

UNIVERSIDAD DE EL SALVADOR
FACULTAD DE MEDICINA
POSGRADO DE ESPECIALIDADES MÉDICAS



**PERFIL DEL NEONATO QUE NACE EN EL HOSPITAL NACIONAL
SALDAÑA EN EL PERIODO DE ENERO A DICIEMBRE DE 2013**

TESIS PARA OPTAR AL TÍTULO DE ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR

PRESENTADO POR: DRA. MELISSA BEATRIZ GUTIÉRREZ PINEDA

AUTORIDADES UNIVERSITARIAS:
ING. MARIO ROBERTO NIETO LOVO
RECTOR

DR. JOSE ARNULFO HERRERA
DECANO DE LA FACULTAD DE MEDICINA

DRA. CELIA YANIRA VANEGAS HERNÁNDEZ
COORDINADORA DE ESPECIALIDAD MEDICA EN MEDICINA FAMILIAR

ASESOR TEMÁTICO: DR. JULIO CESAR URBINA
ASESORA METODOLÓGICA: DRA. ANA LORENA ABREGO DE ORELLANA

SAN SALVADOR, JULIO DE 2015

Agradecimientos

Agradezco a los docentes que fueron parte de mi formación profesional por sus enseñanzas e instrucción, a mis asesores por su orientación en la elaboración de este trabajo de investigación, a mi Alma Máter que me brindó las herramientas necesarias para obtener las competencias que he adquirido; a mis extraordinarios padres, fuente de apoyo constante e incondicional; y sobretodo agradezco a Dios, el centro de mi vida, por haberme acompañado en el camino que emprendí y que exitosamente ha llegado a su etapa final.

Dedicatoria

Dedico esta Tesis a mis padres Jorge Gutiérrez Iraheta y Elsa Luz Pineda de Gutiérrez por su amor y apoyo, y de manera especial a mi abuelo Luis Antonio Gutiérrez (Q.E.P.D.) quien ha sido un pilar fundamental para lograr mi preparación profesional, quien con su ejemplo me enseñó que todo se puede lograr con trabajo, esfuerzo y fé en Dios.

ÍNDICE

Contenido	Página
Resumen.....	5
Acrónimos.....	7
Introducción.....	8
Materiales y métodos.....	16
Resultados.....	18
Discusión.....	33
Fuentes de Información.....	36
Anexos.....	39

RESUMEN

La vida prenatal se considera la etapa más sensible del desarrollo humano debido al alto nivel de división y diferenciación celular en el feto.

El perfil del neonato, tiene valor pronóstico y sirve para el manejo clínico del recién nacido. El bajo peso de nacimiento constituye un factor conocido de riesgo de mortalidad y morbilidad en el recién nacido, los parámetros antropométricos tienen una significativa asociación con el riesgo de algunas enfermedades neonatales específicas, como asfixia, ictericia, hipoglicemia, hipomagnesemia, neumonía congénita, hipertensión pulmonar, sepsis, distres respiratorio, taquipnea transitoria y persistencia del ducto arterioso.

La relación entre el peso al nacer y la edad gestacional tiene mayor valor pronóstico que el peso de nacimiento por sí solo. El peso al nacer está caracterizado por efectos directos e indirectos sobre el crecimiento, composición corporal y desarrollo óseo.

El objetivo de la investigación fue determinar el perfil epidemiológico que presentan los neonatos nacidos en el Hospital Nacional Saldaña en el período de Enero a Diciembre de 2013, presentar sus datos estadísticamente, relacionándolos con los valores de referencias usados por el Ministerio de Salud, y brindar información relevante a considerar para estudios posteriores demostrando la importancia de los datos obtenidos.

El tipo de estudio es descriptivo observacional.

La población y muestra son los niños nacidos en el Hospital Nacional Saldaña en el período de Enero a Diciembre de 2013.

Los datos se obtuvieron mediante la hoja de atención al recién nacido que el hospital llevó en este período y se procesaron estadísticamente por medio de tablas y gráficos.

En los resultados se puede observar como dato relevante que a medida aumenta el número de controles prenatales, aumenta el peso del recién nacido.

En conclusión se puede decir que es recomendable que cada centro hospitalario que recibe neonatos, cuente con una curva de referencia nacional, representativa de la población que atiende, dado que existen diferencias geográficas, étnicas y epidemiológicas que contribuyen a nuevos registros del recién nacido y que presentan riesgo de morbimortalidad.

ACRÓNIMOS

OPS: Organización Panamericana de la Salud

ODM: Objetivos de Desarrollo del Milenio

ECOS: Equipo Comunitario de Salud

RIISS: Redes Integradas e Integrales de Servicios de Salud.

SIBASI: Sistema Básico de Salud Integral.

DIGESTYC: Dirección General de Estadísticas y Censos

MINSAL: Ministerio de Salud

FESAL: Encuesta nacional de Salud Familiar.

APGAR: Apariencia, Pulso, Gesticulación, Actividad, Respiración

AAP: Asociación Americana de Pediatría.

INTRODUCCIÓN

Latinoamérica y el Caribe manejan una cifra anual de nacimientos de aproximadamente 12 millones de niños. De acuerdo con las estimaciones, 400.000 de ellos mueren antes de llegar a los 5 años de edad; 270.000 mueren antes de cumplir un año, y de estos, 180.000 fallecen durante el primer mes de vida. Según los datos, en los países de Latinoamérica, el promedio de la tasa de mortalidad infantil descendió de 43 por 1 000 nacidos vivos a 25 entre 1990 y 2003 (Salud en las Américas, OPS, 2007).

Alrededor del 38% de las muertes se deben a afecciones peri-neonatales; asfixia, bajo peso al nacer, infecciones y problemas del embarazo y parto.

La reducción de la mortalidad en menores de cinco años en las Américas es fundamental, no sólo para lograr los compromisos establecidos en los Objetivos de Desarrollo del Milenio (ODM), sino para disminuir las grandes brechas entre países, áreas y grupos humanos. En la Región de las Américas, muchos de estos grupos están determinados por los cerca de 45 millones de personas indígenas pertenecientes a más de 400 pueblos diferentes, cuyos índices de mortalidad y morbilidad infantil y materna se ven agravados por extrema pobreza, analfabetismo, desocupación y migración.

Nuestro país está ubicado en América Central y tiene una extensión territorial de 21.040 km². En 2011 la población ascendía a 6.216.143 habitantes (53% mujeres y 47% hombres), distribuida en 14 departamentos y 262 municipios.

El sistema de salud en nuestro país pasa por una etapa importante de transición. Los ECOS, representan el primer nivel de atención cuya capacidad resolutive se ve aumentada con el apoyo del ECOS Especializado.

La provisión de servicios de salud a través de las RIISS se organiza a partir de la articulación de tres niveles de atención de diferente complejidad.

Según el Ministerio de Salud, en el área materno-infantil, habrá que expandir el programa de educación sexual y prevención del embarazo en adolescentes;

ampliar la promoción de la salud, el acceso universal a la atención y las intervenciones a nivel de la comunidad; brindar atención de calidad y con calidez a la mujer, a los niños y a las niñas, y fortalecer los sistemas de información y vigilancia de la morbilidad y mortalidad materna e infantil.

En El Salvador, hay deficiencias en sus registros sanitarios (morbi-mortalidad), siendo una prioridad de las actuales autoridades de gobierno mejorar dicho sistema. La DIGESTYC (Dirección General de Estadísticas y Censo) y la Unidad de Vigilancia de la Salud del MINSAL son las principales fuentes de información en salud.

En la actualidad se desconoce el perfil epidemiológico del recién nacido en el Hospital Nacional Saldaña.

Según la encuesta nacional de salud familiar (FESAL-2008), la tasa de mortalidad en menores de cinco años fue de 19 por 1000 nacido vivos (nv), y la tasa de mortalidad infantil se reporta en 16 por 1000 nv, para el mismo año.

Es de suma importancia tener el conocimiento de las características del área geográfica que atiende el Hospital Saldaña, los municipios que pertenecen al SIBASI SUR son: San Marcos, Santo Tomas, Santiago Texacuangos, Panchimalco y Rosario de Mora; y también parte del área de influencia son las referencias de las Unidades Comunitarias de Salud Familiar de San Jacinto y Planes de Renderos.

En El Salvador, la composición étnica difiere del resto de países centroamericanos que poseen costa atlántica. De acuerdo a la información censal está conformada por 85% de mestizos, 12% de blancos y 1% indígena (DIGESTYC).

En Marzo de 2015, la municipalidad de Panchimalco ha creado una ordenanza sobre Población Indígena, como parte del trabajo conjunto de varias instituciones para cumplir los objetivos de la Declaración de las Naciones Unidas sobre los Derechos de los Pueblos Indígenas, publicada en el Diario Oficial el 08 de Abril de

2015, en el que pretende reconocer los derechos de la población indígena de la localidad, promover el desarrollo integral y el ejercicio pleno de los derechos civiles y políticos de la comunidad indígena del municipio, lo que incluye la protección, conservación y preservación de su cultura, tierra, territorio y de su organización.

Historiadores coinciden que Panchimalco es una población de origen precolombino, que fue fundada por emigrantes toltecas (yaquis o pipiles) a raíz de la dispersión de los pueblos Nahoas ocurrida entre los siglos XI y XII. La municipalidad considera que entre el 70% y el 80% de la población de la localidad es indígena. “No hay necesidad de que utilicen una vestimenta diferente a la nuestra, con los rasgos físicos podemos decir si es indígena” argumentó el alcalde de Panchimalco.

Con respecto a la situación de la mujer indígena es especialmente crítica, su vida empieza a temprana edad teniendo que cumplir sus “responsabilidades”. Su vida sexual la Inician a muy temprana edad uniéndose libremente a un hombre o casándose. Se considera que más de la mitad lo hace antes de los 19 años, trabajan para mantener a una carga familiar que generalmente rebasa el promedio nacional de cinco hijos, llegando hasta doce y más sin tener un cuidado adecuado en sus embarazos, partos y planificación familiar.

A través de los tiempos, los grupos indígenas han utilizado tradicionalmente la medicina natural, en especial las plantas, por el conocimiento que han venido heredando de generación en generación.

Con respecto a los hospitales públicos acuden muy poco, generalmente por estar muy alejados de los lugares donde viven; por otra parte les tienen miedo, por situaciones vividas y por experiencias conocidas; piensan que allí la gente va únicamente a morir.

En cuanto al control del embarazo y el parto, algunas mujeres indígenas concurren a controlarse a las Unidades de Salud, aunque prevalece la auto atención o la atención familiar.

Una de las costumbres es llamar a la partera, generalmente, cuando se les complica el parto, de lo contrario lo hacen solas o con ayuda de familiares.

Otra de las costumbres de las mujeres indígenas, es que cuando dan a luz en sus casas, lo hacen en cuclillas, por eso no les gusta ir al hospital, donde deben acostarse para tener a sus bebés, les da temor que les hagan cesárea, que no les respeten sus creencias, y que no les permitan que las acompañen los esposos o las madres y por otra parte, les da vergüenza que las atiendan personal del hospital del sexo masculino.

El peso al nacer es usado mundialmente para evaluar el estado nutricional intrauterino y el éxito de la atención prenatal, para vigilar el crecimiento y el desarrollo del niño, para reducir la mortalidad infantil y para mejorar las posibilidades de gozar de buena salud durante el embarazo, el primer año de vida y la niñez temprana.

La realidad de las mujeres que viven en el área geográfica que atiende el Hospital Saldaña, es precaria; la mujer embarazada come poco, su dieta se basa en tortillas, frijoles y café amargo-, al igual que en toda su vida.

La evaluación del crecimiento intrauterino es importante para anticiparse a los problemas que el neonato pueda presentar precozmente y para plantear su pronóstico a largo plazo. Además, permite juzgar el resultado del manejo de embarazos de alto riesgo.

La planificación familiar prácticamente no se da en la familia indígena, porque además, por sus convicciones religiosas, consideran a sus hijos/as como un valor económico, especialmente de apoyo en su vejez.

