



UNIVERSIDAD NACIONAL DE LOJA
ÁREA DE LA SALUD HUMANA

CARRERA DE MEDICINA HUMANA

TÍTULO

**“COMPARACIÓN DE LAS PRINCIPALES COMPLICACIONES EN
RECIÉN NACIDOS, ENTRE MADRES ADOLESCENTES Y MADRES
ADULTAS EN EL SERVICIO DE NEONATOLOGÍA DEL HOSPITAL
REGIONAL ISIDRO AYORA EN EL PERIODO FEBRERO – JULIO 2014”**

**TESIS DE GRADO PREVIO A LA
OBTENCIÓN DE TÍTULO DE MÉDICO
GENERAL**

AUTOR:

KARINA ANABELLE MALDONADO CÓRDOVA

DIRECTOR DE TESIS:

Dra. MARCIA ELIZABETH MENDOZA MERCHÁN

LOJA – ECUADOR

2015



CERTIFICACIÓN

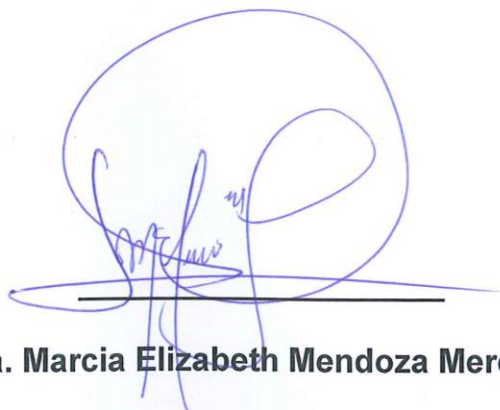
Dra. Marcia Elizabeth Mendoza Merchán

DIRECTORA DE TESIS.

CERTIFICA:

Que la señorita **Karina Anabelle Maldonado Córdova**, estudiante de la carrera de Medicina Humana, es autor de la tesis “**COMPARACIÓN DE LAS PRINCIPALES COMPLICACIONES EN RECIÉN NACIDOS, ENTRE MADRES ADOLESCENTES Y MADRES ADULTAS EN EL SERVICIO DE NEONATOLOGÍA DEL HOSPITAL REGIONAL ISIDRO AYORA EN EL PERIODO FEBRERO – JULIO 2014**”, la misma que fue dirigida y revisada minuciosamente, por lo que se le autoriza para que la reproduzca y la presente al Tribunal de Grado.

Loja, 6 de noviembre de 2015



Dra. Marcia Elizabeth Mendoza Merchán

DIRECTORA DE TESIS

AUTORÍA

Yo, Karina Anabelle Maldonado Córdova, egresada de la Carrera de Medicina Humana, declaro ser autora del presente trabajo de tesis y eximo expresamente a la Universidad Nacional de Loja y a sus representantes jurídicos de posibles reclamos o acciones legales, por el contenido de la misma.

Adicionalmente acepto y autorizo a la Universidad Nacional de Loja, la publicación de mi tesis en el Repositorio Institucional-Biblioteca Virtual.

Autora: Karina Anabelle Maldonado Córdova

Firma: 

Cédula: 1104892813

Fecha: Loja, 6 de noviembre de 2015

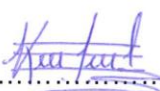
CARTA DE AUTORIZACIÓN DE TESIS POR PARTE DEL AUTOR PARA LA CONSULTA, REPRODUCCIÓN PARCIAL O TOTAL, Y PUBLICACIÓN ELECTRÓNICA DEL TEXTO COMPLETO.

Yo, **Karina Anabelle Maldonado Córdova**, declaro ser autora de la Tesis titulada **“Comparación de las principales complicaciones en recién nacidos, entre madres adolescentes y madres adultas en el Servicio de Neonatología del Hospital Regional Isidro Ayora en el periodo febrero – julio 2014”** como requisito para optar al Grado de: MÉDICO GENERAL autorizo al Sistema Bibliotecario de la Universidad Nacional de Loja para que con fines académicos, muestre al mundo la producción intelectual de la Universidad, a través de la visibilidad de su contenido de la siguiente manera en el Repositorio Digital Institucional:

Los usuarios pueden consultar el contenido de este trabajo en el RDI, en las redes de información del país y del exterior, con las cuales tenga convenio la Universidad.

La Universidad Nacional de Loja, no se responsabiliza por el plagio o copia de la Tesis que realice un tercero.

Para constancia de esta autorización, en la ciudad de Loja, a los 6 días del mes de noviembre del dos mil quince, firma la autora.

FIRMA: 

AUTOR: Karina Anabelle Maldonado Córdova

CÉDULA: 1104892813

DIRECCIÓN Tnte. Maximiliano Rodríguez y Huari.

CORREO ELECTRÓNICO: kary_ana17@yahoo.es

CELULAR: 0986273756

DATOS COMPLEMENTARIOS

DIRECTORA DE TESIS: Dra. Marcia Elizabeth Mendoza Merchán.

TRIBUNAL DE GRADO:

Dra. Natasha Samaniego Luna Ivanova, Especialista en pediatría

Dra. Nancy Geovanna Banda Navas, Mg Sc. Hebeatria y Especialista en pediatría

Dr. German Alejandro Vélez Reyes, Mg Sc. Hebeatria

DEDICATORIA

Dedico el presente trabajo investigativo a mis padres, **José Maldonado y Laura Córdova**, por creer en mí y porque siempre me apoyaron, los quiero muchísimo; a mi adorada hija **Maely Anahí**, quien me brindo su tiempo para poder culminar con esta tesis y quien desde su llegada fue el pilar fundamental para seguir adelante y nunca rendirme; a mi querido esposo: **Jair Cárdenas**, por estar siempre presente, apoyándome y brindándome su cariño. Te amo. A mis hermanos, Verónica, Alejandro, Yesenia, Maritza y Laura, por estar conmigo y apoyarme siempre, los quiero mucho.

Karina Maldonado Córdova

AGRADECIMIENTO

Dios, por darme la oportunidad de vivir y por estar conmigo en cada paso que doy, por fortalecer mi corazón e iluminar mi mente y por haber puesto en mi camino a aquellas personas que han sido mi soporte y compañía durante todo el periodo de estudio.

A mis padres, **José Maldonado y Laura Córdova** por darme la vida, quererme mucho, creer en mí y porque siempre me apoyaron. Gracias por darme una carrera para mi futuro, todo esto se los debo a ustedes.

Mi abuelita Dolores Jiménez (QEPD), por quererme y apoyarme siempre, esto también se lo debo a usted.

Agradezco de manera especial a la doctora Marcia Mendoza, Docente del Área de la Salud Humana, quien con su notable conocimiento e incomparable calidad humana dirigió y colaboró en gran medida para lograr elaborar esta tesis.

Y a todas aquellas personas que de otra forma estuvieron siempre ahí dándome ánimos.

Karina Maldonado Córdova

a. TÍTULO

**COMPARACIÓN DE LAS PRINCIPALES COMPLICACIONES EN RECIÉN NACIDOS,
ENTRE MADRES ADOLESCENTES Y MADRES ADULTAS EN EL SERVICIO DE
NEONATOLOGÍA DEL HOSPITAL REGIONAL ISIDRO AYORA EN EL PERIODO
FEBRERO – JULIO 2014.**

b. RESUMEN

El embarazo en la adolescente se ha asociado con un mayor riesgo de complicaciones durante la gestación, aumentando las complicaciones en el recién nacido, por ello se ha creído conveniente realizar la presente investigación determinando las principales complicaciones neonatales en recién nacidos, hijos madres adolescentes y madres adultas. Esta investigación es de tipo descriptivo, realizándose en los recién nacidos que se encuentran ingresados en el servicio de Neonatología del Hospital Regional Isidro Ayora en el periodo febrero - Julio el año 2014. Se utilizó para su desarrollo una hoja de recolección de datos cuya información se la obtuvo de las historias clínicas; encontrándose que del total de recién nacidos atendidos y tomando en cuenta los criterios de exclusión, 38 recién nacidos fueron hijos de madres adolescente y 38 hijos de madres adultas; donde la principal complicación neonatal en hijos de madres adolescentes en un 21,05 % fue la prematurez, seguido del síndrome de distrés respiratorio tipo I. Además, se encontró en los neonatos hijos de las madres adultas que la principal complicación fue el síndrome de distrés respiratorio tipo II con 32,89 %; concluyendo así que de las principales complicaciones neonatales en los recién nacidos de madres adolescentes y adultas son prevenibles con un adecuado control prenatal temprano.

PALABRAS CLAVES Complicaciones neonatales, recién nacidos, madres adolescentes y madres adultas.

SUMMARY

Pregnancy in adolescents has been associated with a higher risk of complications during pregnancy, increasing the complications in the newborn that is why it was believed convenient to make this research identifying the main neonatal complications in newborns, children teenage mothers and adult mothers. This research is qualitative - quantitative, the descriptive method of cross section was used, It was practices in newborns who are admitted to the Neonatal section in the "Isidro Ayora " Regional Hospital during the period from February through April 2014. For developing It was used a data collection sheet which information was obtained from the medical records; It was found that from the total of newborns reached and taking into consideration the exclusion criteria, 38 babies were born to teenage and 38 babies from adult mothers; where the main neonatal complication in children of teenage mothers was the prematurity 21.05%, followed by respiratory distress syndrome type I. It was also found that 32.89%; adult mother's babies had a main complication of respiratory distress syndrome t type II it led me to conclude that the main neonatal complications in newborns of adolescent and adult mothers are preventable with proper prenatal care.

KEYWORDS: neonatal complications, newborns, adolescent mothers and adult mothers.

c. INTRODUCCIÓN

El embarazo es una condición de salud pública que involucra adolescentes y mujeres adultas. Los extremos de la edad han mostrado ser un factor de riesgo de morbi – mortalidad para el recién nacido.

Según (AMERICAN SOCIETY FOR REPRODUCTIVE MEDICINE, 2013) señala: Que la mejor edad reproductiva de una mujer es cerca de los 20 años. La fertilidad disminuye gradualmente a partir de los 30 años, sobre todo después de los 35 años, siendo entre los 20 y 35 años la edad óptima para la concepción, logrando así disminuir los riesgos maternos – fetales.

De acuerdo a datos obtenidos del Ministerio de Salud Pública (MSP), en Ecuador en el 2011 el 26 % (122.301) de la población adolescente y joven, está embarazada; Ecuador posee la tendencia a la fecundidad más alta en la región subandina, pues dos de cada tres adolescentes de 15 a 19 años, sin educación, son madres o están embarazadas por primera vez.

El embarazo en la adolescencia implica alto riesgo para la salud de la madre, del feto y del recién nacido, que puede incluso llevarlos hasta la muerte. Los riesgos derivan de 2 situaciones: Una de tipo biológica y la otra condicionada por factores psicosociales. En lo biológico, los peligros están determinados por la inmadurez de las estructuras pélvicas y del sistema reproductor en general.

El embarazo en la adolescencia acarrea consecuencias sociales y económicas perjudiciales para la adolescente, su familia, su comunidad y su país.

De acuerdo a (Río, León, Minassia, Borgoño, & Bustamante, 2008) señalan:

Los embarazos en la adolescencia suscitan riesgos para los recién nacidos. Si la madre es una adolescente, hay probabilidad de muerte durante el primer mes de vida superior en 50 por ciento a la probabilidad cuando la madre tiene más edad. Cuanto más joven sea la madre, tanto mayor es el riesgo para el recién nacido.

El embarazo y el parto no son enfermedades, pero tienen riesgo de complicación, especialmente durante el proceso de parto. Las urgencias maternas son sumamente difíciles de predecir, por lo cual todas las mujeres necesitan acceso a los cuidados obstétricos esenciales. La adopción de las medidas necesarias para lograr un nacimiento seguro pueden disminuir significativamente el riesgo de complicación y muerte de la madre y el recién nacido. A su vez, el período neonatal (especialmente inmediatamente después del nacimiento) representa el momento más vulnerable y crítico del primer año de vida.

Es por esta razón que el presente trabajo investigativo tuvo como objetivo principal: Determinar las principales complicaciones en recién nacidos, entre madres adolescentes y madres adultas; Identificar las principales complicaciones de los recién nacidos de madres adolescentes, establecer las principales complicaciones de los recién nacidos de madres adultas; determinar en qué género de recién nacidos se presentan con mayor frecuencia las complicaciones; conocer el nivel de instrucción y socioeconómico de las madres adolescentes y madres adultas; Identificar el estado civil de las madres adolescentes y madres adultas; conocer el

número de controles prenatales realizados tanto de las madres adolescentes como los de las madres adultas, para lo cual se utilizó una hoja de recolección de datos (anexo 1), él se la utilizo en todos los recién nacidos ingresados en el servicio de neonatología que cumplan con los requisitos solicitados.

Se estableció que las principales complicaciones neonatales de los hijos de madres adolescentes es la prematurez. Mientras que en los neonatos de madres adultas es el síndrome de dificultad respiratoria Tipo II

d. REVISIÓN DE LA LITERATURA

1. PREMATUREZ

1.1 Recién nacido prematuro. - El Comité de Expertos de la Organización Mundial de la Salud definió al prematuro como “recién nacido de peso inferior a 2.500 g y nacido antes de la semana 37 de gestación (259 días)”. Alrededor del 8% de los RN vivos son pretermo, pesando aproximadamente la mitad de ellos menos de 2.500 g (prematuros) y el resto más de esta cantidad (RN pseudotérmino).

