

UNIVERSIDAD NACIONAL DE CAAGUAZÚ

FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS

SEDE CORONEL OVIEDO



**MORBIMORTALIDAD DE LOS RECIEN NACIDOS
INTERNADOS EN EL HOSPITAL REGIONAL DE
MCAL. ESTIGARRIBIA AÑO 2018**

MARIA ALBERTA RODRIGUEZ SANABRIA

**Coronel Oviedo, Paraguay
Mayo, 2019**



UNIVERSIDAD NACIONAL DE CAAGUAZÚ
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS
SEDE CORONEL OVIEDO

**Morbimortalidad de los recién nacidos internados en
el Hospital Regional de Mcal. Estigarribia año 2018**

**Trabajo de investigación presentado para optar por el
Título de Especialista en Neonatología**

Autora: María Alberta Rodríguez Sanabria

Tutor: Prof. Dr. José María Lacarrubba

Asesora: Prof. Mg. Giselle Martínez

**Coronel Oviedo, Paraguay
Mayo, 2019**

CONSTANCIA DE ACEPTACIÓN

Quien suscribe, el **Profesor José María Lacarrubba Talia**, con número de cédula de identidad 482.903, Director del Curso de Post Grado **ESPECIALISTA EN NEONATOLOGIA**, deja expresa constancia de que la presente MONOGRAFIA titulada **MORBIMORTALIDAD DE LOS RECIEN NACIDOS INTERNADOS EN EL HOSPITAL REGIONAL DE MCAL. ESTIGARRIBIA DE ENERO A DICIEMBRE DEL 2018**, redactada por la cursante **MARÍA ALBERTA RODRÍGUEZ SANABRIA**, con número de cédula de identidad 3.623.100 cumple con los criterios científicos, académicos y formales para su aceptación como requisito para el examen final.

CONSTANCIA DE ASESORAMIENTO

Quien suscribe, **la Profesora Magister, Giselle Martínez Gutiérrez**, con número de cédula de identidad 7.758.022, da fe que ha acompañado el proceso de investigación y revisión de este estudio, encontrándolo de acuerdo con las Normativas y exigencias de la Facultad de Medicina de la Universidad Nacional del Caaguazú.

TRABAJO DE INVESTIGACIÓN titulado **MORBIMORTALIDAD DE LOS RECIEN NACIDOS INTERNADOS EN EL HOSPITAL REGIONAL DE MCAL. ESTIGARRIBIA DE ENERO A DICIEMBRE DEL 2018**, redactada por la cursante **MARÍA ALBERTA RODRÍGUEZ SANABRIA**, con número de cédula de identidad 3.623.100 y para que así conste, firma y sella la presente en fecha 16 de mayo del 2019.

DEDICATORIA

Dedico este trabajo a todos los profesionales de la región chaqueña y en especial a mis colegas que día a día luchamos por la salud de los recién nacidos.

A mis familiares que en todo momento me apoyaron.

AGRADECIMIENTO

En primer lugar doy gracias a Dios, por permitirme adquirir más conocimientos durante este post grado realizado.

Al Director, coordinador e instructores.

A los compañeros que en todo momento nos apoyamos para una feliz culminación de esta especialidad.

INDICE

Constancia de Asesoramiento	3
Constancia de Aceptación	4
Dedicatoria	5
Agradecimientos	6
Índice	7
Lista de Tablas	10
Resumen	12
Summary	13
1.- Introducción	14
Planteamiento de Problema	16
Pregunta de la Investigación	16
2.- Objetivos	17
2.1- Objetivo General	17
2.2- Objetivos Específicos	17
Justificación	18
Antecedentes	19
3.- Marco Teórico	21
3.1- Factores de riesgos maternos	21
3.2- Factores fetales	25

3.2.1- Ruptura prematura de membranas	25
3.2.2- Edad gestacional	25
3.2.3- Peso al nacer	26
3.2.4- Talla al nacer	27
3.3.- Riesgos Médicos y Obstétricos	27
3.3.1- Hipertensión en el embarazo	27
3.3.2- Anemia en el embarazo	28
3.3.3- Periodo intergenésico	29
3.4- Motivo de Internación neonatal	29
3.4.1- Fiebre	29
3.4.2- Ictericia	29
3.4.3- Dificultad Respiratoria	30
3.4.4- Convulsiones	30
3.4.5- Cardiovasculares	31
3.4.6- Deshidratación aguda	31
3.4.7- Trauma obstétrico	32
3.4.8- Sepsis neonatal	33
3.4.9- Enterocolitis Necrotizante	33
4.- Marco Metodológica	34
4.1- Tipo de estudio	34

4.2- Delimitación espacio - temporal	34
4.3- Población, Muestra y Muestreo	34
4.4- Criterios de Inclusión y Exclusión	34
4.5- Operacionalización de las Variables	35
4.6- Técnica e instrumento para Recolección de Datos	37
4.7- Análisis Estadísticos	37
4.8- Consideraciones Éticas	37
5- Resultados	39
6- Discusión y Comentarios	53
7- Conclusiones	56
8- Referencias Bibliográficas	58
Anexos	

LISTA DE GRÁFICOS

CONTENIDO	PÁGINA
1: Procedencia de los RN internados por urgencia en el Hospital Regional de Mcal. Estigarribia Chaco – Paraguay, periodo enero a diciembre 2018. n=89.	39
2: Características sociodemográficas maternas de los RN asistidos en el Hospital Regional de Mcal. Estigarribia Chaco – Paraguay, periodo enero a diciembre 2018. Referente a la edad materna. n=89.	40
3: Características sociodemográficas maternas de los RN asistidos en el Hospital Regional de Mcal. Estigarribia Chaco – Paraguay, periodo enero a diciembre 2018. Referente al tipo racial de población. n=89.	41
4: Características sociodemográficas maternas de los RN asistidos en el Hospital Regional de Mcal. Estigarribia Chaco – Paraguay, periodo enero a diciembre 2018. Referente a la procedencia materna. n=89.	42
5: Características sociodemográficas maternas de los RN asistidos en el Hospital Regional de Mcal. Estigarribia Chaco – Paraguay, periodo enero a diciembre 2018. Referente al estado civil. n=89.	43
6: Características obstétricas maternas de los RN asistidos en el Hospital Regional de Mcal. Estigarribia Chaco – Paraguay, periodo enero a diciembre 2018. Referente a control prenatal. n=89.	44

7: Características obstétricas maternas de los RN asistidos en el Hospital Regional de Mcal. Estigarribia Chaco – Paraguay, periodo enero a diciembre 2018. Referente al tipo de partos. n=89.	45
8: Características obstétricas maternas de los RN asistidos en el Hospital Regional de Mcal. Estigarribia Chaco – Paraguay, periodo enero a diciembre 2018. Referente al lugar de partos. n=89.	46
9: Características obstétricas maternas de los RN asistidos en el Hospital Regional de Mcal. Estigarribia Chaco – Paraguay, periodo enero a diciembre 2018. Referente al tiempo de bolsa rota. n=30.	47
10: Características neonatales de los RN asistidos en el Hospital Regional de Mcal. Estigarribia Chaco – Paraguay, periodo enero a diciembre 2018. Referente al sexo. n=89.	48
11: Características neonatales de los RN asistidos en el Hospital Regional de Mcal. Estigarribia Chaco – Paraguay, periodo enero a diciembre 2018. Referente a la edad gestacional. n=89.	49
12: Características neonatales de los RN asistidos en el Hospital Regional de Mcal. Estigarribia Chaco – Paraguay, periodo enero a diciembre 2018. Referente al peso del RN. n=89.	50
13: Características neonatales de los RN asistidos en el Hospital Regional de Mcal. Estigarribia Chaco – Paraguay, periodo enero a diciembre 2018. Referente al motivo de internación. n=89.	51
14: Mortalidad de los RN asistidos en el Hospital Regional de Mcal. Estigarribia Chaco – Paraguay, periodo enero a diciembre 2018. n=89.	52

RESUMEN

La mortalidad perinatal constituye un indicador universal, tanto de condición de vida, como de la calidad y acceso a los servicios de salud, el objetivo de esta investigación fue analizar la morbimortalidad de los recién nacidos, se realizó un estudio retrospectivo - observacional de registros clínicos de los recién nacidos asistidos en el Hospital Regional de Mcal. Estigarribia – Chaco Paraguay período 2018, en la muestra fue incluido los recién nacidos en el hospital y los nacidos en otro lugar que se internaron por urgencias, se consignaron en una planilla de recolección de datos, se organizaron en una base de datos Excel y se realizó un análisis descriptivo arrojando los siguientes resultados características maternas la mayoría presentaron una edad entre 20 a 24 años, seguidas por madres entre 15 a 19 años, la mayoría fueron procedentes de zonas rurales, el 55% de las madres mantienen una relación de unión libre, referente al tipo de población el 73% fueron Nativas (Étnicas), las características obstétricas el 46% presentaron control insatisfactorio (menor a 6 controles), la gran mayoría presentaron parto normal (vaginal), el 81% tuvieron un parto institucional, el 73% presentaron bolsa rota con una evolución menor a 12 horas, las características de los recién nacidos, en su gran mayoría fueron masculino, el 81% nacieron dentro del hospital, tuvieron una edad gestacional mayor a 37 semanas y presentaron un peso mayor a 2500 gramos, mayoritariamente fueron internados por prematuréz, seguida de dificultad respiratoria y riesgo de infección y referente a la mortalidad, el 6% falleció.

Palabra Claves: Mortalidad – Recién Nacidos – Neonatos – Factores – concepcional.

SUMMARY

Perinatal mortality is a universal indicator, both of life condition, quality and access to health services, the objective of this research was to analyze the morbidity and mortality of newborns, a retrospective observational study of clinical records was conducted of newborns assisted at the Regional Hospital of Mcal. Estigarribia - Chaco Paraguay period 2018, in the sample was included newborns in the hospital and those born in another place who were admitted for emergencies, consigned in a data collection form, organized in an Excel database and performed a descriptive analysis yielding the following maternal characteristics, most of them had an age between 20 and 24 years old, followed by mothers between 15 and 19 years old, most were from rural areas, 55% of mothers maintain a relationship of free union , referring to the type of population, 73% were Native (Ethnic), the obstetric characteristics 46% had unsatisfactory control (less than 6 controls), the great majority had normal (vaginal) delivery, 81% had an institutional delivery, the 73% presented a ruptured bag with an evolution of less than 12 hours, the characteristics of the newborns, the vast majority were male, 81% were born Within the hospital, they had a gestational age greater than 37 weeks and had a weight greater than 2500 grams, mostly hospitalized for prematurity, followed by respiratory distress and risk of infection and regarding mortality, 6% died.

Keyword: Mortality - Newborns - Neonates - Factors - conceptional

1. INTRODUCCIÓN

El período neonatal inmediato es la etapa más vulnerable de la vida del ser humano, es un tiempo crítico debido a la inespecificidad y labilidad con que el recién nacido reacciona ante diferentes noxas y la variedad de patologías que pueden presentarse de manera similar (1).

El recién nacido debe recibir una atención inmediata con el propósito de reducir eventuales riesgos de desequilibrios, daños, complicaciones, secuelas o muerte. Una gran cantidad de estudios han demostrado la influencia que tienen en la etapa perinatal los fenómenos biológicos, ambientales y económicos que hacen que siga aumentando la morbimortalidad del recién nacido (2).

En los recién nacidos, los factores que incrementan la morbimortalidad perinatal son: la edad gestacional, alteraciones del crecimiento Intrauterino, anomalías genéticas e inmunidad pasiva transmitida por la madre. En el aspecto ambiental se cita al macroambiente y al microambiente (3).

Sobre la base del macroambiente se debe señalar la situación económica y cultural, en cuanto al microambiente es importante mencionar la edad de la madre, la multiparidad, talla, intervalo gestacional, actividad física o laboral, nutrición, grupo étnico, historial obstétrico, así como hábitos de alcoholismo y tabaquismo, de igual manera y por último la patología materna como diabetes, cardiopatías, trastornos hipertensivos (4).

