriega Editores, 1994. 231 págs.

PIURA LÓPEZ, Julio. Introducción a la Metodología de la Investigación Científica. Primera Edición en español, Managua, Nicaragua, Litografía y Tipografía Rojas, 1998. 134 págs.

HUNGLER; POLIT. Investigación Científica en Ciencias de la Salud. Sexta Edición en español, México, McGraw-Hill, 1999. 715 págs.

SORIANO ROJAS, Raúl. Guía para realizar Investigaciones Sociales. 34º Edición en español, México D.F., Plaza y Valdez Editores, 2000. 437 págs.

PINEDA, E.B; DE ALVARADO, E. L. Y DE CANALES, F.H. Metodología de la Investigación. Manual para el Desarrollo de Personal de Salud. Segunda Edición, Washington, D.D., Publicación de la OPS, 1994. 225 págs.

COMBONI, Sonia y JUÁREZ, José Manuel. Introducción a las Técnicas de Investigación. Primera Edición en español, México, Editorial Trillas, 1990. 134 págs.

SCHMELKES, Corina. Manual para la Presentación de Anteproyectos e Informes de Investigación (Tesis). Segunda Edición en español, México, Editorial Mexicana, 1988. 205 págs.

MUÑOZ RAZO, Carlos. Como Elaborar y Asesorar una Investigación de Tesis. Primera Edición en español, México, Prentice Hall Hispanoamericana S.A., 1998. 300 págs

GARCÍA AVILÉS, Alfredo. Introducción a la Metodología de la Investigación Científica. Segunda Edición en español, México, Plaza y Valdéz Editores, 1997. 267 págs.

ORTIZ, Eladio Zacarías. Métodos para hacer una Investigación. Primera Edición en español, El Salvador, SF. 210 págs.

OLARTE CHAVARRÍA, Marcelo y VILLALOBOS, Marbella. Orientaciones para la Elaboración y Presentación de Tesis. Primera Edición en español, México, editorial Trilla, 1993. 115 págs.

BEHRMAN, Richard; KLIEGMAN, Robert y JENSON, Hal. Nelson Tratado de Pediatría. Volumen I, 16ª Edición, México, 2001.1351 págs.

CUNNINGHAM, Gary; MACDONALD, Paul; GANT, Norman; LEVENO, Kenneth y otros. Williams Obstetricia. 20ª Edición, Argentina, 1998. 1,352 págs.

JIMENEZ DE ALAS, Claudia; AGUILAR COLATO, Carlos; AMAYA GUEVARA, Carlos Alberto; ELÍAS PORTILLO, José Ricardo y otros. Guías Clínicas del Recién Nacido con Patología. Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social. El Salvador, 2003. 273 págs.

SEIDEL, Henry; BALL, Jane; DAINS, Joyce; BENEDICT, William. Manual Mosby de Exploración Física. Tercera Edición, España, 1998. 930 págs.

ALVARENGA, Carlos Gabriel; AMAYA GUEVARA, Carlos; BARILLAS, Gerardo René; BENEDETTO, Carlos. Manual de Terapéutica Pediátrica. Hospital Nacional de Niños Benjamín Bloom. Tercera Edición, El Salvador, 2003. 440 págs.

AMADO, Saúl y PENICHE, Jorge. Lecciones de Dermatología. Decimotercera Edición, México, 1993. 670 págs.

SAUNDERS, W.B. Diccionario Enciclopédico Ilustrado de Medicina Dorland. Volumen I, II, III, 26ª Edición, Madrid, España, 1998. 1711 págs.

MELLENDEZ; Carlos Alberto; LÓPEZ, Ricardo; ALAS, Claudia; NUÑEZ, Irma Yolanda; PARADA BRIDGE, Sergio y otros. Atención Integrada a las Enfermedades Prevalentes de la Infancia (AIEPI). Cuadro de Procedimientos Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social. El Salvador, 2002. 39 págs.