La importancia de la edad gestacional para el cuidado y pronóstico de la prematuridad ha motivado la distinción entre: a) pretermo moderado, entre 31-36 semanas, con mortalidad baja, ya que las técnicas habituales de tratamiento son efectivas en la mayoría de las ocasiones; b) pretermo extremo, de menos de 31 semanas (con un peso en general inferior a 1.500 g), también llamados RN de muy bajo peso o RNMBP: en ellos es necesaria la aplicación de métodos terapéuticos más específicos, las complicaciones son frecuentes y su mortalidad y morbilidad son aun elevadas. Dentro de este grupo, los pretermo muy extremos, con edad gestacional inferior a las 28 semanas y peso generalmente inferior a 1.000 g (RN de extremado bajo peso o RNEBP), son tributarios de cuidados muy especiales y su morbimortalidad sigue siendo muy elevada, aunque con tendencia descendente.

Según datos de la Sociedad Española de Neonatología:

La supervivencia al alta va desde un 8% para los prematuros de 400-500 g de peso hasta un 80% para los de 900-1.000 g, y las secuelas tienen relación

inversa con la edad gestacional. Por ello, actualmente se considera como límite de viabilidad 500-600 g al nacimiento y edad gestacional de 23-24 semanas, aunque hay excepciones, sobre todo en lo que se refiere al peso.

1.1.1 Etiopatogenia.- Como causas conocidas de prematuridad (Cruz H., 2010) destaca:

- a) Enfermedades maternas generales como infecciones graves, nefropatías, cardiopatías, hepatopatías, anemias, endocrinopatías.
- b) Afecciones obstétricas y ginecológicas: multiparidad, infertilidad previa, incompetencia cervical uterina, mioma uterino, hidramnios, traumatismos durante el embarazo, ruptura prematura de membranas, corioamnionitis, placenta previa, desprendimiento precoz de placenta y otras alteraciones placentarias; edad materna inferior a 16 años o superior a 40.
- c) Causas sociales: bajos recursos socioeconómicos, trabajo corporal intenso, tabaquismo, alcoholismo y otras drogodependencias, traumas psíquicos y alimentación deficiente.
- d) Causas fetales: gemelaridad (la fecundación in vitro es una de las primeras causas de embarazos múltiples y la gemelaridad es responsable de un 20% de los casos de prematuridad), malformaciones congénitas, cromosomopatías.
- e) Causas iatrogénicas: inducción precoz del parto o cesáreas electivas por enfermedades maternas generales (diabetes, toxemia), por mala apreciación de la edad gestacional (sospecha de postmadurez) o por problemas fetales (eritroblastosis, hidrops fetal, pérdida del bienestar fetal).

Queda un grupo de causa desconocida, entre los cuales destaca el parto prematuro habitual en mujeres sanas, relacionado con falta de incremento del volumen minuto

cardíaco, de manera que el aumento del ejercicio físico puede precipitar el parto. El carácter familiar se observa a menudo y hay cierto predominio de los prematuros del sexo femenino y del grupo sanguíneo B.

Los distintos factores citados actúan principalmente acortando la duración del embarazo, pero pueden también dificultar la nutrición, el crecimiento celular y lesionar directamente al feto. Este podrá sufrir, además, agresiones secundarias a su mayor vulnerabilidad durante el parto y en los primeros días de vida, sobre todo si la asistencia no es apropiada. La consecuencia final es una inmadurez de todos los órganos y funciones, lo que condiciona una expresión clínica específica y complicaciones inmediatas o tardías, seguidas ocasionalmente de secuelas.

1.1.2 Clínica y complicaciones.- Las alteraciones que presenta un prematuro dependen fundamentalmente de la edad de gestación, si bien el momento de aparición de las mismas tras el nacimiento suele ser bastante constante.

Los trastornos precoces que ponen en peligro la vida del prematuro, en especial si la asistencia no es apropiada, de acuerdo a (Gomella, 2004) explica:

- 1) Control deficiente de la termorregulación con tendencia frecuente a la hipotermia.
- 2) Trastornos respiratorios, tanto de tipo central (anoxia, crisis de apnea), como periféricos (enfermedad de la membrana hialina).
- 3) Trastornos cardiocirculatorios, con tendencia a la hipotensión arterial precoz y posibilidad de persistencia del ductus arterioso.

- 4) Lesiones encefálicas relacionadas con la anoxia, predisposición hemorrágica, el trauma de parto o una hiperbilirrubinemia, destacando por su frecuencia y gravedad la hemorragia peri-intraventricular.
- 5) Dificultad de alimentación, que puede motivar cuadros de malnutrición y graves alteraciones digestivas (íleo paralítico, tapón meconial, enterocolitis necrotizante).
- 6) Tendencia a perturbaciones metabólicas: hipoglucemia, hiperbilirrubinemia, hiperkaliemia, hiperazotemia, hiperamoniemia, hipo-hipernatremia.
- 7) Posibilidad de infecciones nosocomiales. Como trastornos o complicaciones tardías hay que citar la retinopatía del prematuro, la anemia del prematuro, la osteopenia del prematuro y los trastornos respiratorios (insuficiencia pulmonar crónica de la prematuridad).

1.1.3 Diagnóstico del prematuro.- De acuerdo a (Gujarro, 2010) Es necesario atender diferentes aspectos diagnósticos:

- a) diagnóstico clínico de prematuridad, que se fundamenta en el peso, la edad gestacional y los síntomas descritos; se utilizan tablas de desarrollo (Ballard, etc.), así como varios rasgos clínicos para evaluar la edad gestacional;
- b) diagnóstico del grado de prematuridad en función de su edad gestacional y su peso;
- c) diagnóstico etiológico, mediante la anamnesis familiar e historia obstétrica;
- d) diagnóstico de las posibles complicaciones, buscando con especial interés: membrana hialina, sufrimiento cerebral, hiperbilirrubinemia,

tendencia hemorrágica (intracraneal, pulmonar), e infección, cuya presencia modificara tanto el pronóstico inmediato como el lejano y el tratamiento;

- e) diagnóstico diferencial, que se planteara ante todo con los enanismos en la edad neonatal, en especial los llamados intrauterinos y esenciales, los RN de bajo peso y el RN a término "límite" con edad gestacional de 37-38 semanas y peso al nacer de 2.500 a 3.000 g.

Estos llegan a comprender el 16% de los RN vivos y, aunque se definen como niños a término, presentan algunos desordenes funcionales: mal control de la temperatura corporal, dificultad de succión, pérdida de peso prolongada, hiperbilirrubinemia y distrés respiratorio (la enfermedad de la membrana hialina aparece en un 8% de los niños con 37-38 semanas de gestación, si nacen por cesárea, y en menos de un 1%, en partos por vía vaginal).

1.1.4 Tratamiento.- Debe comenzar en el momento del parto, seguir durante su traslado y continuar, siempre que sea posible, en un centro especializado.

Asistencia durante el parto.- Siempre que se espere el nacimiento de un niño prematuro deberá estar presente en la sala de partos un equipo especializado entrenado en reanimación neonatal. Respecto a la viabilidad del neonato, para una edad gestacional < 24 semanas es ético no iniciar medidas de reanimación, Se evitará siempre el "trauma químico" por dosis elevadas de vitamina K, oxitócicos, analgésicos, anestesia general y cualquier fármaco con algún peligro para el RN. Se disminuirá al máximo posible el "trauma físico" del parto (cesárea electiva en las

presentaciones podálicas o de nalgas, evitar partos instrumentados) y se recibirá al niño con suavidad, envuelto en una bolsa de polietileno si es un prematuro de extremado bajo peso, o en toalla seca, caliente y estéril, para disminuir el “trauma térmico”.

1.2 Ictericia neonatal.- La ictericia afecta a más del 60% de los niños durante la primera semana de vida, por lo que se trata de uno de los hallazgos más frecuentes en la exploración del recién nacido (RN). Esta pigmentación amarillenta de la piel es expresión clínica de la elevación de la bilirrubina en sangre, que en la mayoría de los niños es un fenómeno fisiológico. Sin embargo, la bilirrubina es potencialmente tóxica para el sistema nervioso central, por lo que es esencial una adecuada evaluación de todos los neonatos icterícos.

A este respecto (Guijarro, 2010) señala:

La ictericia aparece cuando la bilirrubina total alcanza, aproximadamente, 5 mg/dL. Alrededor del 5% de los RN con ictericia tienen niveles de bilirrubina lo suficientemente elevados como para precisar tratamiento con fototerapia. Niveles más altos de bilirrubina pueden producir daño cerebral con resultados devastadores y permanentes (kernicterus), secuelas que se pueden evitar con una adecuada monitorización de todos los RN icterícos. (p. 19)

1.2.1 Estudio clínico de la ictericia neonatal.- La ictericia aparece cuando la producción de bilirrubina supera la excreción. Una alteración en cualquiera de los procesos, si no es compensado por otro, provocara un aumento de la bilirrubina en sangre y tejidos. Así, la ictericia puede deberse a los siguientes mecanismos: a) hemólisis, b) déficit de transporte, c) perturbación de la captación,

d) déficit de la glucuronoconjugación, e) déficit de transporte intracelular y de excreción, f) colestasis intrahepática, g) colestasis mecánica, h) reabsorción intestinal. Algunos factores etiológicos tienen un mecanismo de acción doble.

Exploración física. La exploración puede detectar: pérdida de peso, características de la coloración de piel y mucosas, estado de hidratación, lesiones cutáneas, colecciones hemáticas, hepatoesplenomegalia, masas abdominales, sensorio y exploración neurológica, que pueden orientar en el diagnóstico y en las pruebas complementarias a solicitar. La ictericia debe valorarse en una habitación bien iluminada (mejor con luz natural diurna) presionando con los dedos la piel para valorar bien su color y el del tejido subcutáneo. La ictericia se suele apreciar primero en la cara y luego progresa caudalmente hacia el tronco y las extremidades. El examen clínico y la anamnesis son suficientes a veces para orientar un diagnóstico. Sin embargo, el diagnóstico debe confirmarse con la medida de la bilirrubina cuando se sospeche ictericia patológica.

Exámenes complementarios en el diagnóstico de la ictericia. Debido a que la estimación visual de la bilirrubina puede conducir a errores, se recomienda un bajo umbral para realizar la determinación de los niveles, especialmente en niños con pigmentación oscura de la piel. Actualmente es posible la determinación de la bilirrubina transcutánea, una técnica no invasiva que utiliza un *flash* de luz blanca que se refleja en la piel. En función del color de la piel, ciertas longitudes de onda quedan retenidas.

En el laboratorio debe estudiarse la bilirrubina total obtenida mediante punción

venosa o capilar. En el estudio de la hiperbilirrubinemia patológica se determinará también la fracción directa (para un nivel de bilirrubina total ≤ 5 mg/dL, es patológica una fracción directa $> 1,0$ mg/dL; para valores de bilirrubina total > 5 mg/dL, se suele considerar patológico un valor $> 20\%$ de la bilirrubina total). La determinación de la albumina y del cociente bilirrubina/albumina puede ayudar a la toma de decisiones terapéuticas; una cifra de albumina inferior a 3 g/dL es un factor de riesgo adicional especialmente si se valora la práctica de una exanguinotransfusión.

Según (Arellano, 2008) determina:

Las técnicas para determinar la bilirrubina libre no ligada a albumina todavía no tienen una utilidad práctica bien establecida: antes de que se puedan realizar estudios multicéntricos será necesario mejorar los aparatos de medida, estandarizar la metodología, conocer de forma más precisa los mecanismos químicos implicados, evaluar la posible interferencia de los fotoisómeros presentes en la sangre y corregir la posible interferencia de la hemoglobina. El hemograma y la extensión de sangre periférica permiten valorar la presencia de anemia, de características sépticas y la morfología de los hematíes cuando se sospecha una determinada etiología (esferocitosis, eritroblastosis). (p. 126)

Potenciales evocados auditivos del tronco cerebral. El aumento excesivo de bilirrubina produce alteraciones en los potenciales evocados auditivos y estas alteraciones son más acusadas cuanto mayores son los valores de bilirrubina. La relación es mayor con los valores de bilirrubina libre. Estas alteraciones pueden revertir con la práctica de una exanguinotransfusión

1.2.2 Clasificación etiológica de las hiperbilirrubinemias.- La causa

más frecuente de ictericia es la fisiológica; le siguen en orden de frecuencia las ictericias hemolíticas por isoinmunización ABO o por déficit enzimático (glucosa-6-fosfato deshidrogenasa).

El momento de aparición de la ictericia puede ayudar a orientar el diagnóstico.

Las ictericias hemolíticas pueden estar presentes al nacer o tener un inicio precoz, mientras que la fisiológica suele aparecer del segundo al cuarto día y las ictericias por hepatitis o atresia de vías biliares son más tardías y prolongadas. (Quevedo, 2013)

1.2.2.1 Ictericia fisiológica. - En la primera semana de vida, más del 60% de los RN aparentemente sanos presentarán cierto grado de ictericia, denominada fisiológica o icterus simplex neonatorum. Esta ictericia refleja niveles de bilirrubina que no precisan tratamiento: se encuentran por debajo del percentil 95 en los nomogramas poblacionales.

Clínica. Se aprecia generalmente a partir del segundo día, siendo más manifiesta en el 3o y 4o, para disminuir rápidamente, de modo que en la inmensa mayoría de los casos no es perceptible al octavo día. En algunas ocasiones se aprecia ya al final de las 24 horas. Por el contrario, en otras (un 5% aproximadamente) es más prolongada, pero solo excepcionalmente el icterus simplex llega a los 12 días. El tinte icterico de piel y mucosas se considera mínimo o moderado. Además, la ictericia es “monosintomática”, lo cual significa que es el único síntoma o signo llamativo en el neonato.