Finalmente, en el ámbito del microambiente, debemos mencionar las anomalías placentarias, alteraciones de cordón, embarazo múltiple y alteraciones de líquido amniótico (3).

Una asistencia oportuna y adecuada permite que la transición de la vida intrauterina a la extrauterina sea exitosa.

Planteamiento del problema

En las últimas décadas ha aumentado de forma significativa el nacimiento de niños con acrecentamiento en la morbimortalidad neonatal, paralelamente al aumento de partos inducidos y el incremento en la tasa de cesáreas (5). Además, que aún siguen los casos de partos domiciliarios en la región chaqueña, por falta de accesos a centros asistenciales por la lejanía de las comunidades.

Una elevada proporción de la morbimortalidad perinatal va agregada a trastornos hipóxicos, traumáticos e infecciosos que inciden sobre el nuevo ser durante el parto (6).

La muerte de los recién nacidos, constituyen el 45% de los fallecimientos de niños menores de cinco años. La mayoría de las muertes de neonatos (el 75%) ocurren en la primera semana de vida, y de ellos el 25% en las primeras 24 horas (3).

Debido a que existen muchos factores de riesgo implicados en el aumento de la morbimortalidad de los recién nacidos, por ello se plantea la siguiente pregunta:

1.2.- Pregunta de investigación

¿Cómo se comportó la morbimortalidad de los recién nacidos internados en el Hospital Regional de Mariscal Estigarribia Chaco - Paraguay en el período de Enero a Diciembre del 2018?

2.- OBJETIVOS

2.1.- Objetivo General

Analizar la morbilidad y mortalidad de los recién nacidos internados en el Hospital Regional de Mcal. Estigarribia – Chaco Paraguay en el período de enero a diciembre del 2018.

2.2.- Objetivos Específicos

- Describir las características maternas sociodemográficas cuyos recién nacidos fueron asistidos en el Hospital Regional de Mcal. Estigarribia Chaco - Paraguay.

- Mencionar las características obstétricas materna cuyos recién nacidos fueron asistidos en el Hospital Regional de Mcal. Estigarribia Chaco - Paraguay.

- Identificar cuáles son las características perinatales más frecuente de los recién nacidos asistidos en el Hospital Regional de Mcal. Estigarribia Chaco - Paraguay.

- Identificar los motivos más frecuentes de internación de los recién nacidos en el Hospital Regional de Mcal. Estigarribia Chaco - Paraguay.

- Determinar la mortalidad de la población de recién nacidos internados en el Hospital Regional de Mcal. Estigarribia Chaco - Paraguay.

2.3.- Justificación

El Hospital Regional de Mcal. Estigarribia - Chaco es una institución pública referencial del MSP y BS, donde se reciben embarazadas de diferentes grupos étnicos y no étnicos del Dpto. de Boquerón.

Al año ocurren alrededor 347 nacimientos que son acogidas en el Hospital Regional de Mcal. Estigarribia, y en vista de que no existen datos estadísticos ni estudios acerca de la morbilidad de los recién nacidos en el centro; se efectuó este trabajo cuyo objetivo fue de analizar la morbilidad de los recién nacidos internados en el período de enero a diciembre del 2018 en dicho nosocomio, y gracias a los directivos quienes permitieron el acceso a las historias clínicas dando factibilidad a la investigación establecida, contando con el apoyo del personal, la guía del tutor y revisor del trabajo quienes compartieron sus experiencias en la elaboración de este estudio.

Cuyos datos permitieron conocer características maternas y las causas de internación de los recién nacidos en la población.

Así a través de este estudio se podrá objetivar datos muy valiosos sobre la población, y a partir de allí buscar líneas de acción para disminuir muertes evitables en la Región de Boquerón.

2.4.- Antecedentes

Navarro, Mendieta y cols.; (2004-2005) realizaron un estudio prospectivo analítico, en el Servicio de Alojamiento Conjunto del Departamento de Neonatología del Centro Materno Infantil San Lorenzo – Paraguay, estudiaron el perfil del reingreso de 51 neonatos. Se evidenció que los diagnósticos más frecuentes fueron: Hiperbilirrubinemia (59%), de estos el 90% sin incompatibilidad de grupo, el 10% con incompatibilidad, pero sin enfermedad hemolítica. El segundo diagnóstico más frecuente fue mala técnica de alimentación (18%), seguido de Infecciones (16%). La edad materna promedio 24 años; 76% de las madres realizaron controles prenatales (CPN) suficientes con un promedio de 5.5 controles. En el 24% restante de las madres realizó CPN insuficiente o en el límite. En cuanto a la paridad, el 57% eran nulígesta, no hubo datos de valor en cuanto a patología materna durante el embarazo y el parto. Nacieron por cesárea 52%. El peso promedio fue 3189g. La edad gestacional promedio fue de 38 semanas de los cuales el 41% fueron RN casi de término y limítrofe (35 sem. - 37 sem.). El 63% fueron masculinos y el 37% femeninos. Los días de vida al alta promedio de 3 +/- 1. En la readmisión un 80% de los RN recibían pecho materno exclusivo, pero en un 20% además de lactancia materna recibían complemento con fórmula de inicio (7).

Charres (2006) en la tesis “morbilidad y mortalidad en neonatos de madres con preeclampsia severa atendidos en el Hospital Regional Manuel Núñez Butrón de Puno, durante el periodo enero 2005 a enero del 2006” concluyó que existe una elevada frecuencia de morbilidad neonatal en recién nacidos de madres pre eclámpicas representado por un 43,8% del total de recién nacidos de la muestra comparada con un 24,7% en el grupo control.

Además, se evidenció elevada frecuencia de mortalidad neonatal en recién nacidos de madres pre eclámpticas representado por 12,4% del total de recién nacidos comparada con 6,88% en el grupo control (8).

En un estudio de cohorte realizado por Young y cols., durante el periodo (2000-2010) en Utah, se analizaron las causas y el perfil de reingreso en RN. Las causas más frecuentes de reingreso fueron: Mala técnica de alimentación (40.9%), Ictericia (35.3), Distress respiratorio (33%), Infección (21.2%), muchos de los cuales tuvieron más de un diagnóstico de readmisión. La edad promedio al momento de la readmisión varió según la causa del reingreso. El 89% de los readmitidos por ictericia y el 49% de los RN con problemas de alimentación, reingresaron en la primera semana de vida. En cuanto a la edad gestacional, se obtuvo que los RN pre término tardío (34-36 semanas), y los a término temprano (37-38 semanas) tuvieron una tasa de reingreso mayor (20.6%) con respecto a los RN a término entre las 39 – 42 semanas (14.6%) (9)

Anco (2014) en la tesis “Morbimortalidad en neonatos hospitalizados del Hospital Regional Honorio Delgado Espinoza-Arequipa” se observó que las causas más frecuentes de morbilidad neonatal fueron: deshidratación representando el 58.70% de la población, el 9.10% cardiopatía, el 5% sepsis, el 4.10% de ictericia patológica, el 8.30% vómitos del recién nacido y el 14.80% se encuentran los diagnósticos de policitemia, hipoglicemia, trauma obstétrico, cefalohematoma, enterocolitis necrotizante, etc. (10).

3.- MARCO TEÓRICO

3.1- Factores de riesgos maternos

En la actualidad están mejor descritos los componentes que aumentan la probabilidad de morbilidad en estos RN, es por ello que algunos autores a los factores de riesgos maternos los han ordenado en cinco campos (11).

1. Sociodemográfico materno: abarca las edades extremas de las gestantes adolescentes, la relación disfuncional con la pareja, la etnia, las condiciones económicas desfavorables, el bajo nivel de rendimiento escolar, el vivir en hacinamiento (cuatro personas o más en una habitación) y el lugar de residencia.
2. Riesgos clínicos previos a la gravidez: antecedente de peso bajo al nacer, multíparidad (varios partos) estado nutricional materno y enfermedades crónicas (hipertensión arterial crónica, cardiopatías, nefropatías) (11).
3. Riesgos clínicos en los embarazos actuales: entre los cuales se mencionan: bajo peso en la gravidez, período intergenésicos corto (menor a 24 meses), primiparidad, anemia, preeclampsia, eclampsia, sangrados del primero, el segundo, tercer trimestre de la gravidez e infección tracto urinario (11).
4. Controles prenatales insuficientes: la mujer gestante comienza tardíamente los controles prenatales durante la gestación por lo mismo son inadecuados.

5. Riesgos por hábitos tóxicos y ambientales: se describen el estrés excesivo en la gestante, tabaquismo, alcoholismo y drogadicción, demasiado trabajo de la misma.

Edad materna de la madre adolescente: La OMS define al adolescente como "el periodo de la vida en el cual la mujer desarrolla la fase reproductiva, la transición del comportamiento psicológico de la niñez a la adultez y consolidación de la independencia socio - económica", esta etapa incluye la edad la madre gestante comprendido en el intervalo de 10 a 19 años (12).

Un gran número de estudios han indicado que la proporción de bajo peso al nacer aumenta en los dos extremos de la vida reproductiva de la mujer; es decir, entre 15 - 19 años y de 35 - 40 años. En cualquier grupo de edad el riesgo puede ser factores biológicos intrínsecos o factores externos, incluidos los socioeconómicos. De hecho, la mayoría de madres adolescentes son solteras, de bajos ingresos, y han tenido un cuidado prenatal inadecuado (13).

En el otro extremo, es ampliamente aceptado que las mujeres madres mayores de 35 años de edad tienen una mayor incidencia de complicaciones en el embarazo, que puede está relacionado con los procesos relacionados con las patologías crónicas como la hipertensión y la diabetes, en lugar de la edad (14).

El nivel socioeconómico: El bajo nivel socioeconómico medido en términos de clase social, el ingreso, la educación, está claramente asociado con más frecuencia de peligro de un parto prematuro y bajo peso al nacer (15).

Algunos factores podrían surgir de factores de confusión relacionados tanto con la clase social baja y bajo peso al nacer. Estos implican: la baja

ganancia de peso materno y baja estatura, el tabaquismo, las complicaciones obstétricas como la hipertensión y pre eclampsia, algunos tipos de infecciones del tracto genitourinario, y la disposición limitada a la asistencia prenatal de alta calidad. El tabaquismo materno durante el embarazo es más común en los hogares con menor nivel socioeconómico (16).

Se ha sugerido que la pobreza podría afectar el estado de salud de la madre adolescente al momento de la fecundación a través de reservas fisiológicas inferiores, o que las mujeres menos saludables son más propensas a concentrarse en las clases sociales más bajas.

Otras causas potenciales son la variación en el número y la importancia de la atención médica, la alimentación, las condiciones de vivienda, menor apoyo social, el desempleo, el aumento de la exposición a agentes tóxicos, o el riesgo de enfermedades infecciosas. El efecto de la situación socioeconómica, probablemente, representa la suma de muchos factores, cada uno de los cuales pueden aumentar el riesgo durante el embarazo (17).

Estado civil: Otras circunstancias de riesgo significativos para el riesgo durante el embarazo es el estado civil, el cual está estrechamente interrelacionado con otros componentes como el nivel socio-económico, la edad, la cultura y la raza.

Educación materna: Varios estudios han observado que a manera que incrementa la educación de la madre, la probabilidad de riesgo durante el embarazo disminuye, sin embargo, una explicación para este hallazgo observado en repetidas ocasiones no está clara (18).

En su lugar, se plantea la hipótesis de que la educación materna actúa indirectamente mediante la modificación del comportamiento de la salud de las mujeres en términos de iniciación cuidado prenatal, fumar o los hábitos alimenticios durante el período de embarazo. Otros han considerado la educación materna como un sustituto para el nivel socioeconómico (19).

Los riesgos ambientales y de comportamiento: De todas las drogas el tabaco es la más común que es consumida por las madres gestantes y que podrían afectar al feto. Fumar durante el embarazo conduce a un indicador de peso promedio del RN de 200 gramos (rango podría oscilar entre 150-250 gramos) menor al peso medio al nacimiento de los RN de las madres que no fuman (19).

La asociación del consumo de tabaco y otros efectos no deseables también se han reportado, como la mayor incidencia de aborto involuntario y la prematuridad.