PADILLA, Haydee; HERNÁNDEZ, María; CABRERA, Mauricio y otros. Directiva Técnica Nacional para la Atención de la Mujer Durante el Embarazo, Parto, Puerperio y del Recién Nacido. Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social. El Salvador, 2001. 115 págs.

#### **OTRAS FUENTES:**

La Prensa Gráfica. “Lo Duro de ser Niños”. Periódico, San Salvador, El Salvador, C. A., Domingo 10 de agosto de 2003, Precio \$0.50, pág. 6 y 7.

El Diario de Hoy. “La Aventura de ser Padres”. Periódico, San Salvador, El Salvador, C. A., Domingo 21 de marzo de 2004, Precio \$0.50, pág 40.

La Prensa Gráfica. “La situación de la Salud en El Salvador y Propuesta para un Nuevo Sistema de Salud”. Periódico, San Salvador, El Salvador, C. A., Jueves 29 de abril de 2004, Precio \$0.40, pág 64.

ELÍAS PORTILLO; José Ricardo. “Enfermedades más Frecuentes en Neonatos”. Entrevista, Médico graduado de la Universidad de El Salvador; Especialista en Pediatría del Hospital Nacional de Niños Benjamín Bloom y en Neonatología del Hospital Nacional de Maternidad Dr. “Raúl Arguello Escolán”. Hospital de Especialidades Nuestra Señora de La Paz. Martes 22 de junio de 2004 (5:00 p.m. a 6:00 p.m.), jueves 1 de julio de 2004 (5:30 p.m a 6:00 p.m.) y sábado 30 de octubre de 2004 (12:30 md a 1:00 p.m.)

**DIRECCIONES ELECTRÓNICAS:**

[www.morbilidad neonatal en El Salvador.](http://www.morbilidad neonatal en El Salvador)

[www.diccionario medico ilustrado.com](http://www.diccionario medico ilustrado.com)

Biblioteca Encarta 2004 (CD ROOM)

Diccionario de la RAE (CD ROOM)

# ANEXOS



**ANEXO N° 1**  
**CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES DESARROLLADAS EN EL TRABAJO DE INVESTIGACIÓN**  
**SOBRE ENFERMEDADES MÁS FRECUENTES EN NEONATOS ATENDIDOS EN LAS UNIDADES DE SALUD DE CHIRILAGUA, EL ZAMORÁN Y**  
**LAS PLACITAS. PERÍODO DE JULIO A SEPTIEMBRE DE 2004.**

ACTIVIDADES \ SEMANAS	MARZO 2004				ABRIL 2004				MAYO 2004				JUNIO 2004				JULIO 2004				AGOS. 2004				SEPT. 2004				OCT. 2004				NOV. 2004				DIC. 2004			
	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4
Inscripción del proceso	■	■																																						
Elaboración del perfil de Investigación		■	■	■	■	■	■	■																																
Reunión con docente director.		■	■	■				■					■	■							■				■	■	■	■	■											
Reunión de equipo de Trabajo		■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■								
Recopilación de información			■	■	■	■			■	■	■	■	■	■	■	■																								
Reunión con Asesor Estadístico				■	■	■															■				■	■	■	■												
Elaboración de protocolo de investigación									■	■	■	■	■	■																										
Ejecución de protocolo de investigación													■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■																
Elaboración del informe Final																									■	■	■	■												
Presentación del informe Final																													■	■										
Exposición oral del informe final																															■	■	■	■	■	■				

**ANEXO Nº 2.**  
**CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES DESARROLLADAS DURANTE LA EJECUCIÓN EN EL TRABAJO DE INVESTIGACIÓN SOBRE ENFERMEDADES MÁS FRECUENTES EN NEONATOS ATENDIDOS EN UNIDADES DE SALUD DE CHIRILAGUA, EL ZAMORÁN Y LAS PLACITAS. PERÍODO DE JULIO A SEPTIEMBRE DE 2004.**