Para estas mujeres el control del embarazo es la preparación para el momento del parto, tarea que realizan las comadronas y es en ellas donde depositan toda su confianza, la práctica fundamental de este control es la colocación del feto a través del “calentamiento de la cintura” y “la “sobada de estómago”.

El Hospital Nacional Saldaña, presta el servicio de atención a partos para su área geográfica de influencia, estos partos han ido en aumento, en el 2006 se atendió

un aproximado de 300 partos, seis años después en 2012 los partos aumentaron un poco más del quintuple, se dio un total de 1,682 y para el 2013 el Hospital Saldaña atendió 1595 partos en total, de los cuales 61 % fueron partos vaginales y 39 % fueron cesárea.

El momento del nacimiento es una etapa muy importante y el personal de salud garantiza la aplicación de ciertas actividades de carácter inmediato y oportuno que son requeridas para asegurar el bienestar del neonato. En este sentido en el momento del parto se debe verificar la presencia del cordón y en caso de estar enrollado al cuello cortarlo, posteriormente se verifican las condiciones de salud del recién nacido según el flujograma de reanimación, que en caso de no funcionar bien deberán ser aplicados los procedimientos de reanimación neonatal. Y al darse el caso de que el flujograma funcione bien, se debe colocar al bebe en el vientre materno.

A continuación deben aspirarse las secreciones y se debe evaluar la respiración y frecuencia cardiaca así como el color del bebe. Al percibir que el recién nacido respira con frecuencia cardiaca mayor de 100 por minuto y esta rosado, se debe realizar el test APGAR al primer minuto, a los cinco minutos y a los diez minutos de vida. A través del test de APGAR se evalúan las condiciones del recién nacido en términos de su ritmo cardiaco, respiración, tono muscular, reflejos y color de la piel. Al mismo tiempo se debe cortar el cordón umbilical, trasladar al niño a una fuente de calor radiante, colocar el clamp umbilical, realizar la profilaxis ocular para prevenir la oftalmia neonatal, aplicar vitamina K y para concluir con el proceso, si las condiciones del niño y la madre lo permiten se debe estimular a la media hora de nacido la lactancia materna exclusiva.

Posterior al parto, se deben tomar las medidas antropométricas como: peso, longitud, perímetro cefálico; de igual forma se debe realizar la exploración física del niño para descartar malformaciones. A través del método de Ballard se debe determinar la edad gestacional. Todo esto es correspondiente al perfil del neonato.

Tradicionalmente, la evaluación del estado nutricional en cualquier paciente pediátrico se inicia con el registro de las mediciones antropométricas en las curvas

de una población de referencia. Existen numerosas curvas para monitorear el crecimiento y ubicar al recién nacido dentro de una distribución percentilar al momento del nacimiento y durante los días posteriores, para así realizar una interpretación de los indicadores antropométricos. El clínico debe tener cuidado de preferir las curvas estándar que estén más de acuerdo a su población de neonatos. Las curvas de crecimiento son las herramientas más importantes para la asistencia del crecimiento en los niños, lo que podría ayudar a desarrollar más adelante intervenciones preventivas.

Las diferencias geográficas y físicas hace necesario el uso de curvas de crecimiento nacionales.

El niño debe ser colocado desnudo y sin pañal sobre la báscula, cuidando que todo su cuerpo permanezca dentro de la charola y distribuido de manera uniforme sobre el centro de ésta. Lo ideal es utilizar una báscula electrónica que proporcione el peso aproximándolo a los 10 g más cercanos. El peso debe obtenerse por duplicado para hacer un promedio de ambas mediciones, o bien puede repetirse la medición hasta que se obtengan dos cifras iguales.

El neonato debe ser colocado en posición supina para tallarlo, con el cuerpo alineado en posición recta sobre el eje longitudinal del infantómetro, de manera tal que los hombros y la cadera tengan contacto con el plano horizontal y que los brazos se encuentren a los lados del tronco. La coronilla de la cabeza debe tocar la base fija del infantómetro y debe ser colocada en el plano de Frankfort; es decir, alineado perpendicularmente al plano horizontal. Tanto la cabeza como la base del infantómetro deben ser sostenidas por uno de los observadores. El otro observador, con una mano debe extender las piernas del paciente, vigilando que las rodillas no se encuentren flexionadas y con la otra mano debe recorrer la base móvil del infantómetro, de manera que se ejerza una leve presión (sólo comprimiendo ligeramente la piel) sobre el talón(es) del neonato libre de cualquier objeto, para que el pie quede formando un ángulo de 90°. La medición debe aproximarse al 0.1 cm más cercano.

Perímetro cefálico: Es un indicador del desarrollo neurológico a partir de la evaluación indirecta de masa cerebral. El neonato debe tener la cabeza libre de cualquier objeto y de preferencia no debe estar en contacto con la cuna, lo ideal para realizar esta medición es usar una cinta de teflón de 1.0 cm de grosor. La cinta debe ser colocada en el perímetro máximo de la cabeza y como referencia se utiliza el punto máximo del occipucio y la glabella (en el entrecejo). La cinta debe situarse en plano horizontal, de manera tal que se encuentre a la misma altura de ambos lados de la cabeza. El inicio de la cinta (donde se ubica el cero) debe coincidir con la parte frontal de la cabeza (el entrecejo) y es ahí donde se realiza la lectura. Se ejerce una leve presión al momento de tomar la medición para comprimir el pelo y ligeramente la piel. La medición se aproxima al 0.1 cm más cercano. Podemos decir entonces que las medidas antropométricas brindan los mejores indicios para diagnosticar objetivamente las modificaciones que se producen en el desarrollo físico del recién nacido. Cualquier desviación de los parámetros normales constituye una alarma ante la aparición de algún trastorno, ya sea congénito o adquirido. Por este motivo es de suma importancia y parte de la rutina pediátrica efectuar un seguimiento rutinario y concienzudo de las dinámicas de crecimiento y logros maduracionales en cada niño, tomando en cuenta el perfil epidemiológico del niño al nacer, debiendo quedar registrados los datos no solo en fichas, sino también procesados estadísticamente para su seguimiento adecuado y oportuno.

Objetivo General

Determinar el perfil epidemiológico que presentan los neonatos nacidos en el Hospital Nacional Saldaña en el período de Enero a Diciembre de 2013.

Objetivos Específicos

- Reflejar los datos de peso, talla y perímetro cefálico encontrados en el perfil epidemiológico del recién nacido.

- Determinar si las madres de los neonatos nacidos en el período de estudio asistieron o no a controles prenatales.
- Dar a conocer estadísticamente los datos más relevantes del perfil epidemiológico del recién nacido.
- Describir los puntajes del APGAR al minuto y a los cinco minutos de vida del neonato.
- Relacionar los parámetros antropométricos obtenidos con los valores de referencia establecidos por el Ministerio de Salud.

Pregunta de Investigación

¿Cuál es el perfil epidemiológico que presentan los neonatos nacidos en el Hospital Nacional Saldaña?

MATERIALES Y MÉTODOS

Tipo de estudio:

Descriptivo observacional.

Población de estudio:

Niños nacidos en el Hospital Nacional Saldaña en el período de Enero a Diciembre de 2013.

Criterios de inclusión:

- ✓ Todo niño nacido en el Hospital Nacional Saldaña en el período del 1 de Enero al 31 de Diciembre de 2013
- ✓ Nacidos vivos
- ✓ Ambos sexos
- ✓ Nacido por parto vaginal o por cesárea

Criterio de exclusión:

Todo niño cuyo expediente se encuentre extraviado, incompleto o con datos no legibles.

Método de recogida de los datos:

Los datos se obtuvieron mediante la recopilación de la hoja de atención al recién nacido que el Hospital Nacional Saldaña llevo en el período de Enero a Diciembre de 2013, se realizó de forma manual revisando en primer lugar el libro de partos del servicio de ginecología y el libro de cesáreas de sala del hospital que se llevó en el periodo de Enero a Diciembre del año en estudio, de esta manera se tomo nota del número de expediente de las pacientes que dieron a luz; posteriormente se solicitó permiso para buscar personalmente los expedientes correspondientes al archivo del hospital, para luego obtener en ellos la hoja de atención al recién nacido. Para terminar la recolección de los datos, se escribieron los necesarios para el estudio en la hoja de datos (anexo 3) y luego se procesaron estadísticamente, y los resultados se presentaron en tablas y gráficos.

VARIABLES:

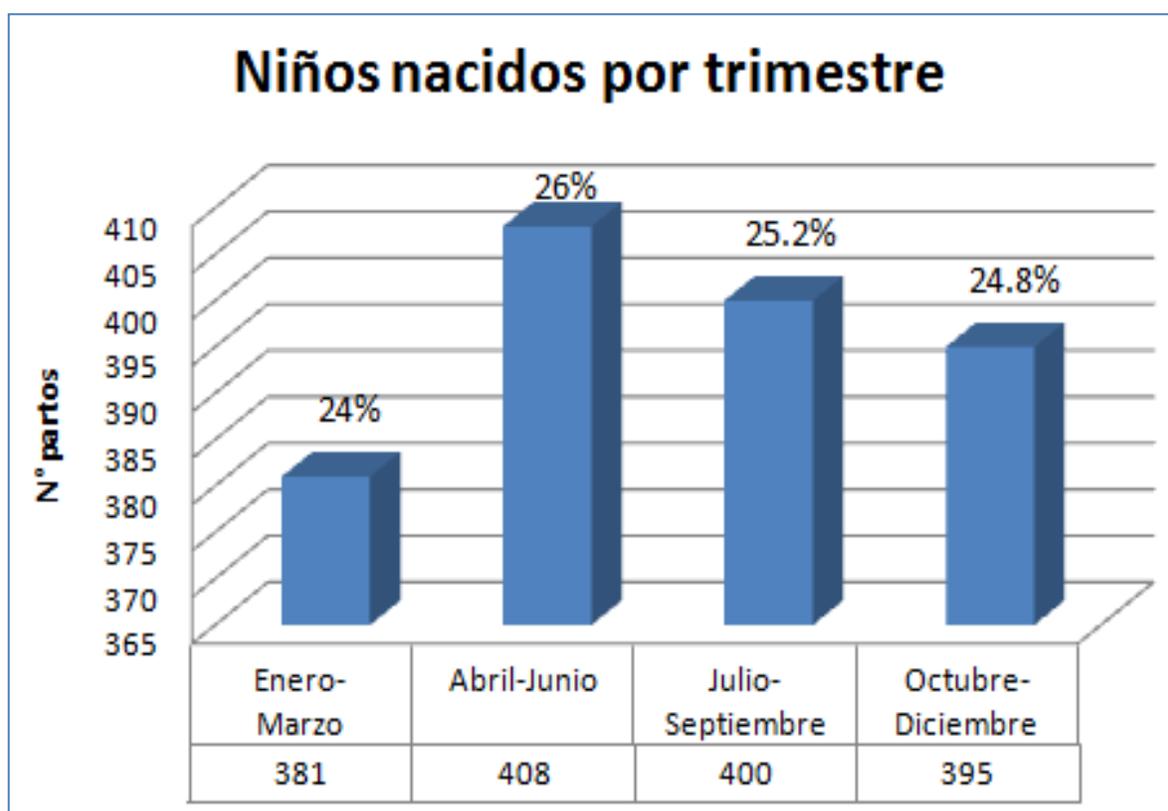
VARIABLE	DEFINICIÓN	Indicador
Sexo	Conjunto de características físicas, biológicas, anatómicas y fisiológicas de los seres humanos, que los definen como hombre o mujer (masculino, femenino)	Femenino Masculino
Control prenatal	Cuidado que proporciona el equipo de salud a la mujer gestante con el objeto de garantizar las mejores condiciones de salud para ella y el feto durante la gestación, y posteriormente una óptima atención del parto (número de controles a los que asistió)	Número de controles
APGAR	Es una prueba de detección utilizado para evaluar que tan bien toleró el recién nacido el proceso de nacimiento al primer minuto, y que tan bien se está adaptando al medio ambiente al quinto minuto. (escala en anexo 1)	1-10 puntos
Peso	Es la suma de todos los componentes del organismo y representa la masa corporal total, permite conocer en buena manera el estado nutricional del organismo. (gramos, kilogramos)	Kilogramos
Longitud	Distancia entre dos puntos que va desde la planta de los pies hasta la cabeza. Parámetro de crecimiento y nutrición. (centímetros)	Centímetros
Perímetro cefálico	Es la medición del perímetro de la cabeza de un niño en su parte más grande. Se mide la distancia que va desde la parte por encima de las cejas (glabella y de las orejas hasta la parte más prominente del occipucio. (centímetros)	Centímetros
Edad gestacional	Semanas de vida intrauterina cumplidas al momento del parto. (Pretérmino <37 semanas, Término 37-40 semanas, Postérmino >40 semanas)	Semanas de gestación
Edad materna	Tiempo que ha vivido la madre del neonato, contando desde su nacimiento.	Años

RESULTADOS

En el Hospital Nacional Saldaña, durante el periodo comprendido del 01 de Enero de 2013 al 31 de Diciembre de 2013 se atendió un total de 1595 partos de los cuales 1584 fueron incluidos para fines de esta investigación; el resto (11 expedientes) no fueron tomados en cuenta debido a los criterios de exclusión ya descritos.