Consumo de alcohol en el embarazo: Una secuela importante del consumo frecuente de alcohol durante la gravidez es el síndrome de alcoholismo fetal (SAF). El Síndrome de alcoholismo fetal, se interpreta por tres signos principales: alteraciones en el sistema nervioso, facies anormales, y retardo en el crecimiento intrauterino (RCIU) (20).

El consumo ocasional o muy poco frecuente de alcohol durante la gestación, posiblemente, no tiene efectos adversos sobre el feto, sin embargo, esto sigue en discusión.

Control prenatal: Los beneficios importantes en el resultado del parto dependen mucho de las consultas de atención prenatal, tal vez debido a un diagnóstico precoz de componentes de riesgos de peso bajo al nacer.

La importancia de la efectividad de la relación entre el parto y el control prenatal va ser la dificultad en definir en qué consiste una atención prenatal adecuada. Una guía muy empleada es de Kesnner, basado en la fecha de la primera visita, número total de visitas y la duración de la gestación. Otros estudios han constituido una relación entre dichos factores y la prematuridad (21).

3.2- Factores fetales

3.2.1- Ruptura prematura de membranas

La ruptura prematura de membranas (RPM) es la pérdida de continuidad del saco amniótico antes del inicio del trabajo de parto, independientemente de la edad gestacional en que se encuentre el embarazo. Las membranas pueden romperse en cualquier momento del embarazo. Su incidencia varía entre el 1,6 y el 21% de todos los nacimientos, y constituye una de las afecciones obstétricas más relacionadas con la morbilidad y mortalidad materno-perinatal (22).

3.2.2- Edad gestacional

La estimación de la Edad Gestacional (EG) por la fecha última de menstruación (FUM) aumenta el peso a menor edad gestacional (prematurez) y lo disminuye en los postérminos con el consiguiente sesgo de disminución de la incidencias de prematurez y aumento de la incidencia de RN de postérmino,

además de disminuir la tasa de pequeño para la edad gestacional. Por el contrario una estimación por ultrasonografía disminuye el Peso de Nacido en cortas gestaciones y la aumenta en los embarazos de postérmino, con los consiguientes sesgos de aumento en las tasa de prematuridad y disminución de los RN de postérmino.

La estimación de la EG prenatal es un punto crítico en la toma de decisiones obstétricas así como para la evaluación pronóstica postnatal (23).

3.2.3- Peso al nacer

Indicador de supervivencia o riesgo para la niña o niño. El estado nutricional del RN de acuerdo al peso de nacimiento (18). Clasificado como:

- Extremadamente muy bajo peso: <1000 gr.
- Muy bajo peso: 1000 g. a 1499 g.
- Bajo peso: 1500 g. – 2499 g.
- Peso normal: 2500 g. – 3999 g.
- Macrosómico: 4000 g. – a más.

Es indiscutible la importancia del peso de nacimiento en la predicción de morbilidad y mortalidad neonatal, muchos estudios reflejan como el principal predisponente. Según la OMS se calcula que los niños de bajo peso al nacer tienen el 40 veces más riesgo de morir que los de peso normal al nacer y los de muy bajo peso al nacer (< a 1500 g.) incrementan su riesgo hasta 200 veces más (24).

Se define como recién nacido de bajo peso (RNBP) a todos los nacidos con peso de nacimiento inferior a los 2500 g. cualquiera sea su edad

gestacional. El RN bajo peso prematuro presenta mayor frecuencia de síndrome de dificultad respiratoria (SRD), hipoglicemia, ictericia neonatal, sepsis (24).

3.2.4- Talla al nacer

La talla se mide poco después de que nace para contar con un dato basal a partir del cual se juzgue el crecimiento futuro, es independiente a cualquier patología que pueda presentar el RN. La estatura promedio del RN de término es de 51 cm. y un 95% miden de 46 a 56 cm. (24).

Como en general el RN asume una posición algo flexionada es difícil obtener una medición exacta desde la parte superior de la cabeza hasta los talones esta medición se facilita cuando se efectúa sobre una superficie firme y es conveniente que un ayudante sostenga la cabeza del niño (25).

3.3.- Riesgos Médicos y Obstétricos

El embarazo eventualmente puede presentar complicaciones médicos y obstétricos pueden ser divididos entre los detectable antes del embarazo, como una enfermedad crónica de la madre o un historial de mala evolución del embarazo, y los que sólo se puede observar durante el embarazo, como placenta previa o diabetes gestación (26).

3.3.1- Hipertensión en el embarazo

La hipertensión arterial (HTA) complica el 10% de las gestaciones y es una causa importante de morbimortalidad materna y fetal. La preeclampsia es una forma de HTA inducida por el embarazo, con etiopatogenia relacionada con la síntesis incrementada de proteínas antiangiogénicas y con expresividad

clínica variable, que puede traducirse simplemente en HTA ligera y proteinuria, o alcanzar cuadros muy graves con trombopenia, anemia hemolítica, disfunción hepática, edema pulmonar y convulsiones (eclampsia). Muchos casos de HTA inducida por el embarazo cursan sin proteinuria y reciben el nombre de HTA gestacional. La HTA crónica es casi siempre de origen esencial, se asocia con mayor morbilidad fetal y puede complicarse con preeclampsia (27).

3.3.2- Anemia en el embarazo

Durante el embarazo el volumen de sangre de una mujer llega realmente a doblarse. La cantidad de sangre que es bombeada a través del organismo puede poner en tensión todos los órganos y sistemas, y más aún si existe una carencia de hierro (Fe), que suele ser lo más habitual, encontrándonos con un tipo de sangre que podríamos denominar de baja calidad. El Fe es un componente esencial del organismo porque es necesario para la formación de hemoglobina y para el transporte efectivo de oxígeno por todo el organismo. Sin niveles adecuados de Fe en la alimentación, el organismo puede experimentar una «asfixia» o hipoxia (escasez de oxígeno) leve pero crónica.

Las bajas concentraciones de oxígeno conllevarán que la futura madre entre en un estado de letargia, fatiga o cansancio crónico durante todo su embarazo. Desde su comienzo, el organismo de una mujer necesita un aporte constante de hemoglobina y de sangre muy oxigenada para contribuir a la formación correcta de la placenta y el feto. El Fe durante la gestación es muy importante; de hecho, la anemia puede influir de forma decisiva incluso en el coeficiente intelectual del niño (28).

3.3.3- Periodo intergenésico

El periodo intergenésico es un tema primordial en la planificación de embarazos subsecuentes a partos, cesáreas y abortos. Se recomienda esperar entre dos y tres años para concebir un nuevo embarazo. El periodo intergenésico se considera un factor importante en el desenlace de los recién nacidos vivos. A pesar de lo anterior, existen factores que obstaculizan la priorización de este espaciamiento genésico (29).

3.4- Motivo de Internación neonatal

3.4.1- Fiebre

La fiebre en el RN se puede acompañar de signos y síntomas que permiten al médico identificar el foco infeccioso, pero en otras ocasiones puede ser la única expresión o asociarse a manifestaciones inespecíficas; lo que nos enfrenta a un grupo de RNs febriles sin signos de focalización (SSF) (30).

3.4.2- Ictericia

La ictericia clínica es un concepto que hace referencia a la coloración amarillenta de piel y mucosas, ocasionada por la impregnación de la piel por la bilirrubina. Por hiperbilirrubinemia se entiende la elevación de bilirrubina por encima de 5 mg/dl (31). Es muy común en el RN y, para algunos autores, alrededor del 60% de los RN a término y el 80% de los RN pretérmino desarrollarán ictericia en la primera semana de vida (32).

3.4.3- Dificultad Respiratoria

El síndrome de dificultad respiratoria (SDR), anteriormente llamado enfermedad de las membranas hialinas, es un cuadro respiratorio agudo que afecta casi exclusivamente a los recién nacidos pretérmino (RNP). La inmadurez del pulmón del pretérmino no es solamente bioquímica, déficit de surfactante pulmonar, sino también morfológica y funcional, ya que el desarrollo pulmonar aún no se ha completado en estos niños inmaduros. El pulmón con déficit de surfactante es incapaz de mantener una aireación y un intercambio gaseoso adecuados (33).

Los síntomas comienzan al poco de nacer, con dificultad respiratoria debida a las alteraciones de la función mecánica del pulmón y cianosis secundaria por anomalías del intercambio gaseoso. La dificultad respiratoria que lo caracteriza progresa durante las primeras horas de vida, alcanzando su máxima intensidad a las 24 - 48 horas de vida y, en los casos no complicados, comienza a mejorar a partir del tercer día de vida (33).

3.4.4- Convulsiones

Las convulsiones en el período neonatal (CN) constituyen la expresión clínica por excelencia de la disfunción del Sistema Nervioso Central. Se manifiestan por una alteración en la función neurológica ya sea motora, de la conducta, autonómica o por una combinación de ellas. No siempre es fácil identificarlas y pueden pasar fácilmente desapercibidas especialmente en el recién nacido pretérmino. En contraste con los niños mayores los RN no suelen tener convulsiones bien definidas y presentan patrones muy poco organizados y difíciles de reconocer. Todo ello está en relación con el desarrollo anatómico,

bioquímico y fisiológico del sistema nervioso central durante la época perinatal (34).

3.4.5- Cardiovasculares

La presión arterial baja se presenta más cuanto menor sea el peso. La hipotensión se relaciona a que el sistema nervioso autónomo es incapaz de tener un tono vascular adecuado o con otros factores como sepsis, hipovolemia, y /o disfunción cardíaca. La presión arterial media estará dada según a la edad gestacional del prematuro. La terapéutica incluye el uso de drogas vasoactivas (Dopamina o Dobutamina o Adrenalina y /o hidrocortisona) y de suero fisiológico como expansor de volumen (10- 20 ml /kg) (30).

La persistencia del ductus arterioso (PDA) es común en los prematuros, por la insensibilidad al incremento de la oxigenación y la caída de la presión pulmonar que hace que el shunt izquierda derecha se establezca anticipadamente. Según la intensidad de la repercusión hemodinámica del cortacircuito, se decidirá la terapia que puede ser con indometacina o ibuprofeno endovenoso o el cierre quirúrgico si procede. La respuesta es mejor cuando los inhibidores de la prostaglandina se utilizan precozmente (30).

3.4.6- Deshidratación aguda

Inicialmente, durante las primeras 24 horas, existe una fase prediurética con diuresis mínima (en torno a 1 ml/hg por hora) y grandes pérdidas insensibles, con el consiguiente riesgo de deshidratación aguda. El 93% de los RN orinan en las primeras 24 hs. de vida. Posteriormente entre las 24 y las 72 hs., una vez que se ha incrementado el porcentaje de filtración glomerular,

ocurre la fase diurética y natriurética en la que la concentración de sodio excretada por la orina y la diuresis pueden aumentar hasta los 7ml/kg. cada hora. Finalmente se alcanza la fase posdiurética, caracterizada por una natriuresis (excreción de sodio por la orina mayor de lo normal) y una diuresis que disminuyen a valores normales (2-5ml/kg. por hora) (36).

En los prematuros, aunque la maduración del sistema renal no se ve influenciada por la administración de corticoides antenatales, si se acelera tras el nacimiento y sigue el mismo desarrollo (36).

Es importante vigilar, sobre todo en los prematuros y los recién nacidos de bajo peso, los signos de deshidratación agudas en los primeros día de vida, dadas la altas pérdidas insensibles que conllevan cambios hidroelectrolíticos relativamente bruscos que pueden provocar daño neurológico (36).

3.4.7- Trauma obstétrico

Se entiende por traumatismo obstétrico lesiones producidas en el feto durante el trabajo de parto y principalmente durante el nacimiento. Dichas lesiones de feto o RN son provocadas por fuerzas mecánicas que producen hemorragia, edema o rotura de tejidos y pueden ocurrir a pesar de un óptimo manejo obstetrico. Todo parto, por muy normal que sea, entraña un trauma para el feto (30).

La incidencia varía dependiendo del centro en que produzca el parto 2 a 7% de los RN vivos. Aproximadamente el 2% de la mortalidad neonalta se produce en RN con traumatismo obstético severo (30).