MES	JULIO 2004																														
Actividades	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31
Administración de la cédula de entrevista y guía de observación en Chirilagua por <b>Nelson Bonilla.</b>																															
Administración de la cédula de entrevista y guía de observación en El zamorán por <b>Jackeline Sosa.</b>																															
Administración de la cédula de entrevista y guía de observación en Las Placitas por <b>Carlos Zelaya</b>																															



**ANEXO N° 4.**  
**CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES DESARROLLADAS DURANTE LA EJECUCIÓN EN EL TRABAJO DE INVESTIGACIÓN SOBRE ENFERMEDADES MÁS FRECUENTES EN NEONATOS ATENDIDOS EN UNIDADES DE SALUD DE CHIRILAGUA, EL ZAMORÁN Y LAS PLACITAS. PERIODO DE JULIO A SEPTIEMBRE DE 2004.**

MES	SEPTIEMBRE 2004																														
Actividades	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	
Administración de la cédula de entrevista y guía de observación en Chirilagua por <b>Nelson Bonilla.</b>																															
Administración de la cédula de entrevista y guía de observación en El zamorán por <b>Jackeline Sosa.</b>																															
Administración de la cédula de entrevista y guía de observación en Las Placitas por <b>Carlos Zelaya</b>																															

**ANEXO N° 5.**  
**CAUSAS MÀS FRECUENTES DE MORBILIDAD EN NEONATOS. DIAGNÒSTICO DE EGRESO**  
**ENERO – JUNIO 2001 HOSPITAL NACIONAL SAN JUAN DE DIOS, SAN MIGUEL.**

<b>MES</b>	<b>PRIMERA CAUSA</b>	<b>SEGUNDA CAUSA</b>	<b>TERCERA CAUSA</b>	<b>CUARTA CAUSA</b>	<b>QUINTA CAUSA</b>
Enero	Diarrea/Gastroenteritis de presunto origen infeccioso	Feto y recién nacido afectado por ruptura Prematura de Membrana	Peso bajo al nacer	Bronconeumonía, no especificada.	Bronquiolitis aguda, no especificada.
Febrero	Diarrea / Gastroenteritis de presunto origen infeccioso.	Feto y recién nacido afectado por ruptura Prematura de Membrana	Bronconeumonía no especificada.	Peso bajo al nacer	Ictericia neonatal, no especificada.
Marzo	Feto y recién nacido afectado por ruptura Prematura de Membrana	Peso bajo al nacer	Diarrea / Gastroenteritis de presunto origen infeccioso.	Síndrome de dificultad respiratoria de recién nacido.	Bajo peso para la edad gestacional
Abril	Feto y recién nacido afectado por ruptura Prematura de Membrana	Peso bajo al nacer.	Diarrea/Gastroenteritis de presunto origen infeccioso.	Bronconeumonía aguda no especificada.	Bronquiolitis aguda, no especificada.
Mayo	Feto y recién nacido afectado por ruptura Prematura de Membrana	Peso bajo al nacer.	Incompatibilidad ABO del feto y recién nacido.	Bajo peso para la edad gestacional	Bronconeumonía, no especificada.
Junio	Feto y recién nacido afectado por ruptura Prematura de Membrana	Peso bajo al nacer	Incompatibilidad ABO del feto y recién nacido.	Bajo peso para la edad gestacional	Ictericia neonatal no especificada.

**ANEXO N° 6.**  
**CAUSAS MÁS FRECUENTES DE MORBILIDAD EN NEONATOS. DIAGNÓSTICO DE EGRESO**  
**ENERO-JUNIO 2002. HOSPITAL NACIONAL SAN JUAN DE DIOS, SAN MIGUEL.**