Laboratorio. La ictericia fisiológica se debe a hiperbilirrubinemia de franco predominio indirecto o no conjugada. El aumento diario es inferior a 5 mg.

Patogenia. Niveles de bilirrubinemia mayores que en edades posteriores son apreciables en todos los RN ya en la sangre del cordón umbilical (hasta 4 mg por 100) Aumentos discretos de bilirrubina no tienen acción patógena y, como ya se ha indicado, tienen un efecto antioxidante protector. Varios factores están implicados en la ictericia fisiológica: el neonato sufre una sobrecarga de bilirrubina relacionada con el mayor volumen de los hematíes y con el acortamiento de su vida media (8-10 mg/kg al día; adulto: 3,8 mg/kg/día). Además, existe un déficit de captación por el polo proximal del hepatocito a cargo de la ligandina. El principal factor que determina la ictericia del RN es el déficit fisiológico de la enzima glucuroniltransferasa, que limita la capacidad del hígado para metabolizar la bilirrubina producida en los primeros días, haciéndola apta para su eliminación renal. Por último, existe un aumento de la circulación entero plasmática. Cuando se produce la saturación de la capacidad de fijación de bilirrubina a la albumina (más baja en el RN, especialmente en el prematuro), difunde a través de la pared capilar al espacio conjuntivo y, a través de este, al intracelular, dando lugar, en definitiva, a la ictericia.

En los *prematuros* y *RN de bajo peso* pueden darse las siguientes posibilidades:

- a) ictericia de aparición precoz (primeras 24 horas), pero de duración normal;
- b) ictericia de curso prolongado (de 3 a 6 semanas) por una insuficiencia transitoria de la glucuronoconjugacion;
- c) ictericia precoz y prolongada. Con frecuencia se acompaña de signos

patológicos asociados propios de la prematuridad (no es “monosintomática”) y requiere tratamiento. (Sánchez, 2007)

Se pueden considerar como cursos anormales de ictericia fisiológica: la de niños nacidos en poblaciones de gran altitud sobre el nivel del mar (citado antes), sometidos a un ayuno prolongado o que han padecido hipotermia y el síndrome de Lucey, ya que intervienen factores similares al comentado en la fisiológica.

1.2.2.2 Ictericia por leche materna. La asociación entre lactancia materna e ictericia prolongada es un fenómeno bien conocido que afecta a dos tercios de los niños amamantados.

Los RN con adecuada instauración de la lactancia materna tienen niveles de bilirrubina semejantes a los niños alimentados con fórmula durante los primeros 5 días de vida; posteriormente, la mayoría de los niños alimentados con lactancia materna mantienen niveles estables o presentan un segundo aumento de bilirrubina que alcanza las cifras más altas alrededor de los 10-15 días de vida, para descender progresivamente. (Quevedo, 2013)

Este fenómeno se ha atribuido a gran variedad de mecanismos: inhibición de la glucuronil transferasa hepática mediante metabolitos presentes en la leche materna, como el pregnandiol, o por ácidos grasos libres (producidos por la actividad lipasa de la leche materna), efecto de la taurina en el metabolismo de los ácidos biliares o aumento de la circulación entero-hepática de la bilirrubina por la actividad beta-glucuronidasa de la leche materna. Aunque ninguno de estos

mecanismos ha demostrado ser el responsable, el aumento de la absorción de bilirrubina en el intestino de los niños amamantados sí parece estar implicado en el fenómeno.

1.2.2.3 Ictericia hemolítica. Está presidida por la enfermedad hemolítica del RN, tanto por isoimmunización Rh, como ABO u otras mucho menos frecuentes frente a otros antígenos eritrocitarios. Otras causas son la esferocitosis hereditaria, eliptocitosis, picnositosis, acantocitosis, hemoglobinopatías, anemias hemolíticas enzimopénicas (déficit de G6PDH), carencia de vitamina E, hiperhidratación materna con hipoosmolaridad en el RN y hemólisis

1.2.2.4 Ictericia endocrinológica. Puede existir ictericia en el período neonatal en: hipopituitarismo, diabetes insípida, insuficiencia suprarrenal y, sobre todo, en el hipotiroidismo.

1.2.3 Tratamiento

Fototerapia. Es el tratamiento inicial de la hiperbilirrubinemia. Su objetivo es disminuir la concentración de bilirrubina no conjugada circulante mediante la modificación de su forma y estructura, que se convierte en moléculas que pueden excretarse incluso cuando existen alteraciones en la conjugación.

Las radiaciones lumínicas producen diferentes reacciones fotoquímicas en la bilirrubina no conjugada subcutánea y de la dermis, que contribuyen de forma variable a la eliminación de la bilirrubina: 1) foto oxidación, con formación de

moléculas polares incoloras que se excretan por la orina; 2) isomerización configuracional, que transforma el isómero estable original de la bilirrubina (4 Z, 15 Z) en isómeros menos tóxicos y solubles en agua (4 Z, 15 E; 4 E, 15 Z y 4 E, 15 E) que se eliminan por la bilis; se trata de una reacción reversible, por lo que pueden volver a entrar en la circulación entero hepática; 3) isomerización estructural de la bilirrubina a lumirrubina, molécula estable, hidrosoluble, que se elimina por la bilis y el riñón; posiblemente sea el mecanismo de acción más importante de la fototerapia.

La absorción de luz por la bilirrubina es máxima en la región azul del espectro (alrededor de 460 nm), una región en la que la penetración de la luz en el tejido aumenta significativamente al aumentar la frecuencia de onda. Por eso se consigue una eficacia máxima al utilizar luz con longitudes de onda entre 460-490 nm. La eficacia de la fototerapia también depende de la irradiación de la fuente de luz (la potencia de la energía emitida), que se puede medir con un radiómetro o espectrorradiómetro en $\mu\text{W}/\text{cm}^2/\text{nm}$. La distancia entre la fuente de luz y el paciente, la superficie de piel expuesta, la etiología y gravedad de la hiperbilirrubinemia, determinan también la respuesta al tratamiento.

No existe un sistema único estandarizado de fototerapia. Los sistemas utilizados habitualmente son de luz blanca (luz natural) o tubos azules fluorescentes, que concentran toda la luz en el espectro azul-verde. Los sistemas de fibra óptica son útiles en combinación con las lámparas halogenadas o las fluorescentes azules. La persistencia de ictericia después de los 3 meses o niveles por encima de los 9 mg/dL sugiere otras etiologías y, en casos extremos, precisan interrumpir la

lactancia materna durante 1 – 2 días o realizar tratamiento con fototerapia.

1.3 Síndrome de dificultad respiratoria.- La patología respiratoria constituye la causa más frecuente de morbilidad en el período neonatal, y puede afectar al 2-3% de los recién nacidos y hasta el 20% de los que tienen un peso al nacer menor de 2,5 kg. El grado de desarrollo anatómico y fisiológico del sistema respiratorio, especialmente en los recién nacidos (RN) pretérmino, y los rápidos cambios que deben producirse en el momento del nacimiento, cuando el recambio gaseoso pasa de la placenta al pulmón, son, junto con malformaciones e infecciones, los factores fundamentales que explican esta alta incidencia.

En el momento actual, debido a los constantes avances en el diagnóstico, en el control y en el tratamiento fetal, y también al conocimiento fisiopatológico y a las nuevas posibilidades terapéuticas de estos procesos, la letalidad se ha reducido de modo considerable y se limita casi exclusivamente a los recién nacidos de peso al nacer extremadamente bajo, a malformaciones congénitas a las que se asocia hipoplasia pulmonar o alteraciones musculoesqueléticas, y a algunos cuadros que cursan con hipertensión pulmonar persistente neonatal

1.3.1 Orientación diagnóstica:

Manifestaciones clínicas de la dificultad respiratoria.- Las manifestaciones clínicas más comunes de las enfermedades pulmonares neonatales son: cambios en la frecuencia y el ritmo respiratorio, retracciones costales, quejido espiratorio, cianosis (o necesidad de oxígeno suplementario para evitarla) y alteraciones en la auscultación pulmonar, que son expresiones de la situación fisiopatológica y de los

intentos de adaptación a la misma por parte del paciente. Permiten valorar la gravedad del cuadro más que la etiología, para la que suele ser necesario realizar una completa anamnesis y pruebas complementarias, especialmente radiografía de tórax.

Según (López, 2014) explica:

La taquipnea, con frecuencia respiratoria superior a 60 y en ocasiones a 90 - 100 respiraciones/ min, es característica de estos cuadros. Cuando se acompaña de retracciones subcostales y/o intercostales intensas que indican un trabajo respiratorio aumentado y de pequeñas pausas intercaladas para “descansar”, se debe establecer alguna intervención terapéutica para evitar una pausa de apnea.

El test de Silverman (tabla 1) permite de un modo sencillo cuantificar la intensidad del trabajo respiratorio e ir valorando la evolución clínica cuando el paciente no está sometido a presión de distensión continua o ventilación mecánica, ya que en estas situaciones el aleteo nasal y el quejido espiratorio no pueden ser valorados.

La auscultación pulmonar cuidadosa, analizando la presencia de hipoventilación difusa o localizada en alguna zona torácica, estertores, roncus, estridor inspiratorio, asimetrías o desplazamiento de los tonos cardíacos, puede proporcionar información relevante acerca de la distribución del murmullo vesicular, la posición del tubo traqueal en pacientes intubados, la sospecha de neumotórax-neumomediastino, el derrame pleural abundante, etc.

En la valoración del color de los RN con dificultad respiratoria, la cianosis central (cianosis de piel y mucosa labial-lingual) indica la existencia de hipoxemia que puede ser de origen cardíaco o pulmonar. La cianosis de origen pulmonar suele disminuir en respuesta a incrementos en la fracción de oxígeno del aire inspirado (FiO_2), salvo en casos de malformaciones extremadamente graves o cuando la patología pulmonar está asociada a un cortocircuito derecha-izquierda a través del conducto arterioso y/o foramen oval por hipertensión pulmonar. La cianosis periférica (en extremidades) puede ser debida a hipotermia o a mala perfusión periférica. Los RN con insuficiencia respiratoria pueden tener coloración pálida por vasoconstricción y acidosis y, si la cifra de hemoglobina es baja, pueden tener hipoxemia sin cianosis. La FiO_2 necesaria para mantener un color sonrosado del paciente (y una saturación de oxígeno de la hemoglobina [SatO₂] adecuada medida por pulsioximetría), junto con el test de Silverman, son buenos indicadores clínicos de la gravedad de la insuficiencia respiratoria.

Así también, (Taeusch & Ballard, 2009) refiere:

Distrés respiratorio de comienzo inmediato al nacimiento.- La presencia de dificultad respiratoria en los primeros minutos u horas tras el nacimiento es la situación que se observa más frecuentemente en este grupo de problemas, y se deben plantear estrategias de diagnóstico y tratamiento basadas, por una parte, en las características del paciente (pretérmino o término) y sus antecedentes perinatales (infección, malformaciones, volumen y características del líquido amniótico), maniobras de reanimación realizadas, y, por otra, en las características clínicas indicadas anteriormente.

1.3.2 Enfermedad de membrana hialina (EMH).- Se produce por déficit de surfactante pulmonar. Afecta sobre todo a los RN pretérmino, y su incidencia es tanto mayor cuanto menor es la edad gestacional (superior al 60% en RN con edad gestacional inferior a 28 semanas, del 10 al 20% a las 34 semanas, e inferior al 5% a partir de las 36 semanas de edad gestacional). Además del déficit de surfactante, se han descrito alteraciones en la bomba de Na en el epitelio nasal de pacientes con esta enfermedad, hecho que, si sucede lo mismo en el epitelio alveolar, podría estar implicado en su patogenia.

A este respecto (López, 2014) señala:

La dificultad respiratoria comienza en la misma sala de partos o en las primeras horas de vida, con quejido, polipnea y retracciones tanto más precozmente cuanto menor es la edad gestacional y mayor la gravedad del cuadro. En la evolución “espontánea” se observa un incremento progresivo del trabajo respiratorio y de las necesidades de oxígeno durante las primeras 36-48 h, para ir remitiendo los signos de dificultad respiratoria y las necesidades de oxígeno en los 2-3 días siguientes.

Los RN muy inmaduros suelen necesitar soporte respiratorio con presión de distensión continua o ventilación mecánica y administración muy precoz de surfactante. Esta terapéutica puede modificar la evolución clínica de la EMH, acortando su duración. La afectación del estado general, la acidosis metabólica y la alteración hemodinámica (hipotensión arterial, mala perfusión periférica) son variables que dependen de la gravedad de la enfermedad. La determinación del perfil pulmonar en aspirado traqueal o faríngeo muestra valores de cociente

lecitina/esfingomielina (L/E) < 2 y ausencia de fosfatidilglicerol (PG). El empleo generalizado de corticosteroides prenatales para acelerar la maduración pulmonar y el uso de surfactante profiláctico hacen que la utilidad clínica de esta prueba, por su retraso en el resultado, sea en el momento actual limitada, si bien otros procedimientos de análisis rápido de actividad del surfactante a la cabecera del paciente podrían tener alguna utilidad. La presencia de hipoxemia, inicialmente sin importante retención de CO₂, y la ausencia de anomalías en el recuento y fórmula leucocitaria, son otros datos de laboratorio que apoyan el diagnóstico de EMH.