El trimestre en que se atendieron el mayor número de partos fue el Segundo Trimestre (408 partos), seguido del Tercer Trimestre (400 partos).

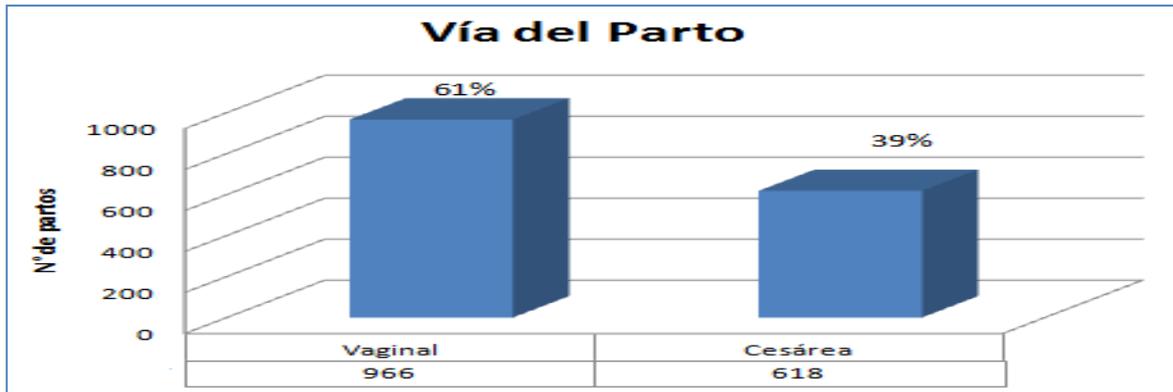
GRÁFICO N° 1



Fuente: Hoja de Atención del Recién Nacido del expediente clínico.

La vía del parto fue en un 61% de los casos Vaginal (correspondiente a 966 partos) y en 39% cesáreas (correspondiente a 618 partos)

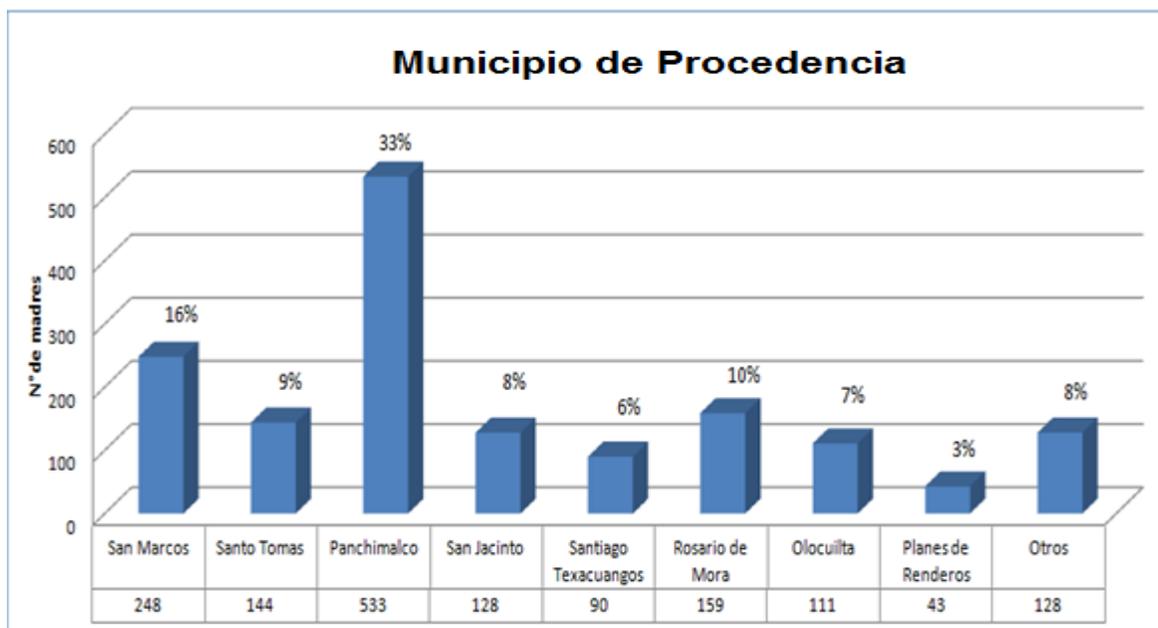
GRÁFICO N° 2



Fuente: Hoja de Atención del Recién Nacido del expediente clínico.

De los 1584 partos atendidos, 533 pertenecen al municipio de Panchimalco, siendo éste la cifra más alta de niños nacidos por municipio, seguido del municipio de San Marcos con 248 partos atendidos.

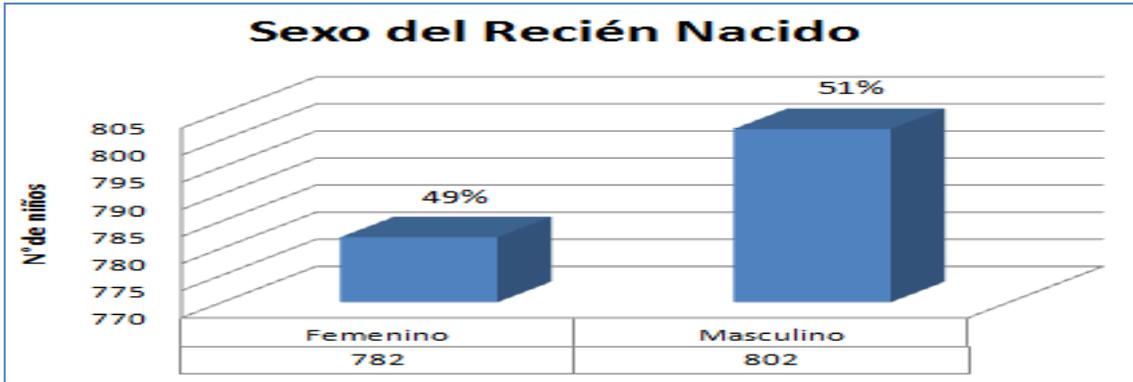
GRÁFICO N° 3



Fuente: Hoja de Atención del Recién Nacido del expediente clínico.

De los 1584 partos, 802 (51%) pertenecieron al sexo masculino y 782 (49%) al sexo femenino.

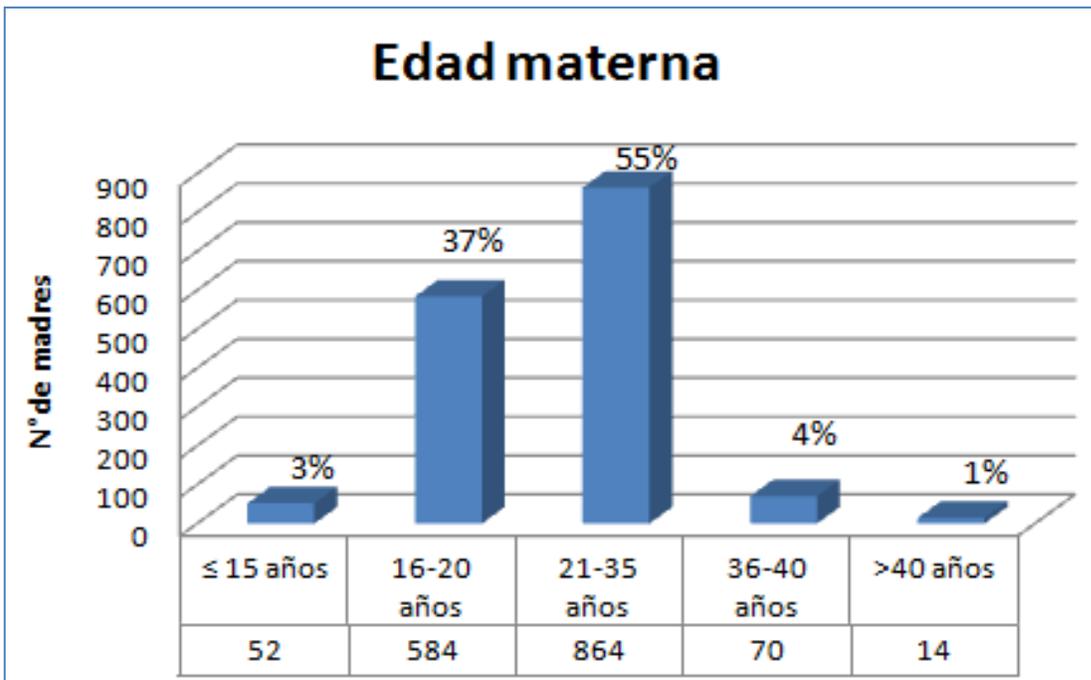
GRÁFICO N° 4



Fuente: Hoja de Atención del Recién Nacido del expediente clínico.

La edad de las madres que dieron a luz en el período estudiado, corresponde en su mayoría a mujeres consideradas en la época reproductiva.

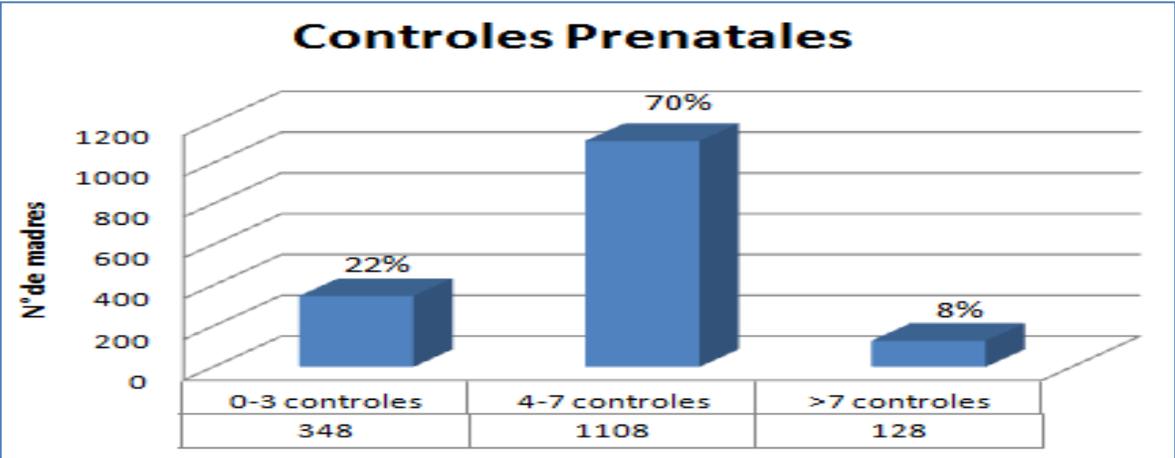
GRÁFICO N° 5



Fuente: Hoja de Atención del Recién Nacido del expediente clínico.