<b>MES</b>	<b>PRIMERA CAUSA</b>	<b>SEGUNDA CAUSA</b>	<b>TERCERA CAUSA</b>	<b>CUARTA CAUSA</b>	<b>QUINTA CAUSA</b>
Enero	Recién nacido afectado por ruptura prematura de membrana	Bajo peso al nacer	Bajo peso para la edad gestacional.	Incompatibilidad ABO del feto y recién nacido.	Ictericia Neonatal.
Febrero	Recién nacido afectado por ruptura prematura de membrana	Bajo peso al nacer	Bajo peso para la edad gestacional.	Incompatibilidad ABO del feto y recién nacido.	Ictericia Neonatal.
Marzo	Recién nacido afectado por ruptura prematura de membrana	Bajo peso al nacer	Bajo peso para la edad gestacional.	Taquipnea transitoria del recién nacido.	Incompatibilidad ABO del feto y recién nacido.
Abril	Prematurez	Ictericia Fisiológica.	Recién nacido afectado por ruptura prematura de membrana.	Bajo peso para la edad gestacional.	Síndrome de distrés respiratorio.
Mayo	Recién nacido afectado por ruptura prematura de membrana	Prematurez	Bajo peso para la edad gestacional	Ictericia Neonatal.	Asfixia Neonatal.
Junio	Prematurez	Recién nacido afectado por ruptura prematura de membrana	Ictericia Neonatal.	Asfixia Neonatal.	Síndrome de distrés respiratorio.

**ANEXO N° 7.**  
**CAUSAS MAS FRECUENTES DE MORBILIDAD EN NEONATOS. DIAGNÒSTICO DE EGRESO**  
**JULIO-DICIEMBRE 2002. HOSPITAL NACIONAL SAN JUAN DE DIOS, SAN MIGUEL.**

<b>MES</b>	<b>PRIMERA CAUSA</b>	<b>SEGUNDA CAUSA</b>	<b>TERCERA CAUSA</b>	<b>CUARTA CAUSA</b>	<b>QUINTA CAUSA</b>
Julio	Feto y recién nacido afectado por ruptura prematura de membrana	Bajo peso al nacer	Sepsis Bacteriana del recién nacido.	Aspiración neonatal de meconio	Neumonía Congénita
Agosto	Feto y recién nacido afectado por ruptura prematura de membrana	Bajo peso al nacer	Neumonía Congénita	Ictericia Neonatal	Taquipnea transitoria del recién nacido..
Septiembre	Feto y recién nacido afectado por ruptura prematura de membrana	Bajo peso al nacer	Neumonía Congénita	Incompatibilidad ABO del feto recién nacido	Aspiración Neonatal de Meconio.
Octubre	Bajo peso al nacer	Feto y recién nacido afectado por ruptura prematura de membrana	Aspiración neonatal de meconio	Incompatibilidad ABO del feto recién nacido	Ictericia Neonatal
Noviembre	Bajo peso al nacer	Feto y recién nacido afectado por ruptura prematura de membrana	Neumonía Congénita	Taquipnea transitoria del recién nacido.	Aspiración neonatal de meconio
Diciembre	Bajo peso al nacer	Feto y recién nacido afectado por ruptura prematura de membrana	Sepsis Bacteriana del recién nacido.	Incompatibilidad ABO del feto recién nacido	Neumonía congénita

**ANEXO N° 8.**  
**PRIMERAS CAUSAS DE MORBILIDAD EN NEONATOS. DIAGNÒSTICO DE EGRESO**  
**ENERO-JUNIO 2003. HOSPITAL NACIONAL “SAN JUAN DE DIOS” SAN MIGUEL.**

<b>MES</b>	<b>PRIMERA CAUSA</b>	<b>SEGUNDA CAUSA</b>	<b>TERCERA CAUSA</b>	<b>CUARTA CAUSA</b>	<b>QUINTA CAUSA</b>
Enero	Feto y recién nacido afectado por ruptura prematura de membrana	Recién nacido a Pretérmino.	Insuficiencia Respiratoria del Recién nacido.	Incompatibilidad ABO del feto y del recién nacido.	I Ictericia neonatal
Febrero	Recién nacido a Pretérmino	Feto y recién nacido afectado por ruptura prematura de membrana	Aspiración Neonatal Meconio.	Ictericia Neonatal	Bajo peso para edad gestacional.
Marzo	Feto y recién nacido afectado por ruptura prematura de membrana	Recién nacido a Pretérmino	Bajo peso para Edad Gestacional.	Aspiración Neonatal Meconio	Ictericia Neonatal
Abril	Recién nacido a Pretérmino	Feto y recién nacido afectado por ruptura prematura de membrana	Ictericia Neonatal	Aspiración Neonatal Meconio	Bajo peso para edad gestacional.
Mayo	Recién nacido a Pretérmino	Feto y recién nacido afectado por ruptura prematura de membrana	Bajo peso para Edad Gestacional.	Ictericia Neonatal	Aspiración Neonatal Meconio
Junio	Recién nacido a Pretérmino.	Ictericia Neonatal	Feto y recién nacido afectado por ruptura prematura de membrana	Bajo peso para Edad Gestacional.	Aspiración Neonatal Meconio