La radiografía de tórax muestra un patrón característico con pulmones poco aireados y bajo volumen pulmonar (atelectasia difusa), al que se añaden datos que se correlacionan bien con la gravedad. Se distinguen cuatro grados o tipos de gravedad creciente

- Tipo I: patrón reticulogranular fino y homogéneo como vidrio esmerilado.
- Tipo II: similar al anterior pero más denso y con broncograma aéreo más visible.
- Tipo III: pacificación alveolar difusa y confluyente con menor volumen pulmonar.
- Tipo IV: “pulmón blanco”. Ausencia prácticamente total de aire en el parénquima pulmonar, cuya densidad no se distingue de la silueta cardíaca.

Además de posibles complicaciones pulmonares agudas (enfisema intersticial pulmonar, neumotórax), los RN más inmaduros con EMH grave tienen más riesgo de ductus persistente sintomático, hemorragia intraventricular y enfermedad pulmonar crónica de la prematuridad.

1.3.3 Taquipnea transitoria del recién nacido (TTRN) o mala adaptación pulmonar.- Se produce por retraso en la reabsorción del líquido pulmonar tras el nacimiento. También, se denomina síndrome de pulmón húmedo o distrés tipo II. Es el tipo más frecuente de dificultad respiratoria neonatal. Afecta tanto a RN pretérmino como a término, frecuentemente con antecedentes de parto por cesárea, sedación materna, asfixia o aspiración de líquido amniótico claro. Estudios de perfil pulmonar en estos pacientes han mostrado cociente L/E normal (> 2) y ausencia de PG17.

En las primeras 4-6 h de vida el cuadro clínico puede ser indistinguible de una EMH, pero en la evolución se observa que las necesidades de oxígeno suplementario no continúan aumentando, raramente superan el 40% y a las 36-48 h suele estar resuelto o quedar una mínima polipnea residual. La afectación del estado general y la alteración hemodinámica son poco relevantes, y en la gasometría se observa sobre todo retención de CO₂ leve o moderada. En la radiografía de tórax aparecen pulmones bien aireados o ligeramente hiperinsuflados, con condensaciones perihiliares bilaterales prominentes y que se extienden hacia la periferia del pulmón. Líquido en cisuras o pequeños derrames pleurales son hallazgos asociados frecuentes.

En las primeras 8-12 h de vida la radiografía de tórax puede no ser concluyente para diferenciar EMH tipo I y TTRN. Los datos de laboratorio, hemograma, proteína C reactiva (PCR), etc., no muestran alteraciones sugestivas de infección.

1.3.4 Distrés respiratorio leve.- Está caracterizado por signos clínicos de dificultad respiratoria durante las 3-6 primeras horas de vida sin que se observen alteraciones radiológicas ni gasométricas significativas y con una evolución autolimitada y uniformemente favorable. Las diferencias con las formas más leves de TTRN son muy tenues y destacan más por las alteraciones gasométricas y por la evolución cronológica de los síntomas.

1.3.5 Infección pulmonar temprana.- La infección pulmonar perinatal puede producirse por vía ascendente desde el canal del parto o por paso transplacentario de microorganismos y afectar tanto a RN pretérmino como a término. La etiología bacteriana (*Streptococcus agalactiae*, *Escherichia coli*, *Haemophilus influenzae*, *Listeria monocytogenes*, etc.) es la más habitual, pero ante un cuadro clínico compatible y cultivos habituales negativos o antecedentes epidemiológicos sugestivos también debe ser investigada la posibilidad de infección por especies de *Candida*, virus de diferentes tipos cada vez más frecuentemente reportados, *Mycoplasma*, *Chlamydia* o *Ureaplasma urealyticum*.

Los síntomas respiratorios pueden ser inicialmente predominantes e indistinguibles de una EMH o TTRN, pero muy tempranamente, ya desde las primeras horas de vida, en los casos graves aparecen signos y síntomas de sepsis y shock con acidosis metabólica, mala perfusión periférica, gradiente térmico central periférico aumentado y tendencia a presentar pausas de apnea. La hipertensión pulmonar persistente neonatal con cortocircuito derecha-izquierda a través del ductus arterioso y/o el foramen oval puede complicar aún más el cuadro en los casos más graves. La existencia de antecedentes de infección o fiebre materna, de rotura prematura de membranas y/o de

corioamnionitis puede orientar el diagnóstico. (Quevedo, 2013)

La radiografía de tórax es inespecífica y muestra patrones similares a la EMH, TTRN, con densaciones bronconeumónicas de distribución irregular o incluso un patrón miliar. El recuento y la fórmula leucocitarias con un cociente neutrófilos inmaduros/totales aumentado y un incremento de PCR, procalcitonina u otros marcadores de infección²⁸ permiten orientar el diagnóstico e iniciar tempranamente un tratamiento antibiótico empírico hasta recibir los resultados de los cultivos.

1.3.6 Síndrome de aspiración meconial (SAM).- La causa del SAM es la llegada a la vía aérea intratorácica de líquido amniótico que contiene meconio. La emisión de meconio al líquido amniótico se produce durante períodos de asfixia. Los movimientos respiratorios que ésta induce en el feto intraútero o bien las primeras respiraciones tras el nacimiento desplazan las partículas de meconio hacia las pequeñas vías aéreas, produciendo un mecanismo valvular de obstrucción, una reacción inflamatoria en los pulmones y una inactivación del surfactante que constituyen la etiopatogenia del SAM. El cuadro se presenta en RN a término y postérmino.

Para señalar este síndrome (Taeusch & Ballard, 2009) considera:

La presencia de meconio en líquido amniótico en RN pretérmino sugiere infección frecuentemente producida por *Listeria*. A los síntomas de dificultad respiratoria se añade el antecedente de líquido amniótico meconial. La piel y el

cordón umbilical pueden estar impregnados de una coloración marrón verdosa del meconio. El tórax está hiperinsuflado y en la auscultación con frecuencia se detectan roncus, estertores y asimetría en la ventilación alveolar, con tonos cardíacos alejados o desplazados que sugieren la presencia de neumotórax y/o de neumomediastino. La gasometría muestra retención de CO₂ e hipoxemia en grado variable. Los casos más graves cursan con hipertensión pulmonar persistente neonatal asociada. Cuando hay asfixia grave asociada, las manifestaciones clínicas y la alteración gasométrica están presentes desde el nacimiento. En otras ocasiones la gravedad de la insuficiencia respiratoria va aumentando progresivamente a lo largo de las primeras 12-24 h de vida y se acompañan de un cambio en la radiografía de tórax hacia un patrón de mayor condensación, probablemente relacionado con la neumonitis y la inflamación producida por el meconio. (p. 234)

El patrón radiológico es muy variable y no siempre guarda correlación con las manifestaciones clínicas. Los signos característicos son zonas de condensación irregular en ambos campos pulmonares que alternan con zonas hiperaireadas, y frecuentemente neumomediastino o neumotórax. En los casos más graves hay un predominio de las condensaciones, que pueden hacerse confluentes y dar una imagen de condensación homogénea; es entonces cuando se piensa que otros factores asociados a la asfixia o a la infección crónica intraútero, como edema pulmonar, fallo miocárdico, etc., pueden ser tanto o más importantes que la propia aspiración de meconio en su desarrollo.

Tratamiento.- Inicialmente debe evitarse la ventilación pulmonar con mascarilla o a través de tubo traqueal antes de realizar una aspiración traqueal rigurosa que

permita extraer la mayor parte del líquido meconial. El tratamiento debe ir dirigido a mantener una saturación de O₂ entre 85-95% y un pH superior a 7,20 mediante ventilación inicial con CPAP nasal a presión de 4-7 cm de H₂O. Si falla lo anterior se recurrirá a presión positiva intermitente, teniendo en cuenta que estos pacientes tienen una resistencia elevada en la vía aérea por lo que una frecuencia respiratoria alta (>40) favorece la retención aérea y el neumotórax. En algunos casos será necesario emplear ventilación de alta frecuencia y si hay hipertensión pulmonar, óxido nítrico inhalado. En los casos de meconio a nivel bronco alveolar puede ser aconsejable el lavado bronquial con 1/5 de surfactante y 4/5 de suero salino fisiológico, administrando 15 ml/kg repartidos en 4 dosis, dado que parece mejorar la clínica y la oxigenación, si bien se necesitan más datos para recomendar su uso de forma sistemática. La administración empírica de antibióticos es discutible, aunque está indicada si existen factores riesgo de infección.

e. METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN

TIPO Y MÉTODO

Es un estudio descriptivo que se ha realizado en el área de neonatología.

ÁREA DE ESTUDIO

La presente investigación se realizó en la provincia de Loja en el Cantón Loja en el Hospital Isidro Ayora, en el servicio de neonatología.

UNIVERSO Y MUESTRA

El universo del presente trabajo lo constituyen los recién nacidos por parto vaginal y vía cesárea de madres adolescentes y madres mayores a 20 años del servicio de neonatología del Hospital Isidro Ayora – Loja.

Criterios de inclusión

1. Recién nacidos hijos de madres adolescentes (edad entre 12 y 19 años) y de mujeres adultas (edad entre 20 y 35 años, que se considera la edad ideal de reproducción).
2. Recién nacidos que se encuentren ingresados en el servicio de neonatología

Criterios de exclusión

1. Todos los recién nacidos, hijos de madres mayor de 35 años.

PROCESO DE RECOLECCIÓN DE DATOS

Previo a la obtención de la información, se solicitó autorización para el ingreso y acceso a las historias clínicas de los recién nacidos y disponer de la información

correlacionada al tema de tesis.

Luego para la recolección de la información y cumplimiento de los objetivos se utilizarán los siguientes instrumentos:

- Formulario de recolección de datos. (anexo1).

Toda la información fue tomada de las historias clínicas de los casos que cumplieron con los criterios de inclusión.

Los datos obtenidos se procesaron a través del programa SPSS 20 (Statistical Product and Service Solutions para Windows), versión Evaluación.

La presentación de la información se realizó en forma de distribuciones y porcentajes de acuerdo a las variables estudiadas, los resultados se presentaron en tablas. Además, se utilizó el estadístico Chi cuadrado, para medir la fuerza de asociación entre las variables estudiadas, el resultado es descrito al de la probabilidad ($p=$) al ser menor a 0,05.

Al momento de la tabulación del nivel socio económico tomaremos en cuenta la clasificación recomendada por el INEC (Instituto Nacional de Estadística y Censos), (Anexo 4).

Para el informe final, se ordenó todo lo realizado según las normas indicadas, para luego ser revisado y corregido por la directora de tesis asignada.

f. RESULTADOS

EDAD DE LAS MADRES DE LOS RECIÉN NACIDOS INGRESADOS EN EL SERVICIO DE NEONATOLOGÍA DEL HOSPITAL ISIDRO AYORA – LOJA

Tabla N° 1. EDAD DE LA MADRE

DESCRIPCIÓN	F	%
Adolescente 12 – 19 años	38	50 %
Madres de 20 – 35 años	38	50 %
TOTAL	76	100 %

Fuente: Historia clínica de Neonatos – Hoja de recolección de datos

Elaboración: Karina A. Maldonado C.

El 50 % fueron adolescentes el resto madres mayores de 20 años.

PROBLEMAS NEONATALES EN HIJOS DE MADRES ADOLESCENTES

Tabla Nº 2. PROBLEMAS NEONATALES – MADRES ADOLESCENTES

DESCRIPCION		RN DE MADRES ADOLESCENTES	PORCENTAJE
Anemia		1	1,31 %
Asfixia		7	9,21 %
Prematurez		16	21,05 %
Sepsis		5	6,57 %
Hipoglucemia		1	1,31 %
Hiperbilirrubinemia		6	7,89 %
Sd. Distrés respiratorio	Tipo I	10	13,15 %
	Tipo II	3	3,94 %
Trauma al nacimiento		5	6,57 %
OTROS		9	11,84 %

Fuente: Historia clínica de Neonatos – Hoja de recolección de datos

Elaboración: Karina A. Maldonado C.

El principal problema que se presentó en neonatos de las madres adolescentes fue la prematurez, seguido del síndrome distrés respiratorio, mientras que la anemia e hipoglucemia en menor frecuencia.

PROBLEMAS NEONATALES EN HIJOS DE MADRES MAYORES DE 20 AÑOS

Tabla N° 3. PROBLEMAS NEONATALES – MADRES MAYORES DE 20 AÑOS

COMPLICACIONES NEONATALES		RN DE MADRES MAYORES DE 20 AÑOS	PORCENTAJE
Anemia		1	1,31 %
Asfixia		6	7,89 %
Prematurez		17	22,36 %
Sepsis		13	17,10 %
Hipoglucemia		1	1,31 %
Hiperbilirrubinemia		12	15,78 %
Sd. Distrés respiratorio	Tipo I	12	15,78 %
	Tipo II	25	32,89 %
Muerte neonatal		1	1,31 %
Trauma al nacimiento		1	1,31 %
OTROS		4	5,26 %

Fuente: Historia clínica de Neonatos – Hoja de recolección de datos

Elaboración: Karina A. Maldonado C.

El principal problema que se presentó en los neonatos de madres mayores de 20 años fue el síndrome de distrés respiratorio tipo II entre los cuales encontramos la neumonía por aspiración.

**GENERO DE LOS RECIÉN NACIDOS EN RELACIÓN A LOS PROBLEMAS
NEONATALES**

Tabla Nº 4. Género

	RN DE MADRES ADOLESCENTES		RN DE MADRES MAYORES DE 20 AÑOS	
	FRECUENCIA	PORCENTAJE	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Masculino	20	52,63 %	24	63,15 %
Femenino	18	47,36 %	14	36,84 %
TOTAL	38	99,99 %	38	99,99 %

Fuente: Historia clínica de Neonatos – Hoja de recolección de datos

Elaboración: Karina A. Maldonado C.

