



**UNIVERSIDAD NACIONAL DE CHIMBORAZO
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA DE MEDICINA**

**TESINA DE GRADO PREVIO A LA OBTENCIÓN DEL
TÍTULO DE: MÉDICO GENERAL**

TÍTULO DEL PROYECTO DE TESINA:

ESTABLECER LA CORRELACIÓN ENTRE EL NUMERO DE CONTROLES PRENATALES VERSUS PESO AL NACIMIENTO EN RECIÉN NACIDOS DE 37 A 41 SEMANAS EN LA UNIDAD DE NEONATOLOGÍA DEL HOSPITAL ENRIQUE GARCÉS DE QUITO. PERIODO ENERO- AGOSTO DEL 2013

AUTOR:

Darwin Roberto Tello Robayo

TUTORES:

Dra. Mirian Tapia

Dr. Carlos Valarezo

RIOBAMBA - ECUADOR

2013



UNIVERSIDAD NACIONAL DE CHIMBORAZO
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
SUBDECANATO

Oficio 1439-SD-FCS-2013
Riobamba, 30 de octubre de 2013

Señor
Tello Robayo Darwin Roberto
ESTUDIANTE DE LA CARRERA DE MEDICINA
Presente

Señor Estudiante:

En base al informe emitido por la Dirección de la Carrera de Medicina, me permito informarle que la Comisión de Carrera ha aprobado el tema de tesis: **"ESTABLECER LA CORRELACIÓN ENTRE EL NÚMERO DE CONTROLES PRENATALES VERSUS PESO AL NACIMIENTO EN RECIÉN NACIDOS DE 37 A 41 SEMANAS, EN LA UNIDAD DE NEONATOLOGÍA DEL HOSPITAL ENRIQUE GARCÉS DE QUITO. PERÍODO ENERO – AGOSTO 2013"**, Tutores: Dra. Miriam Tapia y Dr. Carlos Valarezo; por lo que, de acuerdo a la resolución del H. Consejo Directivo de Facultad No. 0533-HCDFCS-03-07-2013, esta dependencia autoriza continuar con el desarrollo y trámite respectivo.

Particular que comunico para los fines legales pertinentes.

Atentamente,


Dra. Lucila De la Calle Andrade, MgS.
SUBDECANA DE LA FACULTAD



Copia: Dra. Miriam Tapia y Dr. Carlos Valarezo, Docente –Tutor

Mgto V

NOTA: Este documento deberá ser entregado en Secretaría de Escuelas, para trámites de graduación.

CERTIFICACIÓN

El tribunal de defensa privada y Docentes de la UNIVERSIDAD NACIONAL DE CHIMBORAZO

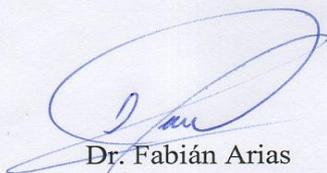
Después de haber realizado las correcciones correspondientes al trabajo de investigación que lleva por nombre “ESTABLECER LA CORRELACION ENTRE EL NUMERO DE CONTROLES PRENATALES VERSUS PESO AL NACIMIENTO EN RECIEN NACIDOS DE 37 A 41 SEMANAS EN LA UNIDAD DE NEONATOLOGIA DEL HOSPITAL ENRIQUE GARCES DE QUITO. PERIODO ENERO – AGOSTO DEL 2013”.

CERTIFICAMOS:

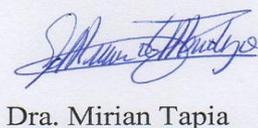
Que el Sr DARWIN ROBERTO TELLO ROBAYO con CI 050223722-5 estudiante de la carrera de Medicina de la Facultad de Ciencias de la Salud.

Se encuentra APTO para la defensa Publica de la Tesina de Grado previa a la obtención del Título de Médico General.

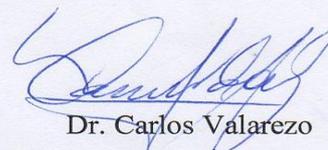
El interesado puede hacer uso del presente, conforme convenga su interés es todo lo que podemos certificar en honor a la verdad.



Dr. Fabián Arias



Dra. Mirian Tapia



Dr. Carlos Valarezo

TRIBUNAL DEFENSA PRIVADA



UNIVERSIDAD NACIONAL DE CHIMBORAZO

FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

CARRERA DE MEDICINA

ACEPTACIÓN DE TUTORÍA

En mi calidad de Docente de la Universidad Nacional de Chimborazo

CERTIFICO:

Que a petición verbal del Señor Tello Robayo Darwin Roberto portador de la CC. 0502237225-5, Estudiante de la Facultad de Ciencias de la Salud. Acepto la Tutoría Científica de la Tesina:

“ESTABLECER LA CORRELACION ENTRE EL NUMERO DE CONTROLES PRENATALES VERSUS PESO AL NACIMIENTO EN RECIEN NACIDOS DE 37 A 41 SEMANAS EN LA UNIDAD DE NEONATOLOGIA DEL HOSPITAL ENRIQUE GARCES DE QUITO. PERIODO ENERO- AGOSTO DEL 2013.”

Previa la obtención del Título de Médico General.

El interesado puede hacer del presente, como a bien tuviere.

Es todo cuanto puedo certificar en honor a la verdad.

Dra. Mirian Tapia

Riobamba, Septiembre del 2013



UNIVERSIDAD NACIONAL DE CHIMBORAZO
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
CARRERA DE MEDICINA

ACEPTACIÓN DE TUTORÍA

En mi calidad de Docente de la Universidad Nacional de Chimborazo

CERTÍFICO:

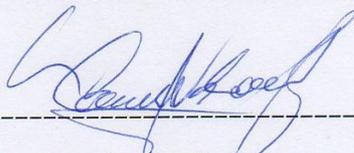
Que a petición verbal del Señor Tello Robayo Darwin Roberto portador de la CC. 0502237225-5, Estudiante de la Facultad de Ciencias de la Salud. Acepto la Tutoría Metodológica de la Tesina:

“ESTABLECER LA CORRELACION ENTRE EL NUMERO DE CONTROLES PRENATALES VERSUS PESO AL NACIMIENTO EN RECIEN NACIDOS DE 37 A 41 SEMANAS EN LA UNIDAD DE NEONATOLOGIA DEL HOSPITAL ENRIQUE GARCES DE QUITO. PERIODO ENERO- AGOSTO DEL 2013.”

Previa la obtención del Título de Médico General.

El interesado puede hacer del presente, como a bien tuviere.

Es todo cuanto puedo certificar en honor a la verdad.



Dr. Carlos Valarezo García

Riobamba, Septiembre del 2013

DERECHO DE AUTORÍA.

Y Darwin Roberto Tello Robayo soy el responsable del contenido de este trabajo investigativo, los derechos de autoría pertenecen a la Universidad Nacional de Chimborazo.

AGRADECIMIENTO

Agradezco a Dios que es nuestro padre el todopoderoso por su bendición por guiar mis pasos en mi formación académica.

A mis padres que me han apoyado con mucho esfuerzo y gran amor para el feliz término de mi carrera.

A mí querida institución y al Hospital Enrique Garcés de Quito, junto con nuestros docentes por todos los conocimientos impartidos durante nuestras vidas universitarias, ya que con sus enseñanzas he podido realizar de una mejor manera la tarea encomendada.

Y en especial a la Dra. Mirian Tapia, Dr. Carlos Valarezo, que fueron el eje principal para la elaboración de este trabajo. A todos ellos mi admiración y mis y sinceros agradecimientos.

INDICE GENERAL

INTRODUCCION:	- 1 -
CAPÍTULO I:	- 3 -
1. PROBLEMATIZACIÓN:	- 3 -
1.1. PLANTEAMIENTO DE PROBLEMA:	- 3 -
1.2. FORMULACIÓN DEL PROBLEMA:	- 3 -
1.2.1. DELIMITACIÓN DEL PROBLEMA	- 4 -
1.2.2. OBJETO DE ESTUDIO	- 4 -
1.3. OBJETIVOS	- 4 -
1.3.1. OBJETIVO GENERAL	- 4 -
1.3.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS	- 4 -
1.4. JUSTIFICACIÓN	- 5 -
CAPITULO II	- 6 -
MARCO TEORICO	- 6 -
2.-CONTROL PRENATAL	- 6 -
2.1.- BASE LEGAL	- 6 -
2.1.2.- IDENTIFICACIÓN DE FACTORES DE RIESGO.	- 9 -
2.1.3.- CONTENIDO DE LAS CONSULTAS PRENATALES	- 9 -
2.1.4.- PRIMERA CONSULTA.	- 10 -
2.1.5.- PROCEDIMIENTOS PERIÓDICOS:	- 10 -
2.1.6.- EXAMEN FÍSICO	- 11 -
2.1.8- SUPLEMENTOS VITAMINICOS	- 13 -
2.1.10- INMUNIZACIONES	- 14 -
2.1.11.- EDUCACIÓN	- 15 -
2.1.12.- PERIODICIDAD DEL CONTROL PRENATAL	- 17 -
2.2.- RECIÉN NACIDO O NEONATO	- 17 -
2.2.1.-Definición	- 17 -
2.2.2.- ATENCIÓN DEL RECIÉN NACIDO NORMAL	- 22 -
2.2.3.- FACTORES QUE ALTERAN LA ADAPTACIÓN NEONATAL.	- 25 -

2.3.- HIPÓTESIS Y VARIABLES	- 27 -
2.3.1.- HIPOTESIS	- 27 -
2.3.2.- VARIABLES	- 27 -
2.4.- OPERACIONALIZACION DE VARIABLES	- 28 -
CAPITULO III	- 29 -
MARCO METODOLOGÍCO	- 29 -
3.-TIPO DE INVESTIGACIÓN:	- 29 -
3.1.- ÁREA DE ESTUDIO:	- 29 -
3.1.1.- UNIVERSO	- 29 -
3.1.2 MUESTRA: Fórmula para calcular la Muestra	- 29 -
3.2 PROCESAMIENTO ESTADÍSTICO PARA EL ANÁLISIS DE LOS DATOS	- 30 -
CAPITULO IV	- 32 -
4.1. TÉCNICAS PARA EL ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE RESULTADOS.	- 32 -
CAPITULO V	- 50 -
5.1.- COMPROBACIÓN DE HIPÓTESIS	- 50 -
5.2.- CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES	- 51 -
5.2.1.- CONCLUSIONES	- 51 -
5.2.2.- RECOMENDACIONES.	- 52 -
BIBLIOGRAFÍA.	- 53 -
ANEXOS	- 55 -

ÍNDICE DE TABLAS

TABLA N° 1.- Distribución del numero de gestantes que fueron atendidas en la recepción del los recién nacidos vivos masculinos y femeninos a su nacimiento junto con sus porcentajes.

.....Pag 32

TABLA N°2.- Distribución según número de recién nacidos vivos de 37 a 41 semanas de gestación

.....Pag 34

TABLA N°3.- Distribución según número de recién nacidos vivos de 37 a 41 semanas de gestación y su peso junto con los porcentajes. (Total casos según muestra)

.....Pag 36

TABLA N°4.-Distribución según el Peso de los recién nacidos a término y el número de casos con porcentaje.

.....Pag 38

TABLA N°5.- Distribución según peso de recién nacidos vivos de 37 a 41 semanas de gestación con peso normal junto con los porcentajes.

.....Pag 39

TABLA N° 6.- Peso normal por rangos en recién nacidos a término.

.....Pag 41

TABLA N° 7.- Distribución de madres gestantes de acuerdo al control prenatal por mes.

.....Pag 42

TABLA N° 8.- Distribución de las madres de acuerdo al control prenatal previo a su ingreso y atención del parto.

.....Pag 44

TABLA N° 9.-Número del control prenatal de las mujeres gestantes junto a su porcentaje por mes.

.....Pag 45

TABLA N° 10.-Total del numero de Control Prenatal como antecedente de importancia en madres que cursan una edad gestacional de 37 a 41 semanas.

.....Pag 47

TABLA N°11.-Relación entre el numero de controles y el peso al nacimiento y su porcentaje.

.....Pag 48

ÍNDICE DE GRÁFICOS

GRAFICO N° 1.- Distribución del numero de gestantes que fueron atendidas en la recepción del los recién nacidos vivos masculinos y femeninos a su nacimiento junto con sus porcentajes.

.....Pag 33

GRAFICO N°2.- Distribución según número de recién nacidos vivos de 37 a 41 semanas de gestación

.....Pag 35

GRAFICO N°3.- Distribución según número de recién nacidos vivos de 37 a 41 semanas de gestación y su peso junto con los porcentajes. (Total casos según muestra)

.....Pag 37

GRAFICO N°4.-Distribución según el Peso de los recién nacidos a término y el número de casos con porcentaje.

.....Pag 38

GRAFICO N°5.- Distribución según peso de recién nacidos vivos de 37 a 41 semanas de gestación con peso normal junto con los porcentajes.

.....Pag 40

GRAFICO N° 6.- Peso normal por rangos en recién nacidos a término.

.....Pag 41

GRAFICO N° 7.- Distribución de madres gestantes de acuerdo al control prenatal por mes.

.....Pag 43

GRAFICO N° 8.- Distribución de las madres de acuerdo al control prenatal previo a su ingreso y atención del parto.

.....Pag 44

GRAFICO N° 9.-Número del control prenatal de las mujeres gestantes junto a su porcentaje por mes.

.....Pag 46

GRAFICO N° 10.-Total del numero de Control Prenatal como antecedente de importancia en madres que cursan una edad gestacional de 37 a 41 semanas.

.....Pag 47

GRAFICO N°11.-Relación entre el numero de controles y el peso al nacimiento y su porcentaje.

.....Pag 49

RESUMEN

TEMA: ESTABLECER LA CORRELACIÓN ENTRE EL NUMERO DE CONTROLES PRENATALES VERSUS PESO AL NACIMIENTO EN RECIÉN NACIDOS DE 37 A 41 SEMANAS EN LA UNIDAD DE NEONATOLOGÍA DEL HOSPITAL ENRIQUE GARCÉS DE QUITO. PERIODO ENERO- AGOSTO DEL 2013.