**ANEXO N° 9.**  
**CAUSAS MÀS FRECUENTES DE MORBILIDAD EN NEONATOS. DIAGNÒSTICO DE EGRESO**  
**JULIO-DICIEMBRE 2003. HOSPITAL NACIONAL SAN JUAN DE DIOS, SAN MIGUEL.**

<b>MES</b>	<b>PRIMERA CAUSA</b>	<b>SEGUNDA CAUSA</b>	<b>TERCERA CAUSA</b>	<b>CUARTA CAUSA</b>	<b>QUINTA CAUSA</b>
Julio	Recién nacido a Pretérmino.	Feto y recién nacido afectado por ruptura prematura de membrana	Insuficiencia respiratoria del recién nacido.	Sepsis Bacteriana del recién nacido.	Neumonía Congénita
Agosto	Recién nacido a Pretérmino.	Feto y recién nacido afectado por ruptura prematura de membrana	Ictericia Neonatal	Insuficiencia respiratoria del recién nacido.	Sepsis Bacteriana
Septiembre	Feto y recién nacido afectado por ruptura prematura de membrana	Bajo peso para la edad Gestacional.	Recién nacido a Pretérmino.	Aspiración neonatal de Meconio	Taquipnea transitoria del recién nacido
Octubre	Feto y recién nacido afectado por ruptura prematura de membrana	Recién nacido a Pretérmino	Bajo peso para la edad gestacional	Ictericia neonatal	Aspiración Neonatal Meconio
Noviembre	Feto y recién nacido afectado por ruptura prematura de membrana	Neumonía Congénita	Recién nacido a Pretérmino.	Bajo peso para la edad gestacional	Aspiración Neonatal Meconio
Diciembre	Recién nacido a Pretérmino	Ictericia Neonatal.	Feto y recién nacido afectado por ruptura prematura de membrana	Bajo peso para la edad gestacional	Aspiración Neonatal Meconio