En el género masculino se evidencia la mayor parte de problemas neonatales en ambos grupos de madres.

**DISTRIBUCIÓN DE ACUERDO AL NIVEL SOCIO ECONÓMICO TANTO DE
MADRES ADOLESCENTES COMO MAYORES DE 20 AÑOS.**

Tabla Nº 5. Nivel socio económico

	MADRES ADOLESCENTES		MADRES MAYORES DE 20 AÑOS	
	FRECUENCIA	PORCENTAJE	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Alto (A)	-	-	-	-
Medio (C+)	16	42,10 %	24	63,15 %
Bajo (C-)	22	57,89 %	14	36,84 %
TOTAL	38	99,99 %	38	99,99 %

Fuente: Historia clínica de Neonatos – Hoja de recolección de datos

Elaboración: Karina A. Maldonado C.

El nivel socio económico de las madres adolescentes es bajo, en cambio las madres mayores de 20 años el nivel predominante respecto al factor socioeconómico corresponde al nivel medio.

INSTRUCCIÓN DE LAS MADRES ADOLESCENTES Y MADRES DE 20 AÑOS

Tabla Nº 6. Nivel de instrucción

	MADRES ADOLESCENTES		MADRES MAYORES DE 20 AÑOS	
	FRECUENCIA	PORCENTAJE	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Ninguna	-	-	-	-
Primaria incompleta	9	23,68 %	-	-
Primaria completa	10	26,31 %	10	26,31 %
Secundaria	19	50 %	19	50 %
Superior	-	-	9	23,68 %
TOTAL	38	99,99 %	38	99,99 %

Fuente: Historia clínica de Neonatos – Hoja de recolección de datos

Elaboración: Karina A. Maldonado C.

La mitad de las madres adolescentes tanto como las mayores de 20 años tuvieron Instrucción secundaria; el 26,31 % de ambos grupos ha terminado la primaria; un 23,68 % de las madres mayores de 20 años han terminado la educación superior.

ESTADO CIVIL DE LAS MADRES

Tabla N° 7. Estado Civil

	MADRES ADOLESCENTES		MADRES MAYORES DE 20 AÑOS	
	FRECUENCIA	PORCENTAJE	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Soltera	27	71,05 %	10	26,31 %
Casada	1	2,63 %	11	28,94 %
Divorciada	-	-	-	-
Unión libre	10	26,31 %	17	44,73 %
TOTAL	38	99,99 %	38	99,98 %

Fuente: Historia clínica de Neonatos – Hoja de recolección de datos

Elaboración: Karina A. Maldonado C.

El 71,05 % de madres adolescentes son madres solteras; 2,63 % se encuentran casadas. En cambio, podemos observar en cuanto a madres mayores de 20 años que un 44,73 % están en unión libre y un 26,31% se encuentran solteras.

CONTROLES PRENATALES REALIZADOS.

Tabla Nº 8. Controles Prenatales

	MADRES ADOLESCENTES		MADRES MAYORES DE 20 AÑOS	
	FRECUENCIA	PORCENTAJE	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Ninguno	8	21,05 %	1	2,63 %
4 o más	18	47,36 %	34	89,47 %
3 o menos	12	31,57 %	3	7,89 %
TOTAL	38	99,98	38	99,99 %

Fuente: Historia clínica de Neonatos – Hoja de recolección de datos

Elaboración: Karina A. Maldonado C.

El 47,36 % de las madres adolescentes se han realizado más de 4 controles prenatales, 21,05 % no se han realizado ningún control prenatal. Al relacionar con las madres mayores de 20 años tenemos que un 89,47 % se realizó más de 4 controles; y tan solo 2,63 % no se realizó ningún control prenatal.

g. DISCUSIÓN

En este trabajo investigativo titulado “**COMPARACIÓN DE LAS PRINCIPALES COMPLICACIONES EN RECIÉN NACIDOS, ENTRE MADRES ADOLESCENTES Y MADRES ADULTAS EN EL SERVICIO DE NEONATOLOGÍA DEL HOSPITAL REGIONAL ISIDRO AYORA EN EL PERIODO FEBRERO – JULIO 2014**” se estudiaron 38 madres adolescentes y 38 madres mayores de 20 años, dando un total de 76 madres en estudio. Donde se pudo observar que la prematurez es una de las principales complicaciones en los recién nacidos de hijos de madres adolescentes y madres mayores de 20 años con una mínima diferencia. Si lo comparamos con un estudio realizado en México en el año 2008 titulado “**Morbilidad neonatal y materna en mujeres adolescentes y mujeres adultas. Estudio comparativo**” la prematurez fue discretamente más frecuente en los hijos de mujeres adolescentes (23% vs. 19%); sin embargo, esta diferencia no fue estadísticamente significativa.

En un estudio realizado en México en el 2009 titulado “**Mortalidad neonatal y factores asociados, Macuspana, Tabasco**” se pudo evidenciar que entre las causas de mortalidad neonatal se encuentra el síndrome de distrés respiratorio en un 16,40 %.

En cuanto a nuestro estudio realizado se puede observar que el síndrome de distrés respiratoria es una de las complicaciones neonatales más frecuentes abarcando el 48,67 % en recién nacidos hijos de madres mayores de 20 años y el 17,09 % hijos de madres adolescentes.

De la misma manera si comparamos nuestro trabajo con el estudio realizado en Cuenca en el 2011 titulado **“Malformaciones congénitas y complicaciones neonatales en recién nacidos de madres adolescentes vs recién nacidos de madres de otras edades atendidas en el Hospital Vicente Corral Moscoso De la ciudad de Cuenca”** donde se menciona que la frecuencia de neumonía en hijos de madres adolescentes es de 4,79 % y que estos generalmente se sitúan en el contexto del cuadro séptico y un 19.13 % los hijos de madres de otras edades.

En nuestro estudio podemos ver que la incidencia de recién nacidos con neumonía es de 3,94 % en hijos de madres adolescentes y de 22,36 % hijos de madres mayores de 20 años, siendo más prevalente en los hijos de madres adultas teniendo resultados casi similares sin embargo hay que tomar en cuenta que la muestra estudiada no es la misma.

En el estudio realizado en México en el 2008 titulado como **“Morbilidad neonatal y materna en mujeres adolescentes y mujeres adultas. Estudio comparativo”** se observa que no hay diferencias estadísticamente significativas entre los grupos al comparar el género en cual se presenta mayor complicaciones. Sin embargo, en nuestro estudio se evidencia que existe un mayor predominio de complicaciones neonatales en el género masculino en ambos grupos etarios.

En otro estudio realizado en Lima – Perú titulado **“Hallazgos perinatales de los recién nacidos de madres adolescentes y madres adultas en el Hospital Nacional Docente Madre Niño San Bartolomé”** se comparó el grado de instrucción de las madres de ambos grupos no encontrándose mayor diferencia, predominando la educación secundaria. Los resultados obtenidos en nuestro

estudio son muy similares siendo la educación secundaria quien predomina en ambos grupos.

En este mismo estudio realizado en Lima – Perú se pudo evidenciar que la mayor parte de madres adolescentes son solteras, seguidas por las de unión libre y en un mínimo porcentaje las casadas, en cambio las madres adultas la mayor parte vive en unión libre, seguida por las casadas y en menor porcentaje las solteras. Al compararlo con nuestro estudio podemos evidenciar que los datos obtenidos son muy similares a este estudio.

El Ministerio de Salud Publico recomienda como mínimo 5 controles prenatales para un adecuado control de la evolución de la gestación y bienestar fetal, encontrándose que el 96.1% de las madres si se realizó algún control durante la gestación en el estudio realizado en Cuenca titulado **“Morbilidad y mortalidad materno- neonatal y calidad de atención en el Hospital José Carrasco Arteaga, cuenca 2010-2011”**, en nuestro estudio se evidencia que tanto las madres adolescentes como las madres mayores de 20 años se realizan más de 4 controles prenatales.

h. CONCLUSIONES:

Al finalizar la investigación se concluye:

1. Los problemas neonatales que se presentaron con mayor frecuencia en los hijos de madres adolescentes fue la prematuridad, seguido del distrés respiratorio tipo I. Además se encontró que la principal complicación en hijos de madres mayores de 20 años fue distrés respiratorio tipo II y en menor porcentaje el tipo I; seguido de la prematuridad e hiperbilirrubinemia.
2. El género en el que se presentaron mayor número de complicaciones neonatales fue el masculino.
3. La mayor parte de las madres adolescentes corresponden a un nivel socio – económico bajo, en las madres adultas prevalece el nivel socio económico medio.
4. Respecto al nivel de instrucción la mayoría de madres adolescentes y adultas culminaron la secundaria.
5. La mayoría de madres adolescentes permanecen al estado civil soltera mientras que las madres mayores de 20 años viven en unión libre.
6. Pese a que tanto las madres adolescentes como las mayores de 20 años tienen un número significativo de controles prenatales existe la presencia de complicaciones de sus productos.

i. RECOMENDACIONES

1. Se sugiere realizar más campañas de concientización en escuelas y colegios para así de alguna forma disminuir los embarazos adolescentes y su repercusión sobre el recién nacido.
2. Se debería poner mayor énfasis en la promoción de la utilización de métodos anticonceptivos para la prevención de dos aspectos fundamentales que son el embarazo no deseado, así como también las enfermedades de transmisión sexual, entidades muy relacionadas entre sí.
3. Es importante fortalecer instruir a las usuarias embarazadas desde el nivel primario, incentivando y concientizando acerca de la importancia del chequeo prenatal.
4. Se sugiere realizar una investigación más exhaustiva para definir la relación que existen entre la presencia de sepsis y síndrome de distrés respiratorio en madres mayores de 20 años.

j. BIBLIOGRAFÍA

- Arellano, M. (2008). Hiperbilirrubina. *Cuidados intensivos en pediatría*, 181-187.
- Behrman, R., Kliegman, R., & Hal, J. (2011). El feto y el recién nacido. *Tratado de Pediatría*, 675 - 681.
- Cloterty, J. (2012). Síndrome de dificultad respiratoria. *Manual de Neonatología.*, 406-410.
- Cruz H., M. (2010). Medicina fetal y neonatal; Ictericia del recién nacido. *Nuevo Tratado de Pediatría*, 175-185.
- Cruz Hernández, M. (2009). Medicina fetal y neonatal. *Nuevo Tratado de Pediatría*, 47-56.
- Gomella, T. (2004). *Neonatología, tratamiento, procedimientos, problemas durante la guardia, enfermedades y fármacos*. Madrid: Mc Graw Hill.
- Goya, J. (2008). *Síndrome de dificultad respiratoria*. Bogotá: Arcop.
- Guash, X., & Torrent, F. (2008). *Enterocolitis necrosante*. Madrid: Gedisa.
- Investigación Salud. (2014). *Importancia del control prenatal*. Recuperado el 12 de enero de 2015, de http://www.investigacionsalud.com/index.php?option=com_content&view=article&id=205&Itemid=199
- Lete, I., Lozano, J., Carmen, M., & Parrilla, J. (2001). Embarazo en la adolescencia. En C. Buil, I. Lete, R. Ros, & J. Lozano, *Manual de salud Reproductiva en la Adolescencia* (págs. 817-835). España: Sociedad Española de Contracepción.
- López, A. (2014). *Dificultad respiratoria en el recién nacido. Etiología y diagnóstico*. Lima.

- MSP; ME; MIES; MCDS; CONAMU; CNNA. (2007). Ecuador Adolescente/Plan Nacional de prevención del embarazo en adolescentes en Ecuador. Taller Intersectorial del Programa de Adolescencia (pág. 38). Quito: MSP. Obtenido de <http://www.codajic.org/sites/www.codajic.org/files/Plan%20Nacional%20de%20Prevenci%C3%B3n%20del%20Embarazo%20en%20Adolescente%20Ecuador.pdf>
- OPS; OMS. (2010). Embarazo y maternidad en la adolescencia. En D. Pasqualini, & A. Llorens, *Salud y bienestar de adolescentes y jóvenes: Una mirada integral* (págs. 406-408). Buenos Aires: OPS/OMS.
- Quevedo, L. (2013). Valoración de recién nacido. *El Pediatra Eficiente*, 7ma edición. Cap. 73.
- Río, R., León, P., Minassia, M., Borgoño, R., & Bustamante, F. (2008). Embarazo adolescente. *Pediatría Electrónica*, Vol 5. Nº 1.
- Rodriguez Dominguez, P., Hernández Cabrera, J., & Reyes Pérez, A. (2008). *Bajo peso al nacer. Algunos factores asociados a la madre*. Recuperado el 22 de abril de 2014, de Revista Cubana de Obstetricia y Ginecologia: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0138-600X2005000100005&Ing=es&nrm=iso&tIng=es
- Sánchez, W. (2007). *Control Prenatal*. Madrid: Gedisa.
- Susana, D., Pérez, P., & Sánchez, S. (2008). *Concepto de la adolescencia*. Caracas: Arco Iris.
- Taeusch, W., & Ballard, R. (2009). Parto pretermino. *Tratado de Neonatología*, 144-146.

k. ANEXO

ANEXO: 1

HOJA DE RECOLECCIÓN DE DATOS

NÚMERO DE HISTORIA CLÍNICA.....