INTRODUCCIÓN: La atención prenatal implica no sólo el número de controles sino cuándo fueron realizadas durante el transcurso del embarazo y con qué calidad. el programa de atención prenatal, inicia desde el primer mes de embarazo y consultas médicas una vez por mes hasta el parto, permite identificar complicaciones del embarazo como infecciones cervicovaginales, diabetes gestacional, preeclampsia, infecciones sistémicas (VIH y otras), y establecer medidas preventivas oportunas de acuerdo con la situación de la embarazada en el momento oportuno, lo que significa un costo menor en su atención posterior y la calidad de vida de la gestante y su hijo.

OBJETIVO: Determinar la correlación que existe entre el numero de controles prenatales versus peso de los recién nacidos a término, atendidos en el servicio de Neonatología del Hospital Enrique Garcés y su implicación en salud. **MATERIALES**

Y MÉTODOS: Para esta investigación se obtuvo la información a partir de la revisión de historias clínicas, los datos obtenidos de estas, permitieron identificar el peso de los recién nacidos y el número de controles prenatales. **RESULTADOS:** El

numero de historias clínicas de madres que recibieron atención del parto con una edad gestacional de 37 a 41 semanas fue de 2119, al utilizar la fórmula para la obtención de la muestra se obtuvo 41 historias clínicas por cada mes desde enero a agosto, del total de la muestra que representa 328 casos en estudio, sobresale un predominio de los recién nacidos a término con normopeso con un porcentaje del 83%, a su vez el 92% representa a gestantes que registraron controles prenatales y solo un 8 % no presentan ningún control prenatal. **CONCLUSIONES:** Existe una

mínima diferencia entre gestantes con un número mayor de controles (>6 / 48%) al mínimo requerido (5), sobre gestantes con controles prenatales menores (2 -4) a 5 que representa el 38%, se puede deducir que si existe aunque no con un marcado porcentaje una incidencia favorable de madres gestantes con mayor numero de controles prenatales presentan recién nacidos con normopeso. **RECOMENDACIONES:** Fomentar la atención del control prenatal en todas las

unidades del sistema de salud y capacitar al personal de salud para que los registros de los datos sobre el número y tipo de control prenatal sean realizados de manera clara y precisa.



UNIVERSIDAD NACIONAL DE CHIMBORAZO
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
CENTRO DE IDIOMAS

ABSTRACT

TOPIC: ESTABLISHING THE CORRELATION BETWEEN THE NUMBER OF PRENATAL CONTROLS VERSUS ON BIRTH WEIGHT INFANTS OF 37 TO 41 WEEKS IN HOSPITAL GARCES ENRIQUE NEONATOLOGY UNIT OF QUITO. PERIOD JANUARY-AUGUST 2013

INTRODUCTION: Prenatal care involves not only the number of checks and when they were made during the course of pregnancy and what quality also. Prenatal care program started from the first month of pregnancy and doctor visits once month until childbirth, to identify pregnancy complications as cervical-vaginal infections, gestational diabetes, preeclampsia, systemic infections (HIV and others), and introducing prevention actions appropriate according to the situation of pregnant at the right time, which means less cost in subsequent care and quality of life of the mother and child. **OBJETIVE:** Determine the correlation between the number of prenatal controls versus weight of term infants, treated in the Neonatal service of Hospital of Enrique Garcés and involvement in health. **MATERIALS AND METHODS:** For this research the information was obtained from review of medical records, the data obtained helped to identify the weight of newborns and the number of prenatal controls. **RESULTS:** The number of medical records of mothers who received care at birth with a gestational age of 37-41 weeks was 2119, using the formula for obtaining the sample 41 medical records for each month was obtained from January to August, the total sample representing 328 cases studied, projecting a predominance of term infants with normal weight with a percentage of 83%, in turn represents 92% pregnant women reported prenatal care and only 8% show no prenatal care. **CONCLUSIONS:** There is a minimal difference between pregnant women with a greater number of controls (> 6/48%) the minimum required (5) on pregnant with lower prenatal checks (2 -4) to 5 representing 38% it can be deduced that if exists a marked although not a favorable percentage incidence of pregnant women with the highest number of prenatal controls presented new born with normal weight. **RECOMMENDATIONS:** Promoting prenatal care in all units of the health system and train staff health so that data records about the number and type of prenatal care are made clearly and accurately.

Mercedes Gallegos N.

This abstract was translated by Ms. Mercedes Gallegos N.

Professor of Language Center of Health Science Faculty of UNACH.

CENTRO DE IDIOMAS



INTRODUCCIÓN:

La atención prenatal implica no sólo el número de controles sino cuándo fueron realizadas durante el transcurso del embarazo y con qué calidad. El programa de atención prenatal, inicia desde el primer mes de embarazo y consultas médicas una vez por mes hasta el parto, permite identificar complicaciones del embarazo como infecciones cervicovaginales, diabetes gestacional, preeclampsia, infecciones sistémicas (VIH y otras), y establecer medidas preventivas oportunas de acuerdo con la situación de la embarazada en el momento oportuno, lo que significa un costo menor en su atención posterior y la calidad de vida de la gestante y su hijo (1).

Durante el embarazo, son muy importantes los controles prenatales regulares, ya que nos ayuda a mantener la salud y el bienestar del feto antes de su nacimiento, a detectar problemas oportunos en caso de que se presenten y a prevenir complicaciones durante el parto, normalmente los controles prenatales de rutina tienen lugar (2).

- Una vez al mes durante las semanas 4 a la 28 de gestación.
- Dos veces al mes durante las semanas 28 a la 36 de gestación.
- Semanalmente durante las semanas 36 hasta el parto.

Las mujeres con embarazos de alto riesgo deben ver al médico con mayor frecuencia (20).

En la primera visita, el médico realiza un examen físico completo, se realizan pruebas de laboratorio además se calcula la fecha probable de parto, y se examina los senos descartando alguna anormalidad, un examen pélvico para revisar el útero y un examen del cuello uterino, incluida una citología vaginal (Papanicolaou). Durante esta primera visita se le realiza a la paciente preguntas sobre su estilo de vida, relaciones y hábitos de salud (3).

Después de la primera visita, la mayoría de las visitas prenatales incluirán:

- Verificación de la presión arterial y del peso
- Verificación de la frecuencia cardíaca del bebé
- Medición del abdomen para verificar el crecimiento del bebé

Se realizaran pruebas de rutina durante el embarazo, para detectar anemia, medir el riesgo de diabetes gestacional y detectar infecciones nocivas. (3).

En el Ecuador, aproximadamente unas 300.000 mujeres se embarazan, pero no todas ellas recibirán una atención de calidad como les corresponde de acuerdo a sus derechos ciudadanos (componente normativo materno neonatal, junio del 2008).

Un control prenatal óptimo, según las normas de MSP del Ecuador, comprende un mínimo de cinco chequeos por personal profesional de salud calificado (médico u obstetra) durante el período del embarazo de BAJO RIESGO. El primer control (de diagnóstico) debería ser dentro de las primeras veinte semanas y los otros cuatro subsecuentes (de seguimiento) repartidos periódica y continuamente de la siguiente manera: Uno entre las 22 y 27 semanas; uno entre las 28 y 33 semanas; uno entre las 34 y 37 semanas y uno entre las 38 y 40 semanas. No obstante, el solo cumplimiento de esta norma no garantiza la calidad de la atención, pues se requiere que, en cada visita, el servicio de salud provea un conjunto de actividades y procedimientos que el equipo de salud ofrece a la embarazada con la finalidad de identificar factores de riesgo en la gestante y enfermedades que puedan afectar el curso normal del embarazo y la salud del recién nacido (4).

CAPÍTULO I:

1. PROBLEMATIZACIÓN:

1.1. PLANTEAMIENTO DE PROBLEMA:

Los recién nacidos a término (37 a 41 semanas) en el Hospital Enrique Garcés por parto céfalo-vaginal o cesárea, dependiendo de su condición clínica requieren diferentes niveles de cuidados en el área de neonatología.

La correlación de número de controles prenatales versus peso al momento del nacimiento nos ayudara a planificar un buen seguimiento en el desarrollo de la gestación.

Varios estudios ponen en manifiesto lo fundamental de los controles prenatales, ya que por su importancia y efectos a corto y largo plazo se ha convertido en un problema de salud pública, esto debido a las implicaciones sociales, familiares y económicas a los grupos más vulnerables asentados principalmente en regiones del tercer mundo, en donde se podrían prevenir dos tercios de estas complicaciones, afectando implícitamente al recién nacido en su peso (1).

El presente estudio pretende analizar la relación directa entre los controles prenatales versus peso al momento del nacimiento con el fin de conocer y determinar el número de casos en la población a estudiar en el tiempo definido en la investigación planteada. Con el fin de identificar cuáles son las implicaciones en la salud del RN.

1.2. FORMULACIÓN DEL PROBLEMA:

¿Es posible establecer una relación directa entre los controles prenatales y la variación del peso al momento del nacimiento en recién nacidos a término en la Unidad de Neonatología del Hospital Enrique Garcés?

1.2.1. DELIMITACIÓN DEL PROBLEMA

El presente trabajo de investigación es realizado en la unidad de Neonatología del Hospital Enrique Garcés de Quito, en el periodo comprendido del mes de enero - agosto del 2013.

1.2.2. OBJETO DE ESTUDIO

1.2.3. CAMPO DE ACCIÓN

Pacientes neonatos nacidos en el Hospital Enrique Garcés, por parto céfalo-vagina o cesara.

1.3. OBJETIVOS

1.3.1. OBJETIVO GENERAL

Determinar la correlación que existe entre el numero de controles prenatales versus peso de los recién nacidos a término, atendidos en el servicio de Neonatología del Hospital Enrique Garcés y su implicación en salud.

1.3.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Determinar el universo poblacional de mujeres gestantes.
- Cuantificar el número de controles prenatales realizados por las gestantes en forma particular con edad gestacional de 37 a 41 semanas.
- Establecer la edad gestacional de los recién nacidos.
- Determinar el peso de los recién nacidos a término y su probable relación con los controles prenatales de las madres.
- Establecer si se aplica adecuadamente la norma de cuidados prenatales.

1.4. JUSTIFICACIÓN

El control prenatal es el conjunto de acciones y procedimientos sistemáticos y periódicos, destinados a la prevención, diagnóstico y tratamiento de los factores que puedan condicionar morbilidad perinatal. Podemos vigilar la evolución del embarazo y preparar a la madre para el parto y la crianza de su hijo (2).

Es fundamental el control oportuno prenatal ya que ayuda a conocer el estado de bienestar fetal y su probable incidencia en el peso de los recién nacidos , facilita un buen tratamiento y evitar complicaciones, los esfuerzos realizados por conseguir información nos ha dado a entender la complejidad del tema de estudio.

La realización del presente trabajo de investigación es de gran importancia ya que permitirá establecer la relación existente entre la frecuencia de controles prenatales y la calidad del estado de salud del neonato con el objetivo de mejorarla calidad de vida del feto y la gestante a través de un control inicial de su estado de gestación hasta el nacimiento del producto. Por medio de la valoración clínica adecuada de la madre para brindar un manejo oportuno en cada control.

Por lo tanto el presente trabajo de investigación aportara con datos que permitan ratificar o cuestionar la importancia del control prenatal. Esta investigación es factible realizarlo por cuanto existen suficientes fuentes estadísticas hospitalarias, así como bibliográficas y documentales.

CAPITULO II

MARCO TEÓRICO

2.-CONTROL PRENATAL

2.1.- BASE LEGAL

“Plan Nacional de Reducción Acelerada de la Mortalidad Materna y Neonatal, septiembre del 2008”

Acuerda:

Art.1.- Declarar al plan nacional de reducción acelerada de la muerte materna y neonatal y los capítulos normativos que lo integran como política pública prioritaria para el sector salud (3).

Art.2.- Aprobar y autorizar la publicación de plan de reducción acelerada de la muerte materna y neonatal y los capítulos normativos de la norma y protocolos de salud sexual y reproductiva que lo sustentan (3):

- 1.- Normas y protocolos de atención materna
- 2.- Normas y protocolos de atención neonatal
- 3.- Manual de estándares, indicadores e instrumentos para medir la calidad de la atención materno-neonatal
- 4.- Guía técnica para la atención del parto culturalmente adecuado

Los Cuidados Obstétricos y Neonatales Esenciales (CONE) son un conjunto de atenciones a las cuales deben tener acceso todas las mujeres embarazadas, puérperas y los recién nacidos, y que son fundamentales para salvar las vidas de madres y recién nacidos. La estrategia CONE consiste en asegurar que todas las madres y recién nacidos tengan acceso, las 24 horas del día, 365 días al año, a los cuidados obstétricos esenciales de calidad (3).

2.1.1.- FUNDAMENTACIÓN

Se define como el “El control prenatal, es el conjunto de acciones médicas y asistenciales que se concretan en entrevistas o visitas programadas con el equipo de salud, a fin de controlar la evolución del embarazo y obtener una adecuada preparación para el nacimiento y la crianza del recién nacido con la finalidad de disminuir los riesgos de este proceso fisiológico. Es parte de un proceso destinado a fomentar la salud de la madre, el feto y la familia. (5).

El control prenatal es un componente de la atención materna que comprende un conjunto de acciones orientadas a lograr que el embarazo transcurra con vigilancia y asistencia por parte del equipo de salud, según el riesgo identificado, a fin de preservar la salud de la mujer durante su gestación, ubicándola en el nivel de atención que le corresponda, para que el parto se realice sin complicaciones y termine felizmente con un recién nacido vivo, normal y a término (6).

El control prenatal tiene los siguientes componentes:

- El análisis temprano y continuo del riesgo.
- La promoción de la salud, detección temprana y protección específica.
- Las intervenciones médicas y psicosociales pertinentes

Los objetivos generales del control prenatal son:

- Identificar factores de riesgo
- Diagnosticar la edad gestacional
- Diagnosticar la condición fetal
- Diagnosticar la condición materna
- Educar a la madre.

Control pre-natal eficiente.-Se denomina al que cumpla con cinco (5) requisitos básicos; de acuerdo con ellos; debe ser (6):

1.- Precoz: El control prenatal debe iniciarse lo más temprano posible (en el primer trimestre) por la relación entre la edad gestacional del primer control con los resultados del embarazo (Componente Normativo Materno Neonatal 2008). Esto permite la ejecución oportuna de las acciones de fomento protección y recuperación de la salud que constituye la razón fundamental del control, para la identificación precoz de embarazos de alto riesgo.