**ANEXO N° 10.**  
**CONSULTA NEONATAL EN LA UNIDAD DE CHIRILAGUA.**  
**PERÍODO COMPRENDIDO DE ENERO A JUNIO DE 2003.**

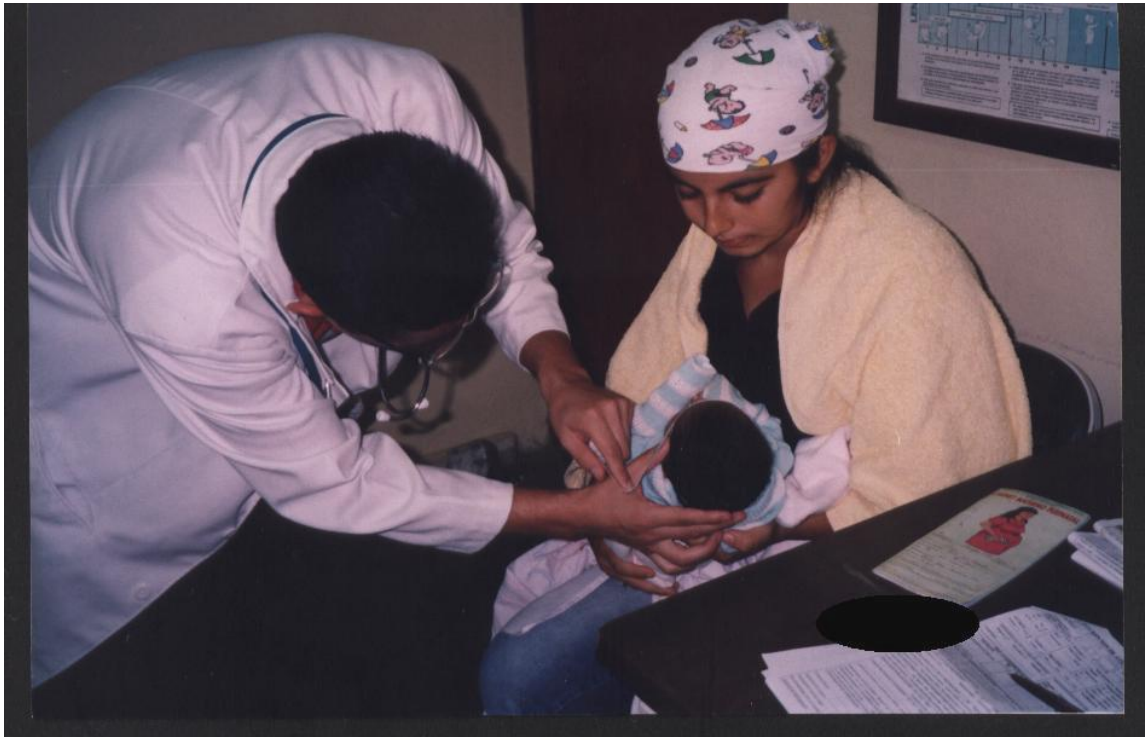
MES	MASCULINO	FEMENINO	TOTAL
ENERO	13	14	27
FEBRERO	8	5	13
MARZO	13	12	25
ABRIL	8	6	14
MAYO	8	4	12
JUNIO	7	6	13
TOTAL			104

**ANEXO N° 11.**  
**EXAMEN FÍSICO DEL RECIÉN NACIDO EN ESTUDIO.**



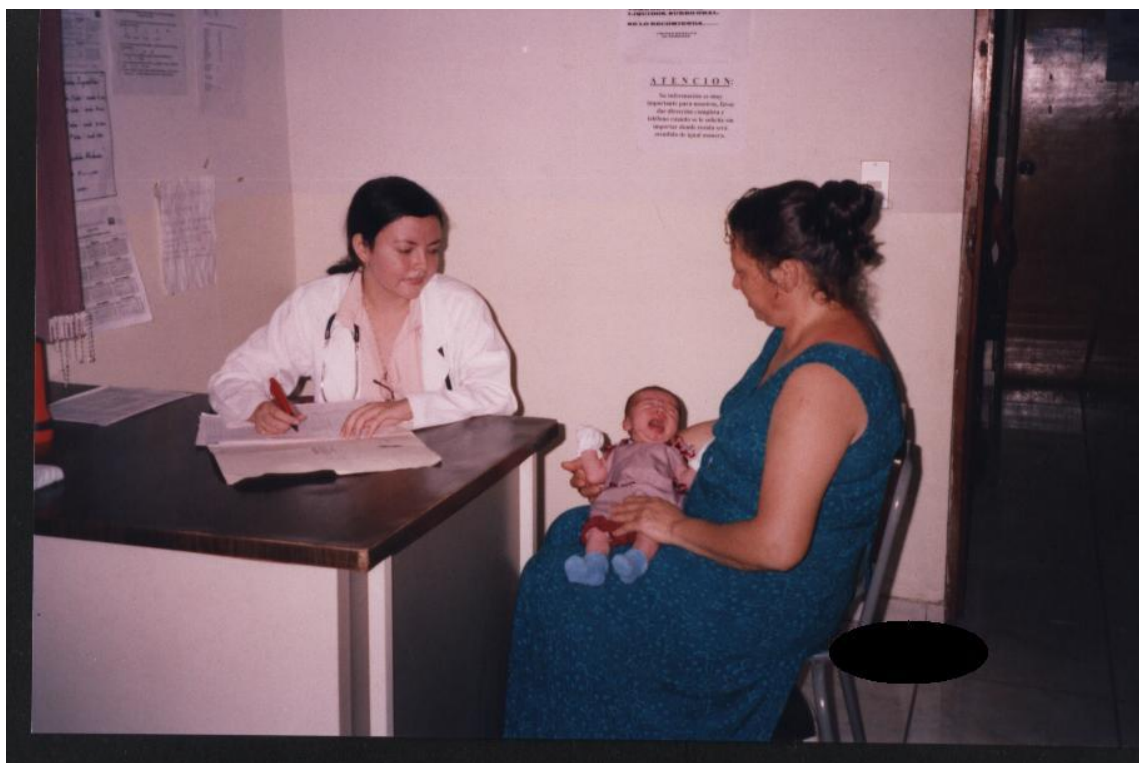
Momento en que se realiza uno de los pasos del examen físico del neonato.