Las mujeres embarazadas que no llevaron controles prenatales o que llegaron a un máximo de 3 fueron 348 mujeres (22%). Las que asistieron de 4 a 7 controles prenatales fueron 1108 (70%) y las que acudieron a más de 7 controles fueron 128 mujeres (8%).

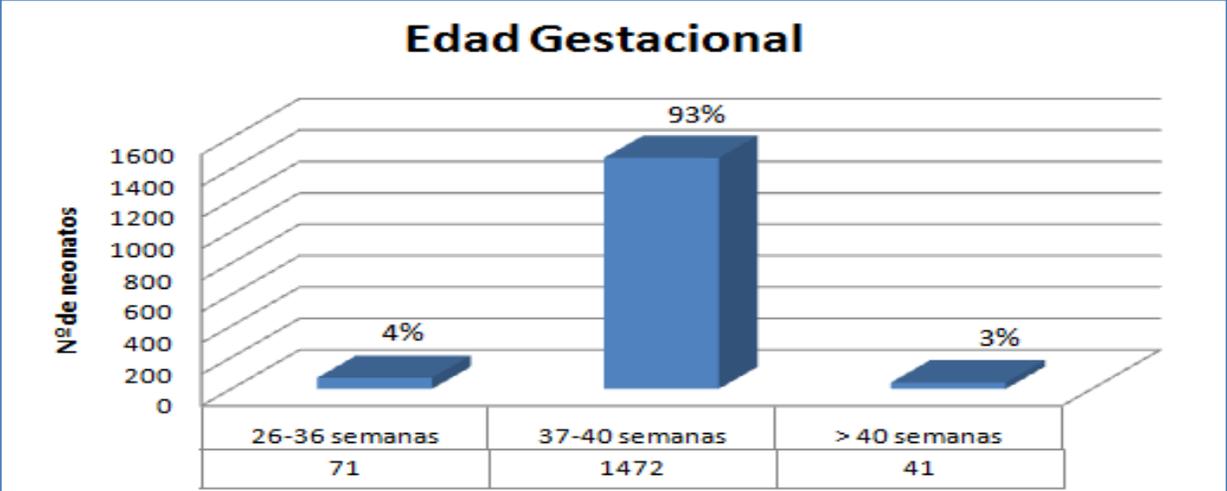
GRÁFICO N° 6



Fuente: Hoja de Atención del Recién Nacido del expediente clínico.

La edad gestacional fue de término en el 93% (1472 casos), pretérmino en un 4% (71 casos) y posttérmino en un 3% (41 casos).

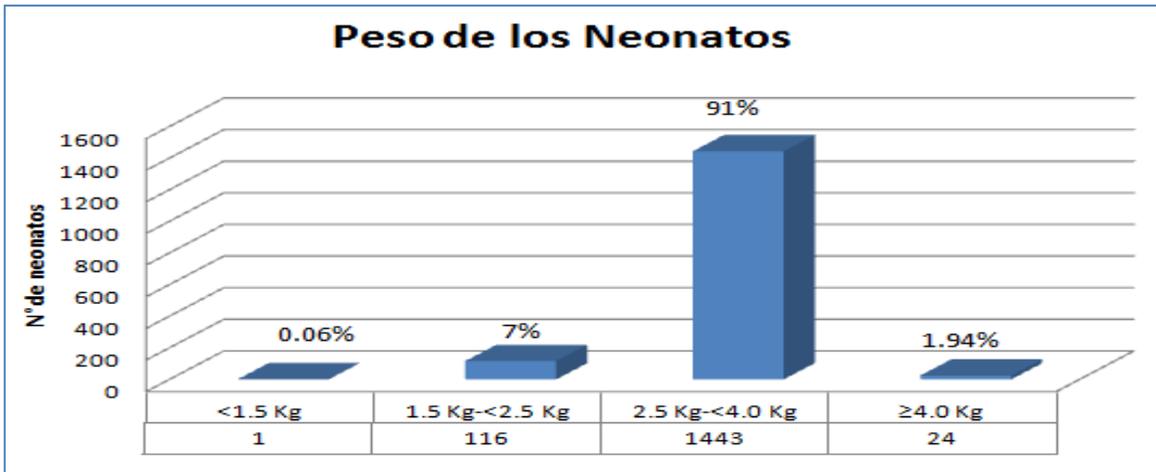
GRÁFICO N° 7



Fuente: Hoja de Atención del Recién Nacido del expediente clínico.

El peso de los neonatos fue normal en un 91% de casos (correspondiente a 1443 casos).

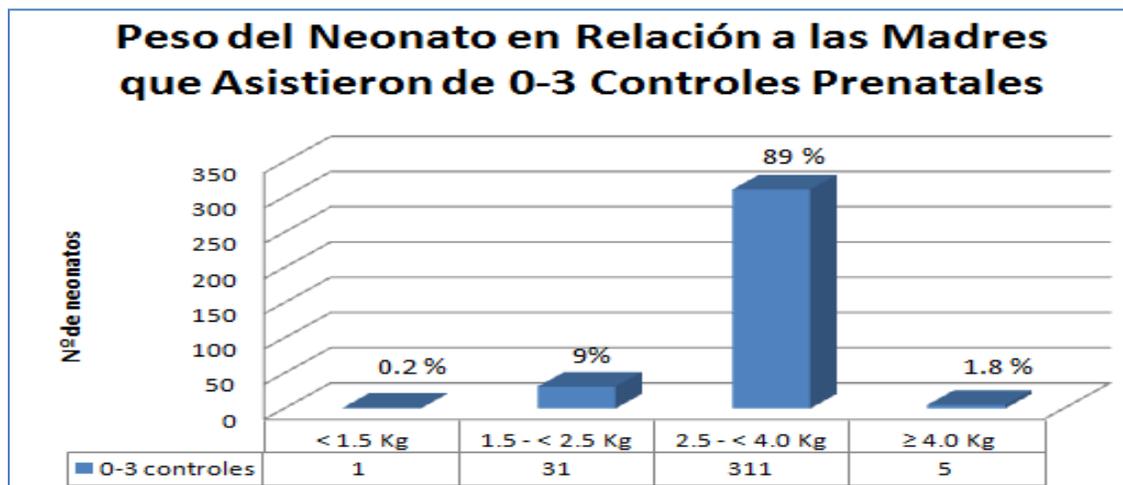
GRÁFICO N° 8



Fuente: Hoja de Atención del Recién Nacido del expediente clínico.

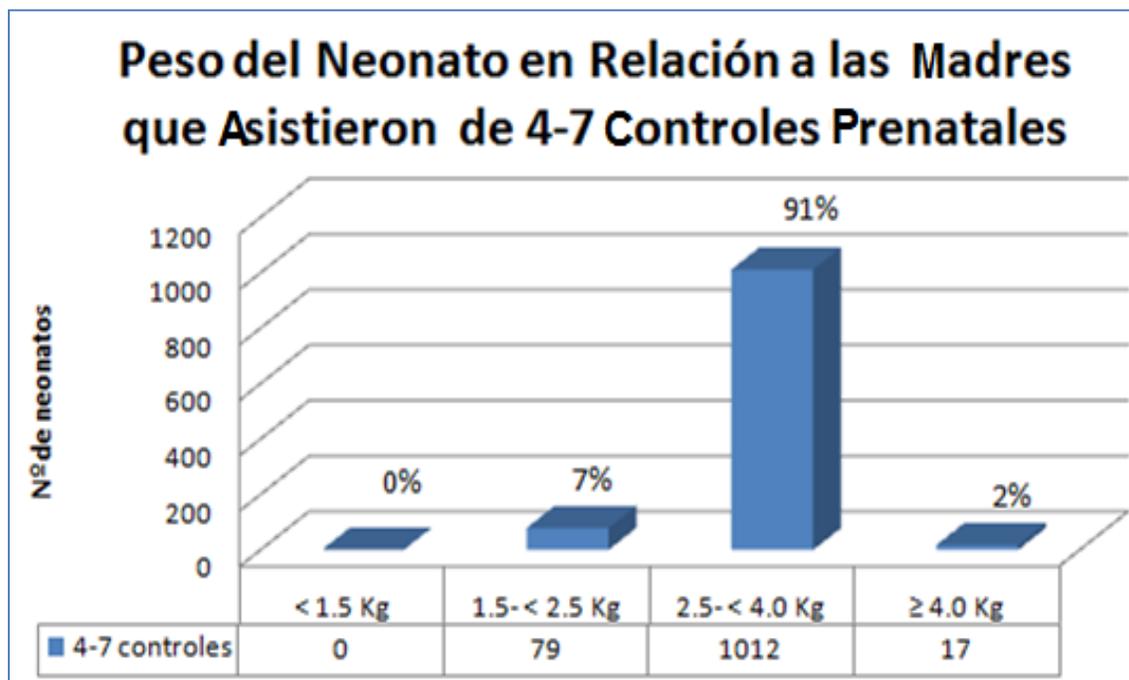
Los siguientes gráficos muestran la relación entre el número de controles prenatales llevados por las gestantes y el peso del niño al nacer, observando así que las mujeres que presentan un mayor número de controles son las que obtuvieron el mayor peso al nacimiento.

GRÁFICO N° 9.1



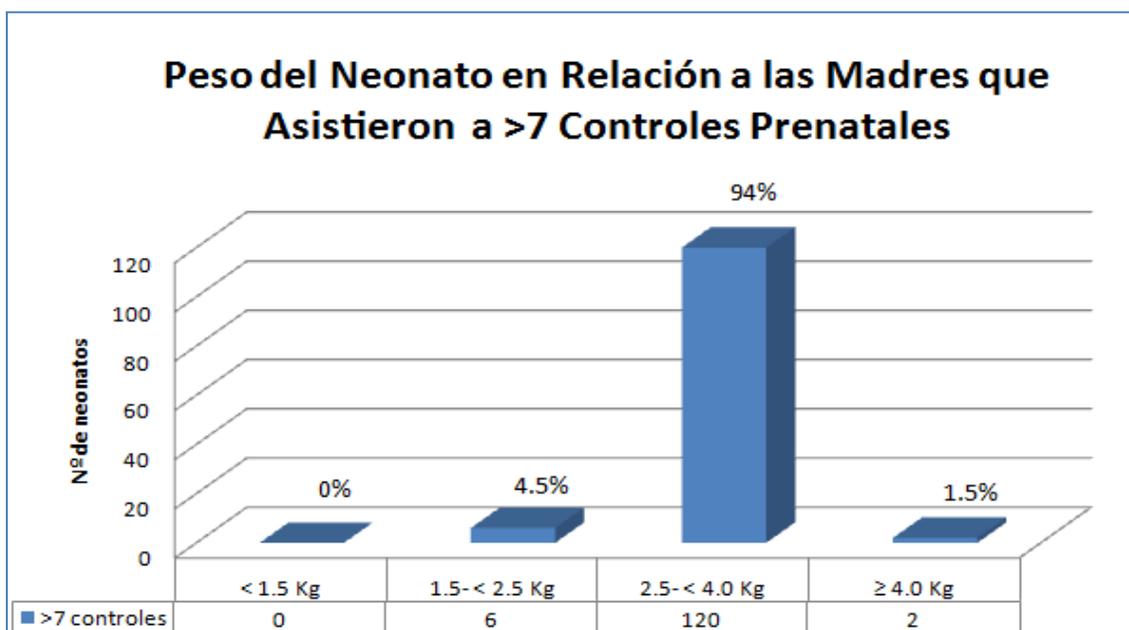
Fuente: Hoja de Atención del Recién Nacido del expediente clínico.

GRÁFICO Nº 9.2



Fuente: Hoja de Atención del Recién Nacido del expediente clínico.