NIVEL DE INSTRUCCIÓN DE MADRES ADOLESCENTES	
Ninguna	
Primaria incompleta	
Primaria completa	
Secundaria	

NIVEL DE INSTRUCCIÓN DE MADRES ADULTAS	
Ninguna	
Primaria incompleta	
Primaria completa	
Secundaria	
Superior	

NIVEL SOCIOECONÓMICO DE MADRES ADOLESCENTES	
Alto	
Medio	
Bajo	

NIVEL SOCIOECONÓMICO DE MADRES ADULTAS	
Alto	
Medio	
Bajo	

ESTADO CIVIL DE MADRES ADOLESCENTES	
Soltera	
Casada	
Divorciada	
Unión libre	

ESTADO CIVIL DE MADRES ADULTAS	
Soltera	
Casada	
Divorciada	
Unión libre	

CONTROL PRENATAL DE MADRES ADOLESCENTES	
Ninguno	
4 o más	
3 o menos	

CONTROL PRENATAL DE MADRES ADULTAS	
Ninguno	
4 o más	
3 o menos	

HOJA DE RECOLECCIÓN DE DATOS

EDAD DE LA MADRE	
Adolescente 12 – 19 años	
Adultas 20 – 35 años	

EDAD GESTACIONAL DEL RN	
37 a 42 semanas	
36,6 a 35 semanas	
34,6 a 32 semanas	
< 31 semanas	
>43 semanas	

PESO DEL RECIEN NACIDO	
Sobrepeso > 3500 g.	
Peso normal 2500 – 3500 g.	
Bajo peso < 2500 g.	
Muy bajo peso < 1500 g.	
Extremadamente bajo peso < 1000 g.	

MAYOR NÚMERO DE COMPLICACIONES	
Masculino	
Femenino	

TIPO DE PARTO	
Distócico	
Eutócico	

COMPLICACIONES NEONATALES		SI	NO
Anemia			
Asfixia			
Prematurez	Leve		
	Moderada		
	Grave		
Sepsis	Precoz		
	Tardía		
Neumonía	Precoz		
	Tardía		
Hipoglucemia			
Hiperbilirrubinemia			
Hipotermia	Moderada		
	Grave		
Policitemia			
Sd. Distrés respiratorio			
Muerte neonatal	Precoz		
	Tardía		
Trauma al nacimiento			
OTROS			

ANEXO 2

VARIABLE		DISTRIBUCIÓN SEGÚN LA EDAD DE LA MADRE				
		EDAD DE LA MADRE				
			ADOLESCENTE	MADRE ADULTA	TOTAL	
ANEMIA	SI	Frecuencia	1	1	2	
		Porcentaje	1,31%	1,31%	2,62	
	NO	Frecuencia	37	37	74	
		Porcentaje	48,68%	48,68%	97,36	
	ASFIXIA	SI	Frecuencia	7	6	13
			Porcentaje	9,21	7,89	17,1
NO		Frecuencia	31	32	63	
		Porcentaje	40,78	42,10	82,88	
PREMATUREZ	SI	Frecuencia	16	15	31	
		Porcentaje	21,05	19,73	40,78	
	NO	Frecuencia	22	23	45	
		Porcentaje	28,94	30,26	59,20	
SEPSIS	SI	Frecuencia	5	13	18	
		Porcentaje	6,57	17,10	23,67	
	NO	Frecuencia	33	25	58	
		Porcentaje	43,42	32,89	76,31	
NEUMONIA	SI	Frecuencia	3	17	20	
		Porcentaje	3,94	22,36	26,30	
	NO	Frecuencia	35	21	56	
		Porcentaje	46,05	27,63	73,68	
HIPOGLICEMIA	SI	Frecuencia	1	1	2	
		Porcentaje	1,31	1,31	2,62	
	NO	Frecuencia	37	37	74	
		Porcentaje	48,68	48,68	97,36	
HIPERBILIRRUINEMIA	SI	Frecuencia	6	12	18	
		Porcentaje	7,89	15,78	23,67	
	NO	Frecuencia	32	26	58	

		Porcentaje	42,10	34,21	76,31
Sd. DE DISTRES RESPIRATORIO	SI	Frecuencia	10	20	30
		Porcentaje	13,15	26,31	39,46
	NO	Frecuencia	28	18	46
		Porcentaje	36,84	23,68	60,52
MUERTE NEONATAL	SI	Frecuencia	-	1	1
		Porcentaje	-	1,31	1,31
	NO	Frecuencia	38	37	75
		Porcentaje	50	48,68	98,68
TRAUMA ALL N ACIMIENTO	SI	Frecuencia	5	1	6
		Porcentaje	6,57	1,31	7,88
	NO	Frecuencia	33	37	70
		Porcentaje	43,42	48,68	92,10
OTROS	SI	Frecuencia	9	4	13
		Porcentaje	11,84	5,26	17,10
	NO	Frecuencia	29	34	63
		Porcentaje	38,15	44,73	82,88

ANEXO 3

PREMATUREZ

EDAD DE LA MADRE	PREMATUREZ			
		SI	NO	TOTAL
ADOLESCENTE	Frecuencia	16	22	38
	Porcentaje	21,05	28,94	49,99
MAYOR DE 20 AÑOS	Frecuencia	15	23	38
	Porcentaje	19,73	30,26	49,99
TOTAL	Frecuencia	31	45	76
	Porcentaje	40,78	59,20	99,98

PRUEBAS DE CHI CUADRADO	Valor	gl	Sig. Asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	0,054	1	0,0815

ASFIXIA

EDAD DE LA MADRE	ASFIXIA			
		SI	NO	TOTAL
ADOLESCENTE	Frecuencia	7	31	38
	Porcentaje	9,21	40,78	49,99
MAYOR DE 20 AÑOS	Frecuencia	6	32	38
	Porcentaje	7,89	42,10	49,99
TOTAL	Frecuencia	13	63	76
	Porcentaje	17,10	82,88	99,98

PRUEBAS DE CHI CUADRADO	Valor	gl	Sig. Asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	0,93	1	0,761

SEPSIS

EDAD DE LA MADRE	SEPSIS			
		SI	NO	TOTAL
ADOLESCENTE	Frecuencia	5	33	38
	Porcentaje	6,57	43,42	49,99
MAYOR DE 20 AÑOS	Frecuencia	13	25	38
	Porcentaje	17,10	32,89	49,99
TOTAL	Frecuencia	18	58	76
	Porcentaje	23,67	76,31	99,98

PRUEBAS DE CHI CUADRADO	Valor	gl	Sig. Asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	4,659	1	0,031

W □ A □

HIPERBILIRRUBINEMIA

			SI	NO	TOTAL
ADOLESCENTE	Frecuencia		6	32	38
	Porcentaje		7,89	42,10	49,99
MAYOR DE 20 AÑOS	Frecuencia		12	26	38
	Porcentaje		15,78	34,21	49,99
TOTAL	Frecuencia		18	58	76
	Porcentaje		23,67	76,31	99,98

PRUEBAS DE CHI CUADRADO	Valor	gl	Sig. Asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	2,621	1	0,105

Sd. DE DISTRES RESPIRATORIO

EDAD DE LA MADRE			SI	NO	TOTAL	
	ADOLESCENTE	Frecuencia		13	25	38
		Porcentaje		17,10	32,89	49,99
	MAYOR DE 20 AÑOS	Frecuencia		37	1	38
		Porcentaje		48,68	1,31	49,99
	TOTAL	Frecuencia		50	26	76
		Porcentaje		65,78	34,20	99,98

PRUEBAS DE CHI CUADRADO	Valor	GI	Sig. Asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	33,674	1	0,00

OTROS

EDAD DE LA MADRE			SI	NO	TOTAL	
	ADOLESCENTE	Frecuencia		9	29	38
		Porcentaje		11,84	38,15	49,99
	MAYOR DE 20 AÑOS	Frecuencia		4	34	38
		Porcentaje		5,26	44,73	49,99
	TOTAL	Frecuencia		13	63	76
		Porcentaje		17,10	82,88	99,98

PRUEBAS DE CHI CUADRADO	Valor	gl	Sig. Asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	2,320	1	0,128

ANEXO 4



Encuesta de Estratificación del Nivel Socioeconómico

Conozca el nivel socioeconómico de su hogar

Marque una sola respuesta con una (x) en cada una de la siguientes preguntas:

Características de la vivienda		puntajes finales
1 ¿Cuál es el tipo de vivienda?		
Suite de lujo	<input type="checkbox"/>	59
Cuarto(s) en casa de inquilinato	<input type="checkbox"/>	59
Departamento en casa o edificio	<input type="checkbox"/>	59
Casa/Villa	<input type="checkbox"/>	59
Mediagua	<input type="checkbox"/>	40
Rancho	<input type="checkbox"/>	4
Choza/ Covacha/Otro	<input type="checkbox"/>	0
2 El material predominante de las paredes exteriores de la vivienda es de:		
Hormigón	<input type="checkbox"/>	59
Ladrillo o bloque	<input type="checkbox"/>	55
Adobe/ Tapia	<input type="checkbox"/>	47
Caña revestida o bahareque/ Madera	<input type="checkbox"/>	17
Caña no revestida/ Otros materiales	<input type="checkbox"/>	0
3 El material predominante del piso de la vivienda es de:		
Duela, parquet, tablón o piso flotante	<input type="checkbox"/>	48
Cerámica, baldosa, vinil o marmetón	<input type="checkbox"/>	46
Ladrillo o cemento	<input type="checkbox"/>	34
Tabla sin tratar	<input type="checkbox"/>	32
Tierra/ Caña/ Otros materiales	<input type="checkbox"/>	0
4 ¿Cuántos cuartos de baño con ducha de uso exclusivo tiene este hogar?		
No tiene cuarto de baño exclusivo con ducha en el hogar	<input type="checkbox"/>	0
Tiene 1 cuarto de baño exclusivo con ducha	<input type="checkbox"/>	12
Tiene 2 cuartos de baño exclusivos con ducha	<input type="checkbox"/>	24
Tiene 3 o más cuartos de baño exclusivos con ducha	<input type="checkbox"/>	32
5 El tipo de servicio higiénico con que cuenta este hogar es:		
No tiene	<input type="checkbox"/>	0
Letrina	<input type="checkbox"/>	15
Con descarga directa al mar, río, lago o quebrada	<input type="checkbox"/>	18
Conectado a pozo ciego	<input type="checkbox"/>	18
Conectado a pozo séptico	<input type="checkbox"/>	22
Conectado a red pública de alcantarillado	<input type="checkbox"/>	38

Acceso a tecnología		puntajes finales
1 ¿Tiene este hogar servicio de internet?		
No	<input type="checkbox"/>	0
Sí	<input type="checkbox"/>	45
2 ¿Tiene computadora de escritorio?		
No	<input type="checkbox"/>	0
Sí	<input type="checkbox"/>	35

3 ¿Tiene computadora portátil?		
No	<input type="checkbox"/>	0
Sí	<input type="checkbox"/>	39
4 ¿Cuántos celulares activados tienen en este hogar?		
No tiene celular nadie en el hogar	<input type="checkbox"/>	0
Tiene 1 celular	<input type="checkbox"/>	8
Tiene 2 celulares	<input type="checkbox"/>	22
Tiene 3 celulares	<input type="checkbox"/>	32
Tiene 4 ó más celulares	<input type="checkbox"/>	42

Posesión de bienes		puntajes finales
1 ¿Tiene este hogar servicio de teléfono convencional?		
No	<input type="checkbox"/>	0
Sí	<input type="checkbox"/>	19
2 ¿Tiene cocina con horno?		
No	<input type="checkbox"/>	0
Sí	<input type="checkbox"/>	29
3 ¿Tiene refrigeradora?		
No	<input type="checkbox"/>	0
Sí	<input type="checkbox"/>	30
4 ¿Tiene lavadora?		
No	<input type="checkbox"/>	0
Sí	<input type="checkbox"/>	18
5 ¿Tiene equipo de sonido?		
No	<input type="checkbox"/>	0
Sí	<input type="checkbox"/>	18
6 ¿Cuántos TV a color tienen en este hogar?		
No tiene TV a color en el hogar	<input type="checkbox"/>	0
Tiene 1 TV a color	<input type="checkbox"/>	9
Tiene 2 TV a color	<input type="checkbox"/>	23
Tiene 3 ó más TV a color	<input type="checkbox"/>	34
7 ¿Cuántos vehículos de uso exclusivo tiene este hogar?		
No tiene vehículo exclusivo para el hogar	<input type="checkbox"/>	0
Tiene 1 vehículo exclusivo	<input type="checkbox"/>	6
Tiene 2 vehículo exclusivo	<input type="checkbox"/>	11
Tiene 3 ó más vehículos exclusivos	<input type="checkbox"/>	15

Hábitos de consumo		puntajes finales
1 ¿Alguien en el hogar compra vestimenta en centros comerciales?		
No	<input type="checkbox"/>	0
Sí	<input type="checkbox"/>	6
2 ¿En el hogar alguien ha usado internet en los últimos 6 meses?		
No	<input type="checkbox"/>	0

Sí	<input type="checkbox"/>	26
3 ¿En el hogar alguien utiliza correo electrónico que no es del trabajo?		
No	<input type="checkbox"/>	0
Sí	<input type="checkbox"/>	27
4 ¿En el hogar alguien está registrado en una red social?		
No	<input type="checkbox"/>	0
Sí	<input type="checkbox"/>	28
5 Exceptuando los libros de texto o manuales de estudio y lecturas de trabajo ¿Alguien del hogar ha leído algún libro completo en los últimos 3 meses?		
No	<input type="checkbox"/>	0
Sí	<input type="checkbox"/>	12

Nivel de educación		puntajes finales
1 ¿Cuál es el nivel de instrucción del Jefe del hogar?		
Sin estudios	<input type="checkbox"/>	0
Primaria incompleta	<input type="checkbox"/>	21
Primaria completa	<input type="checkbox"/>	39
Secundaria incompleta	<input type="checkbox"/>	41
Secundaria completa	<input type="checkbox"/>	65
Hasta 3 años de educación superior	<input type="checkbox"/>	91
4 ó más años de educación superior (sin post grado)	<input type="checkbox"/>	127
Post grado	<input type="checkbox"/>	171