**ANEXO N° 12.**  
**EXAMEN FÍSICO DEL NEONATO EN ESTUDIO.**



Evaluación de los hallazgos físicos del neonato.

**ANEXO N° 13**  
**ADMINISTRACIÓN DE LA CÉDULA DE ENTREVISTA A LAS MADRES QUE**  
**CONSULTAN CON SU NEONATO EN LAS UNIDADES DE SALUD**  
**EN ESTUDIO.**



Recopilación de la información necesaria para el desarrollo de la investigación a través de la Cédula de Entrevista dirigida a la madre del neonato.

**ANEXO N° 14.**

FECHA: \_\_\_\_\_

UNIVERSIDAD DE EL SALVADOR  
FACULTAD MULTIDISCIPLINARIA ORIENTAL  
DEPARTAMENTO DE MEDICINA  
CARRERA DE DOCTORADO EN MEDICINA

**Cédula de entrevista dirigida a las mujeres que asisten a consulta con neonatos a las Unidades de Salud de Chirilagua, El Zamorán y Las Placitas, período comprendido entre julio a septiembre de 2004.**

OBJETIVO:

Recolectar la información necesaria para el desarrollo de la investigación sobre enfermedades más frecuentes en neonatos atendidos en las Unidades de Salud de Chirilagua, El Zamorán y Las placitas.

1- ¿Cuántos años tiene?

- 10 – 15 años \_\_\_\_
- 16 – 20 años \_\_\_\_
- 21 – 25 años \_\_\_\_
- 26 – 30 años \_\_\_\_
- 31 – 35 años \_\_\_\_
- 36 – 40 años \_\_\_\_

2- ¿Qué grado escolar obtuvo?

- Ninguno \_\_\_\_
- 1° a 3° grado \_\_\_\_
- 4° a 6° grado \_\_\_\_
- 7° a 9° grado \_\_\_\_
- Bachillerato \_\_\_\_
- Superior no universitario \_\_\_\_
- Superior universitario \_\_\_\_
- Otros \_\_\_\_

3- Aproximadamente ¿Cuál es la distancia que existe entre su casa y la Unidad de salud?

< 500 mts. \_\_\_\_\_      500 a < 1000 mts. \_\_\_\_\_  
1000 a < 2000 mts. \_\_\_\_\_      2000 a < 3000 mts. \_\_\_\_\_      3000 mts ó más \_\_\_\_\_

4- ¿Usted trabaja fuera de su casa?

Si \_\_\_\_\_      No \_\_\_\_\_

5- Aproximadamente ¿Cuánto es el ingreso económico mensual en su casa?

\_\_\_\_\_

6- ¿Recibe algún tipo de ayuda económica extra?

Si \_\_\_\_\_      No \_\_\_\_\_

7- ¿Cuántos hijos tiene?

\_\_\_\_\_.

8- ¿Fecha de nacimiento de su hijo anterior?