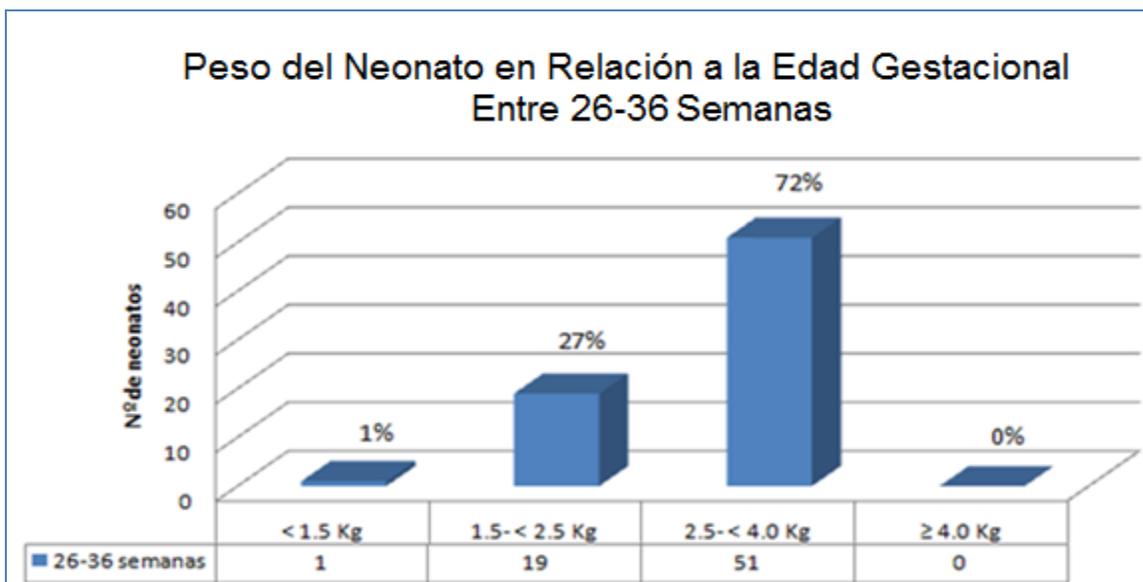
GRÁFICO Nº 9.3



Fuente: Hoja de Atención del Recién Nacido del expediente clínico.

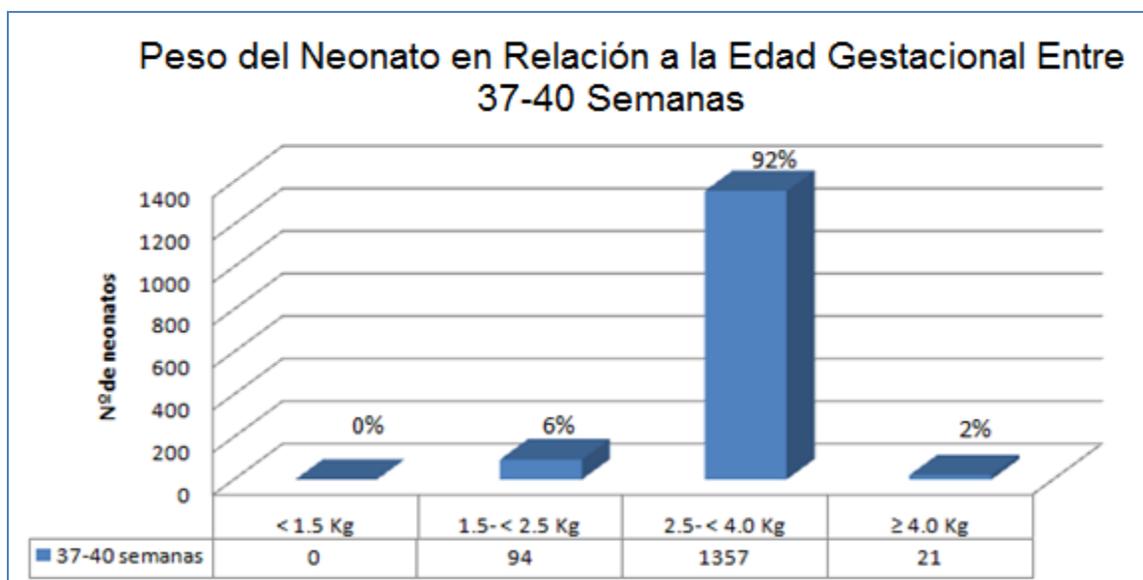
Los siguientes gráficos muestran los datos del peso del recién nacido, relacionándolo con su Edad Gestacional. El peso aumenta a medida que aumenta la Edad Gestacional.

GRÁFICO Nº 10.1



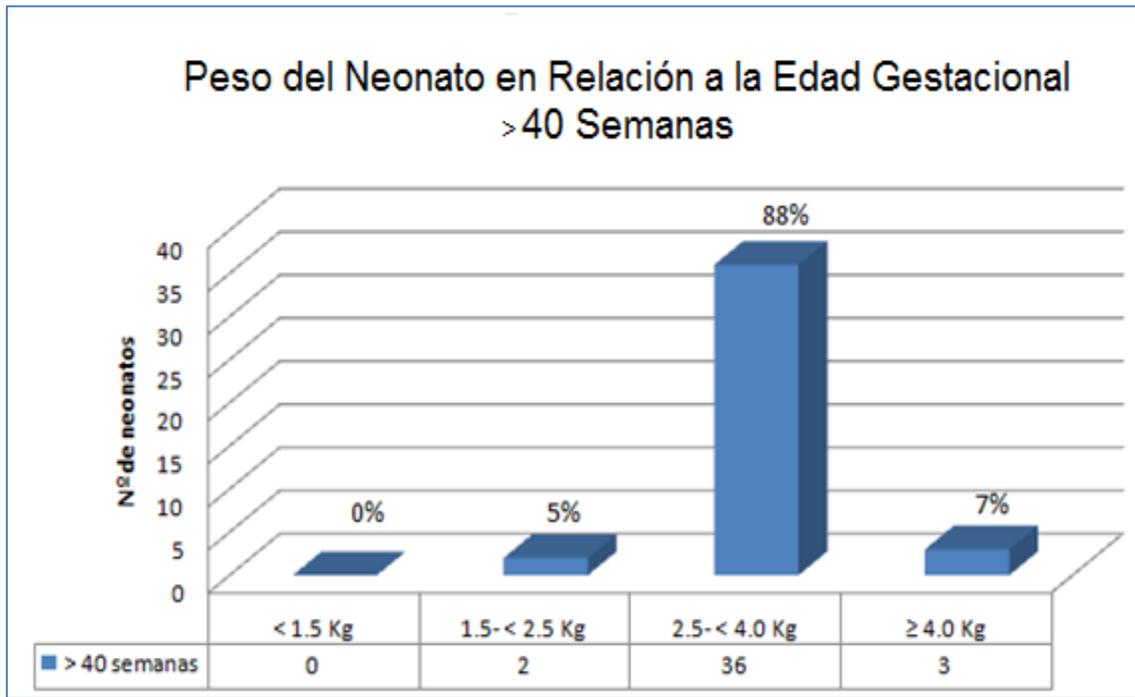
Fuente: Hoja de Atención del Recién Nacido del expediente clínico.

GRÁFICO Nº 10.2



Fuente: Hoja de Atención del Recién Nacido del expediente clínico.

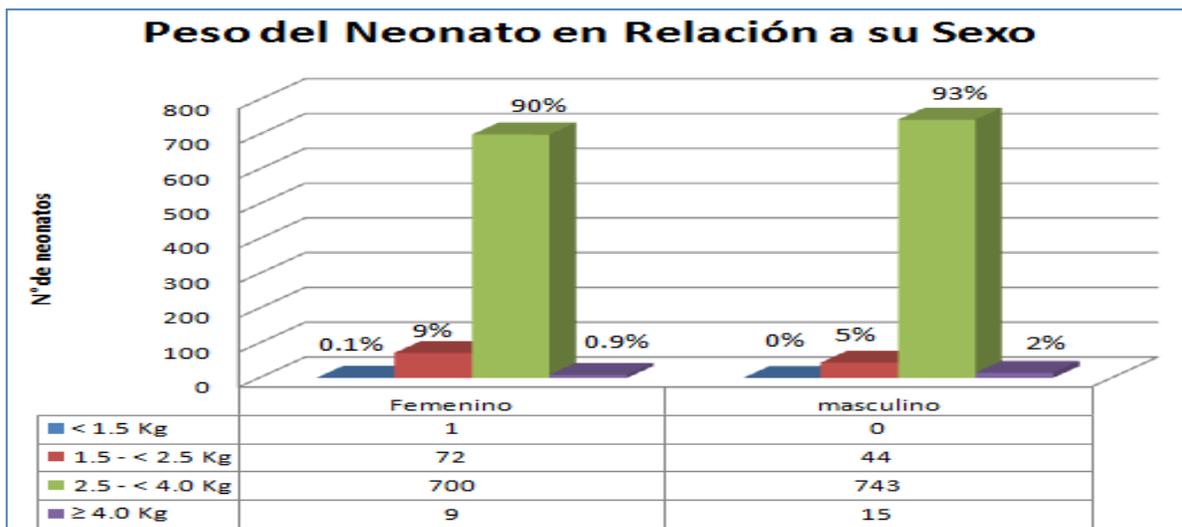
GRÁFICO N° 10.3



Fuente: Hoja de Atención del Recién Nacido del expediente clínico.

En el siguiente gráfico podemos observar que el peso de los neonatos masculinos es ligeramente mayor que el de los neonatos femeninos.

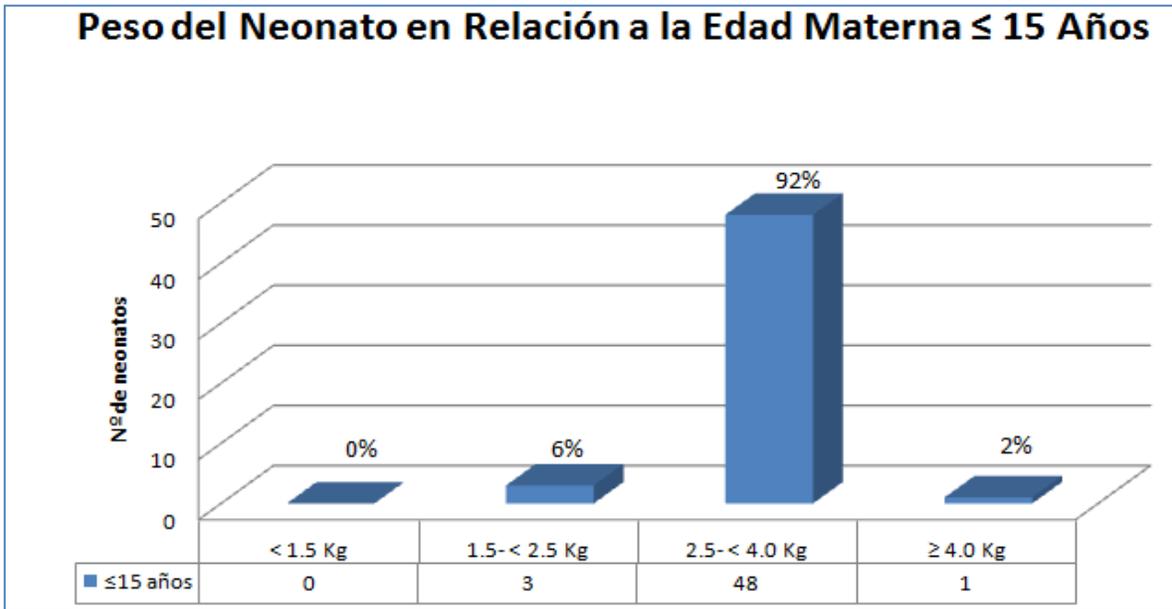
GRÁFICO N° 11



Fuente: Hoja de Atención del Recién Nacido del expediente clínico.