2.- Periódico o Continuo: Toda mujer embarazada de BAJO RIESGO deberá completar mínimo 5 controles prenatales (uno de diagnóstico y cuatro de seguimiento) con el cumplimiento de todas las actividades que se registran en la historia clínica perinatal del CLAP (6); en términos generales el número de controles de embarazo será mayor en aquellas pacientes que presenten factores de riesgo y menor en quienes no lo presenten.

3.-Completo o Integral (6): Los contenidos del deberán garantizar el cumplimiento efectivo de las acciones de fomento, protección, recuperación y rehabilitación de la salud.

Atención de:

- Riesgo nutricional.
- Detección de discapacidades y enfermedades perinatales.
- Maltrato sexual, violencia intrafamiliar y drogodependencia.
- Infecciones de transmisión sexual.
- Consejería pre/posprueba de VIH/SIDA, detección y referencia.
- Enfermedades buco – dentales.

4.- Afectivo (6):

- Toda embarazada debe ser bienvenida y atendida con calidez y calidad.
- Los horarios de atención deben favorecer la concurrencia al control prenatal.
- Cuanto mayor el número de horas de atención, más elevado el número de mujeres que pueden concurrir.

- Cumplir con el horario de turnos y reducir el tiempo de espera de las pacientes.
- Se deben realizar exámenes y pruebas que responden a un propósito inmediato y que se ha demostrado que son beneficiosas.

5.- Enfoque intercultural

El proveedor debe tener conocimiento de la cosmovisión tradicional y cultural con comprensión de las prácticas ancestrales de curación de acuerdo a la diversidad cultural de la zona de atención (6).

2.1.2.- IDENTIFICACIÓN DE FACTORES DE RIESGO.

El factor de riesgo es toda aquella característica biológica, ambiental o social que cuando se presenta se asocia con el aumento en la probabilidad de presentar un evento sea en el feto o en la madre o en ambos. En el marco de la perinatología, los factores que contribuyen con mayor frecuencia a la morbilidad del recién nacido son la prematuridad, la asfixia perinatal, las malformaciones congénitas y las infecciones. Por tanto, la identificación de las patologías que generen estas situaciones debe constituirse en una de las prioridades del control prenatal. (7)

Tenemos que tener muy en cuenta de las patologías que afectan a la madre estas son las hemorragias ante, intra y post parto, la hipertensión inducida por el embarazo y, desde luego, las patologías de base que presentan las pacientes al iniciar su embarazo. La identificación oportuna de factores de riesgo permite la planeación estratégica de los controles prenatales, enfatizando las estrategias de remisión (7).

2.1.3.- CONTENIDO DE LAS CONSULTAS PRENATALES

Definir el riesgo Evaluar la evolución del embarazo. Planificar la solicitud de estudios complementarios. Rastrear y tratar las patologías encontradas. Realizar consejería. - Organizar vacunación. - Programar asistencia odontológica. - Promover la participación en grupos de preparación para el parto. - Promover la lactancia materna. (8)

2.1.4.- PRIMERA CONSULTA.

La primera consulta es muy importante, permitirá aclarar dudas y temores respecto al embarazo, pero en primera instancia se tendrá que salir de la duda si es que la paciente está embarazada o no. Se examinará totalmente a la paciente realizando anamnesis (se debe recabar información de los antecedentes personales tales como hipertensión, diabetes, infecciones urinarias, hábitos, incompatibilidad sanguínea, problemas tiroideos, cardiacos, gineco-obstétricos (menarquia, anticoncepción, gestas anteriores, abortos, periodo intergenésicos, pesos de recién nacidos previos) y familiares (gestas múltiples, hipertensión, diabetes); examen físico y una serie de exámenes auxiliares: (8)

- Exámenes de sangre: test de Embarazo, hemograma completo (verificar si hay anemia), grupo sanguíneo y factor Rh (descarte de incompatibilidad materno-fetal), glicemia (diabetes gestacional), reacciones serológicas para sífilis, test de ELISA para HIV, dosaje de anticuerpos para rubéola, toxoplasmosis, y otras infecciones de interés.
- Examen completo de orina: en busca de infección urinaria o albuminuria (eclampsia).
- Test de citología (Prueba de Papanicolaou), para descartar cáncer de cuello uterino.
- Ecografía obstétrica, aconsejable antes de las 12 semanas embarazo permite establecer la edad gestacional con mayor precisión (8).

2.1.5.- PROCEDIMIENTOS PERIÓDICOS:

Apertura del Carnet Perinatal y elaboración de la Historia Clínica Perinatal:

Proporciona información necesaria de manera simple, identifica riesgos en la madre y registra la evolución del embarazo, parto y antecedentes del recién nacido (9).

2.1.6.- EXAMEN FÍSICO

En todas las visitas se deberá consignar:

Peso y talla: Debe constar el peso previo a la concepción y el peso de cada visita. El aumento de peso en la embarazada sana debe estar entre 9 y 12kg, repartidos así: 1,5 a 1,8kg durante el primer trimestre, 3,5kg en el segundo y el resto en el tercero, a un promedio de 350g a 400g por semana. La deficiencia de peso antes del embarazo y una ganancia inadecuada durante el mismo, son factores importantes en la restricción del crecimiento intrauterino y en el aumento de la morbi-mortalidad fetal. En las mujeres obesas antes del embarazo, el aumento de peso debe ser menor que en el resto porque es en este grupo donde la mortalidad perinatal es mayor. Tallas menores a 1.40 m hacen sospechar la probabilidad de desproporción céfalo pélvica (6)

Tensión Arterial (TA): Se debe tomar la TA en cada consulta. Esta debe realizarse al final de la consulta, con la paciente ya relajada, en posición sentada con apoyo dorsal e idealmente con apoyo braquial a nivel del corazón. Esta maniobra se realiza para la detección precoz de hipertensión arterial inducida por el embarazo que en algunas ocasiones puede llevar al desencadenamiento de Pre-eclampsia. El diagnóstico y tratamiento de este problema de salud aporta claros y contundentes beneficios. (6)

Altura Uterina (AU): Use la cinta métrica perinatólogica para medir desde el borde superior de la sínfisis del pubis hasta el fondo uterino.

Desde la semana 18 hasta la semana 30 tiene mayor sensibilidad esta medida, sobre esta semana disminuye su valor, si la medida es menor a la edad gestacional, considere error de cálculo, malnutrición, restricción de crecimiento fetal, oligohidramnios u óbito fetal.

Si la medida es mayor a la edad gestacional considere error de cálculo, embarazo múltiple o polihidramnios. A su vez aporta información diagnóstica en la evaluación

de la discordancia entre la edad gestacional (EG) y la AU en el embarazo gemelar, polihidramnios y macrosomía fetal. (10).

Latidos Cardiacos Fetales: Se deben buscar a partir de la semana 10–12 de gestación con aparato ultrasónico Doppler y a partir de la semana 18-20 con el estetoscopio de Pinard, el latido cardiaco es normal entre 120 a 160 latidos por minuto. La auscultación de los latidos fetales solo nos aporta información instantánea sobre la vitalidad fetal no teniendo correlación con eventos futuros. (3)

Movimientos Fetales: En los primeros embarazos las mujeres los perciben alrededor de la semana 20 y en multíparas a partir de la semana 16, Valorar bienestar fetal por cualquier medio: registro de FCF, monitoreo electrónico fetal, ultrasonografía. (3)

Presentación Fetal, situación, posición, y condiciones cervicales.: Puede ser cefálica, o pelviana. Puede variar a lo largo del embarazo, pudiéndose modificar hasta la semana 36 de gestación. Las nulíparas con presentación pelviana o situación fetal transversa, tienen indicación de cesárea, se realiza maniobras de Leopold. Aplique la evaluación del cuello con el Índice de Bishop.

Examen mamario: Se debe realizar consejería desde las primeras consultas. Evidenciar estado de mamas, piel y pezones para luego intervenir, aunque la presencia de pezones invertidos no tiene una fuerte asociación con dificultades en la lactancia posterior. (7)

2.1.7- ESTUDIOS COMPLEMENTARIOS:

- Grupo y Factor de la paciente, y de la pareja (de ser este RH negativo)
- Hemograma
- VDRL
- Serología para Toxoplasmosis pareada
- Serología para VIH
- Uroanálisis (y urocultivo de acuerdo a las necesidades particulares de la gestante)

- Ecografía (tiene utilidad para el diagnóstico de edad gestacional en el primer trimestre y posteriormente para evaluar anomalías estructurales alrededor de la semana 20.) Estas serologías deben repetirse entre las semanas 28 y 32 de gestación:
- Glucemia en ayunas 10. HBs Ag
- Monitoreo Fetal: Consiste en el registro en forma gráfica de la frecuencia cardíaca fetal, los movimientos fetales y las contracciones uterinas, nos aporta datos acerca de la condición fetal inmediata. A menos que surja evidencia que demuestre lo contrario, su uso debe ser restringido a situaciones en las que se sospeche hipoxia fetal aguda y en ocasiones para realizar monitoreo fetal intraparto. Alteraciones en el curso normal del embarazo pueden requerir como método complementario de diagnóstico, monitorizaciones adicionales. Hasta el momento no hay información que permita inferir que el uso en forma rutinaria del monitoreo fetal este asociado a mejores resultados durante el control prenatal.
- Papanicolaou (PAP): Se debe realizar según las normas establecidas para esta práctica. Se debe recordar que en muchas ocasiones el control prenatal es uno de los pocos contactos con el médico y no realizarlo sería una oportunidad perdida. Por comodidad de la paciente y para facilitar la toma de la muestra se debería realizar antes de las 28 semanas; sin embargo, esto no debe ser un limitante, por el contrario el médico debe realizar la toma de muestra en cualquier momento del embarazo donde exista la oportunidad (10).

2.1.8- SUPLEMENTOS VITAMINICOS

Acido fólico: Utilizado en la prevención de defectos del tubo neural y a ciertas malformaciones como: Anencefalia, Espina Bífida, Meningocele y mielomeningocele etc.

El suplemento rutinario de una tableta de 1 mg/día de ácido fólico en prevención primaria, desde un mes antes de la concepción y hasta la semana 12 de gestación aporta claros beneficios (Dosis requerida: 0,4 mg) . En prevención secundaria,

cuando existe un caso de defectos del tubo neural en la familia (padres o hijos) o la madre es epiléptica y es tratada con ácido valpróico o carbamazepina o en mujeres diabéticas Tipo I y Tipo II se administrar la dosis de ácido fólico es 4mg/día(6).

Calcio: una adecuada ingesta de calcio diaria (1 gramo/día) produce una reducción en el riesgo de tensión arterial elevada durante el embarazo y una substancial disminución del riesgo en mujeres con factores de riesgo para el desarrollo de hipertensión arterial durante el embarazo (6).

Hierro: Si valores de Hb no sugieren anemia diferir la toma de hierro hasta la semana 20. La dosis recomendada de hierro elemental al día durante el embarazo (30 mg), se encuentra en 150 mg de sulfato ferroso, o 300 mg de gluconato ferroso. Es preferible tomar los suplementos en ayunas o entre comidas para favorecer su absorción y no deberían tomarse con té, leche o café. El carbonato de calcio y el óxido de magnesio inhiben la absorción del hierro y la vitamina C la favorece (6)

2.1.9- MEDICAMENTOS.

Se recomienda suspender la administración de medicamentos a las mujeres embarazadas, cuya inocuidad no ha sido comprobada, lo más que sea posible, administrarlos solo cuando sea urgente; evitando los agentes nuevos o en fase de experimentación, y usarlos sólo cuando sea necesario, a las dosis más bajas que se requieran para que sea de eficacia clínica, siempre tomando en cuenta riesgo-beneficio de estos. (1)

2.1.10- INMUNIZACIONES

Vacuna antitetánica: En gestantes sin un esquema completo se debe realizar la prevención del tétanos a través de un plan de dos dosis:

1ra dosis: en cualquier semana de gestación.

2ª dosis: aplicar con un intervalo entre 4 a 6 semanas.

Dosis de Refuerzo: luego de 1 año o en cada embarazo siguiente en cualquier semana si son menos de 5 años de la última vacunación. Si son más de 5 años repetir el esquema completo (6).

2.1.11.- EDUCACIÓN

Preparación para el parto. Implica la preparación física y mental de la paciente y pareja, que tienen por objetivo primordial, permitir el nacimiento del producto y que se lo realice en las mejores condiciones (3).

Preparación de las mamas: En la primera consulta se deben evaluar las mamas y comenzar precozmente con la promoción de la lactancia materna. Se deben cuidar especialmente los pezones, aireándolos, lubricándolos con calostro o lanolina. Dentro de las posibilidades se deben exponer al sol para fortalecerlos y así prevenir futuras grietas (3).

Intimidad Sexual: El médico debe conversar con la paciente y su pareja en relación a este tema y asegurar que las relaciones sexuales no dañan al bebe y que su actividad sexual dependerá de su decisión, en relación al bienestar de la pareja, siempre y cuando no exista alguna contraindicación de la misma. (3)

Actividad Física: Realizar ejercicio moderado no es perjudicial ni para la madre ni el feto. Se desaconseja el ejercicio de alta competición, de contacto y buceo. Se debe evitar el aumento sostenido de temperatura en la gestante, para no exponer al feto a hipertermia. Se aconseja una reducción gradual hacia el tercer trimestre. (6)

Alimentación: Se debe mantener alimentación rica en calcio, hierro, ácido fólico, que cubra las necesidades gestacionales. Sin embargo, en los países en desarrollo lo característico de la dieta promedio es un bajo componente calórico y proteico, de ahí la importancia de los programas nacionales de alimentación complementaria a las embarazadas.

Calorías.-Durante la gestación se produce un incremento del metabolismo anabólico, especialmente en el tercer trimestre.