3.4.8- Sepsis neonatal

La sepsis neonatal es uno de los principales diagnósticos en las Unidades de Cuidados Neonatales. Sus signos clínicos son a menudo sutiles, lo que supone un reto diagnóstico en una entidad en que el retraso en el tratamiento puede conllevar secuelas importantes e incluso a la muerte, principalmente en el neonato prematuro y de bajo peso. Por otra parte, el uso excesivo y prolongado de antibióticos no justificado favorece la generación de resistencias, altera la flora normal del neonato, aumenta el riesgo de enterocolitis necrotizante, de infecciones fúngicas e incluso la mortalidad global (37).

3.4.9- Enterocolitis Necrotizante

La enterocolitis necrosante (ECN) es la causa más frecuente de enfermedad gastrointestinal adquirida y emergencia quirúrgica en el neonato; afecta predominantemente a prematuros con muy bajo peso al nacer. Se reporta una incidencia de 5-15%. La patogénesis es multifactorial y aún no está claramente definida (38).

En estadios iniciales, la ECN es difícil de diagnosticar, ya que los síntomas son inespecíficos y pueden observarse también en sepsis. El manejo médico de los neonatos con ECN incluye soporte respiratorio y cardiovascular, ayuno, descompresión gástrica con sondaje orogástrico y antibióticos de amplio espectro. Un 20-40% de los casos requiere cirugía. A pesar de avances en los cuidados del prematuro con muy bajo peso, la mortalidad continúa siendo elevada y varía de 20 a 50%, dependiendo de la severidad de la ECN y la edad gestacional del neonato (38).

4.- MARCO METODOLÓGICO

4.1.- Tipo de estudio

Es retrospectivo, observacional.

4.2.- Delimitación espacio- temporal

La investigación abarcó el período enmarcado desde 01 de enero al 31 de diciembre del 2018 en el Hospital Regional de Mcal. Estigarribia – Chaco Paraguay. La recolección de los datos se hizo en los meses de enero – febrero de 2019.

4.3.- Población, muestra y muestreo

4.3.1.- Población

La población en estudio estuvo conformada por todos los niños menores de 28 días, tanto los nacidos en el hospital y los que se internaron por urgencias habiendo nacidos en otro lugar.

4.3.2.- Muestra

Para la presente investigación en la muestra fue incluido todos los recién nacidos en el Hospital Regional de Mcal. Estigarribia y los nacidos en otro lugar que se internaron por urgencias en el período enero a diciembre del 2018 y que reunieron los criterios de inclusión. El muestreo fue tipo censo.

4.4 Criterios de inclusión y exclusión

4.4.1.- Criterios de inclusión

Todos los recién nacidos en el Hospital Regional de Mcal. Estigarribia.

Recién nacidos en otro lugar internados que concurren por urgencias.

4.4.2.- Criterios de exclusión

Recién nacidos con expedientes incompletos.

4.5 Operacionalización de variables

Variable	Tipo	Descripción	Indicador
Característica Materna			
Edad Materna	Cualitativa ordinal	Años cumplidos	15 – 19 años 20 – 24 años 25 – 35 años 36 años y más
Procedencia Materna	Cualitativo nominal	Área donde reside el paciente	Zona urbana Zona rural
Estado civil	Cualitativo nominal	Condición de una persona según el registro civil	Soltera Unión Libre Casada
Tipo de población	Cualitativo nominal	Grupo étnico.	Nativa Latina
Característica Clínica Materna			
Control prenatal	Estado civil	Cualitativa dicotómica	Satisfactoria Insatisfactoria Nula
Tipo de parto	Cualitativa dicotómica	Forma de nacer	Vaginal Cesárea

Variable	Tipo	Descripción	Indicador
Lugar del parto	Cualitativo nominal	Contexto en se dio el nacimiento	Institucional Extra institucional
Tiempo de bolsa rota	Cuantitativo nominal	Envoltura del RN rota	<12 hs. > 12 hs.
Característica de los Recién Nacidos			
Sexo	Cuantitativo dicotómica	Género	Femenino Masculino
Lugar de nacimientos de los RN	Cualitativo nominal	Lugar de nacimiento del RN	Nacido en el HRME Nacido fuera del HRME
Edad gestacional	Cuantitativa discreta	Cantidad de tiempos cumplidos	< 36 semanas 37 a 41semanas 42 semanas
Peso al nacer	Cuantitativa discreta	Gramos al nacimiento	<1500 gr 1500 – 2499 gr 2500 a 3999 gr 4000 gr
Motivo de internación	Cualitativo nominal	Signos y síntomas de la enfermedad	SDR RNTP Riesgo de Infección Depresión neonatal leve Hiperbilirrubinemia Otros
Estado al alta	Cualitativa dicotómica	Manera en la que el RN egresa del centro asistencial	Vivo Muerto

4.6.- Técnica e instrumento de recolección de datos

Para la recolección de los datos se utilizó la técnica de observación sistemática y traslado de información a ficha de recolección, previamente elaborado.

Toda la información fue captada en una ficha de recolección de datos disponible para tal efecto, que fueron llenados por la investigadora.

4.7.- Análisis estadístico

Los datos recabados fueron insertados en planilla Excel y a partir de la misma se elaboraron los gráficos que representan los resultados de la investigación para su análisis y discusión.

4.8.- Consideraciones éticas

Para llevar a cabo la investigación se realizó la revisión de expedientes clínicos de los pacientes que cumplían con los criterios de inclusión para el estudio.

La presente investigación se apegó a las normas éticas existentes, como ser: al considerar al ser humano como objeto de estudio, se deben tener presente el respeto a la dignidad de la persona humana, sus derechos y su bienestar en materia de investigación de acuerdo a la Declaración de Helsinki (1964) y sus modificaciones Japón (1975), Venecia (1983), Hong Kong (1989), Sudáfrica (1996), Escocia (2000), Washington (2002), Tokio (2004), Corea (2008) y Brasil (2013).

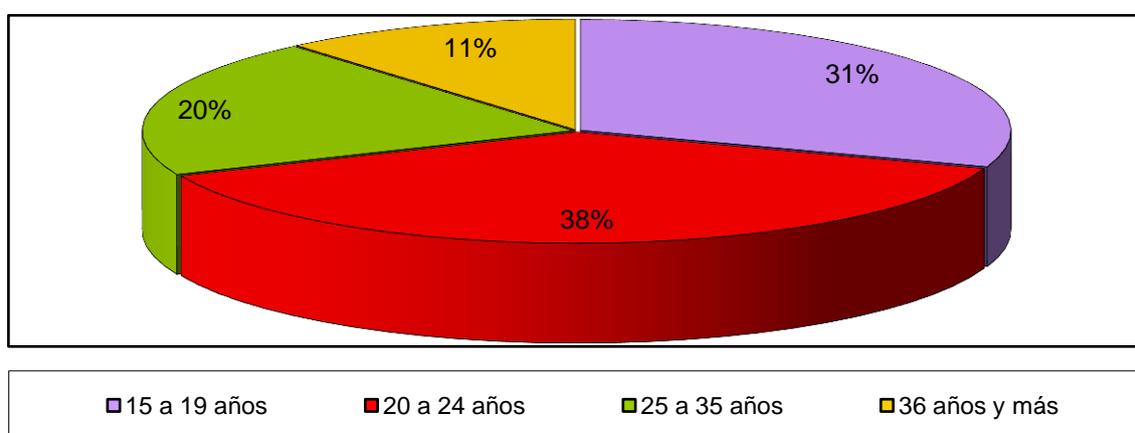
Durante el estudio se mantuvo la confidencialidad de la información los pacientes en estudio y sus padres, ya que para la realización de este no se utilizaron datos personales de los involucrados, y la información se utilizó de manera exclusiva para realizar la investigación.

Debido al tipo de estudio no fue necesario establecer contacto con los pacientes identificados, ya que toda la información necesaria se obtuvo únicamente del expediente hospitalario, sin utilizar intervenciones farmacológicas, terapéuticas o información que comprometa la integridad física o moral de la población estudiada.

La información recolectada fue resguardada por el investigador principal y fue utilizada solo para los fines expuestos en la formulación de este trabajo de investigación.

5.- RESULTADOS

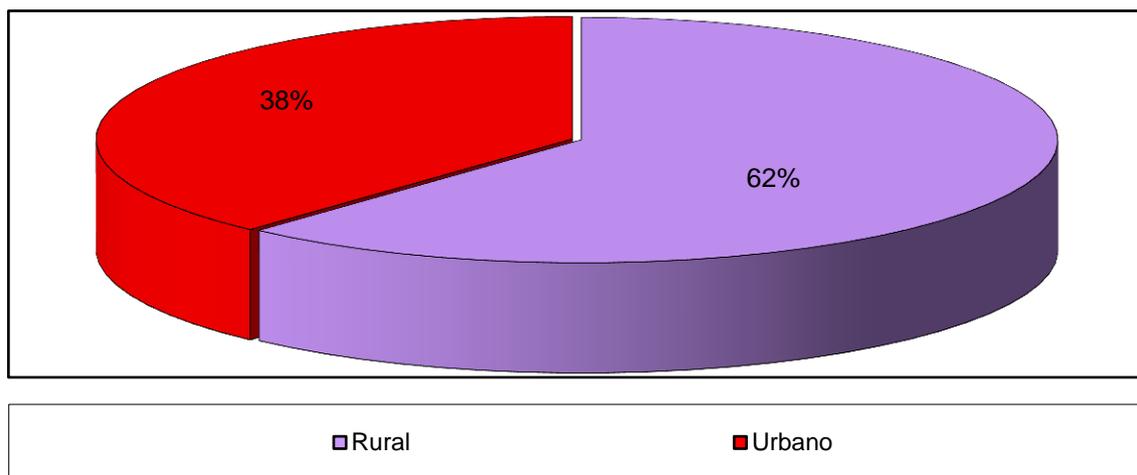
Gráfico N° 1: Características sociodemográficas maternas cuyos RN fueron asistidos en el Hospital Regional de Mcal. Estigarribia Chaco – Paraguay, periodo enero a diciembre 2018. Referente a la edad materna. n=89.



Fuente: Registro diario de recién nacidos asistidos en el Hospital Regional de Mcal. Estigarribia Chaco – Paraguay, periodo enero a diciembre 2018

Sobre la edad materna, con un mínimo de 15 años y un máximo de 45 años, se obtuvo que 34 madres equivalente al 38% presentaron una edad entre 20 a 24 años, 27 (31%) de las madres entre 15 a 19 años, 18 (20%) de las madres tuvieron una edad de entre 25 a 35 años y 10 madres representando el 11% fueron mayores a 36 años.

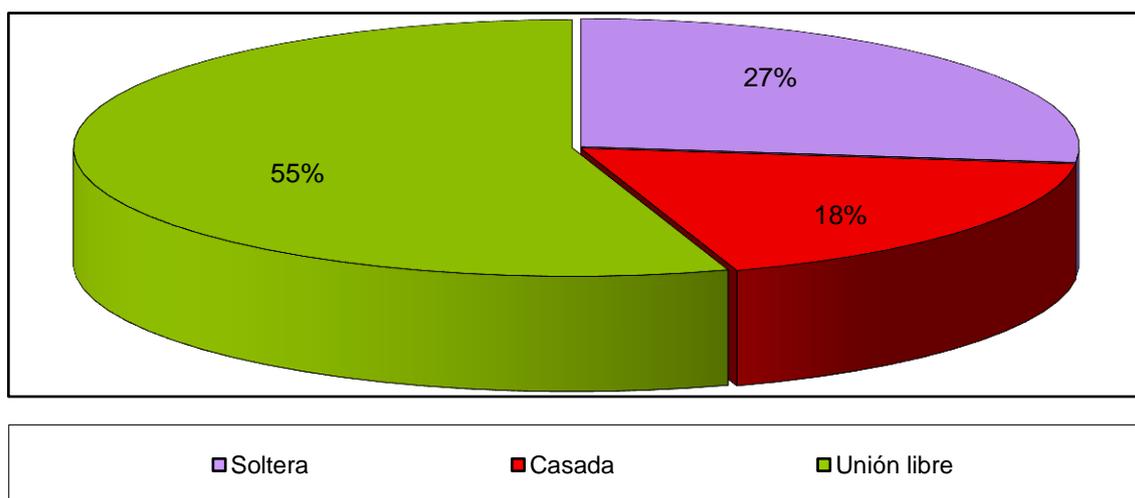
Gráfico N° 2: Características sociodemográficas maternas cuyos RN fueron asistidos en el Hospital Regional de Mcal. Estigarribia Chaco – Paraguay, periodo enero a diciembre 2018. Referente a la procedencia materna. n=89.