\_\_\_\_\_.

9- ¿Estuvo en control prenatal en éste embarazo?

- Si \_\_\_\_
- No \_\_\_\_ ¿Por qué?, explique:

\_\_\_\_\_

10- ¿A cuántos controles prenatales asistió?

\_\_\_\_\_

11- ¿Padeció de infecciones vaginales durante el embarazo?

Si \_\_\_\_\_

No \_\_\_\_\_

12- ¿Padeció de alguna enfermedad durante el parto?

No \_\_\_\_\_

Si \_\_\_\_\_ Especifique: \_\_\_\_\_

13- ¿Dónde fue atendido su parto?

Hospital \_\_\_\_\_

Unidad de Salud \_\_\_\_\_

Domiciliar \_\_\_\_\_

14- ¿Quién fue la persona encargada de atender su parto?

Médico \_\_\_\_\_ Promotor de salud \_\_\_\_\_

Enfermera \_\_\_\_\_ Partera \_\_\_\_\_ Otros \_\_\_\_\_ Especifique \_\_\_\_\_



15- ¿Cuál fue la vía de parto?

Vaginal Cefálico \_\_\_\_

Vaginal Podálico \_\_\_\_

Cesárea \_\_\_\_

16- ¿Cuál es la edad Gestacional del bebé al momento de nacer?

\_\_\_\_\_semanas

17- ¿Cuál fue el peso del neonato al nacer?

< de 2 Kg \_\_\_\_ 2 a 2.4 Kg. \_\_\_\_ 2.5 a 2.9 Kg \_\_\_\_

3 a 3.4 Kg \_\_\_\_ 3.5 ó más \_\_\_\_ No se obtuvo dato \_\_\_\_

18- ¿Qué tipo de alimentos comió posterior al parto?

○ Queso, tortilla y chocolate \_\_\_\_

○ De todo \_\_\_\_

19- ¿A los cuántos días bañó a su recién nacido?

Al siguiente día \_\_\_\_

A los 2 días \_\_\_\_

Más de 2 días \_\_\_\_

20- ¿Curó el ombligo del recién nacido?

Si \_\_\_\_\_

No \_\_\_\_\_

21- Si contestó afirmativo, ¿Qué utilizó?

- Alcohol de 70° \_\_\_\_
- Agua oxigenada \_\_\_\_
- Merthiolate \_\_\_\_
- Violeta de genciana \_\_\_\_
- Otros \_\_\_\_\_

22- Al enfermarse el recién nacido ¿A quién acude primero?

- Unidad de salud \_\_\_\_\_  
¿Por qué? \_\_\_\_\_
- Médico particular  
¿Por qué? \_\_\_\_\_
- Curandera \_\_\_\_\_  
¿Por qué? \_\_\_\_\_
- Ninguno \_\_\_\_\_  
¿Por qué? \_\_\_\_\_

### ANEXO N° 15.

**Guía de observación dirigida a los neonatos que consultan en las Unidades de Salud de Chirilagua, El Zamorán y Las Placitas, período comprendido de julio a septiembre de 2004. (Hoja de AIEPI modificada).**

#### OBJETIVO:

Evaluar a través de la inspección, palpación, percusión y auscultación a los neonatos, obteniendo de ésta forma un diagnóstico preciso de la consulta realizada en las Unidades de Salud en estudio, en el período de julio a septiembre de 2004.

Nombre: _____	Edad: días	Peso: Kg.
Establecimiento de salud: _____	N° de registro: _____	Sexo: _____
<b>MOTIVO DE CONSULTA:</b>		
Verificar a través de la inspección se presenta infección bacteriana local: Si ___ No ___ Ombbligo enrojecido, Escasas pústulas en el cuerpo, Supuración de ojos.		
Palpación:		
Percusión:		
Auscultación:		
Toma pecho: Si ___ No ___ Toma pacha: Si ___ No ___		
<b>OTROS HALLAZGOS</b>		
Diagnóstico Clínico:		
Responsable:		