Esto está determinado por la presencia de feto y placenta en continuo crecimiento, aumento del trabajo mecánico externo dado por el mayor peso materno, aumento del trabajo mecánico interno dado por mayor uso de la musculatura respiratoria y del trabajo cardíaco. Todo esto implica un aumento del aporte calórico equivalente a un 13% de las necesidades pregestacionales. El costo energético total del embarazo se estima en 80.000 kcal, equivalente a un aumento promedio de 286 kcal/día, distribuidas en 150 kcal/día en el primer trimestre y 350 kcal/día en el segundo y tercer trimestre. Estos cálculos se basan en una mujer de antropometría promedio, normonutrida y con feto único. En embarazo gemelar se recomienda un aporte calórico adicional de 300 kcal/día. En embarazadas obesas se debe efectuar una restricción del aporte calórico, lo suficiente para lograr un aumento de peso total a término equivalente a 7,5 - 10,5 kg; la restricción calórica máxima es de 1.800 kcal/día, cifras inferiores se asocian a ketoacidosis de ayuno que deben ser evitadas.

Proteínas.- Los requerimientos proteicos durante el embarazo se incrementan en promedio en un 12%. La acumulación total de proteínas en el embarazo es 925 g, equivalente a 0,95 g/kg/día. Estos cambios del metabolismo proteico están dados por una acelerada síntesis proteica, necesaria para la expansión del volumen sanguíneo materno, el crecimiento de las mamas, del útero y muy especialmente el aumento de los tejidos fetales y placentarios.

El aumento de la ingesta de alimentos proteicos debe considerarse cuantitativa y cualitativamente. La concentración de aminoácidos esenciales en la proteína de origen animal es considerada óptima, mientras que en la proteína de origen vegetal la concentración es un 50 a 65% de lo ideal. Estos conceptos son especialmente importantes en las recomendaciones nutricionales dado el alto costo económico de los nutrientes proteicos (11).

Tabaquismo y alcohol: El consumo se asocia a bajo peso al nacer, aunque no se sabe cuánto alcohol sería perjudicial para el feto, se aconseja no ingerir alcohol durante el

embarazo. El fumar se asocia a una variedad de efectos adversos para el feto en numerosos estudios, se debe realizar consejería desalentando el hábito tabáquico durante la gestación (12).

2.1.12.- PERIODICIDAD DEL CONTROL PRENATAL

La frecuencia del control prenatal está determinada por los factores de riesgos detectados en la gestación y serán necesarios tantos controles como la patología detectada lo requiera. En embarazos sin factores de riesgo, la frecuencia de los controles debe racionalizarse en relación a la magnitud de la población obstétrica y los recursos humanos destinados para su control (6)

Nivel mínimo eficiente: 5 controles.

- Uno en las primeras 20 semanas.
- Uno entre las 22 y 27 semanas.
- Uno entre las 28 y 33 semanas.
- Uno entre las 34 y 37 semanas.
- Uno entre las 38 y 40 semanas

En la obstetricia moderna actual lo más importante, al final del embarazo, es lograr que la madre y el recién nacido se encuentren en excelentes condiciones de salud “Disminuir el número de visitas prenatales de rutina no expone a problemas de salud a la mujer embarazada o a su hijo/a, pero puede reducir la satisfacción de la mujer con los cuidados” (Componente Normativo Materno Neonatal 2008)

2.2.- RECIÉN NACIDO O NEONATO

2.2.1.-Definición.-Se denomina al producto de la concepción (recién nacido) desde que es separado del organismo de la madre hasta que cumple 28 días de vida extrauterina (14).

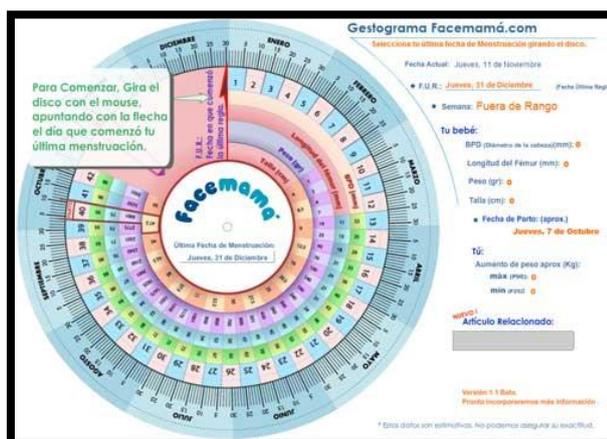
Los recién nacidos se van a someter a cambios fisiológicos que implica el paso de la vida intrauterina a la extrauterina son los que determinan las características del cuidado normal. Para poder sobrevivir el neonato requiere una adaptación de todos los órganos y sistemas que incluye la maduración de diversos sistemas enzimáticos, la puesta en marcha del mecanismo de homeostasis que eran asumidos por la placenta de la madre, en el ambiente extrauterino el sistema cardiovascular, pulmonar son indispensables después del nacimiento para sobrevivir (guías de práctica clínica para la atención del recién nacido 2007).

Edad gestacional por fecha última menstruación:

Los cálculos para determinar la Edad Gestacional (EG) se realizan de diferentes maneras, usando siempre la Fecha de la Última Menstruación (FUM) como punto de partida en caso que sea confiable, de no ser confiable o precisa se debe calcular por la ecografía que se haya realizado la paciente con el menor tiempo de embarazo posible, el tacto vaginal o la altura uterina si tiene más de 16 semanas:

Sabiendo la Fecha de la Última Menstruación se puede calcular la Edad Gestacional.

- Usando el calendario obstétrico.
- Usando la ecografía para correlacionar con Edad Gestacional.
- Usando el almanaque para sumar los días desde el primer día de la última menstruación (F.U.M.) hasta el día de hoy (fecha actual) y dividirlos entre 7 días que trae cada semana (15).



Método de CAPURRO para determinar la edad gestacional (16)

Este método utiliza cinco características físicas del recién nacido. Cada una de las características tiene varias opciones y cada opción un puntaje que ha sido determinado a través de diferentes estudios, será al final la suma de esos puntajes los que determinen la edad gestacional.

Forma de la oreja. Se trata de observar (no tocar) la incurvación que hace hacia fuera el pabellón de la oreja. Debe observarse situándose frente al niño y observando en particular si el borde superior del pabellón forma “un techo” hacia los lados. Luego se evalúa el grado de incurvación para lo cual se observa cada pabellón volteando la cara del niño hacia uno y otro lado. Si por la posición, al nacimiento el recién nacido mantiene aplanada una oreja no valore ésta. Si no estuvo ninguna aplanada, valore ambas. Asigne los valores de 0, 8, 16 ó 24 dependiendo de la incurvación

Tamaño de la glándula mamaria. Antes de palpar la zona correspondiente al nódulo mamario pellizque suavemente el tejido celular subcutáneo adyacente que permita valorar si lo que se mide es o no tejido mamario. Utilice una cinta métrica y con la otra mano palpe el tejido que se encuentra por debajo y alrededor del pezón tratando de especificar si se palpa o no tejido y si el diámetro es <5, de 5 a 10 ó >10 mm.

Formación del pezón. Evalúe ambos pezones y con una cinta métrica mida si el diámetro es apenas visible, <7,5 mm, >7,5 mm pero con el borde no levantado o >7,5 mm pero con areola punteada y bordes levantados.

Textura de la piel. Palpe y examine la piel de los antebrazos, manos, piernas y pies, observe si en el dorso de las manos y pies hay líneas de descamación o grietas. Dependiendo de la profundidad de las grietas o la presencia de descamación, valore en 0, 5, 10, 15 ó 20.

Pliegues plantares. Observe la planta de ambos pies y luego hiperextienda ambas de manera que se mantenga tensa la piel de la planta. La diferencia entre los pliegues y los surcos plantares estriba en que los primeros tienden a desaparecer al extender la piel, mientras que los segundos se continúan marcando con claridad. Dependiendo de la cantidad de surcos se valora en 0, 5, 10, 15 ó 20.

Cálculo: Se suman los puntajes totales de las 5 características. Al resultado se le suman 204 (que es una constante) y el resultado se divide entre 7 (que es el número de días).

$$\text{Semanas de gestacion} = \frac{\text{totaldepuntos} + 204}{7(\text{dias})}$$

METODO DE CAPURRO PARA DETERMINAR LA EDAD GESTACIONAL EN EL RECIEN NACIDO.					Puntuación	
Forma de la OREJA	Aplanada inferior, incurvación superior. No palpable el Pabellón. 0	Palmo de parca o firme. 8	Palmo de parca o firme. 16	Palmo de parca o firme. 24	<p>Se suma 204 + Puntaje Parcial y se divide entre 7</p> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/>	
Tamaño de GLÁNDULA MAMARIA	No Palpable. 0	Palpable menor de 5 mm. 5	Palpable entre 5 y 10 mm. 10	Palpable mayor de 10 mm. 15		
Formación del PEZON	Apenas visible sin areola. 0	Diámetro menor de 7.5 mm. Areola lisa y chata. 5	Diámetro mayor de 7.5 mm. Areola punteada. Borde No levantado. 10	Diámetro mayor de 7.5 mm. Areola punteada. Borde levantado. 15		
TEXTURA de la PIEL	Muy fina gelatinosa. 0	Fina lisa. 5	Más gruesa discreta descamación superficial. 10	Gruesa grietas superficiales descamación de manos y pies. 15		Gruesa grietas profundas apergamina-das. 20
PLIEGUES PLANTARES	Sin pliegues. 0	Marcas mal definidas en la mitad anterior. 5	Marcas bien definidas en la mitad anterior. Surcos en la mitad anterior. 10	Surcos en la mitad anterior. 15		Surcos en más de la mitad anterior. 20
Puntaje Parcial = _____						

Según la edad gestacional el recién nacido (RN) puede clasificarse en (14):

1. R.N pretérmino: menos de 37 semanas completas.
2. R.N a término: de 37 a menos de 41 semanas completas.
3. R.N postérmino: 42 semanas completas o más.

Según el peso para la madurez estimada se clasifica como (14):

1. Adecuada para la edad gestacional (AEG): entre los percentiles 10-90.
2. Grandes para la edad gestacional (GEG): peso superior al percentil 90.
3. Pequeños para la edad gestacional (PEG): peso inferior al percentil 10.

De acuerdo al peso del recién nacimiento (PN) (14):

1. RN con peso elevado: >3500 g.
2. RN con peso normal: 2500g a 3500g

3. RN con peso bajo: < de 2500 g.

2.2.2.- ATENCIÓN DEL RECIÉN NACIDO NORMAL

Es implementado en los centros de salud busca la adaptación del recién nacido a un nuevo entorno con el objetivo de supervisar y ayudar a la madre y a comprender las características fisiológicas que no ocurren en ninguna otra edad de vida .

La atención del recién nacido comprende al menos una evaluación especial en cuatro momentos en el curso de los primeros días de vida: en primer lugar destaca la atención inmediata, que no es más que el cuidado que recibe el recién nacido al nacer; el objetivo más importante de ésta es detectar y evaluar oportunamente situaciones de emergencia vital para el recién nacido por lo que se requiere que siempre se cuente con los medios y personal entrenado para efectuar una buena y oportuna reanimación (16)

Primera evaluación del recién nacido: Se denomina Test de Apgar al 1 y 5 minutos

	<i>0 Puntos</i>	<i>1 punto</i>	<i>2 puntos</i>	<i>Acromio</i>
Color de la piel	Todo azul	Extremidades azules	normal	Apariencia
Frecuencia cardiaca	0	Menos de 100	Más de 100	Pulso
Reflejos e irritabilidad	Sin respuesta a estimulación	Mueca / llanto débil al estimularlo	Estornudos / tos / pataleo al ser estimulado	Gestos
Tono muscular	Ninguna	Alguna flexión	Movimiento activo	Actividad
Respiración	Ausente	Débil o irregular	Fuerte	Respiración

Si el recién nacido está en buenas condiciones obtendrá una puntuación de 7 a 10 puntos.

Si obtiene de 4 a 6 puntos su condición fisiológica no está respondiendo adecuadamente y el neonato requiere una valoración clínica y recuperación inmediata.

Si es igual o menor a 3, necesita atención de emergencia como medicamentos intravenosos, y respiración asistida.

Si la puntuación es 0, es muy probable que bajo un perfecto estudio clínico se le dictamine el estado resolutivo de muerte.

Gracias a este método, y durante los más de 50 años que lleva realizándose, se ha logrado reducir la tasa de mortalidad y la tasa de morbilidad, al evaluar el estado del neonato inmediatamente después de nacer (13).

Otros aspectos importantes a realizar en la atención inmediata del recién nacido son:

- Aspiración de secreciones (de boca y nariz)
- Ligadura y sección del cordón umbilical.
- Muestra de cordón para grupo sanguíneo, Rh y Coombs directo
- Secado del recién nacido (RN)
- Cuidado de la termorregulación (en cuna de calor radiante)
- Administración de vitamina K
- Profilaxis ocular (CREDE a utilizar gentamicina o tobramicina).
- Tomar temperatura corporal (rectal) del recién nacido (RN)
- Tomar presión arterial en las 4 extremidades.

A su vez se debe descartar malformaciones mayores (algunas son emergencias vitales que pueden presentarse inmediatamente o en el curso de las primeras horas y días de vida como: hernia diafragmática, atresia esofágica, hipoplasia pulmonar, malformaciones renales, genitales ambiguos, e imperforación anal), antropometría y primera evaluación de edad gestacional (la edad gestacional, el peso y la adecuación de este a la EG permitirán la clasificación del RN).

Durante las primeras horas de vida se producen los cambios más importantes en la adaptación del RN al medio extrauterino, hay variaciones en su frecuencia respiratoria, cardíaca, en su estado de alerta y actividad motora, durante los primeros 15 a 30 minutos de vida, es normal una taquicardia de hasta 180/min (primeros 3

minutos) una respiración de 60 a 80/min, a veces algo irregular y con cierta retracción costal y aleteo nasal que desaparecerán progresivamente. (1)

Según el resultado de esta primera evaluación se indicará el destino del recién nacido:

- Sala de cuidados de mínimos.
- Hospitalización en cuidados intensivos o intermedios.

Segunda evaluación del recién nacido.- Se lo realizara en la sala de cuidados de mínimos, se lleva a cabo en las primeras horas de vida del recién nacido y requieren una estricta supervisión en especial de la temperatura, signos vitales y condición clínica general, se tomara encuentra los resultados de los exámenes (grupo sanguíneo, Rh y Coombs directo), para obtener una recuperación satisfactoria.