Actividad económica del hogar		puntajes finales
1 ¿Alguien en el hogar está afiliado o cubierto por el seguro del IESS (general, voluntario o campesino) y/o seguro del ISSFA o ISSPOL?		
No	<input type="checkbox"/>	0
Sí	<input type="checkbox"/>	39
2 ¿Alguien en el hogar tiene seguro de salud privada con hospitalización, seguro de salud privada sin hospitalización, seguro internacional, seguros municipales y de Consejos Provinciales y/o seguro de vida?		
No	<input type="checkbox"/>	0
Sí	<input type="checkbox"/>	55
3 ¿Cuál es la ocupación del Jefe del hogar?		
Personal directivo de la Administración Pública y de empresas	<input type="checkbox"/>	76
Profesionales científicos e intelectuales	<input type="checkbox"/>	69
Técnicos y profesionales de nivel medio	<input type="checkbox"/>	46
Empleados de oficina	<input type="checkbox"/>	31
Trabajador de los servicios y comerciantes	<input type="checkbox"/>	18
Trabajador calificados agropecuarios y pesqueros	<input type="checkbox"/>	17
Oficiales operarios y artesanos	<input type="checkbox"/>	17
Operadores de instalaciones y máquinas	<input type="checkbox"/>	17
Trabajadores no calificados	<input type="checkbox"/>	0
Fuerzas Armadas	<input type="checkbox"/>	54
Desocupados	<input type="checkbox"/>	14
Inactivos	<input type="checkbox"/>	17

Según la suma de puntaje final (Umbrales),
Identifique a que grupo socioeconómico pertenece su hogar:

Grupos socioeconómicos	Umbrales
A (alto)	De 845,1 a 1000 puntos
B (medio alto)	De 696,1 a 845 puntos
C+ (medio típico)	De 535,1 a 696 puntos
C- (medio bajo)	De 316,1 a 535 puntos
D (bajo)	De 0 a 316 puntos

↓

suma de puntajes finales

ANEXO 5

Loja, 16 De Abril del 2014

Sr. Dr. Jorge Guapulema

DIRECTOR DEL HOSPITAL REGIONAL ISIDRO AYORA

CIUDAD.-

Yo, Karina Anabelle Maldonado Córdova, con CI. 1104892813, Estudiante del Décimo Módulo de la carrera de Medicina Humana de la Universidad Nacional De Loja, me permito dirigirme a su autoridad con el presente, con la finalidad de solicitar de la manera más comedida me conceda la autorización pertinente para realizar mi proyecto investigativo titulado: **"COMPARACIÓN DE LAS PRINCIPALES COMPLICACIONES EN RECIEN NACIDOS, ENTRE MADRES ADOLESCENTES Y MADRES ADULTAS EN EL SERVICIO DE NEONATOLOGÍA DEL HOSPITAL REGIONAL ISIDRO AYORA EN EL PERIODO COMPRENDIDO ENTRE FEBRERO – JULIO 2014"**., mismo que se llevaría a cabo en el área de Neonatología de la institución antes mencionada.

Como es de su conocimiento el desarrollo del presente es un requisito indispensable para la culminación de mi carrera universitaria.

Por la atención que se digne dar a la presente, reitero mis sentimientos de consideración y estima.

ATENTAMENTE:

J.B
n
[Signature]
D. Patricio Acuña A.



KARINA ANABELLE MALDONADO CÓRDOVA
CI: 1104892813

HOSPITAL GENERAL
ISIDRO AYORA
RECIBIDO
Loja a. 16/04/2014
Hrs: 10h10
Firma: *[Signature]*
SECRETARÍA DE GESTIÓN
ASISTENCIAL

Autorizado
29/04/2014
Dr. Patricio Acuña A.
Dr. Rocío Izquierdo
[Signature]
Dr. Patricio Acuña A.
ED. MED. 1309
Lic. 1309
Cod. INHUT N. 11-08-00438-C



UNIVERSIDAD NACIONAL DE
LOJA

ÁREA DE LA SALUD HUMANA
CARRERA DE MEDICINA

MÓDULO X

TEMA DEL PROYECTO:

“COMPARACIÓN DE LAS PRINCIPALES COMPLICACIONES EN RECIEN NACIDOS, ENTRE MADRES ADOLESCENTES Y MADRES ADULTAS EN EL SERVICIO DE NEONATOLOGÍA DEL HOSPITAL REGIONAL ISIDRO AYORA EN EL PERIODO FEBRERO – JULIO 2014”

RESPONSABLE

Karina Anabelle Maldonado Córdova

LOJA-ECUADOR

2014

TEMA:

“COMPARACIÓN DE LAS PRINCIPALES COMPLICACIONES EN RECIEN NACIDOS, ENTRE MADRES ADOLESCENTES Y MADRES ADULTAS EN EL SERVICIO DE NEONATOLOGÍA DEL HOSPITAL REGIONAL ISIDRO AYORA EN EL PERIODO FEBRERO – JULIO 2014”

PROBLEMÁTICA

El embarazo en edades extremas de la vida es un riesgo innegable, pues no dejan de existir situaciones y problemas que ponen en peligro la vida de la madre y el feto.

En la literatura biomédica se afirma que el embarazo en mujeres mayores de 35 años trae aparejado complicaciones para el binomio madre-hijo. Se trata de una paciente de alto riesgo obstétrico y al igual que las menores de 19 años, se clasifican como grupo de riesgo en la edad extrema de la vida.¹

La población mundial asciende en la actualidad a más de seis mil millones de habitantes. Se calcula que, de esos seis millones de personas en el mundo, casi 30% (alrededor de 1,6 mil millones) son jóvenes entre 10 y 24 años, de los cuales 1,2 mil millones son adolescentes (entre 10 y 19 años) de acuerdo al rango definido por la Organización Mundial de la Salud.

Según informa el UNFPA, 19 de cada 100 chicas menores de 18 años dan a luz en países en desarrollo. Tres de las mismas no llegan a los 15 años de edad. Unas 16 millones de chicas menores de 18 años dan a luz cada año. Otras 3,2 millones se someten a abortos en condiciones inseguras. La gran mayoría -cerca del 90%- de las adolescentes embarazadas de los países en desarrollo están casadas. Para muchas el embarazo no es una decisión, sino consecuencia de la discriminación, de la violación de sus derechos (incluido el matrimonio infantil), el resultado de una educación inadecuada o de la coerción sexual.²

Alrededor del 19 por ciento de las jóvenes en países en desarrollo se quedan embarazadas antes de los 18 años de edad. 2 millones de los 7,3 millones de partos de adolescentes menores de 18 que ocurren cada año en los países en desarrollo son partos de niñas menores de 15 años.

El embarazo en la adolescente se ha asociado con un mayor riesgo de complicaciones durante la estación como hipertensión, infecciones, ruptura

¹ Cabrera JH. Resultados perinatales y maternos de los embarazos en edad madura. Rev Cub Obstet y Gine, 2003; (29): 28-9

² Fondo de Población para las Naciones Unidas (UNFPA)

prematura de membranas, parto pretérmino y hemorragia postparto.³ Además es más frecuente la práctica de la cesárea, el bajo peso al nacimiento y prematuridad aumentando las complicaciones en el recién nacido.

La incidencia de embarazos adolescentes varía dependiendo de la región y del grado de desarrollo del país estudiado. En Estados Unidos, anualmente cerca de un millón de embarazos corresponden a madres adolescentes, constituyendo un 12,8% del total de embarazos. En países menos desarrollados, la proporción de embarazos adolescentes es de aproximadamente 15,2% en Chile, y del 25% en el caso de El Salvador, Centroamérica, pudiendo llegar a cifras tan elevadas como del 45% del total de embarazos en algunos países africanos.

Una investigación en Argentina da cuenta que la mitad de las adolescentes que quedan embarazadas en Argentina no estudia ni trabaja, lo que corrobora la vinculación de la pobreza y la marginalidad con la maternidad temprana. Muchas de ellas ya están fuera del sistema educativo aún antes del embarazo y otras abandonan los estudios por vergüenza o temor a la discriminación.⁴

Un amplio estudio colaborativo de 11 instituciones colombianas de atención obstétrica, liderado por Pardo y Uriza en 1987 encontraron que las madres adolescentes sin control pre-natal tuvieron siempre mayor morbilidad asociada al embarazo (más ruptura prematura de membranas, más infección, más hipertensión inducida por el embarazo y mayor frecuencia de parto pretérmino) así como mayor frecuencia de cesárea o necesidad de fórceps. Estas adolescentes sin control prenatal también tuvieron mayor frecuencia de desproporción cefalopélvica, trabajo de parto prolongado y sufrimiento fetal.⁵

Según el Ministerio de Salud Pública (MSP), en Ecuador en el 2011 el 26 % (122.301) de la población adolescente y joven, está embarazada; Ecuador posee la tendencia a la fecundidad más alta en la región subandina, pues dos de

³ Valenzuela RE, Casas BL. Derechos sexuales y reproductivos de las adolescentes. *Acta Bioethica* 2007; 13 (2): 207-15.

⁴Vera, G., Gallegos, M.S. y Varela, M. "Salud mental y embarazo en adolescentes. Contexto de la gestación y consecuencias biográficas tempranas". *Rev Méd Chile*. 127: 437-43. 1999

⁵ PARDO F.,URIZA G. *Revista Colombiana de Ginecología y Obstetricia* 1991

cada tres adolescentes de 15 a 19 años, sin educación, son madres o están embarazadas por primera vez.

Es muy importante destacar que según el perfil de salud de la niñez del 2010 de Ecuador. Diez de las 24 provincias del país, en el año 2007, presentaron tasas de mortalidad superiores a las del promedio nacional (16,4); siendo las más elevadas las de la provincia de Los Ríos (21,9), Guayas (18,0), Santo Domingo de los Tsáchilas (20,5) y las del Callejón Interandino, donde habita la mayor parte de la población indígena (Bolívar, Carchi, Cotopaxi, Pichincha, Tungurahua, Chimborazo); sin embargo, cada una de ellas presentó importantes porcentajes de reducción. Las principales causas de mortalidad infantil están directamente afectadas con aquellas que ocurren en el período neonatal (los trastornos relacionados con la duración corta de la gestación, bajo peso al nacer, neumonías, sepsis bacteriana del recién nacido, dificultad respiratoria del recién nacido, otras malformaciones congénitas del corazón, entre otras), muchas de ellas prevenibles.

En las gestantes adolescentes existen factores que pueden afectar al crecimiento fetal, como el tabaquismo, que incrementa el riesgo de un nacimiento de un lactante de bajo peso, así como el consumo de bebidas alcohólicas, situaciones que pueden disminuir la asimilación de fuentes importantes de nutrientes. Así mismo la madre mayor pone en riesgo al feto debido a la probabilidad de presentar comorbilidades crónicas preexistentes.⁶

El embarazo durante la adolescencia es una situación más que se sobrepone a la crisis de la adolescencia, ya que irrumpe en la vida de las adolescentes que aún no alcanzan la madurez física y mental y a veces en circunstancias adversas ante carencias nutricionales o enfermedades y con frecuencia, en un medio familiar poco receptivo para aceptar el embarazo y proteger a la joven. Todo esto incide en una probabilidad alta de riesgo de muerte para los recién nacidos y para las madres adolescentes (Ma), por lo que se consideró importante **“comparar las principales complicaciones de los recién nacidos de madres adolescentes con respecto a los niños de madres adultas” (MA).**

⁶ ONSORNO L, CÁCERES C, VÁZQUEZF, DÁVILA J, ECHEVERRIA M. **Influencia de los antecedentes maternos mortalidad neonatal.** Ginecol Obstet Mex 2008; 76(12): 730-8

JUSTIFICACIÓN

El embarazo es una condición de salud pública que involucra adolescentes y mujeres adultas. Los extremos de la edad han mostrado ser un factor de riesgo de morbi – mortalidad para el recién nacido.^{7,8}

El embarazo en la adolescencia implica alto riesgo para la salud de la madre, del feto y del recién nacido, que puede incluso llevarlos hasta la muerte. Los riesgos derivan de 2 situaciones: Una de tipo biológica y la otra condicionada por factores psicosociales. En lo biológico, los peligros están determinados por la inmadurez de las estructuras pélvicas y del sistema reproductor en general.

El embarazo en la adolescencia acarrea consecuencias sociales y económicas perjudiciales para la niña, su familia, su comunidad y su país.

Muchas niñas que quedan embarazadas abandonan la escuela, lo cual limita en gran medida las oportunidades que tendrán en el futuro. La educación de una mujer está fuertemente correlacionada con su potencial para obtener ingresos, así como con su propia salud y la salud de sus hijos. Por consiguiente, el embarazo en la adolescencia estimula el ciclo de pobreza y mala salud transmitido entre sucesivas generaciones.

Los embarazos en la adolescencia suscitan riesgos para los recién nacidos. Si la madre es una adolescente, hay probabilidad de muerte durante el primer mes de

⁷ DONOSOE, VILLAROEL L. **Edad materna avanzada y riesgo reproductivo**. Rev Méd Chile 2003; 131(1): 55 – 59

⁸ TAPIA A, VALENZUELA L, RODRIGUEZ I. **Madre adolescente como factor de riesgo de morbilidad neonatal en unidades de cuidados intensivos neonatales. Experiencia en un hospital universitario**. Med Univer 2006; 8(30):5 – 10.

vida superior en 50 por ciento a la probabilidad cuando la madre tiene más edad. Cuanto más joven sea la madre, tanto mayor es el riesgo para el recién nacido.