Fuente: Registro diario de recién nacidos asistidos en el Hospital Regional de Mcal. Estigarribia Chaco – Paraguay, periodo enero a diciembre 2018

Referente a la procedencia de las madres cuyos hijos fueron asistidos en el Hospital Regional de Mcal. Estigarribia Chaco – Paraguay, periodo enero a diciembre 2018, se obtuvo que 55 madres equivalente al 62% fueron procedentes de zonas rurales y 34 (38%) de las madres procedente de zonas urbanas.

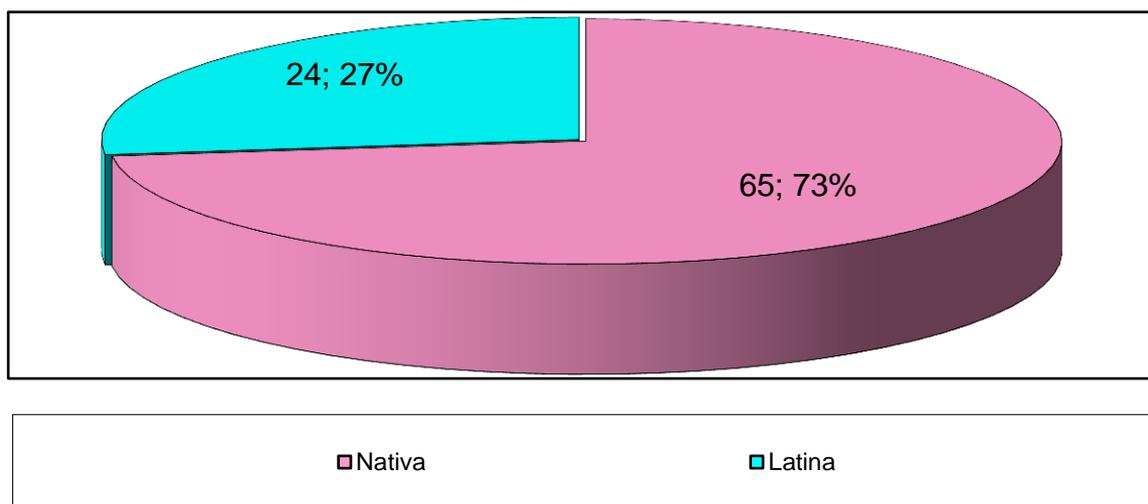
Gráfico N° 3: Características sociodemográficas maternas cuyos RN fueron asistidos en el Hospital Regional de Mcal. Estigarribia Chaco – Paraguay, periodo enero a diciembre 2018. Referente al estado civil. n=89.



Fuente: Registro diario de recién nacidos asistidos en el Hospital Regional de Mcal. Estigarribia Chaco – Paraguay, periodo enero a diciembre 2018

De las 89 madres se aprecia en el gráfico N° 3 sobre el estado civil de las mismas, que en su gran mayoría 49 (55%) de las madres mantienen una relación de unión libre, 24 (27%) de las madres son solteras y 16 madres equivalentes al 18% fueron casadas.

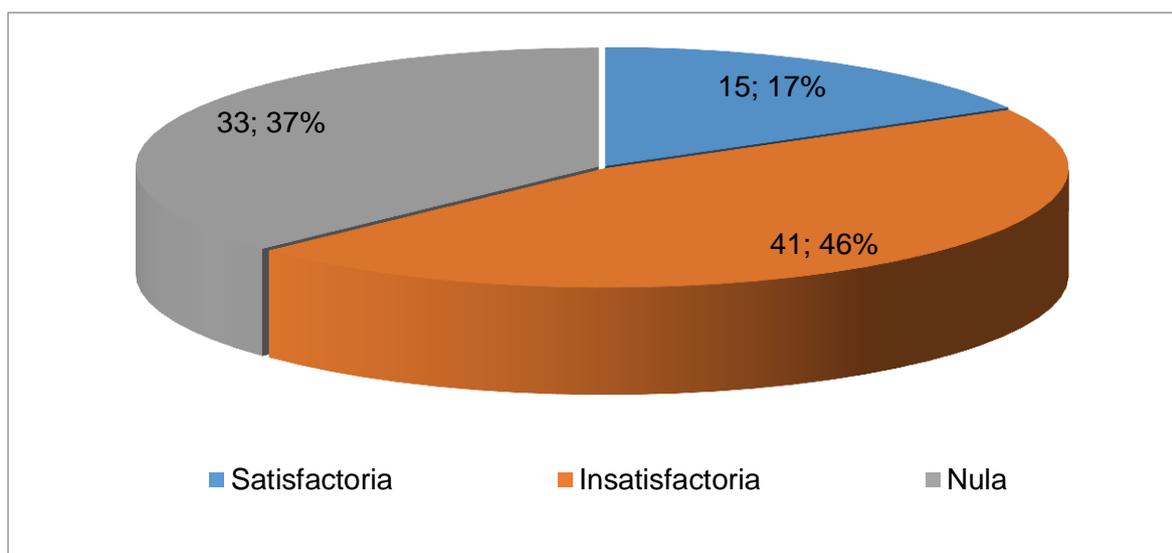
Gráfico N° 4: Características sociodemográficas maternas cuyos RN fueron asistidos en el Hospital Regional de Mcal. Estigarribia Chaco – Paraguay, periodo enero a diciembre 2018. Referente al tipo racial de población. n=89.



Fuente: Registro diario de recién nacidos asistidos en el Hospital Regional de Mcal. Estigarribia Chaco – Paraguay, periodo enero a diciembre 2018

Referente al tipo de población de las madres cuyos RN que fueron asistidos en el Hospital Regional de Mcal. Estigarribia Chaco – Paraguay, periodo enero a diciembre 2018, se vio que 65 madres equivalente al 73% son originaria (étnicas) y 24 (27%) de las madres fueron latinas.

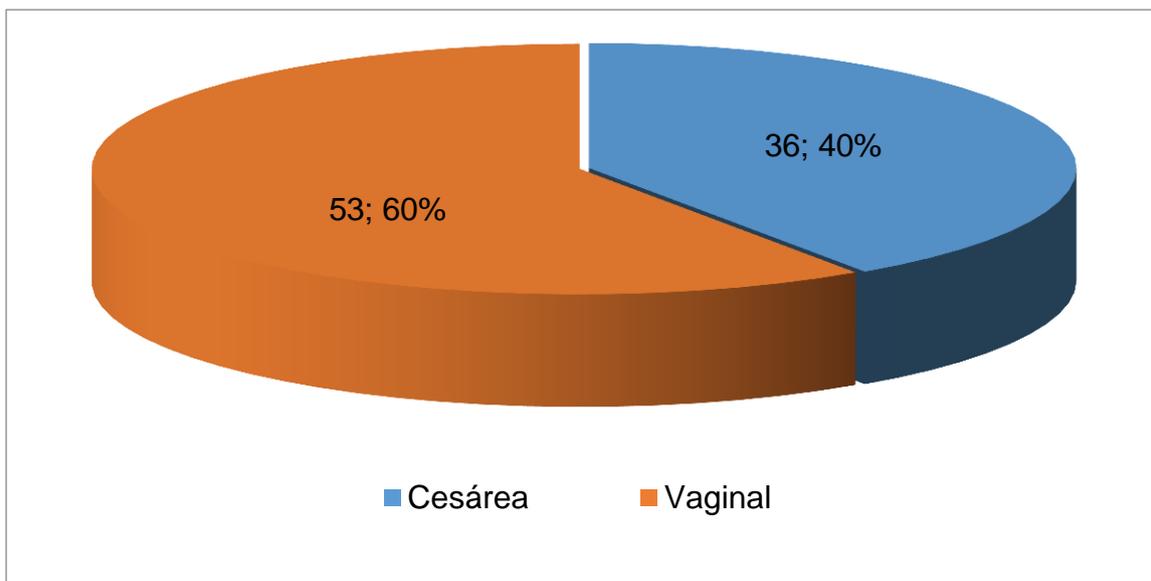
Gráfico N° 5: Características obstétricas maternas, asistidas en el Hospital Regional de Mcal. Estigarribia Chaco – Paraguay, periodo enero a diciembre 2018. Referente a control prenatal. n=89.



Fuente: Registro diario de recién nacidos asistidos en el Hospital Regional de Mcal. Estigarribia Chaco – Paraguay, periodo enero a diciembre 2018

Sobre los controles pre-natales maternas realizadas en el centro asistencial, 41 madres equivalente al (46%) presentaron control insatisfactorio (menor a 6 controles), así con un alto índice de madres 33 (37%) no presentaron control pre-natal alguna y solo 15 madres representando el 17% presentaron un control pre-natal satisfactoria (mayor a 6 controles).

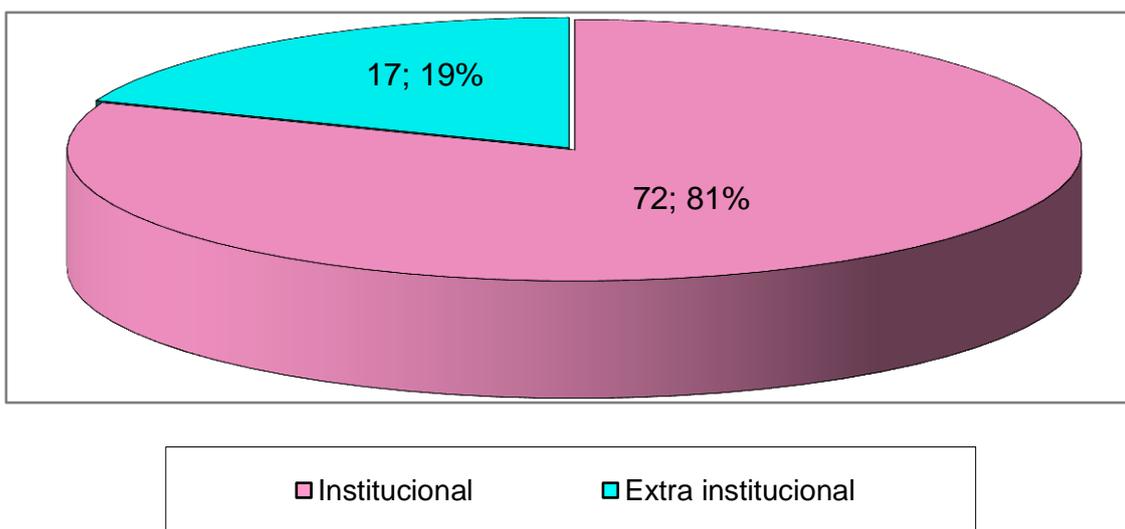
Gráfico N° 6: Características obstétricas maternas, asistidas en el Hospital Regional de Mcal. Estigarribia Chaco – Paraguay, periodo enero a diciembre 2018. Referente al tipo de partos. n=89.



Fuente: Registro diario de recién nacidos asistidos en el Hospital Regional de Mcal. Estigarribia Chaco – Paraguay, periodo enero a diciembre 2018

Respecto a tipos de parto de las madres se aprecia que 36 madres equivalente al 40% tuvieron parto por cesárea (abdominal) y en mayor medida 53 (60%) de las madres presentaron parto normal (vaginal).