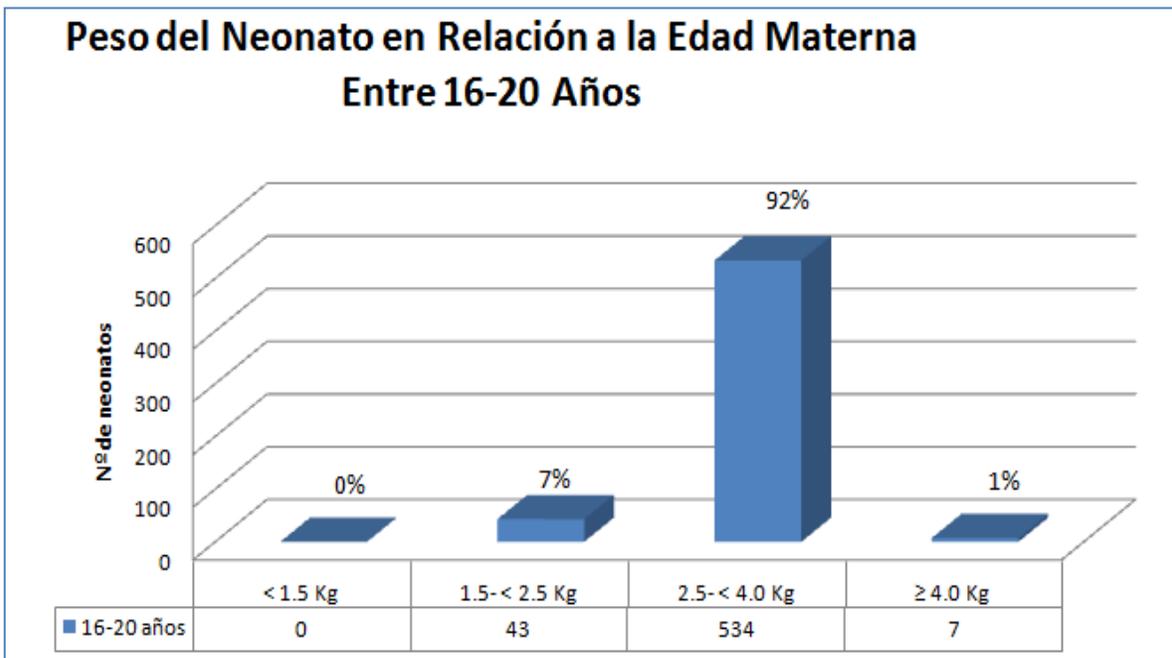
No se observó relación significativa entre el peso del neonato y la edad materna.

GRÁFICO N° 12.1



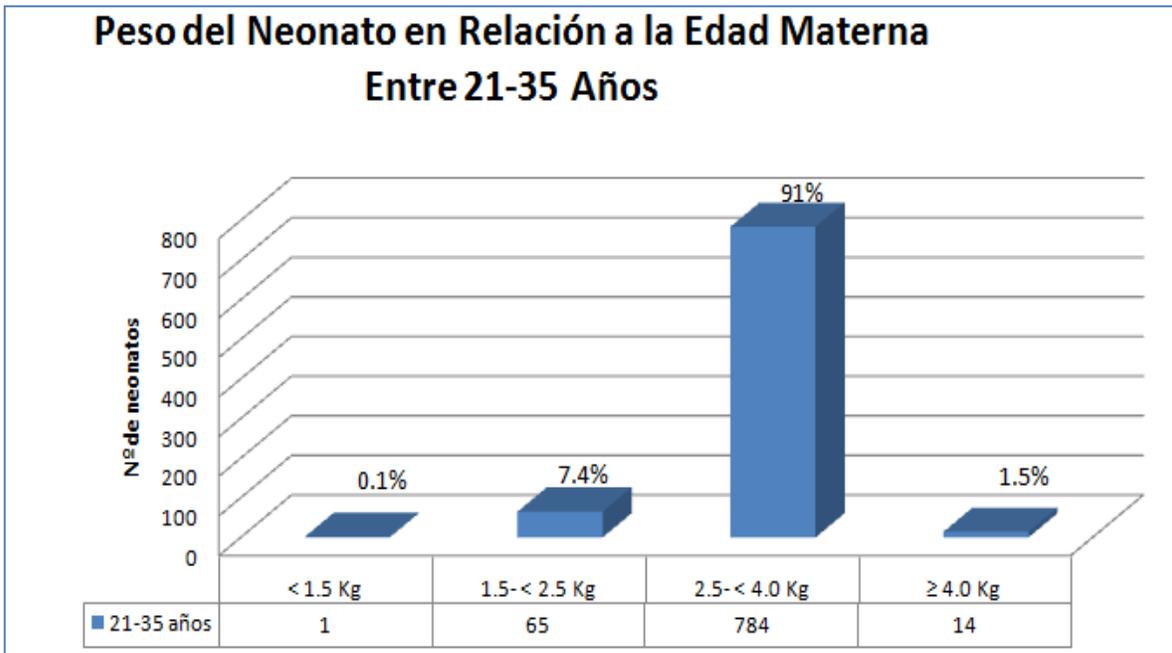
Fuente: Hoja de Atención del Recién Nacido del expediente clínico.

GRÁFICO N° 12.2



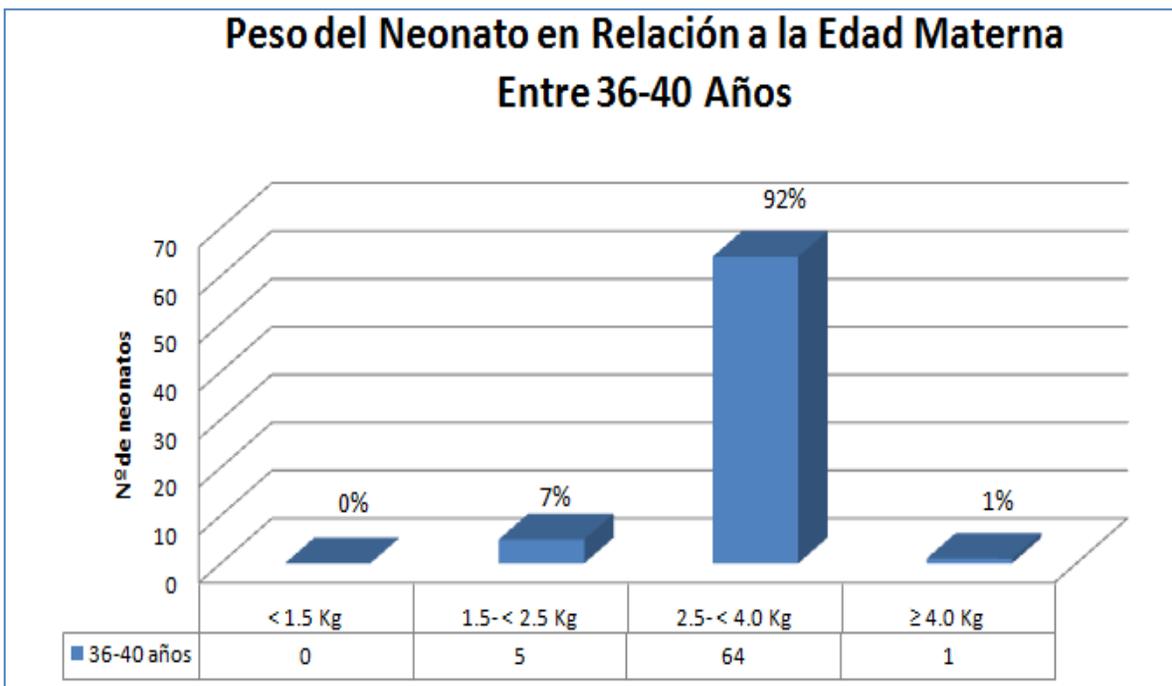
Fuente: Hoja de Atención del Recién Nacido del expediente clínico.

GRÁFICO N° 12.3



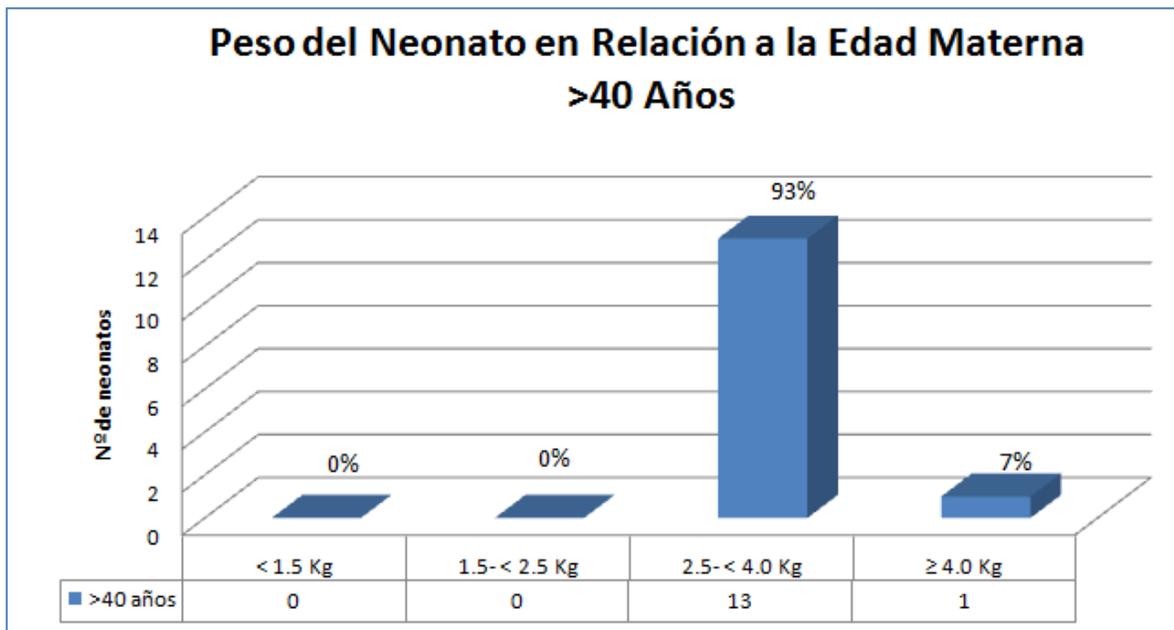
Fuente: Hoja de Atención del Recién Nacido del expediente clínico.

GRÁFICO N° 12.4



Fuente: Hoja de Atención del Recién Nacido del expediente clínico.

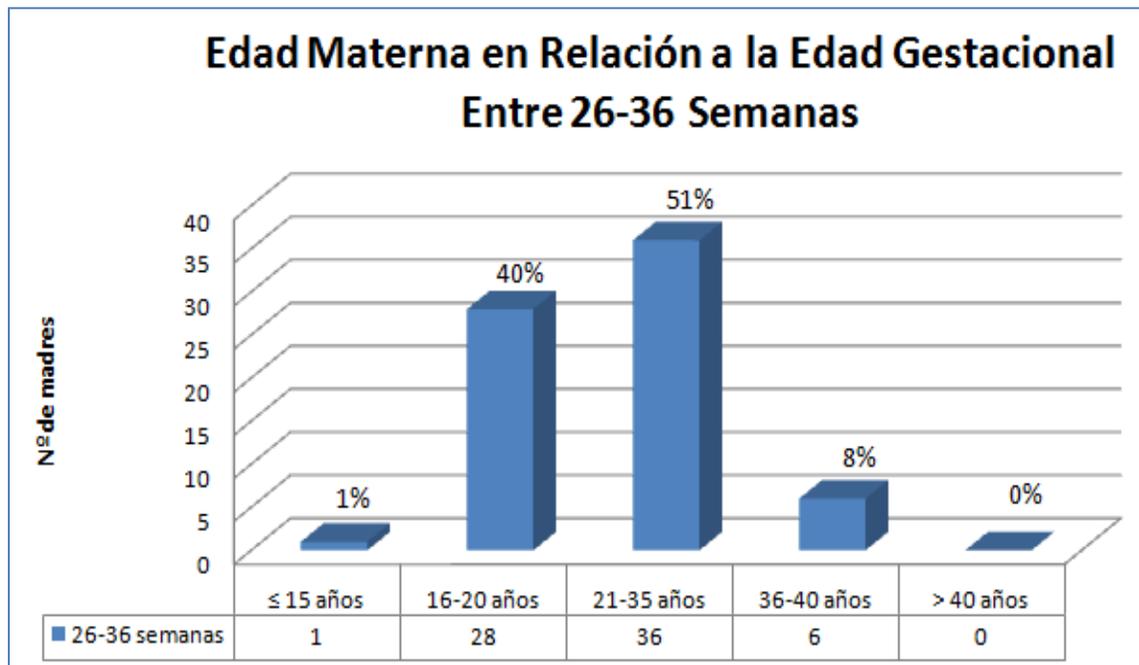
GRÁFICO Nº 12.5



Fuente: Hoja de Atención del Recién Nacido del expediente clínico.