El embarazo tiene un impacto psicológico, social y cultural en cualquier edad, pero este es mayor en las adolescentes, inclusive se habla del “síndrome de las embarazadas adolescentes” que comprende fracaso en los siguientes aspectos: adquisición de independencia, logro de la propia identidad, continuación de sus estudios, preparación para la vida adulta, constitución de una familia estable y manutención de sí misma.⁹

El embarazo y el parto no son enfermedades, pero tienen riesgo de complicación, especialmente durante el proceso de parto. Las urgencias maternas son sumamente difíciles de predecir, por lo cual todas las mujeres necesitan acceso a los cuidados obstétricos esenciales. La adopción de las medidas necesarias para lograr un nacimiento seguro pueden disminuir significativamente el riesgo de complicación y muerte de la madre y el recién nacido. A su vez, el período neonatal (especialmente inmediatamente después del nacimiento) representa el momento más vulnerable y crítico del primer año de vida.

⁹ IBARRA ML. **Adolescencia y maternidad: impacto psicológico en la mujer**. Rev. Cuba. Psicol. 2003; 20 (1): 43.

OBJETIVOS

➤ **OBJETIVO GENERAL**

- ✓ Determinar las principales complicaciones en recién nacidos, entre madres adolescentes y madres adultas en el servicio de neonatología del hospital regional Isidro Ayora

➤ **OBJETIVOS ESPECIFICOS**

- ✓ Identificar las principales complicaciones de los recién nacidos de madres adolescentes.
- ✓ Establecer las principales complicaciones de los recién nacidos de madres adultas.
- ✓ Determinar en qué género de recién nacidos se presentan con mayor frecuencia las complicaciones.
- ✓ Conocer el nivel de instrucción y socioeconómico de las madres adolescentes y madres adultas.
- ✓ Identificar el estado civil de las madres adolescentes y madres adultas
- ✓ Conocer el número de controles prenatales realizados tanto de las madres adolescentes como los de las madres adultas.

ESQUEMA DEL MARCO TEORICO

- 1. Adolescencia**
 - 1.1 Adolescencia Temprana**
 - 1.2 Adolescencia Media**
 - 1.3 Adolescencia Tardia**
- 2. Embarazo**
 - 2.1 Embarazo en la adolescencia y sus repercusiones**
 - 2.2 Madre adolescente y complicaciones en el recién nacido**
 - 2.3 Importancia del control prenatal.**
- 3. Recién nacido**
 - 3.1 Recién nacido**
 - 3.2 Crecimiento intrauterino**
 - 3.3 Complicaciones neonatales**
 - 3.3.1 Retardo de crecimiento intrauterino**
 - 3.3.2 Prematurez**
 - 3.3.3 Bajo peso al nacer**
 - 3.3.3 Síndrome de dificultad respiratoria**
 - 3.3.4 Sepsis neonatal**
 - 3.3.5 Taquipnea transitoria**
 - 3.3.6 Malformaciones congénitas**
 - 3.3.7 Ictericia neonatal**
 - 3.3.8 Enterocolitis necrotizante**

DISEÑO METODOLÓGICO:

1. TIPO DE ESTUDIO

- **Descriptivo.-** Porque se busca establecer las principales complicaciones de los recién nacidos de madres adolescentes y madres adultas.

2. AREA DE ESTUDIO

La presente investigación se realizará en la provincia de Loja en el Cantón Loja en la parroquia Sucre en el barrio Sevilla de Oro en el Hospital Isidro Ayora, específicamente en servicio de neonatología de dicha institución.

3. DEFINICION Y MEDICION DE VARIABLES

Identificación de Variables

Las variables de estudio fueron la edad, las complicaciones presentes en el embarazo, el tipo de parto, la edad gestacional al parto y el peso del recién nacido, calificación de Apgar, morbilidad neonatal (asfixia perinatal, síndrome de dificultad respiratoria, trauma al nacimiento, bajo peso al nacer, infección intrauterina y malformaciones congénitas).

4. UNIVERSO Y MUESTRA

El universo del presente trabajo serán los recién nacidos de madres adolescentes y madres adultas del servicio de neonatología del Hospital Isidro Ayora – Loja.

Criterios de inclusión

3. Recién nacidos hijos de madres adolescentes (edad entre 12 y 19 años) y de mujeres adultas (edad entre 20 y 35 años, que se considera la edad ideal de reproducción).
4. Recién nacidos que nacieron en el servicio de centro obstétrico

Criterios de exclusión

2. Todos los recién nacidos, hijos de madres mayor de 40 años.

5. MÉTODOS E INSTRUMENTOS DE LA RECOLECCIÓN DE DATOS

El método empleado durante la investigación será la observación indirecta, y la técnica utilizada será de tipo documental ya que nos basamos en el formato de la Historia Clínica del MSP que es con el que cuenta el Hospital Isidro Ayora.

Hoja de Recolección de datos. - Técnica base para el desarrollo de esta investigación, ya que nos permitirá recolectar la información de los pacientes en estudio

La observación. - De igual manera esta técnica nos permitirá una indagación, en donde nosotros como investigadores realizaremos una observación a las historias clínicas de los pacientes hospitalizados.

INSTRUMENTOS

- Hoja de Recolección de Datos
- Historias clínicas.

6. PLAN DE TABULACIÓN

Se realizará en base a las variables establecidas en función de los objetivos planteados. Los resultados serán presentados mediante cuadros estadísticos

7. RECURSOS

Humanos y Materiales

8. PRESUPUESTO Y FINANCIAMIENTO

El costo total del trabajo será financiado con recursos propios de la aspirante.

CRONOGRAMA

N°	ACTIVIDADES	FEB				MAR				ABRIL				MAY				JUN				JUL				AGO				SEP							
		1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4				
FASE DE PLANEACIÓN																																					
1	Presentación del tema; Elaboración del proyecto.																																				
2	Presentación del proyecto.																																				
3	Correcciones del proyecto.																																				
FASE DE EJECUCIÓN																																					
4	Autorizaciones para desarrollo de la investigación.																																				
5	Recolección de datos.																																				
6	Tabulación y análisis de resultados																																				
7	Revisión de investigación																																				
FASE DE COMUNICACIÓN Y DIVULGACIÓN DE RESULTADOS																																					
8	Entrega del proyecto definitivo																																				
9	Defensa de tesis																																				

BIBLIOGRAFÍA

1. CABRERA JH. **Resultados perinatales y maternos de los embarazos en edad madura.** Rev Cub Obstet y Gine, 2003; (29): 28-9
2. VALENZUELA RE, CASAS BL. **Derechos sexuales y reproductivos de las adolescentes.** *Acta Bioethica* 2007; 13 (2): 207-15.
3. ONSORNO L, CÁ CERES C, VÁ ZQUEZF, DÁ VILA J, ECHEVERRIA M. **Influencia de los antecedentes maternos mortalidad neonatal.** Ginecol Obstet Mex 2008; 76(12): 730-8
4. DONOSOE, VILLAROEEL L. **Edad materna avanzada y riesgo reproductivo.** Rev Méd chile 2003; 131(1): 55 – 59
5. TAPIA A, VALENZUELA L, RODRIGUEZ I. **Madre adolescente como factor de riesgo de morbilidad neonatal en unidades de cuidados intensivos neonatales. Experiencia en un hospital universitario.** Med Univer 2006; 8(30):5 – 10.
6. ARIAS G, TORRES M, PÉ REZ N, MILLIÁN M. **Factores prenatales relacionados con la prematuridad.** Rev Cubana pediater 2001; 73(1):11 – 5.
7. ROYG J, CHAVES M. **Retardo del crecimiento intrauterino: nuestro gran desafío.** Rev Pos VIA Cat Med 2007; 176(1): 6 – 8.
8. HERNÁNDEZ F, RAMOS M, MREJÍAS N, CARDOSO O, BETANCOURT R. **Repercusión de la edad materna avanzada sobre el embarazo, el parto y el recién nacido.** Arch Med de Camaguey, 2006; 10(6): 1 – 8: Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=211117906006>
9. GARCÍA H, AVENDAÑO N, ISLAS M. **Morbilidad neonatal y materna en mujeres adolescentes y mujeres adultas. Estudio comparativo**
10. VELÁ ZQUEZ N, MASUD J, Á VILA R. **Recién nacidos con bajo peso; causas problemas y perspectivas a futuro.** Bol. Med. Hosp. Infant. Mex 2004; 61(1): 73 – 86.
11. DÍ AZ A, SANHUEZA P, YAKSIC N. **“Riesgos obstétricos en el embarazo adolescente: estudio comparativo de resultados obstétricos y perinatales con pacientes embarazadas adultas”.** Rev Chil Obstet Ginecol. Chile 2002; 67(6): 481 – 487.

12. GONZÁLEZ A, ALONSO R, GUTIÉRREZ A, GONZÁLEZ A. **Estudio de gestantes adolescentes y su repercusión en el recién nacido de un área de salud.** Rev Cubana pediatría 2000; 72(1): 54 – 58
13. GONZÁLEZ M, CARABALLO M, GUERRERO SANTIAGO, MONTENEGRO SAÚL. **Sepsis neonatal y prematurez.** Rev Pos VIA Cat Med 2006; 160(1): 22 – 28.
14. IBARRA ML. Adolescencia y maternidad: impacto psicológico en la mujer. Rev. Cuba. Psicol. 2003; 20 (1): 43. Disponible en: <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0257-43222003000100006&lng=pt&nrm=iso>. ISSN 0257-4322>

FORMULARIO N° 1

NIVEL DE INSTRUCCIÓN DE MADRES ADOLESCENTES	
Ninguna	
Primaria incompleta	
Primaria completa	
Secundaria	

NIVEL DE INSTRUCCIÓN DE MADRES ADULTAS	
Ninguna	
Primaria incompleta	
Primaria completa	
Secundaria	
Superior	

NIVEL SOCIOECONÓMICO DE MADRES ADOLESCENTES	
Alto	
Medio	
Bajo	

NIVEL SOCIOECONÓMICO DE MADRES ADULTAS	
Alto	
Medio	
Bajo	

CONTROL PRENATAL DE MADRES ADOLESCENTES	
Ninguno	
5 o más	
3 o menos	

ESTADO CIVIL DE MADRES ADULTAS	
Soltera	
Casada	
Divorciada	
Unión libre	

ESTADO CIVIL DE MADRES ADOLESCENTES	
Soltera	
Casada	
Divorciada	
Unión libre	

CONTROL PRENATAL DE MADRES ADULTAS	
Ninguno	
5 o más	
3 o menos	

FORMULARIO N° 2

EDAD DE LA MADRE	
Adolescente 12 – 19 años	
Adultas 20 – 35 años	

EDAD GESTACIONAL DEL RN	
37 a 42 semanas	
36,6 a 35 semanas	
34,6 a 32 semanas	
< 31 semanas	
>43 semanas	

PESO DEL RECIEN NACIDO	
Sobrepeso > 3500 g.	
Peso normal 2500 – 3500 g.	
Bajo peso < 2500 g.	
Muy bajo peso < 1500 g.	
Extremadamente bajo peso < 1000 g.	

MAYOR NÚMERO DE COMPLICACIONES	
Masculino	
Femenino	

COMPLICACIONES NEONATALES		SI	NO
Anemia			
Asfixia			
Prematurez	Leve		
	Moderada		
	Grave		
Sepsis	Precoz		
	Tardía		
Neumonía	Precoz		
	Tardía		
Hipoglucemia			
Hiperbilirrubinemia			
Hipotermia	Moderada		
	Grave		
Policetemia			
Sd. Distres respiratorio			
Muerte neonatal	Precoz		
	Tardía		
Trauma al nacimiento			

ÍNDICE

PORTADA.....	i
CERTIFICACIÓN	ii
AUTORÍA.....	iii
CARTA DE AUTORIZACIÓN DE TESIS	iv
DEDICATORIA	v
AGRADECIMIENTO	vi
a. TÍTULO	1
b. RESUMEN.....	2
SUMMARY	3
c. INTRODUCCIÓN	4
d. REVISIÓN DE LA LITERATURA	7
1. PREMATUREZ	7
1.1 Recién nacido prematuro.	7
1.1.1 Etiopatogenia.	8
1.1.2 Clínica y complicaciones.	9
1.1.3 Diagnóstico del prematuro.....	10
1.1.4 Tratamiento.	11
1.2 Ictericia neonatal.	12
1.2.1 Estudio clínico de la ictericia neonatal	12
1.2.2 Clasificación etiológica de las hiperbilirrubinemias.....	14
1.2.2.1 Ictericia fisiológica.....	15
1.2.2.2 Ictericia por leche materna.....	17
1.2.2.3 Ictericia hemolítica.....	18
1.2.2.4 Ictericia endocrinológica.....	18
1.2.3 Tratamiento	18
1.3 Síndrome de dificultad respiratoria.	20
1.3.1 Orientación diagnóstica:	20

1.3.2	Enfermedad de membrana hialina (EMH)..	23
1.3.3	Taquipnea transitoria del recién nacido (TTRN) o mala adaptación pulmonar.	25
1.3.4	Distrés respiratorio leve.	26
1.3.5	Infección pulmonar temprana.	26
1.3.6	Síndrome de aspiración meconial (SAM).	27
e.	METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN	30
f.	RESULTADOS	32
g.	DISCUSIÓN	40
h.	CONCLUSIONES:	43
i.	RECOMENDACIONES	44
j.	BIBLIOGRAFÍA	45
k.	ANEXO	47
	ÍNDICE	75