Horas posteriores disminuye la frecuencia cardiaca a márgenes de 120-140/min y la respiratoria a cifras de menos de 60/min (cifras son válidas sin llanto), el neonato se ve más tranquilo y tiende a dormirse. Este período dura alrededor de 2 a 6 horas dependiendo de la recuperación del recién nacido.

Según el resultado de esta evaluación se indicará el destino del recién nacido:

- Alojamiento conjunto del Recién Nacido con su madre
- Hospitalización a cuidado intensivo o intermedio.

Tercera evaluación del recién nacido.- Se la realizara junto a la madre en puerperio (alojamiento conjunto), la madre se encuentra en una condición clínica única para interesarse y captar conocimientos y contenidos educativos que le facilitarán el cuidado posterior de su hijo: Alimentación natural, deposiciones (las deposiciones de los primeros días van cambiando de color, consistencia y frecuencia), Color de la piel (presencia de Ictericia la madre debe saber que este es un fenómeno que ocurre en diverso grado en la mayoría de los recién nacidos durante los primeros días de vida,

que no es una enfermedad y que solo en casos excepcionales es patológica), Comportamiento y evolución del peso, Cuidado del ombligo.

Cuarta etapa evaluación del recién nacido.-Denominada como el primer control obligatorio este se deberá realizar dentro de los 7 primeros días de vida posterior al egresamiento del área de salud.

Se debe motivar a la madre a que concurren con el RN a la unidad de salud más cercana para el control periódico en el que se considerarán los siguientes aspectos durante la visita (14):

- Examen del RN según normas y procedimientos.
- Evaluar el ambiente familiar.
- Nutrición de la madre.
- Fomento e indicaciones para la lactancia. Si existen problemas, aconsejar sobre las técnicas de amamantamiento y cuidado de las mamas.
- Importancia de la periodicidad de las consultas y entrega de cita.
- Evaluar el desarrollo psicomotor.
- Importancia de la vacunación, medidas para prevenir enfermedades, buenos hábitos higiénicos, personales y ambientales.
- Dar orientación sobre estimulación temprana

2.2.3.- FACTORES QUE ALTERAN LA ADAPTACIÓN NEONATAL.

La prematurez y el bajo peso al nacimiento destacan en primer lugar, (a menor peso de nacimiento y edad gestacional, mayores problemas de adaptación, y mayor riesgo de morbilidad y mortalidad (17).

En segundo, lugar las hipoxia perinatal, (la hipoxia altera la adaptación neonatal en diversos sistemas, hay diversas patologías del embarazo que favorecen la hipoxia crónica o aguda. La evolución del trabajo de parto y parto nos dará antecedentes para pesquisar una hipoxia aguda y el riesgo de que nazca deprimido. El Test de Apgar ha demostrado a través de los años ser de gran utilidad para evaluar esta condición del recién nacido al momento de nacer).

En tercer lugar, las enfermedades médicas de la madre y propias del embarazo, (el desarrollo y maduración fetal pueden ser alterados por diversas patologías de la madre y del embarazo, es necesario conocer cuáles son las patologías prevalentes en la realidad en que se trabaja, el mecanismo por el cual alteran el desarrollo y crecimiento fetal, y cuáles son las limitaciones que ese recién nacido sufrirá en su adaptación neonatal, las más frecuentes son la hipertensión gravídica, diabetes materna, colestasis intrahepática, incompatibilidad de grupo y Rh, y cardiopatías, con menor frecuencia están los problemas tiroideos, enfermedades del mesénquima, púrpura trombocitopénica y otros; por último debemos agregar, que el embarazo múltiple, hemorragias agudas del tercer trimestre y las presentaciones distócicas, también producen problemas de adaptación) (17).

En cuarto lugar, las infecciones intrauterinas, (según la etapa del desarrollo en que ocurra la infección, esta puede producir diversos tipos de secuelas y malformaciones congénitas, es el caso de algunas enfermedades virales y parasitarias como la rubeola, el herpes simple, el citomegalovirus, el parvovirus, la sífilis y la enfermedad de Chagas; las infecciones bacterianas siguen un curso que tiende rápidamente a generalizarse en forma de una septicemia) (6)

En quinto lugar, los antecedentes de ingestión de medicamentos y drogas, (las drogas y medicamentos pueden alterar la adaptación de algunas formas fundamentales: produciendo malformación, cuando su administración es en el primer trimestre del embarazo: ej. talidomida, inmunosupresores; produciendo retardo del crecimiento intrauterino: ej. cigarrillo, cocaína; alterando mecanismos fisiológicos del recién nacido cuando son administrados generalmente en el tercer trimestre: ej. anticoagulantes, propanolol, demerol y anestésicos; produciendo síndromes de privación en el neonato, cuando la madre ha ingerido drogas que producen adicción: heroína, cocaína, LSD, alcohol y otros.). (6)

En sexto lugar las malformaciones congénitas, enfermedades hereditarias y genotopías, (el progreso de la ecografía fetal permite actualmente pesquisar un alto porcentaje de malformaciones congénitas como: atresia esofágica o duodenal, hernia

diafragmática, hidrocefalia, mielomeningocele, malformaciones renales y cardiopatías congénitas; antecedentes de enfermedades hereditarias familiar ayudan a una pesquisa orientada, igualmente en el caso de alteraciones cromosómicas. Algunas de estas se pueden determinar prenatalmente por medio de estudios cromosómicos en el líquido amniótico o por sangre de cordón. Decisión que debe ser justificada considerando que se trata de procedimientos que tienen riesgo para la vida del feto). Por último los Antecedentes de embarazos anteriores, (este es un aspecto muy importante ya que hay patologías que tienden a repetirse como son: la prematuridad, algunas enfermedades genética y ciertas malformaciones; Si una madre ha tenido un niño anterior con una cardiopatía congénita el riesgo que esta se repita aumenta. Otras patologías como la isoimmunización Rh, tienden a ser mas graves en los embarazos posteriores. El antecedente de una mala historia obstétrica con historia de mortinatos o muertes neonatales anteriores también debe ser investigado).

2.3.- HIPÓTESIS Y VARIABLES

2.3.1.- HIPÓTESIS

¿El número de controles prenatales tiene relación directa con el peso al nacimiento en recién nacidos a término en la Unidad de Neonatología del Hospital Enrique Garcés?

2.3.2.- VARIABLES

Independiente

- Numero de controles prenatales

Dependiente

- Peso al nacimiento en Recién Nacidos de 37 a 41 semana

2.4.- OPERACIONALIZACION DE VARIABLES

VARIABLE	CONCEPTO	INDICADOR	TÉCNICA	INSTRUMENTO
Numero de controles prenatales (INDEPENDIENTE)	Es el conjunto de Actividades y procedimientos que el equipo de salud ofrece a la embarazada con la finalidad de identificar factores de riesgo en la gestante y enfermedades que puedan afectar el curso normal del embarazo y la salud del recién nacido	0 controles 1 -4 controles 5 controles 6 -8 controles > 8 controles	Cuadros estadísticos Análisis e interpretación documental	Historia clínica
Peso al nacimiento en Recién Nacidos de 37 a 41 semana (DEPENDIENTE)	Peso: Kg Recién nacido a termino.- Es un recién nacido a término, 37- 41 semanas.	Normopeso 2.500g - 3.500g Peso elevado > 3.500g Peso bajo < 2.500g Edad gestacional (37 - 41 semanas) Parto vaginal Parto por cesárea		

CAPITULO III

MARCO METODOLOGICO

3.-TIPO DE INVESTIGACIÓN:

Se realizó una investigación clínica retrospectiva descriptiva, en neonatos que nacieron en el Hospital Enrique Garcés de la ciudad de Quito que fueron ingresados en el área de neonatología de los cuales se recolectaron datos directamente de las historias clínicas a través de variables: numero de controles prenatales, peso al nacimiento, edad gestacional de 37 a 41semanas, en el periodo enero - agosto del 2013.

3.1.- ÁREA DE ESTUDIO:

Servicio de Neonatología del Hospital Enrique Garcés de Quito.

3.1.1.- UNIVERSO

2480 neonatos nacieron en la sala de partos o en quirófano por cesárea en el Hospital Enrique Garcés de Quito, en el periodo enero - agosto del 2013, de las cuales 2119 son recién nacidos vivos de 37 a 41 semanas.

3.1.2 MUESTRA: Fórmula para calcular la Muestra

$$n = \frac{Z^2 p q N}{N E^2 + Z^2 p q}$$

- n = es el tamaño de la muestra
- Z = es el nivel de confianza
- p = es la variabilidad positiva
- q = es la variabilidad negativa
- N = es el tamaño de la población
- E = es la precisión o el error

La muestra se seleccionó siguiendo los siguientes criterios de inclusión establecidos antes de la realización de ésta investigación:

Criterios de inclusión:

- Recién Nacidos vivos en el Servicio de Neonatología.
- Recién nacidos de 37 a 41 semanas de gestación.

Criterios de exclusión:

- Neonatos obtenidos por partos extrahospitalario.
- Neonatos fallecidos posterior a su nacimiento.
- Mortinatos
- Óbito fetal

3.2 PROCESAMIENTO ESTADÍSTICO PARA EL ANÁLISIS DE LOS DATOS

Se lo realizo al recolectar los datos utilizando como instrumento el formulario de perinatología y de Historias clínicas.

Los datos recabados en este instrumento fueron tabulados a través del paquete estadístico Excel XP.

Para el análisis de los datos se utilizó metodología cuantitativa, los resultados son presentados en Tablas y Gráficos.

Posteriormente del total se debía recolectar una muestra de historias clínicas para la utilización en el control prenatal en nuestro estudio.

Fórmula para determinar la muestra.

$$n = \frac{Z^2 p q N}{N E^2 + Z^2 p q}$$

- n = es el tamaño de la muestra
- Z = es el nivel de confianza
- p = es la variabilidad positiva
- q = es la variabilidad negativa
- N = es el tamaño de la población
- E = es la precisión o el error

Calculo De La Fórmula

Numero de Historias clínicas de madres que recibieron atención del parto con una edad gestacional de 37 a 41 semanas de gestación. En el Servicio de Neonatología del Hospital Enrique Garcés de Quito, periodo enero- agosto del 2013.

- $N= 2119$ Recién Nacidos Vivos
- $Z=$ para un nivel de confianza del 95% = 1.96
- $p= 50\% = 0.50$
- $q= (1-p) = (1-0.50) = 0.50$
- $E= 5\% = 0.05\%$

Sustituyendo

$$n = \frac{(1.96^2)(0.5)(0.5)(2119)}{(2119)(0.05^2) + (1.96^2)(0.50)(0.50)}$$

$$n = \frac{2035.0876}{6.2579}$$

$$n= 325$$

$$n= 325 / 8 = 40.6$$

$n = 41$ historias clínicas por cada mes, desde enero a agosto del 2013.

CAPITULO IV

4.1. TÉCNICAS PARA EL ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE RESULTADOS.

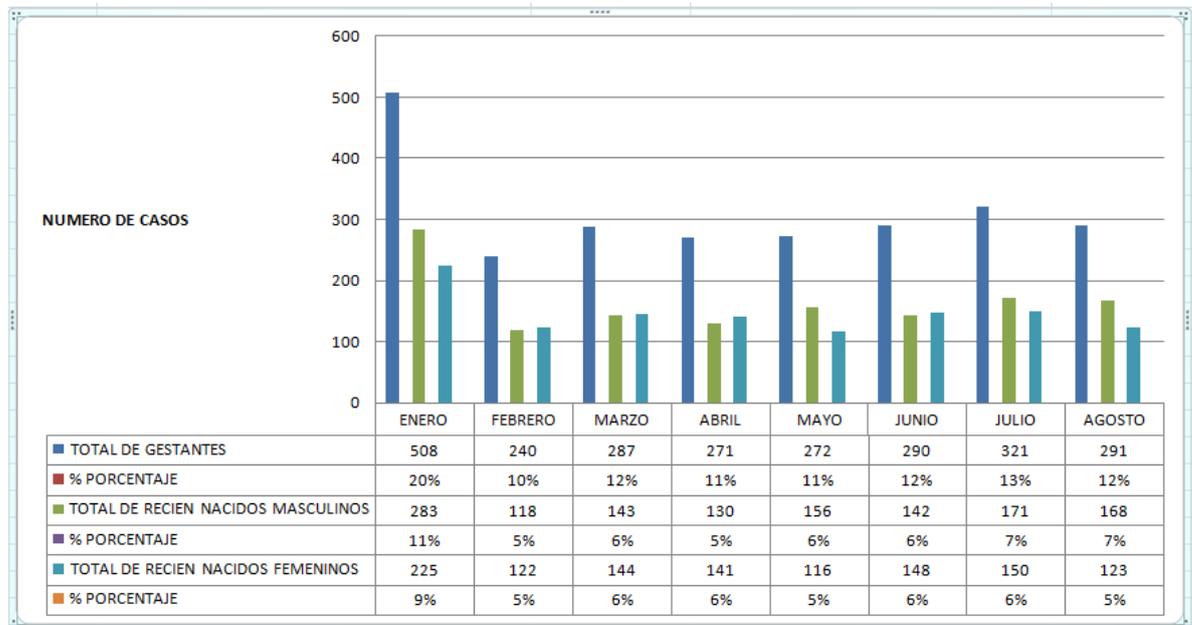
TABLA N° 1.- Distribución del numero de gestantes que fueron atendidas en la recepción del los recién nacidos vivos masculinos y femeninos a su nacimiento junto con sus porcentajes.

<i>Meses</i>	<i>Total de gestantes</i>	<i>Porcentaje</i>	<i>Total de Recién Nacidos masculino</i>	<i>Porcentaje</i>	<i>Total de Recién Nacidos femenino</i>	<i>Porcentaje</i>
<i>Enero</i>	508	20%	283	11%	225	9%
<i>Febrero</i>	240	10%	118	5%	122	5%
<i>Marzo</i>	287	12%	143	6%	144	6%
<i>Abril</i>	271	11%	130	5%	141	6%
<i>Mayo</i>	272	11%	156	6%	116	5%
<i>Junio</i>	290	12%	142	6%	148	6%
<i>Julio</i>	321	13%	171	7%	150	6%
<i>Agosto</i>	291	12%	168	7%	123	5%
<i>Total</i>	2480	100%	1311	53%	1169	47%

Fuente: Departamento de Estadística. Unidad de Neonatología. Hospital Enrique Garcés de Quito

Elaborado por: Darwin Tello

Gráfico # 1.- Distribución del numero de gestantes que fueron atendidas en la recepción del los recién nacidos vivos masculinos y femeninos a su nacimiento junto con sus porcentajes.