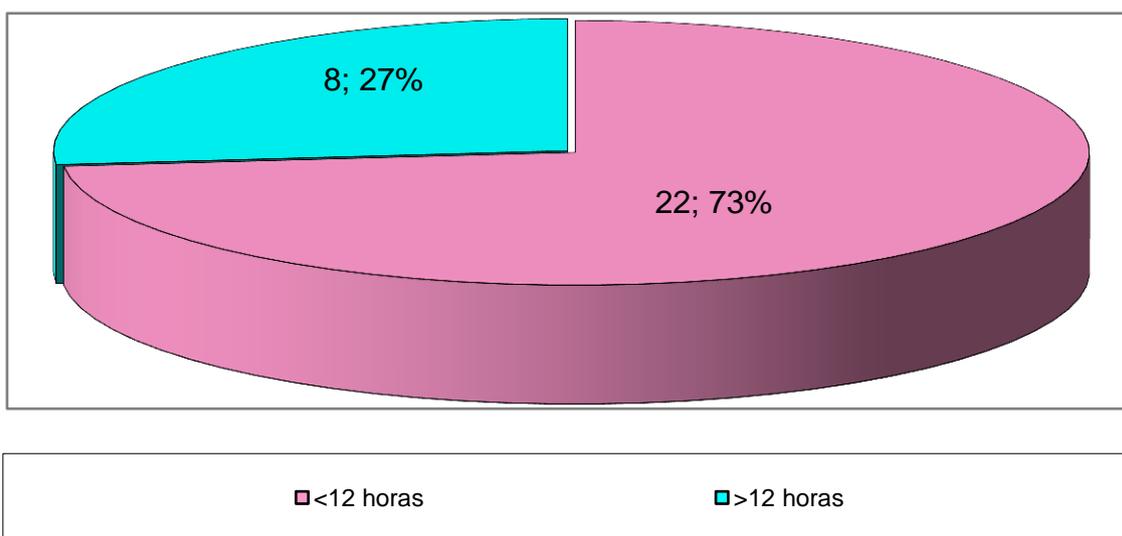
Gráfico N° 7: Características obstétricas maternas asistidas en el Hospital Regional de Mcal. Estigarribia Chaco – Paraguay, periodo enero a diciembre 2018. Referente al lugar de partos. n=89.



Fuente: Registro diario de recién nacidos asistidos en el Hospital Regional de Mcal. Estigarribia Chaco – Paraguay, periodo enero a diciembre 2018

En el gráfico N° 8 se aprecia sobre el lugar de parto de las madres, 72 madres representando el 81% tuvieron un parto institucional (Hospital Regional de Mcal. Estigarribia Chaco – Paraguay) pero llama la atención que 17 madres equivalente 19% tuvieron partos extra institucional (domiciliaria).

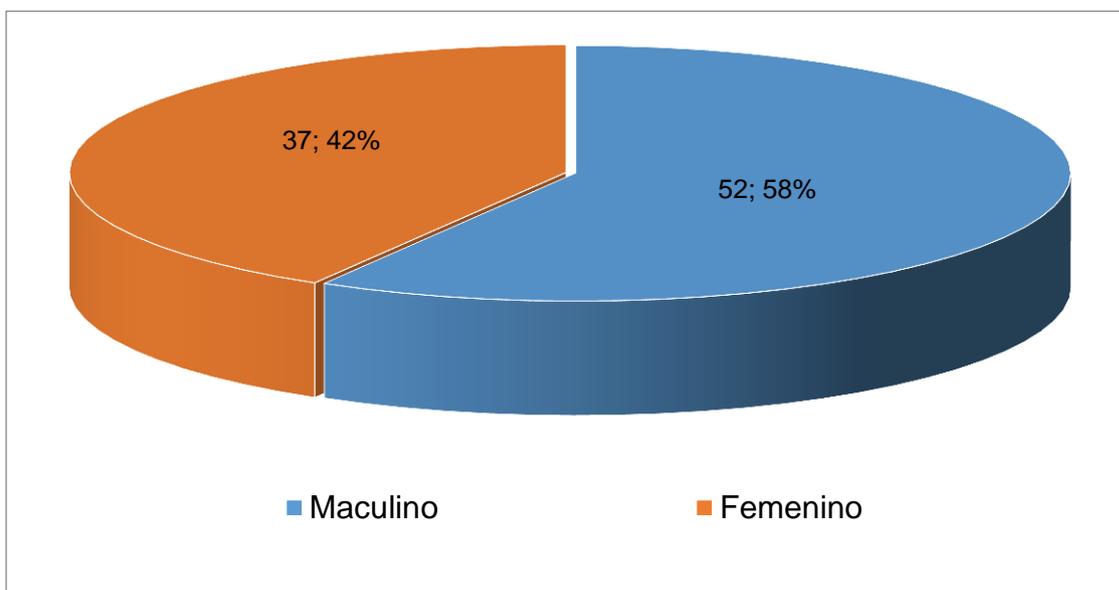
Gráfico N° 8: Características obstétricas maternas asistidas en el Hospital Regional de Mcal. Estigarribia Chaco – Paraguay, periodo enero a diciembre 2018. Referente al tiempo de bolsa rota. n=30.



Fuente: Registro diario de recién nacidos asistidos en el Hospital Regional de Mcal. Estigarribia Chaco – Paraguay, periodo enero a diciembre 2018

Respecto al tiempo de bolsa rota se pudo constatar que 22 madres equivalente al 73% presentaron bolsa rota con una evolución menor a 12 horas, así 8 (18%) de las madres presentaron bolsa rota con una evaluación mayor a 12 horas no se pudo evaluar las madres que tuviera partos fuera del Hospital.

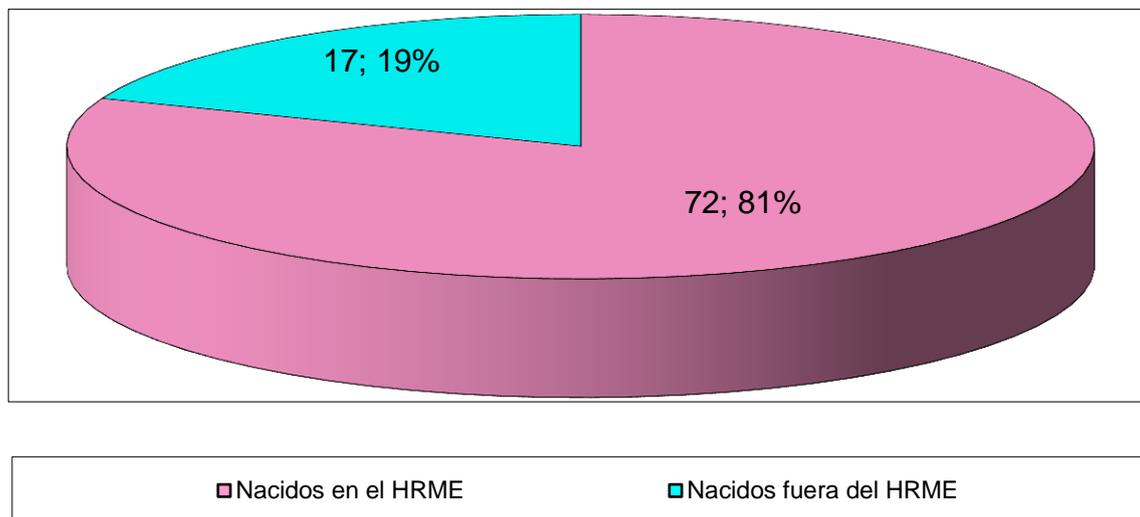
Gráfico N° 9: Características de los RN asistidos en el Hospital Regional de Mcal. Estigarribia Chaco – Paraguay, periodo enero a diciembre 2018. Referente al sexo. n=89.



Fuente: Registro diario de recién nacidos asistidos en el Hospital Regional de Mcal. Estigarribia Chaco – Paraguay, periodo enero a diciembre 2018

Respecto al sexo de los RN asistido en el Hospital Regional de Mcal. Estigarribia Chaco – Paraguay, se aprecia que en su gran mayoría 52 RN equivalente al 58% fueron masculino y 37 RN representando el 42% fueron femeninas.

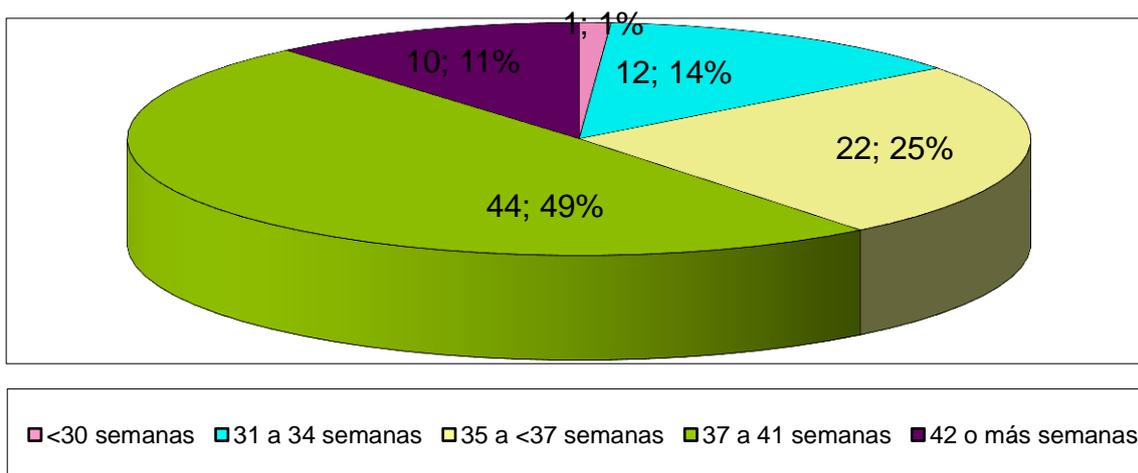
Gráfico N° 10: Lugar de nacimiento de los RN asistidos por urgencia en el Hospital Regional de Mcal. Estigarribia Chaco – Paraguay, periodo enero a diciembre 2018. n=89.



Fuente: Registro diario de recién nacidos asistidos en el Hospital Regional de Mcal. Estigarribia Chaco – Paraguay, periodo enero a diciembre 2018

En este estudio se pudo constatar que 72 RN equivalente al 81% nacieron en el HRME, y 17 RN equivalentes al 19% nacieron fuera del HRME.

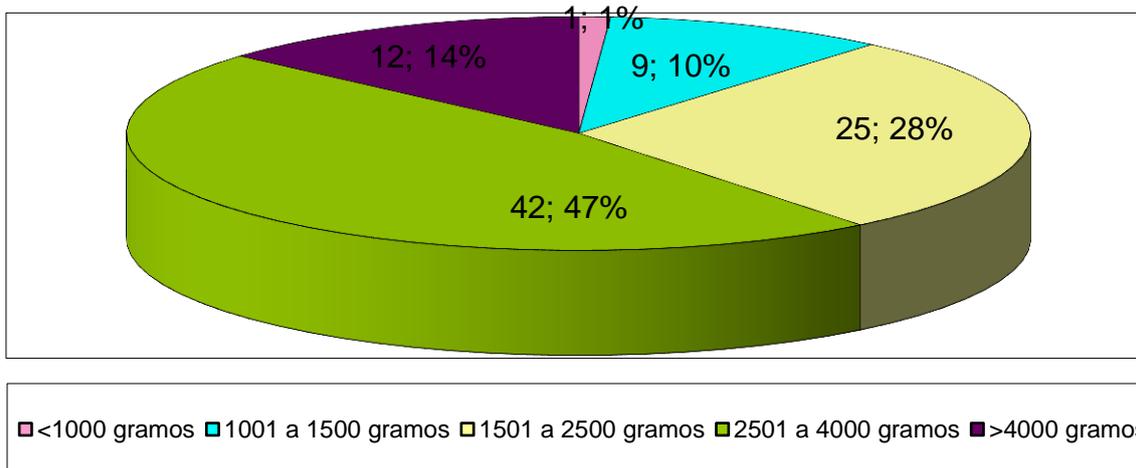
Gráfico N° 11: Características de los RN asistidos en el Hospital Regional de Mcal. Estigarribia Chaco – Paraguay, periodo enero a diciembre 2018. Referente a la edad gestacional. n=89.