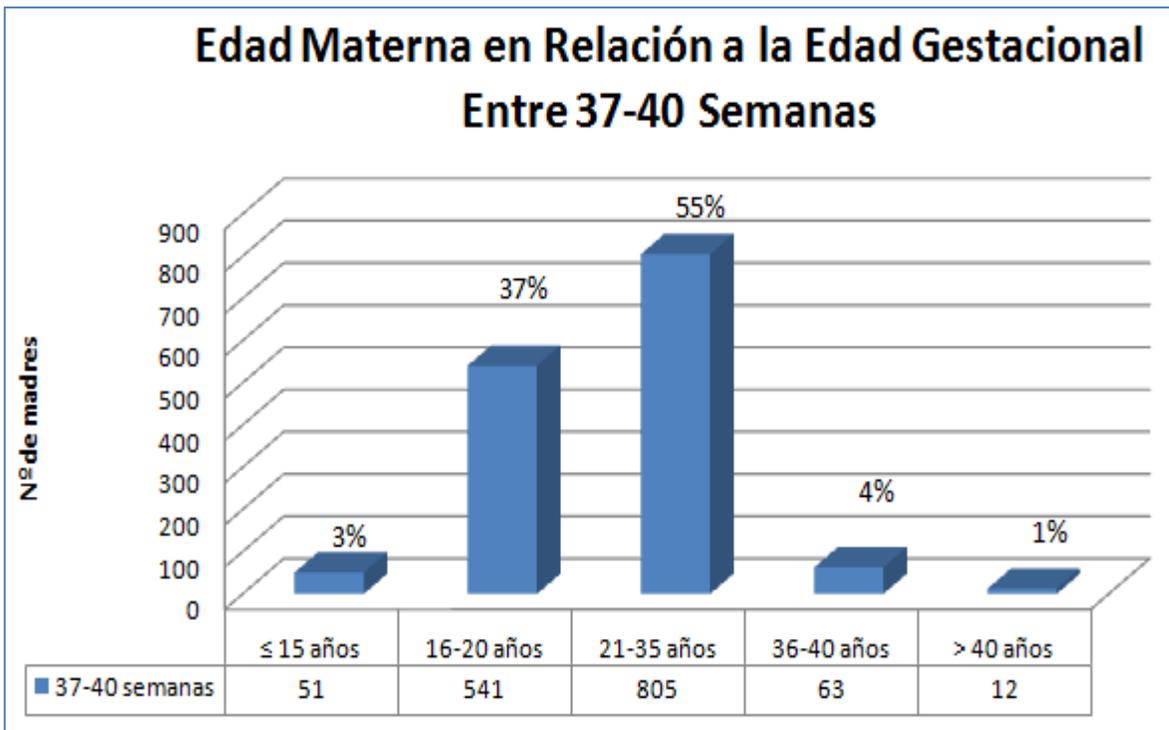
No se encontró relación significativa entre la edad materna y la Edad Gestacional.

GRÁFICO Nº 13.1



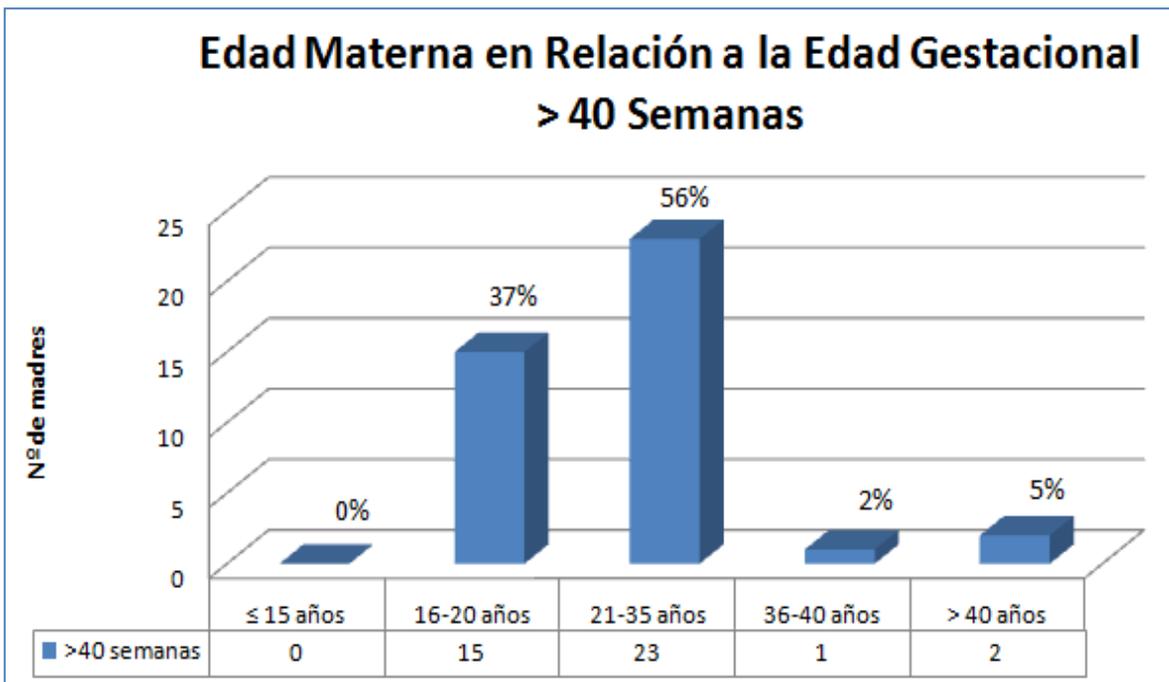
Fuente: Hoja de Atención del Recién Nacido del expediente clínico.

GRÁFICO N° 13.2



Fuente: Hoja de Atención del Recién Nacido del expediente clínico.

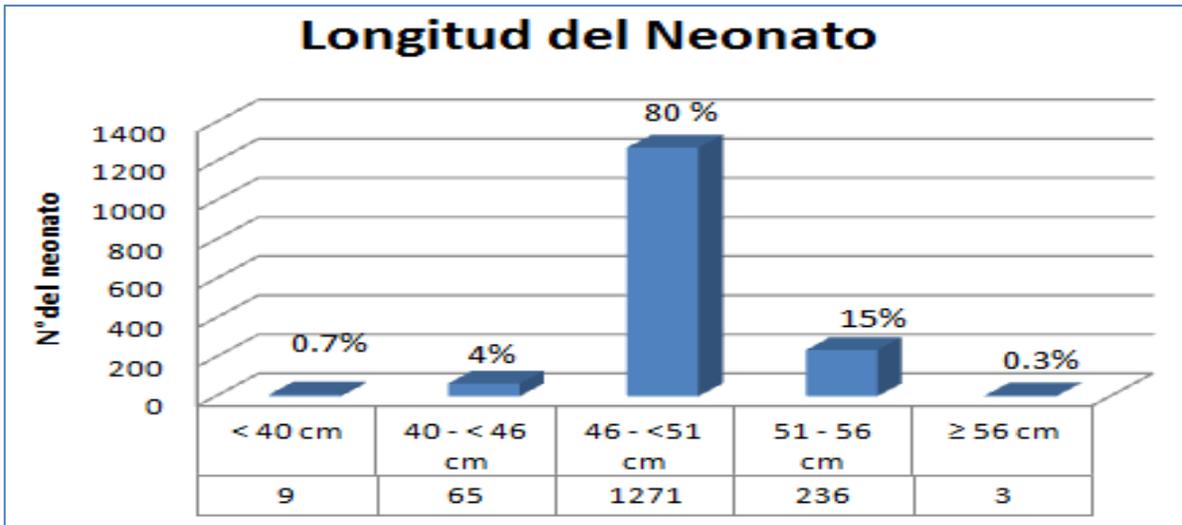
GRÁFICO N° 13.3



Fuente: Hoja de Atención del Recién Nacido del expediente clínico.

En esta gráfica se muestra la longitud de los neonatos, donde el mayor número de niños está contemplado en el promedio de 46 a 51 cm de longitud.

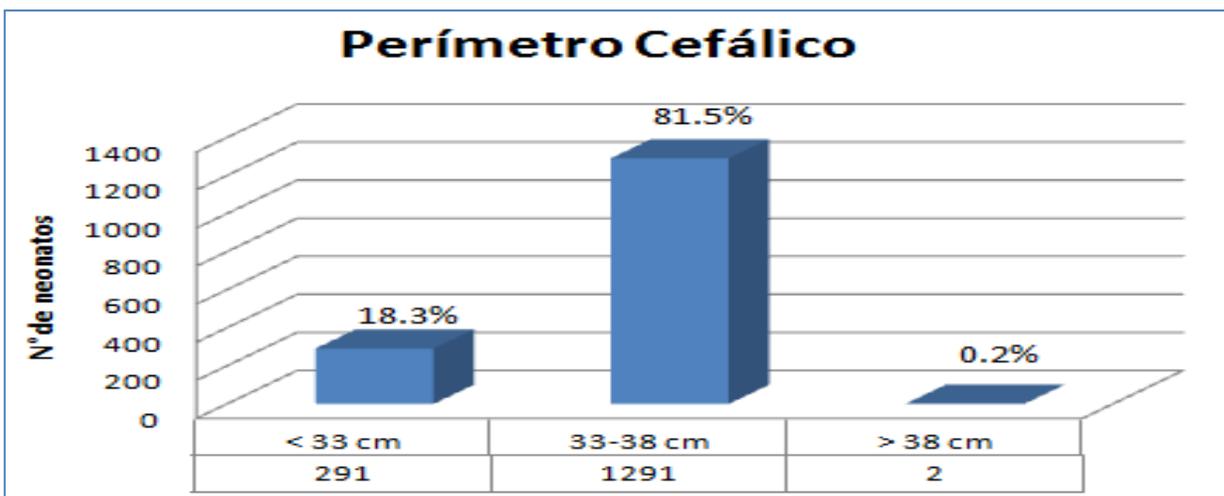
GRÁFICO N° 14



Fuente: Hoja de Atención del Recién Nacido del expediente clínico.

En el siguiente gráfico encontramos el perímetro cefálico que presentaron los recién nacidos, en el cual el 81.5% (1291 casos) se encuentran en el rango de 33 a 38 cm.