Fuente: Departamento de Estadística. Unidad de Neonatología. Hospital Enrique Garcés de Quito
Elaborado por: Darwin Tello

Análisis: En el Hospital Enrique Garcés de Quito desde el mes de enero a agosto se dio atención a madres en estado de gestación y a atención integral del recién nacido vivo en un total de 2480 casos.

El servicio de neonatología atendió el 20% de los partos en el mes de enero, ya que al presentar cambios en la infra estructura en el área de ginecología, la atención disminuyó hasta el 10 % en los meses siguientes, manteniéndose en un promedio de 12% de su capacidad.

TABLA N° 2.- Distribución según número de recién nacidos vivos de 37 a 41 semanas de gestación.

<i>Meses</i>	<i>Nacidos vivos</i>	<i>Porcentaje</i>
<i>Enero</i>	343	16%
<i>Febrero</i>	204	10%
<i>Marzo</i>	232	11%
<i>Abril</i>	250	12%
<i>Mayo</i>	255	12%
<i>Junio</i>	271	13%
<i>Julio</i>	299	14%
<i>Agosto</i>	265	13%
<i>Total</i>	2119	100%

Fuente: Departamento de Estadística. Unidad de Neonatología. Hospital Enrique Garcés de Quito
Elaborado por: Darwin Tello

Gráfico # 2.- Distribución según número de recién nacidos vivos de 37 a 41 semanas de gestación.



*Fuente: Departamento de Estadística. Unidad de Neonatología. Hospital Enrique Garcés de Quito
Elaborado por: Darwin Tello*

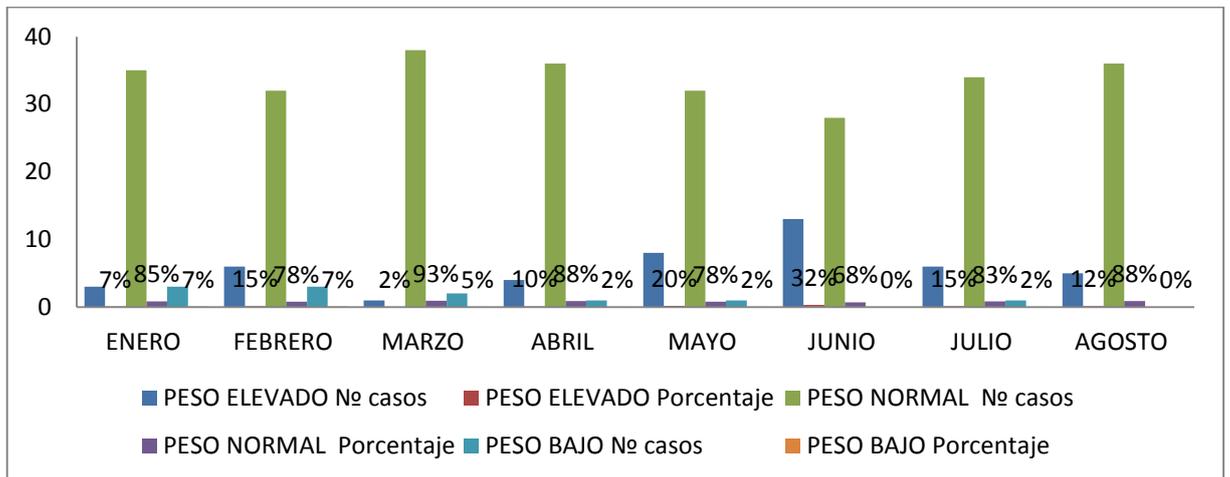
Análisis: Se presentaron 2119 recién nacidos con edad estacional de 37 a 41 semanas, en el mes de enero se presentó un incremento de recién nacidos a término correspondiente al 16%. En los meses subsiguientes este porcentaje disminuye a un promedio del 12% cada mes.

TABLA N° 3.- Distribución según número de recién nacidos vivos de 37 a 41 semanas de gestación y su peso junto con los porcentajes. (Total casos según muestra)

MESES	PESO ELEVADO		PESO NORMAL		PESO BAJO		TOTAL DE CASOS
	Nº casos	Porcentaje	Nº casos	Porcentaje	Nº casos	Porcentaje	
ENERO	3	7%	35	85%	3	7%	41
FEBRERO	6	15%	32	78%	3	7%	41
MARZO	1	2%	38	93%	2	5%	41
ABRIL	4	10%	36	88%	1	2%	41
MAYO	8	20%	32	78%	1	2%	41
JUNIO	13	32%	28	68%	0	0%	41
JULIO	6	15%	34	83%	1	2%	41
AGOSTO	5	12%	36	88%	0	0%	41
TOTAL	46		271		11		328

Fuente: Departamento de Estadística. Unidad de Neonatología. Hospital Enrique Garcés de Quito
Elaborado por: Darwin Tello

Gráfico # 3.-Distribución según número de recién nacidos vivos de 37 a 41 semanas de gestación y su peso junto con los porcentajes. (Total casos según muestra)



*Fuente: Departamento de Estadística. Unidad de Neonatología. Hospital Enrique Garcés de Quito
Elaborado por: Darwin Tello*

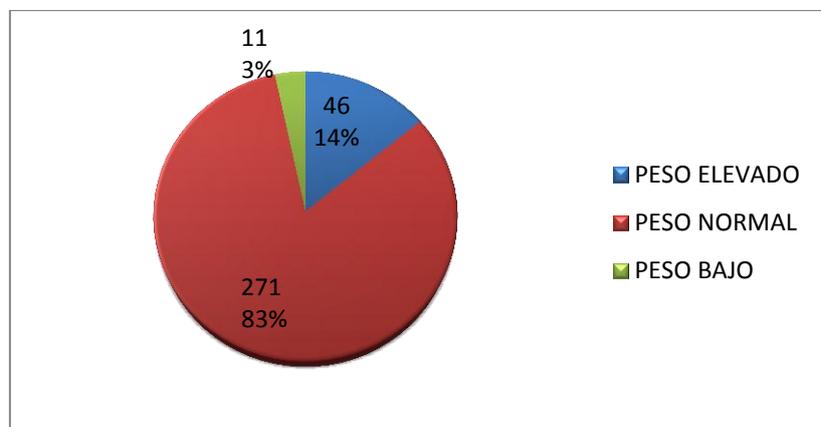
Análisis: Una vez obtenida la muestra de 328 casos, los datos contenidos en la tabla indican que del total de 328 casos con edad gestacional de 37 a 41 semanas, existe un predominio de recién nacidos con normopeso, que representa un promedio de 83% entre los meses de enero y agosto, aunque se evidencia un incremento porcentual del 93% en el mes de marzo.

TABLA N° 4.-Distribución según el Peso de los recién nacidos a término y el número de casos con porcentaje.

<i>PESO DE LOS RECIÉN NACIDOS A TERMINO</i>	<i>NÚMERO DE CASOS</i>	<i>PORCENTAJE</i>
<i>PESO ELEVADO</i>	46	14%
<i>PESO NORMAL</i>	271	83%
<i>PESO BAJO</i>	11	3%
<i>TOTAL</i>	328	100%

*Fuente: Departamento de Estadística. Unidad de Neonatología. Hospital Enrique Garcés de Quito
Elaborado por: Darwin Tello*

Gráfico # 4.- Distribución según el Peso de los recién nacidos a término y el número de casos con porcentaje.



*Fuente: Departamento de Estadística. Unidad de Neonatología. Hospital Enrique Garcés de Quito
Elaborado por: Darwin Tello*

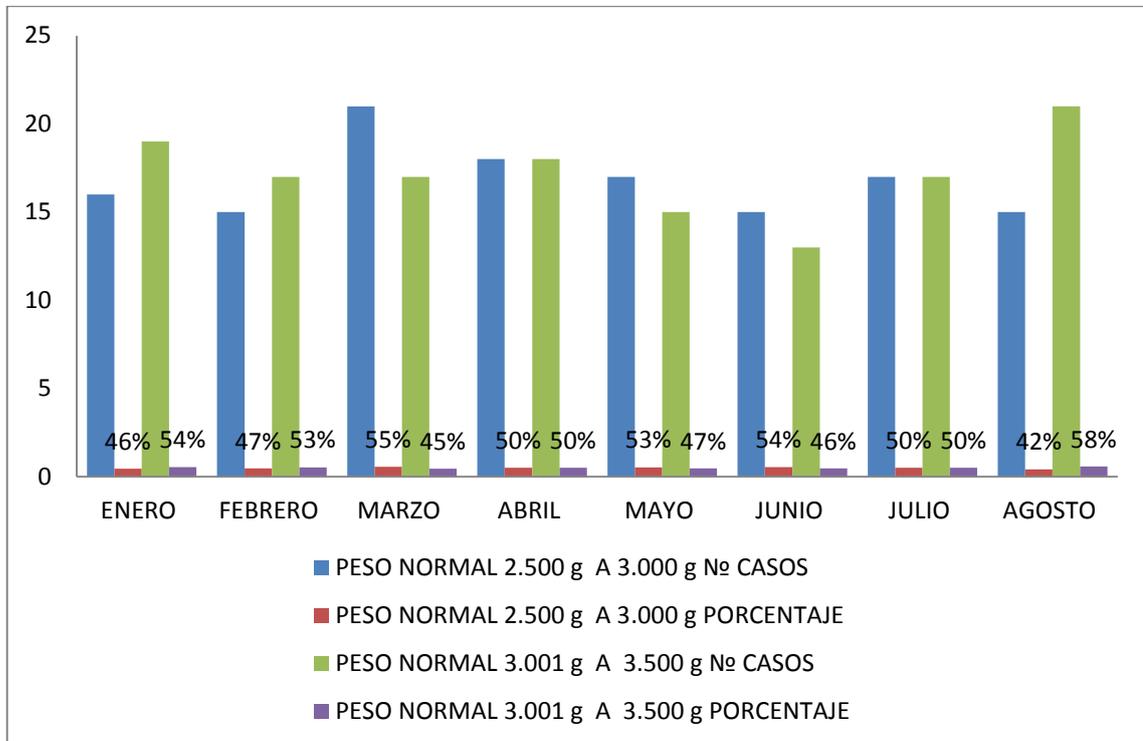
Análisis: De los datos contenidos en la tabla se observa que del total de la muestra que representa 328 casos en estudio, sobresale un predominio de los recién nacidos a término con normopeso con un porcentaje del 83%.

TABLA N° 5.- Distribución según peso de recién nacidos vivos de 37 a 41 semanas de gestación con peso normal junto con los porcentajes.

MESES	PESO NORMAL				TOTAL DE CASOS
	2.500 g A 3.000 g		3.001 g A 3.500 g		
	Nº CASOS	PORCENTAJE	Nº CASOS	PORCENTAJE	
ENERO	16	46%	19	54%	35
FEBRERO	15	47%	17	53%	32
MARZO	21	55%	17	45%	38
ABRIL	18	50%	18	50%	36
MAYO	17	53%	15	47%	32
JUNIO	15	54%	13	46%	28
JULIO	17	50%	17	50%	34
AGOSTO	15	42%	21	58%	36
TOTAL	134		137		271

*Fuente: Departamento de Estadística. Unidad de Neonatología. Hospital Enrique Garcés de Quito
Elaborado por: Darwin Tello*

Gráfico # 5.- Distribución según peso de recién nacidos vivos de 37 a 41 semanas de gestación con peso normal junto con los porcentajes.



*Fuente: Departamento de Estadística. Unidad de Neonatología. Hospital Enrique Garcés de Quito
Elaborado por: Darwin Tello*

Análisis:

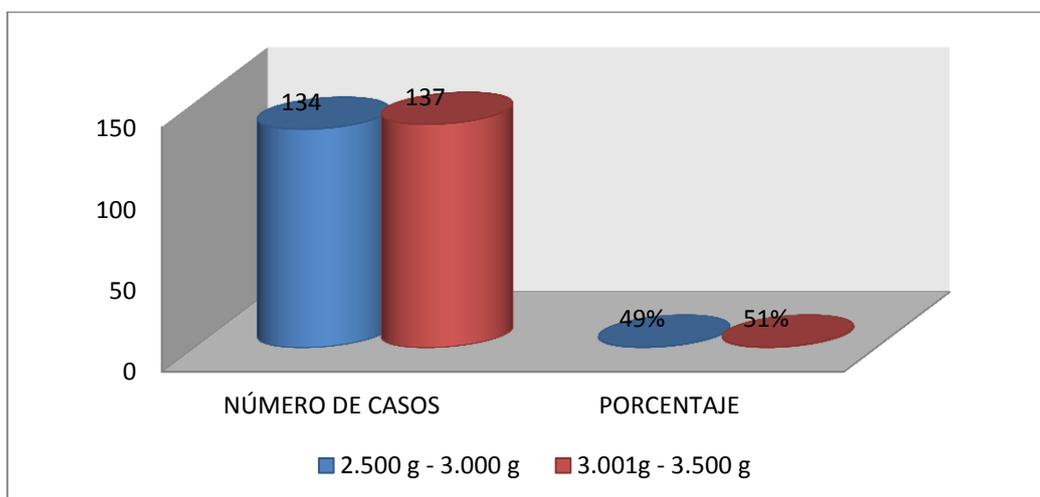
Del análisis de los datos obtenidos total de 271 casos con edad estacional de 37 a 41 semanas, el mayor porcentaje (58%) de recién nacidos con normopeso de 3.001g a 3.500 g se presenta en el mes de agosto, mientras que el mayor porcentaje (55%) de recién nacidos con normopeso de 2.500g a 3.000g se presenta en el mes marzo.

TABLA N° 6.- Peso normal por rangos en recién nacidos a término.

<i>PESO NORMAL</i>	<i>NÚMERO DE CASOS</i>	<i>PORCENTAJE</i>
<i>2.500 g - 3.000 g</i>	<i>134</i>	<i>49</i>
<i>3.001g - 3.500 g</i>	<i>137</i>	<i>51</i>
<i>Total</i>	<i>271</i>	<i>100%</i>

*Fuente: Departamento de Estadística. Unidad de Neonatología. Hospital Enrique Garcés de Quito
Elaborado por: Darwin Tello*

Gráfico # 6.- Peso normal por rangos en recién nacidos a término.