Fuente: Registro diario de recién nacidos asistidos en el Hospital Regional de Mcal. Estigarribia Chaco – Paraguay, periodo enero a diciembre 2018.

Respecto a la edad gestacional de los RN asistidos se pudo constatar que la gran mayoría 44 RN (49%) tuvieron una edad gestacional entre 37 a 41 semanas, 22 RN (25%) entre 35 a <37 semanas, 12 RN (14%) fueron entre 31 a 34 semanas y solo 1 RN fue <30 semanas.

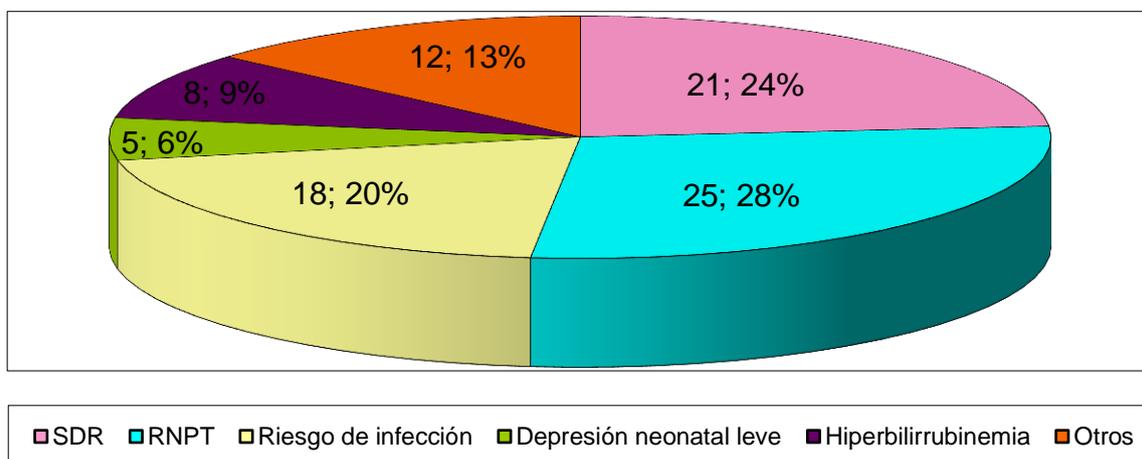
Gráfico N° 12: Características de los RN asistidos en el Hospital Regional de Mcal. Estigarribia Chaco – Paraguay, periodo enero a diciembre 2018. Referente al peso del RN. n=89.



Fuente: Registro diario de recién nacidos asistidos en el Hospital Regional de Mcal. Estigarribia Chaco – Paraguay, periodo enero a diciembre 2018

Sobre el peso de los RN asistidos, se pudo apreciar que 42 RN (47%) presentaron un peso 2501 a 4000 gramos, 25 RN (28%) fueron de bajo peso 1501 a 2500 gramos, 12 RN (14%) presentaron un peso mayor a 4000 gramos y 9 RN (10%) fueron de muy bajo peso 1001 a 1500 gramos.

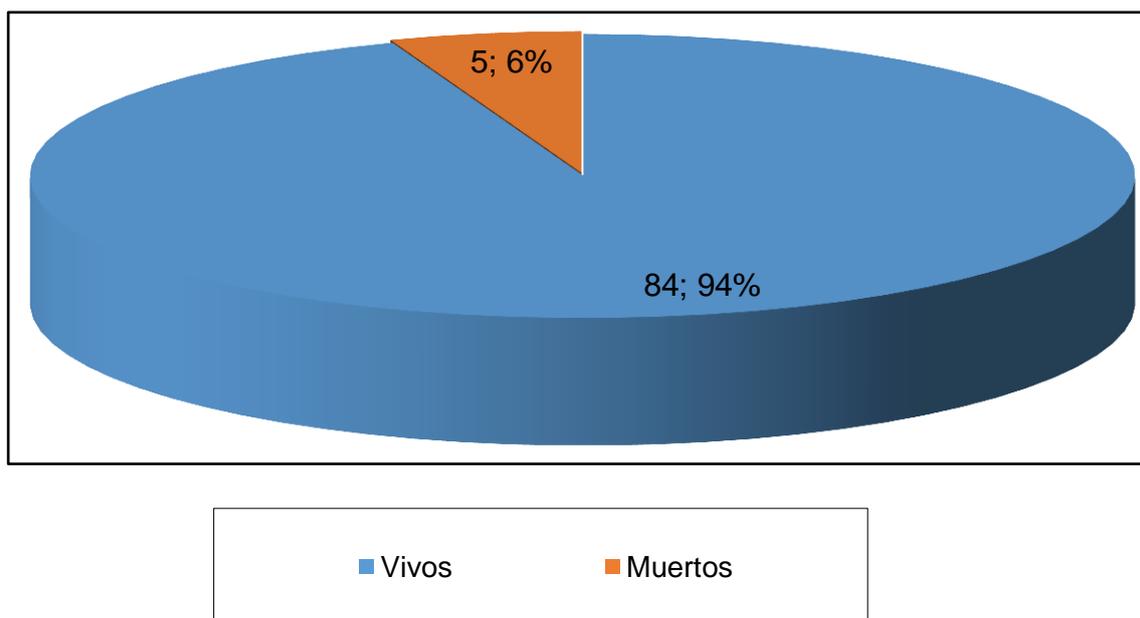
Gráfico N° 13: Características de los RN asistidos en el Hospital Regional de Mcal. Estigarribia Chaco – Paraguay, periodo enero a diciembre 2018. Referente al motivo de internación. n=89.



Fuente: Registro diario de recién nacidos asistidos en el Hospital Regional de Mcal. Estigarribia Chaco – Paraguay, periodo enero a diciembre 2018

Sobre los motivos de internación de los RN, se pudo constatar que 25 RN (28%) fueron RNPT, 21 RN (24%) presentaron SDR, 18 RN (20%) por riesgo de infección, 8 RN (9%) presentaron hiperbilirrubinemia y 12 RN (13%) presentaron otros motivos.

Gráfico N° 14: Mortalidad de los RN asistidos en el Hospital Regional de Mcal. Estigarribia Chaco – Paraguay, periodo enero a diciembre 2018. n=89.



Fuente: Registro diario de recién nacidos asistidos en el Hospital Regional de Mcal. Estigarribia Chaco – Paraguay, periodo enero a diciembre 2018

Referente a la mortalidad de los RN asistidos en el Hospital Regional de Mcal. Estigarribia Chaco – Paraguay, se pudo constatar en 5 RN constituyendo así un total del 6% de mortalidad, entre las causas se pudo constatar (Extremadamente bajo peso, sepsis neonatal y depresión neonatal).

6.- DISCUSIÓN Y COMENTARIOS

Sobre la edad materna, con un mínimo de 15 años y un máximo de 45 años, se obtuvo que el 38% presentaron una edad entre 20 a 24 años, el 31% de las madres presentaron una edad entre 15 a 19 años, el 20% entre 25 a 35 años y 11% fueron mayores a 36 años, el 73% de las madres son originarias (Étnicas) y el 27% de las madres fueron latinas, el 62% fueron procedentes de zonas rurales y el 38% de zonas urbanas, en su gran mayoría con el 55%, las madres mantienen una relación de unión libre, el 27% son solteras y el 18% fueron casadas, estos datos son coincidentes con los encontrados por Marín donde en un estudio retrospectivos sobre los principales factores maternos, fetales asociados a la Mortalidad del recién nacido pretérmino inducidos en el Hospital Bertha Calderón de enero 2005 a diciembre 2005, se pudo observar referente a la edad materna el grupo predominante fueron las madres cuyas edades comprendidas entre 16 a 25 años en un 35%, sobre el estado civil se observó que la gran mayoría mantenían la unión libre en un 39%, seguida por las casadas en un 33% y en menor medida en un 28% eran solteras, la procedencia la mayoría de las madres en un 54% fueron de zonas rural, mientras que el resto de las madres procedían de la zona urbana en un 46% (39).

Sobre los controles pre-natales realizadas por las madres de los RN, el 46% presentaron control insatisfactorio (menor a 6 controles), así con un alto índice de madres con el 37% no presentaron control pre-natal alguna y solo el 17% presentaron un control pre-natal satisfactoria (mayor a 6 controles), el 40% tuvieron parto por cesárea (abdominal) y en mayor medida con el 60% de

las madres presentaron parto normal (vaginal), el 81% tuvieron un parto institucional (Hospital Regional de Mcal. Estigarribia Chaco – Paraguay) pero llama la atención que 19% tuvieron partos extra institucional (domiciliaria), la presencia del tipo de bolsa presente en el momento del parto, se pudo constatar que el 51% de las madres presentaron bolsa ya rota, y el 30% presentaron bolsa íntegro. Vale recalcar que el 19% de las madres no se pudo recabar información por presentar partos domiciliarios y no contar con dicha información, el 49% presentaron bolsa rota con una evolución menor a 12 horas, así el 18% de las madres presentaron bolsa rota con una evaluación mayor a 18 horas, de 33% de las madres no se obtuvo datos, estos resultados son similares el estudio realizado por Gomella en el Hospital Infantil del Estado de Sonora-México, en la cual mediante un estudio retrospectivo se encontró en cuanto a las características maternas de los neonatos, que constituye una determinante importante en los recién nacidos, que el 62.76% de las madres tuvieron controles prenatales adecuados y que alarmantemente 3.76% no tuvo ningún control prenatal, así también se vio mayor índice de partos vaginal en un 54% (40).

Respecto al sexo de los RN se aprecia que en su gran mayoría con el 58% fueron masculino y el 42% fueron femeninas, el 61% tuvieron una edad gestacional mayor a 37 semanas y el 39% presentaron una edad gestacional menor a 37 semanas (prematuros), en su gran mayoría con el 64% presentaron un peso mayor a 2500 gramos y el 36% presentaron un peso menor a 2500 gramos, estos datos son similares a lo encontrado por Correa y cols., donde en un estudio encontraron que el promedio de peso en gramos fue de 2087 grs. y el promedio de la edad gestacional fue de 34.7 semanas de gestación., en la

muestra hubo un peso entre 1550 y 2500 grs. entre RN de 29 a 38 semanas, se puede observar que la mayoría (41).

Sobre los motivos de internación de los RN, se pudo constatar que el 6% presentaron ictericia, el 28% presentaron fiebre, el 31% presentaron dificultad respiratoria y el 35% presentaron infecciones/otros motivos, datos similares se registró en estudios realizados donde la población considerada de riesgo, presento una insuficiente maduración de los órganos y sistemas, condición que explica las patologías que presentan y la alta morbimortalidad (42).

Referente a la mortalidad de los RN asistidos en el Hospital Regional de Mcal. Estigarribia Chaco – Paraguay, se pudo constatar en 5 RN constituyendo así un total del 6% de mortalidad. Asimismo, un estudio analítico retrospectivo realizado en el Hospital de Apoyo de Sullana por Gorriti Siappo, en los años 2012-2013, se pudo observar una tasa de mortalidad del 25.69% (43).

7.- CONCLUSIONES

- Sobre la edad materna, la mayoría presentaron una edad entre 20 a 24 años, seguidas por madres entre 15 a 19 años y en menor medida fueron mayores a 36 años.
- Referente al tipo de población el 73% fueron Nativas (Étnicas) y el 27% de las madres fueron latinas.
- Las procedencias de las madres, en su mayoría fueron procedentes de zonas rurales y en menor medida de zonas urbanas.
- Sobre el estado civil el 55% de las madres mantienen una relación de unión libre, seguidas por madres solteras y algunas casadas.
- Sobre los controles pre-natales el 46% presentaron control insatisfactorio (menor a 6 controles), así con un alto índice de madres con un 37% no presentaron control pre-natal alguna.
- Tipos de parto de las madres de los RN, en menor medida tuvieron parto por cesárea (abdominal) y la gran mayoría presentaron parto normal (vaginal).
- El 81% tuvieron un parto institucional (Hospital Regional de Mcal. Estigarribia Chaco – Paraguay) pero llama la atención que el 19% tuvieron partos extra institucional (domiciliaria).
- El 73% presentaron bolsa rota con una evolución menor a 12 horas, así con el 27% de las madres presentaron bolsa rota con una evaluación mayor a 12 horas.
- En su gran mayoría fueron RN masculino.