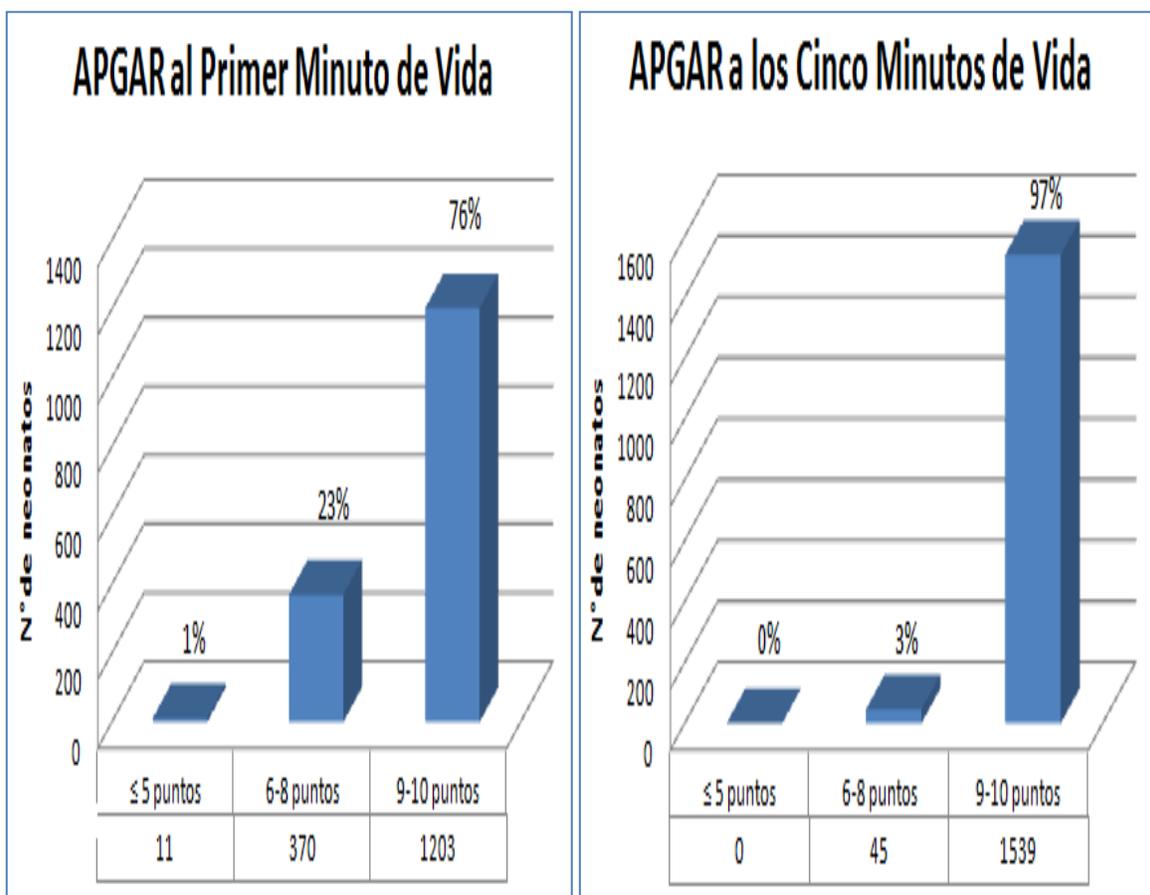
GRÁFICO N° 15



Fuente: Hoja de Atención del Recién Nacido del expediente clínico.

Los siguientes gráficos representan el APGAR obtenido al minuto y a los cinco minutos de vida, el puntaje más alto es de 9 a 10 puntos.

GRÁFICOS N° 16 Y 17



Fuente: Hoja de Atención del Recién Nacido del expediente clínico.

Fuente: Hoja de Atención del Recién Nacido del expediente clínico.

TABLA N° 1

CAUSAS DE CESÁREAS			
CAUSA	TOTAL	CAUSA	TOTAL
Cesárea Anterior Electiva	164	Embarazo Gemelar	8
Sufrimiento Fetal Agudo	112	Arresto del Trabajo de Parto	8
Falla en el Descenso y la Dilatación	54	Fase de Latencia Prolongada	3
Desproporción Céfalo Pélvica	46	Placenta Previa	3
Cesárea Anterior en Trabajo de Parto	43	RCIU	3
Estrechez Pélvica	41	Oligohidramnios Moderado	3
Presentación Podálica	34	Presentación de Frente	2
Ruptura Prematura de Membrana	20	Preeclampsia Leve	2
Oligohidramnios severo	18	PVVS	2
Prolongación del 2° Período	15	Parto a Largo Plazo	1
Condilomatosis Genital	13	Precúbito de Cordón	1
Inducción Fallida	10	Desprendimiento Prematuro de Placenta	1
Presentación Transverso	10	Oligohidramnios Leve	1

Fuente: Hoja de Atención del Recién Nacido del expediente clínico.

DISCUSIÓN

Durante el año 2013, el Hospital Saldaña tiene un registro de partos de 1595, de los cuales 1584 fueron incluidos en esta investigación; el resto no se tomaron en cuenta por los criterios de exclusión de esta investigación.

En el gráfico número 1 se puede observar que se atendió el mayor número de partos en el segundo trimestre (26%) seguido del tercer trimestre (25.2%).

Podemos ver en el gráfico número 2 que la vía del parto la constituye en 61% el parto vía vaginal y en 39% vía cesárea. Según la Declaración de OMS el número de cesáreas debe ser de 10% a 15%. A nivel de país, según el informe 2015 del MINSAL, el promedio nacional es de 30%, por lo que nuestro porcentaje al encontrarse arriba de dichos promedios refleja una importante área en la cual trabajar.

En el gráfico número 3 se observa que los municipios de Panchimalco y San Marcos forman el 49% de los partos que se atendieron en el hospital, perteneciente al área geográfica de influencia, el resto lo conforman 3 municipios y referencias de 2 Unidades de Salud. Además se atendió un 8% de partos de gestantes procedentes de otras áreas.

En el gráfico número 4 se refleja el nacimiento de neonatos masculinos en mayor número que femeninos (51% y 49% respectivamente).

En el gráfico número 5 nos damos cuenta que la mayoría de las gestantes están comprendidas en la edad considerada como época reproductiva, entre los 21 y 35 años en un 55%, reflejando embarazo adolescente en menores de 15 años en un 3% y entre 16 y 20 años en un 37%.

En el gráfico número 6 observamos que la mayoría de embarazadas asistió a controles prenatales (4 a 7 controles, 70%) y la preocupante situación de la ausencia a los controles prenatales o la asistencia a un número bajo de ellos en el 22% de las gestantes que asistieron de 0 a 3 controles prenatales.

En el gráfico número 7 se refleja que el 93% de los recién nacidos son de término, con Edad Gestacional de 37 a 40 semanas, y sólo un 4% son prematuros.

En el gráfico número 8 vemos que el peso del neonato fue en un 91% dentro del rango normal que va de 2.5 kg a 4 kg.

En el gráfico número 9 observamos que a mayor número de controles prenatales obtenemos un mayor peso al nacer. De manera similar sucede con la gráfica número 10 ya que a mayor Edad Gestacional tenemos mayor peso del neonato.

En el gráfico número 11 se observa que la tendencia del peso en relación al sexo de los neonatos, es ligeramente mayor en niños que en niñas, coincidiendo con los resultados de otros estudios en que los bebés masculinos fueron más grandes que los femeninos.

Al comparar la edad materna con el peso del neonato y con la Edad Gestacional en los gráficos 12 y 13 no se encuentra relación significativa, lo cual coincide con estudios que se han realizado cuyos resultados han arrojado que la clase social, escolaridad, peso y edad materna no tuvo efecto significativo estadísticamente en relación al neonato.

En el gráfico número 14 se encontró que el 80% de neonatos tuvieron una longitud entre 46 y 51 cm.

En el gráfico número 15 se observa que el 81.5% de los neonatos presentó un perímetro cefálico entre 33 y 38 cm.

En el gráfico número 16 y 17 se observa que en su gran mayoría se obtuvieron valores de APGAR favorables entre 9 y 10 puntos al primer y quinto minuto de vida.

En relación a los datos utilizados para el peso de los neonatos en El Salvador (Anexo 2) se ha encontrado que de los 1584 niños

- 117 nacieron con BAJO PESO
- 1443 están en el rango de 2.5 a 4 kg
- 24 nacieron con peso mayor al rango normal o macrosomía

FUENTES DE INFORMACIÓN

1. Eniowo AR LOOVEPAAFOOU. Accuracy of intra-partum prediction of birth weight using maternal anthropometric parameters. Niger Postgrad Med Journal. 2012 March; 19(1).
2. Patel R US. Construction of national standards of growth curves of height and weight for children using cross-sectional data. Indian J Public Health. 2014 Apr-Jun; 58(2).
3. Elshibly EM SG. The effect of maternal anthropometric characteristics and social factors on gestational age and birth weight in Sudanese newborn infants. BMC Public Health. 2008 July; 18(8).
4. Bhat GJ MKSGTC. Anthropometric parameters of Zambian infants at birth. J Trop Pediatr. 1989 June; 35(3).
5. Miletic T SEMFTIRDMN. Effect of parental anthropometric parameters on neonatal birth weight and birth length. Coll Antropol. 2007 December; 31(4).
6. Fricke O SOSATBRTHPSE. High and low birth weight and its implication for growth and bone development in childhood and adolescence. J Pediatr Endocrinol Metab. 2009 January; 22(1).
7. Bertagnon JR dMSCDCG. Weight-for-length relationship at birth to predict neonatal diseases. Sao Paulo Med Journal. 2003 July; 121(4).

8. Kulkarni B SVBN. Maternal lean body mass may be the major determinant of birth weight: A study from India. Eur Journal Clin Nutr. 2006 November; 60(11).
9. Brock RS FMLC. Body mass index values for newborns according to gestational age. Nutr Hosp. 2008 Sept-Oct; 23(5).
10. MINSAL. Guías clínicas para la atención hospitalaria del neonato. 2011.
11. Brooke T D. Pediatría. Primera edición ed.: El Manual Moderno; 2011.
12. José Oscar Morán Vásquez JLAD. Diagnóstico y tratamiento en Pediatría México: El Manual Moderno; 2008.
13. Julio Nazer H RRF. Neonatología. Primera ed. Universitarios CT, editor.: Editorial Universitaria; 2003.
14. Rivera JM. Pediatría. sexta ed.: Editorial Médica Panamericana; 2013.
15. Kliegman BJS. Tratado de Pediatría Nelson. 18th ed.: ELSEVIER SAUNDERS; 2008.
16. Gigante J. Pediatría: Primer contacto con la especialidad: McGraw Hill Interamericana; 2007.
17. Central RdESeLA. Diario Oficial. Diario Oficial. San Salvador.; 2015. Report No.: Tomo 407. Número 61.

18. CONCULTURA O. Pueblos indígenas, Salud y Calidad de vida. San Salvador: DIGESTYC/ UNICEF; 1999.
19. Sitio web de la Organización Mundial de Salud. [Online]. [cited 2014 Noviembre]. Available from: http://www.who.int/globaltargets_indicators/en/.
20. Sitio web de la Biblioteca Virtual en Salud. [Online]. [cited 2014 Noviembre]. Available from: www.bvsde.paho.org/tutorialin/pdf/pueblos_indigenas.pdf.
21. Sitio web de la Organización Panamericana de Salud. [Online]. [cited 2014 Octubre]. Available from: www.paho.org/els/index.php?option=com_docman.

ANEXO 1

PUNTAJE DE APGAR

SIGNO	0	1	2
FC	Ausente	<100	>100
Esfuerzo respiratorio	Ausente	Débil, irregular o jadeante	Bueno, con llanto
Tono muscular	Flácido	Poca flexión de brazos y piernas	Buena flexión con movimientos activos de las extremidades
Reflejos /Irritabilidad	Sin respuesta	Mueca o llanto débil	Llanto intenso
Color	Tono azulado o pálido	Torso, brazos y piernas rosadas, manos y pies azulados	Todo rosado

Fuente: Manual de Reanimación Neonatal, Quinta Edición, AAP. 2006.

ANEXO 2

VALORES DE REFERENCIA DEL PERFIL DEL RECIÉN NACIDO EN EL SALVADOR		
PESO	LONGITUD	PERIMETRO CEFALICO
2.5 -3.99 Kg	48-52 cms	33-38 cms

Fuente: Programa Nacional de Atención Integral en Salud a la Niñez

ANEXO 3

HOJA DE DATOS

MUNICIPIO: _____ FECHA DE NACIMIENTO: _____

SEXO: FEMENINO MASCULINO

NUMERO DE CONTROLES PRENATALES:

APGAR: PUNTAJE 1 MINUTO PUNTAJE 5 MINUTOS

PESO: Kg

LONGITUD: Cm

PC: Cm

BALLARD: Semanas

EDAD MATERNA: Años

VIA DEL PARTO:

Vaginal Cesárea Causa de cesárea: _____