*Fuente: Departamento de Estadística. Unidad de Neonatología. Hospital Enrique Garcés de Quito
Elaborado por: Darwin Tello*

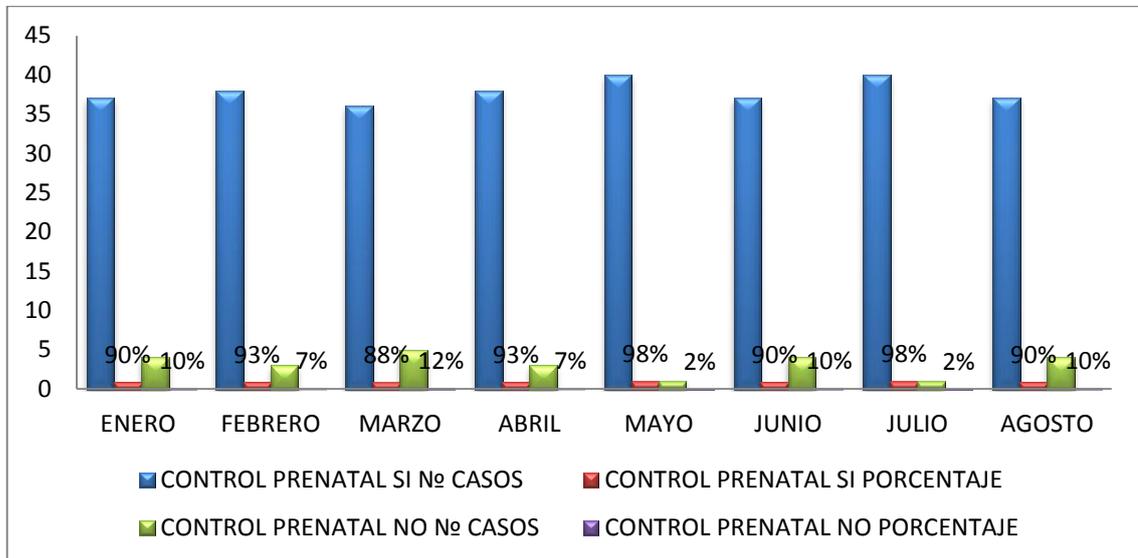
Análisis: Del análisis de los datos contenidos en la tabla se observa que del total de 271 casos de recién nacidos con normopeso, el 51% representa a recién nacidos con peso de 3.001g a 3.500g.

TABLA N° 7.- Distribución de madres gestantes de acuerdo al control prenatal por mes.

MES	CONTROL PRENATAL				TOTAL DE CASOS
	SI		NO		
	Nº casos	Porcentaje	Nº casos	Porcentaje	
ENERO	37	90%	4	10%	41
FEBRERO	38	93%	3	7%	41
MARZO	36	88%	5	12%	41
ABRIL	38	93%	3	7%	41
MAYO	40	98%	1	2%	41
JUNIO	37	90%	4	10%	41
JULIO	40	98%	1	2%	41
AGOSTO	37	90%	4	10%	41
TOTAL	303		25		328

*Fuente: Departamento de Estadística. Unidad de Neonatología. Hospital Enrique Garcés de Quito
Elaborado por: Darwin Tello*

Gráfico # 7.-Distribución de madres gestantes de acuerdo al control prenatal por mes.



*Fuente: Departamento de Estadística. Unidad de Neonatología. Hospital Enrique Garcés de Quito
Elaborado por: Darwin Tello*

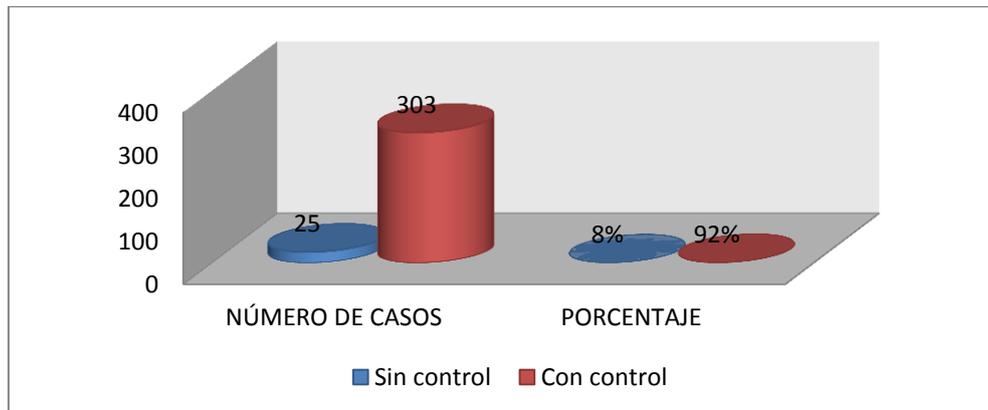
Análisis: Se evidencia un claro predominio de las gestantes que acudieron al control prenatal, el mayor porcentaje se evidencia en el mes de mayo y agosto con el 98%, existe un 12% como porcentaje de gestante que no acuden al control prenatal de un total de 328 casos en estudio.

TABLA N° 8.- Distribución de las madres de acuerdo al control prenatal previo a su ingreso y atención del parto.

CONTROL PRENATAL	NÚMERO DE CASOS	PORCENTAJE
<i>Sin control</i>	25	8%
<i>Con control</i>	303	92%
Total	328	100%

*Fuente: Departamento de Estadística. Unidad de Neonatología. Hospital Enrique Garcés de Quito
Elaborado por: Darwin Tello*

Gráfico #8.- Distribución de las madres de acuerdo al control prenatal previo a su ingreso y atención del parto.



*Fuente: Departamento de Estadística. Unidad de Neonatología. Hospital Enrique Garcés de Quito
Elaborado por: Darwin Tello*

Análisis: El análisis de la tabla revela que del total de 328 casos, el 92% representa a gestantes que registraron controles prenatales y solo un 8 % no presentan ningún control prenatal.

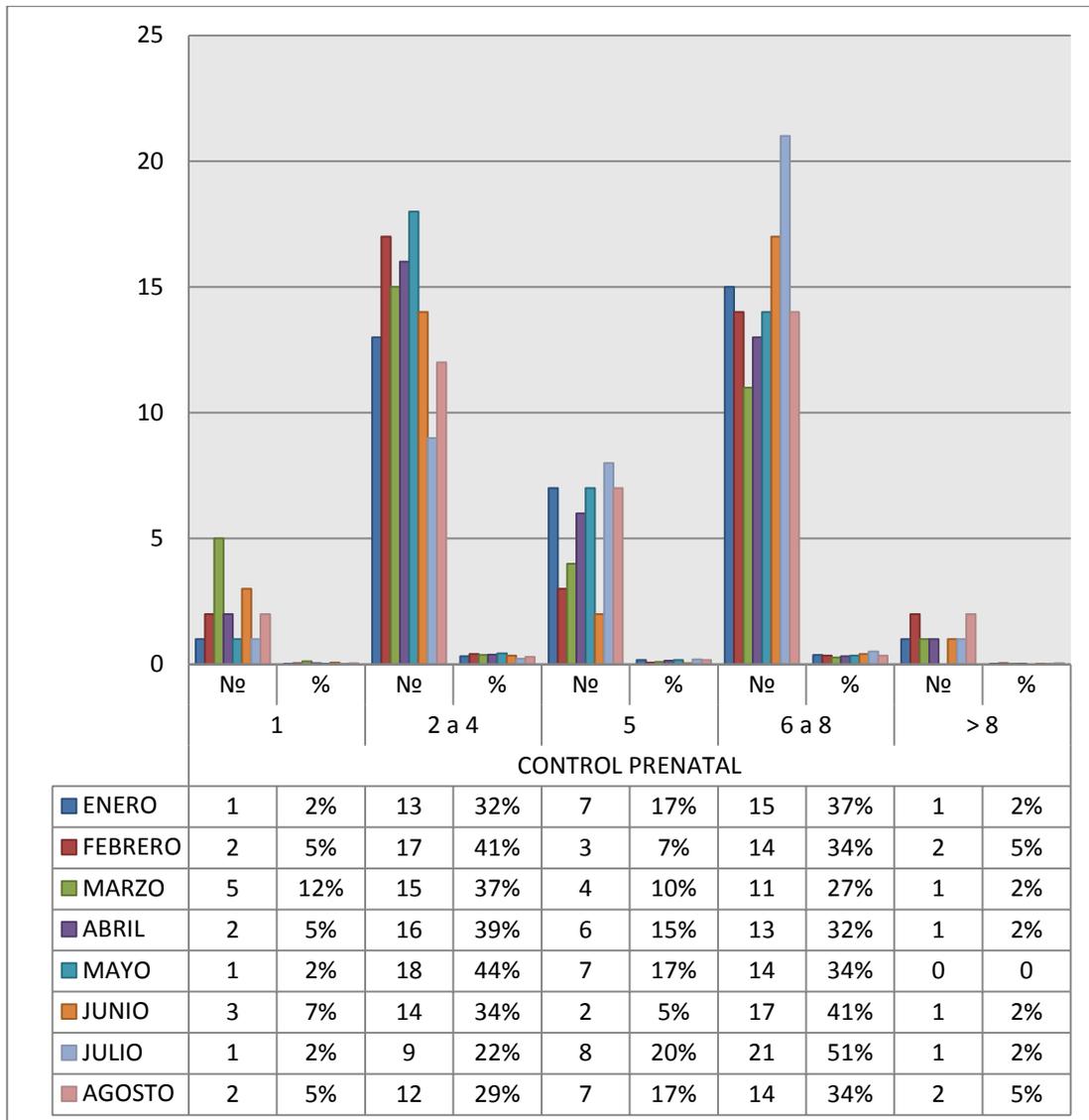
TABLA N° 9.-Número del control prenatal de las mujeres gestantes junto a su porcentaje por mes.

MES	CONTROL PRENATAL										TOTAL DE CASOS
	1		2 - 4		5		6 - 8		> 8		
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	
ENERO	1	2	13	32	7	17	15	37	1	2	37
FEBRERO	2	5	17	41	3	7	14	34	2	5	38
MARZO	5	12	15	37	4	10	11	27	1	2	36
ABRIL	2	5	16	39	6	15	13	32	1	2	38
MAYO	1	2	18	44	7	17	14	34	0	0	40
JUNIO	3	7	14	34	2	5	17	41	1	2	37
JULIO	1	2	9	22	8	20	21	51	1	2	40
AGOSTO	2	5	12	29	7	17	14	24	2	5	37
TOTAL											303

Fuente: Departamento de Estadística. Unidad de Neonatología. Hospital Enrique Garcés de Quito

Elaborado por: Darwin Tello

Gráfico # 9.- Número del control prenatal de las mujeres gestantes junto a su porcentaje por mes.



Fuente: Departamento de Estadística. Unidad de Neonatología. Hospital Enrique Garcés de Quito
Elaborado por: Darwin Tello

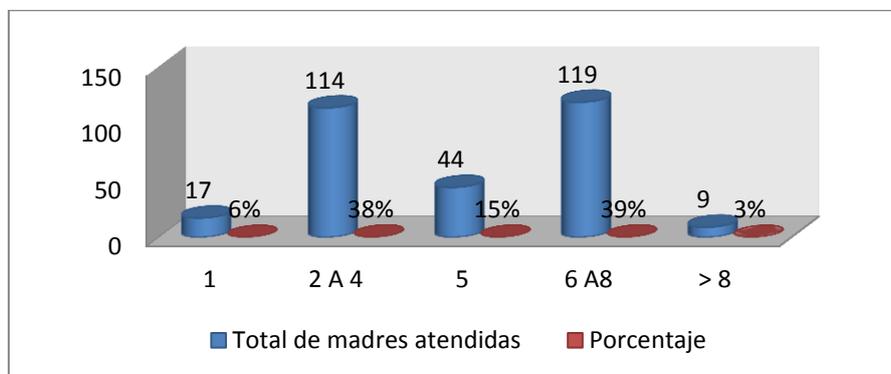
Análisis: El análisis del total de 328 historias clínicas nos da a conocer que el 36% representa a controles presenta en un rango de 6 a 8 controles, con 1% de diferencia entre 2 a 4 controles prenatales.

TABLA N° 10.- Total del numero de Control Prenatal como antecedente de importancia en madres que cursan una edad gestacional de 37 a 41 semanas.

<i>Numero de Control prenatal</i>	<i>Total de madres atendidas</i>	<i>Porcentaje</i>
1	17	6%
2 - 4	114	38%
5	44	15%
6 - 8	119	39%
> 8	9	3%
Total	303	100%

Fuente: Departamento de Estadística. Unidad de Neonatología. Hospital Enrique Garcés de Quito
Elaborado por: Darwin Tello

Gráfico # 10.- Total del número de Control Prenatal como antecedente de importancia en madres que cursan una edad gestacional de 37 a 41 semanas.



Fuente: Departamento de Estadística. Unidad de Neonatología. Hospital Enrique Garcés de Quito
Elaborado por: Darwin Tello

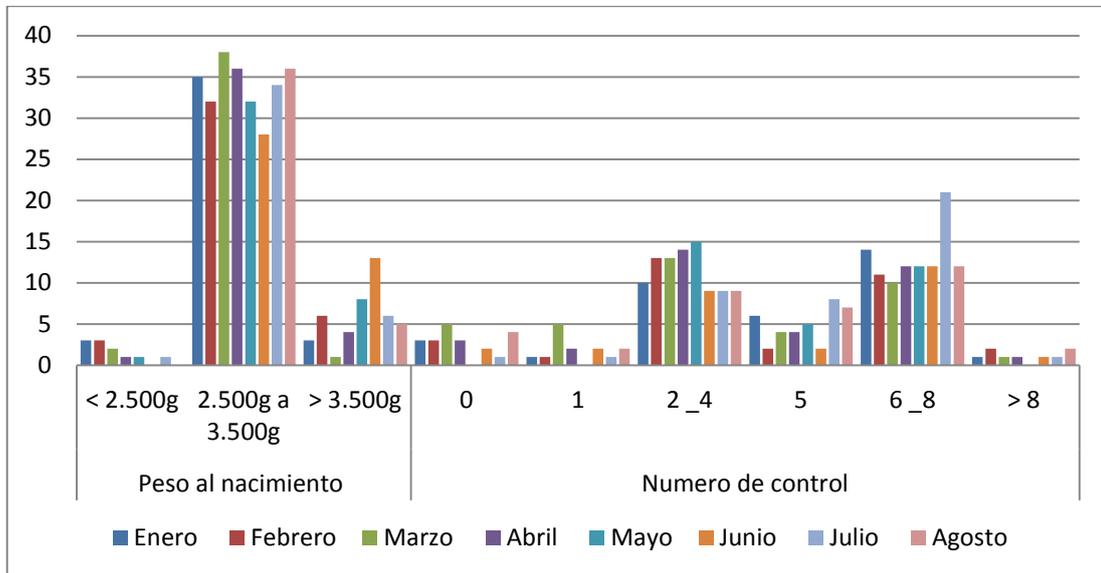
Análisis: Se observa un predominio de un 39% que corresponde a gestantes que se realizaron de 6 a 8 controles, sobre un porcentaje de un 38% en relación con madres que tuvieron de 2 a 4 controles.