- Respecto a la edad gestacional de los RN mayoritariamente tuvieron una edad gestacional mayor a 37 semanas y en menor medida presentaron una edad gestacional menor a 37 semanas (prematuros).
- Sobre el peso de los RN en su gran mayoría presentaron un peso mayor a 2500 gramos.
- Sobre los motivos de internación de los RN, se pudo constatar que mayoritariamente fueron por prematuréz (<37 semanas), seguida de SDR y riesgo de infección entre otras patologías.
- Referente a la mortalidad, se pudo constatar un total del 6% de mortalidad, cuyas causas fueron extremadamente bajo peso, sepsis neonatal y depresión neonatal.

8.- REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Jolly M., Sebire N., Harris J., Robinson S., Regan L. Obstetric risk of pregnancy in women less than 18 years old. *Obstet Gynecol* 2000; 96(6): 962-966.
2. UNICEF. Enfrentando las enfermedades y las muertes neonatales. [En Línea] Disponible en:http://www.who.int/pmnch/media/press_materials/fs/fs_saludrecien_nacidos.pdf [julio, 2018].
3. OPS/OMS. Estrategia y plan de acción regionales sobre la salud del recién nacido en el contexto del proceso continuo de la atención de la madre, el recién nacido y del niño. [En Línea]. 2009 [Acceso: 10 setiembre 2018] Disponible en: <http://www.paho.org/spanish/gov/cd/cd48-07-s.pdf>
4. Saldaña N. Patologías hospitalarias en la Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales. *Rev. Pediatric. México* 2012. 24 (10): 363-369
5. Rivera R., Fresia C., Fisiopatología de la rotura prematura de las membranas ovulares en embarazos de pretérmino. *Revista chilena obstetricia ginecología*. 2011;69(3):249-255.
6. Organización Mundial de la Salud (OMS). Reducción de la Mortalidad en la niñez (2016). Obtenido de <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs178/es/>
7. Navarro E., Mendieta E., Mir R., Céspedes E, Caballero BC. Readmisiones hospitalarias en recién nacidos egresados de una sala de alojamiento conjunto. *Pediatr. (Asunción)* [serial on the Internet]. 2006 July [cited 2015 Oct 23]; 33(1): 10-14. Available from:

http://scielo.iics.una.py/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1683-98032006000100002&lng=en.

8. Charres A. Morbilidad y mortalidad en neonatos de madres con preeclampsia severa atendidos en el Hospital Regional Manuel Núñez Butrón de Puno durante del periodo Enero 2005 a Enero del 2006. [Tesis Médico Cirujano]. Facultad de Medicina Universidad Nacional del Altiplano. Puno; 2006.
9. Young P., Korgenski K., Buchi K. Early Readmission of Newborns in a Large Health Care System. PEDIATRICS [Internet]. 2013 [citado 27 julio 2018];131(5)1538-1544. Available from: <http://pediatrics.aappublications.org/content/131/5/e1538>
10. Anco J. Morbimortalidad en neonatos hospitalizados procedentes de Alojamiento Conjunto del Hospital Regional Honorio Delgado Espinoza-Arequipa [Tesis de Médico Cirujano]. Facultad de Medicina Universidad Nacional de San Agustín de Arequipa; 2014.
11. Fernández R., D'Apremont I., Domínguez A., Tapiad J, y Red Neonatal Neocosur. Supervivencia y morbilidad en recién nacidos de muy bajo peso al nacer en una Red Neonatal sudamericana. Arch Argent Pediatr 2014; 112(4):1-9.
12. Cervantes M., Rivera M., Yescas G., Villegas R., Hernández G. Hemorragia intraventricular en recién nacidos pretérmino en una Unidad de Tercer Nivel en la Ciudad de México. Perinatol Reprod Hum 2012; 26 (1): 17-24.
13. Sánchez N., Nodarse A., Sanabria A., Octúzar A., Couret M., Díaz D. Morbilidad y mortalidad neonatal en pacientes con rotura prematura

- de membranas pretérmino. *Revista Cubana de Obstetricia y Ginecología*. 2013; 39(4)343-353.
14. Azeredo R., Guimarães P., Lima C., y otros. Infant mortality in a very low birth weight cohort from a public hospital in Rio de Janeiro, RJ, Brazil. *Rev. Bras. Saúde Matern. Infant.*, Recife, 2013;13(3): 237-246.
 15. Vergara R. Factores de riesgo para sepsis neonatal tardía en recién nacidos con menos de 1500 gramos de peso al nacer. [Tesis Médico]. Perú: Universidad Nacional de Trujillo, Facultad de Ciencias Médicas; 2013.
 16. Fernández R., D'Apremont I., Domínguez A., Tapia J. Supervivencia y morbilidad en recién nacidos de muy bajo peso al nacer en una Red Neonatal sudamericana. *Arch Argent Pediatr*. 2014;112(5):405-412.
 17. Castro O., Salas I., Acosta F., Delgado M., Calvached J. Muy bajo y extremo bajo peso al nacer. *Rev. Ped. Elsevier España*. 2016;49(1):23–30.
 18. Huda S., Chaudhery S., Ibrahim H., Pramanikc A., Neonatal necrotizing enterocolitis: Clinical challenges, pathophysiology and management. *Pathophysiology* 2014;21(1):3-12.
 19. Morgues M., Henriquez M., Tohá D., Vernal P. “Sobrevida del niño menor de 1500 g en Chile” *Rev. Chil. de Obst. y Ginec*. 2002;67(2):100- 115.
 20. Swamy K., Ostbye T., Skjaerven R. Association of Preterm Birth With Long-term Survival, Reproduction, and Next-Generation Preterm Birth. *JAMA*, 2008;299(12):1429 - 1436.

21. Mesquita M., Lacarrubba J., Galván L., Barreto N., Buena J., Adler E., Comité de Neonatología de la Sociedad Paraguaya de Pediatría. Recién Nacidos de extremo bajo peso de nacimiento. Límites de viabilidad, reanimación en Sala de Partos y Cuidados Intensivos Neonatales. *Pediatr.* 2010;37(2):127-135.
22. Lugones M., Ramírez M. Rotura prematura de membranas, aspectos de interés para la atención primaria de salud. *Rev. Cub. de Med. Gral. Integral.* 2010; 26(4)682-693.
23. Grandi C., López F. Estimación de la Edad Gestacional. *Rev. Hosp. Mat. Inf. Ramón Sardá* 2004; 23 (3): 138- 142.
24. Juliao J., Archila M., San Diego M., Gaitán H. Morbimortalidad de los prematuros en la unidad de cuidado intensivo neonatal, de la Clínica Reina Sofía, Bogotá, Colombia. 2001-2006. *Rev. Med. Sanitas* 2010;13(1): 18-25.
25. Beas F. ¿Por qué los niños crecen o no crecen?. Santiago de Chile: Editorial Pehuén Editores Limitada, 2007. p. 98.
26. Gabbe S., Niebyl J., Leingh J., Landon M., Galan H., Jauniaux E., Driscoll D., Berghella V. Grobman W., *Obstetricia: Embarazos normales y de riesgo.* España: Editorial Elsevier Health Sciences, 2019. p. 1384.
27. Marín R., Gorostidi M., Álvarez R. Hipertensión arterial y embarazo. *Nefro Plus* 2011;4(2):21-30.
28. Álvarez D. Anemia y hemocromatosis. Dieta controlada en hierro: *Dietoterapia, nutrición clínica y metabolismo.* Madrid: Ediciones Díaz de Santos, 2012. p. 16.

29. Zavala A., Ortiz H., Kuri J., Padilla C., Preciado R. Periodo intergenésico: Revisión de la literatura. *Rev. Chil. Obstet. Ginecol.* 2018; 83(1):52-61.
30. Nazer J. Neonatología. Santiago de Chile: Editorial Universitaria, 2003. p. 527.
31. Rodríguez M., Figueras J. Ictericia neonatal. En: *Protocolos de Neonatología*. Asociación Española de Pediatría. Sociedad Española de Neonatología. 2008; p. 371-373.
32. The Lancet. Detection and treatment of neonatal jaundice. *Lancet.* 2010; 375: 1845.
33. Tamez R., Silva M., Enfermería en la unidad de cuidados intensivos neonatal: Asistencia del recién nacido de alto riesgo. Buenos Aires: Editorial Médica Panamericana, 2010. p. 250.
34. Cloherty J. *Manual de Neonatología*. España: Editorial Lippincott Williams & Wilkins. p. 739.
35. Ceriani J. *Neonatología Práctica*. Buenos Aires: Editorial Médica Panamericana, 2009. p. 916.
36. Sellán M., Vázquez A. *Cuidados neonatales en enfermería*. España: Editorial Elsevier Health Sciences, 2017. p. 312.
37. Ucros S., Mejías N. *Guías de pediatría práctica basadas evidencia*. Bogotá: Editorial Médica Panamericana, 2009. p. 651.
38. Berman L., Moss R. Necrotizing enterocolitis: an update. *Semin Fetal Neonatal Med.* 2011;16(3):145-150.
39. Marín L. Principales factores maternos, fetales asociados a la Mortalidad del recién nacido pretérmino inducidos en el Hospital

Bertha Calderón. Enero 2,005 a Diciembre 2,005. [Tesis para optar al título de Médico Cirujano]. Managua: Universidad Nacional Autónoma de Nicaragua, 2006.

40. Gomella T. Neonatología: manejo básico, procedimientos, problemas en la guardia, enfermedades, fármacos. Buenos Aires. Editorial: Médica Panamericana, 2006. p. 801.
41. Correa V., Gómez R., Posada R. Fundamentos de Pediatría. Generalidades y Neonatología. Biológicas Cpli. 2011;5(12). 269-380 p.
42. Fernández C., Salinas R., Guzmán B. Análisis de la mortalidad neonatal en un centro de tercer nivel de atención. Bol Med Hosp Infant Mex. 2003; 60: 459-67.
43. Gorriti K. Factores de riesgos asociados a mortalidad en recién nacidos de muy bajo peso en el hospital de apoyo de sullana ii-2 en los años 2012-2013. Universidad Privada Antenor Orrego. Perú 2014.

ANEXOS

Anexo 1: Nota de solicitud de Datos

Mariscal Estigarribia, 14 de Febrero 2019.

Señor

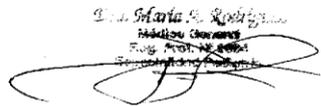
Dr. Orestes Menendez, Director

Hospital Regional de Boquerón.

Presente

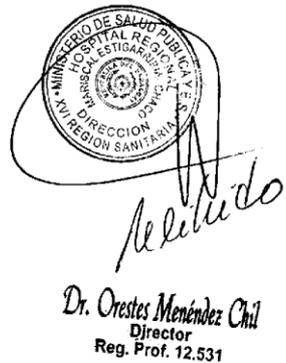
Me dirijo a usted con el mas debido respeto, para solicitar permiso para acceder a datos de archivos y estadísticas, en contexto de realizar un trabajo de investigación (monografía) como parte de requisito para culminar un post-grado que estoy realizando en la UNCA.

Esperando una respuesta favorable, me despido de usted con un cordial saludo.



Dra. Maria A. Rodriguez.

Pediatría H.R.B



Dr. Orestes Menéndez Chil
Director
Reg. Prof. 12.531

Anexo 2: Hoja de Recolección de datos

Nombre:	Edad:	Procedencia: Urbana	Etnia:
			Rural
Antecedentes Maternos:	Edad:	Estado civil:	Escolaridad:
CP:	G P A C	Patologías: Eclampsia	PVVS
		Pre-eclampsia	Otros
Antecedentes Neonatales: FN:	Sexo: F	M	Tipo de parto: Vaginal
			Cesárea
Lugar del parto: Institucional		Peso:	EG:
	Extra institucional		
Bolsa: Rota	Tiempo:	Motivo de internación: Fiebre	Ictericia
Integra		Dificultad respiratoria	Convulsión
		Otros	
Diagnósticos:			
.....			