TABLA N° 11.- Relación entre el número de controles y el peso al nacimiento y su porcentaje.

<i>Meses</i>	<i>Peso al nacimiento</i>			<i>Numero de control</i>					
	< 2.500g	2.500g a 3.500g	> 3.500g	0	1	2 - 4	5	6 -8	> 8
Enero	3	35	3	3	1	10	6	14	1
Febrero	3	32	6	3	1	13	2	11	2
Marzo	2	38	1	5	5	13	4	10	1
Abril	1	36	4	3	2	14	4	12	1
Mayo	1	32	8	0	0	15	5	12	0
Junio	0	28	13	2	2	9	2	12	1
Julio	1	34	6	1	1	7	6	18	1
Agosto	0	36	5	4	2	9	7	12	2
Subtotal	11	271	46	21	14	90	36	101	9
Total	328								

*Fuente: Departamento de Estadística. Unidad de Neonatología. Hospital Enrique Garcés de Quito
Elaborado por: Darwin Tello*

Gráfico # 11.- Relación entre el número de controles y el peso al nacimiento y su porcentaje.



Fuente: Departamento de Estadística. Unidad de Neonatología. Hospital Enrique Garcés de Quito
Elaborado por: Darwin Tello

Análisis: El análisis del total de 271 historias clínicas con normopeso nos da a conocer que los 101 casos representan controles prenatales en un rango de 6 a 8 controles, y con 90 casos en un rango 2 a 4 controles prenatales.

CAPITULO V

5.1.- COMPROBACIÓN DE HIPÓTESIS

De acuerdo a los resultados de la investigación no existe una relación directa marcada entre mayor numero de controles prenatales y normopeso del recién nacido, ya que también existe un gran número de controles inferior al promedio presentando en neonatos con normopeso.

La hipótesis se cumple parcialmente en el estudio respectivo.

5.2.- CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

5.2.1.- CONCLUSIONES

- Existe predominio de Recién Nacidos con normopeso (83%) y de sexo masculino (53%).
- Dentro de la categoría de normopeso esta un ligero predominio de Recién Nacidos de peso comprendido entre 3.001g a 3.500g que en la categoría de 2.500g a 3.000g.
- La gran mayoría (92%) de madres que acudieron a la consulta del Hospital Enrique Garcés, tuvieron control prenatal frente a un 8% de gestantes que no presentaron control prenatal.
- Existe una mínima diferencia entre gestantes con un número mayor de controles (>6 / 48%) al mínimo requerido (5), sobre gestantes con controles prenatales menores (2 -4) a 5 que representa el 38%.
- Los madres con controles mayores a 6 reportan el mayor número de gestantes (41%) que tuvieron Recién Nacidos con normopeso entre 2.500g a 3.500g.
- Sin embargo el grupo de madres con controles al mínimo sugerido (38%) también representan Recién Nacidos con normopeso.
- sin embargo existe un 8% de madres que no tuvieron ningún control prenatal y sin embargo presentan Recién Nacidos con normopeso.
- Con todo lo anterior se puede deducir que si existe aunque no con un marcado porcentaje una incidencia favorable de madres gestantes con mayor numero de controles prenatales presentan Recién Nacidos con normopeso.

5.2.2.- RECOMENDACIONES.

- Mantener la política sobre los controles prenatales.
- Fomentar la atención del control prenatal en todas las unidades del sistema de salud.
- Capacitar al personal de salud para que los registros de los datos sobre el número y tipo de control prenatal sean realizados de manera clara y precisa.
- sugerir nuevo estudio que permitan identificar porque un gran número de gestantes que no cumplen el mínimo requerido de controles prenatales presentan Recién Nacidos con normopeso en un número significativo.

BIBLIOGRAFÍA.

- 1) Impacto del control prenatal en la morbilidad y mortalidad neonatal, Revista Medica Instituto Mexico Seguro Social 2005; Págs: 377-380
- 2) http://www.bdigital.unal.edu.co/1563/28/Cap_5.pdf (control prenatal, Mario Orlando Parra Pineda)
- 3) <http://www.nacer.udea.edu.co/pdf/libros/guiamps/guias03.pdf>
- 4) <http://www.prenatal.tv/lecturas/ecuador/6.%20Lecciones%20Aprendidas.pdf>
- 5) <http://www.eneo.unam.mx/servicioseducativos/materialesdeapoyo/obstetricia/1/TEMAS/CONPRENA.pdf>
- 6) <http://www.bing.com/search?q=Componente+Normativo+Materno+CONASA&go=&q=ds&form=QBLH&pc=HPNTDFJS&filt=all>
- 7) http://www.cenetec.salud.gob.mx/descargas/gpc/CatalogoMaestro/028_GPC_-_PrenatalRiesgo/IMSS_028_08_EyR.pdf
- 8) <http://www.eneo.unam.mx/servicioseducativos/materialesdeapoyo/obstetricia/1/TEMAS/CONPRENA.pdf>
- 9) http://www.guiasalud.es/GPC/GPC_472_Part0_Normal_Osteba_compl.pdf
- 10) <http://www.nlm.nih.gov/medlineplus/spanish/tutorials/papsmears spanish/og0291s6.pdf>
- 11) <http://escuela.med.puc.cl/paginas/departamentos/obstetricia/altoriesgo/nutricion.html>
- 12) http://www.bvs.sld.cu/revistas/res/vol14_3_01/res02301.pdf
- 13) http://es.wikipedia.org/wiki/Test_de_Apgar

- 14) <http://www.prenatal.tv/lecturas/ecuador/3.%20Componente%20Normativo%20Neonatal%20CONASA.pdf>
- 15) http://www.polgalvan.sld.cu/softw_apn/contenido/calculaegfpp.htm
- 16) <http://www.hospitaldelsur.gov.co/cursos/Capitulo%203.5.pdf>
- 17) http://sccp.org.co/plantilas/Libro%20SCCP/Lexias/feto_%20recien_nacido/adaptacion%20neonatal/adaptacion.htm

ANEXOS



Fuente: Sala del Servicio de Neonatología del Hospital Enrique Garcés de Quito



Fuente: Sala del Servicio de Neonatología del Hospital Enrique Garcés de Quito



Fuente: Sala del Servicio de Neonatología del Hospital Enrique Garcés de Quito



Fuente: Sala del Servicio de Neonatología del Hospital Enrique Garcés de Quito



Fuente: Sala del Servicio de Neonatología del Hospital Enrique Garcés de Quito.

TABLA DE EXEL DE RECOPIACION DE DATOS

	A	B	C	D	E	F	G	H	I	J	K	L	M	N	O
1	TELEFON	HCLMAD	CEDULAI	OLDDIRE	OLDNOM	EDADMA	FECHAMA	HORAMA	TIOPAR	VIVOMUE	SEZO	PESO	TALLA	PC	APGAR1
2	993261979	482483	1.726E+09				20 02/02/2013	00/01/1900	CS	VIVO	MASCULIN	2750	46	34.8	9
3	985510298	295509	201768702				30 06/02/2013	00/01/1900	CV	VIVO	MASCULIN	2800	48	33	7
4	2630162	482753	927807032				25 06/02/2013	00/01/1900	CS	VIVO	MASCULIN	3650	49	37	8
5	3803210	482765	1.105E+09				23 05/02/2013	00/01/1900	CS	VIVO	FEMENINO	3200	48	35	8
6	989640904	482775	1.311E+09				23 06/02/2013	00/01/1900	CS	VIVO	MASCULIN	3600	48	36	4
7	987267051	416998	1.727E+09				22 05/02/2013	00/01/1900	CS	VIVO	FEMENINO	2250	48	33	3
8	2734576	482850	1.713E+09				38 06/02/2013	00/01/1900	CV	VIVO	MASCULIN	2600	47	34	0
9	3050880	482858	1.724E+09				17 07/02/2013	00/01/1900	CS	VIVO	FEMENINO	3200	48	33	8
10	2592153	482780	1.717E+09				30 06/02/2013	00/01/1900	CV	VIVO	MASCULIN	3000	48	33	9
11	2683092	482857	1.726E+09				21 07/02/2013	00/01/1900	CV	VIVO	FEMENINO	3500	50	35	7
12	3036054	425722	1.717E+09				29 07/02/2013	00/01/1900	CV	VIVO	MASCULIN	3400	49	36	9
13	3102430	482859	1.724E+09				17 07/02/2013	00/01/1900	CV	VIVO	MASCULIN	3500	50	34	9
14	2974993	482865	1.72E+09				23 07/02/2013	00/01/1900	CS	VIVO	MASCULIN	3250	49	34	8
15	995141803	483017	1.105E+09				20 08/02/2013	00/01/1900	CV	VIVO	MASCULIN	3200	48	35	8
16	991651218	483011	48300100				38 08/02/2013	00/01/1900	CS	VIVO	MASCULIN	3050	50	35.8	8
17	3203812	483011	1.003E+09				32 08/02/2013	00/01/1900	CS	VIVO	MASCULIN	3750	51	35.5	8
18	987102962	3128	1.712E+09				36 08/02/2013	00/01/1900	CV	VIVO	FEMENINO	4000	48	36	9
19	2346095	483018	1.718E+09				17 08/02/2013	00/01/1900	CS	VIVO	MASCULIN	3100	52	34.5	8
20	2678989	483053	1.721E+09				19 09/02/2013	00/01/1900	CV	VIVO	FEMENINO	3250	50	33.8	9
21	2847810	370763	1.726E+09				20 11/02/2013	00/01/1900	CS	VIVO	MASCULIN	3250	49	34	8
22	2584486	470360	1.721E+09				20 11/02/2013	00/01/1900	CS	VIVO	FEMENINO	3000	49	33	8
23	3016155	483132	1.721E+09				23 11/02/2013	00/01/1900	CV	VIVO	FEMENINO	3250	49.5	34	8
24	2733354	483130	1.725E+09				19 11/02/2013	00/01/1900	CV	VIVO	MASCULIN	3600	51	36	5
25	998457486	483305	2.101E+09				20 13/02/2013	00/01/1900	CV	VIVO	FEMENINO	2010	45	32.5	8
26	31101368	483307	1.724E+09				19 14/02/2013	00/01/1900	CV	VIVO	FEMENINO	2010	45	32.5	8
27	3120773	231900	1.716E+09				31 15/02/2013	00/01/1900	CV	VIVO	MASCULIN	3100	50	35	9
28	3100600	483433	1.724E+09				18 15/02/2013	00/01/1900	CS	VIVO	FEMENINO	3250	49	35	9
29	3016305	483362	1.718E+09				28 14/02/2013	00/01/1900	CS	VIVO	FEMENINO	3300	46	35.6	8
30	987906117	483431	1.724E+09				24 15/02/2013	00/01/1900	CV	VIVO	FEMENINO	2750	48	36.5	8
31	984291773	483447	1.726E+09				21 15/02/2013	00/01/1900	CS	VIVO	MASCULIN	2550	49	34	8
32	2286993	483439	1.723E+09				19 15/02/2013	00/01/1900	CS	VIVO	FEMENINO	3300	49	32.8	8
33	984698105	453236	1.717E+09				35 16/02/2013	00/01/1900	CS	VIVO	MASCULIN	2700	46	32	7
34	988523241	281805	1.72E+09				30 18/02/2013	00/01/1900	CS	VIVO	MASCULIN	3000	48	34.5	8
35	987640502	13720	401313277				24 19/02/2013	00/01/1900	CV	VIVO	MASCULIN	2700	49	33.6	8
36	3034996	287529	1.713E+09				40 20/02/2013	00/01/1900	CS	VIVO	FEMENINO	2600	49	32	8
37	3034996	287529	1.713E+09				40 20/02/2013	00/01/1900	CS	VIVO	FEMENINO	2600	49	32	8
38	5104851	484003	1.719E+09				27 23/02/2013	00/01/1900	CS	VIVO	FEMENINO	3600	50	34.6	8
39	3027966	484061	930566880				21 24/02/2013	00/01/1900	CV	VIVO	MASCULIN	2500	45	32	9
40	992973778	484068	1.722E+09				22 25/02/2013	00/01/1900	CV	VIVO	MASCULIN	2500	46	32	8
41	3014319	484230	1.721E+09				26 27/02/2013	00/01/1900	CV	VIVO	FEMENINO	3000	47	34	9
42	939565815	484379	1.721E+09				23 28/02/2013	00/01/1900	CS	VIVO	FEMENINO	3200	48	33.4	8

P	Q	R	S	T	U	V	W	X	Y	Z	AA	AB	AC	AD	AE
APGAR5	APGARII	EGFUM	CAPURR T4	TSH	TAMIZAJ	MALFORI	OLDRESI	Uniqno	K. RECSTA	DIRECCI	NOMBRE	RESPON.	OLDTSH	CONTROL	
9	9	38	38	1.27	8.77	NO	NO		8	1	SANMARTI VALENCIA	DR. CABRERA			9
9	9	40	40	1.33	4.79	NO	NO		28	1	CDLA. IBAF GAVILANES	IR CARRASCO			6
9	9	40	40	1.17	10.16	NO	NO		29	1	COOP. IESF OLALIA AYI	DRA. CHAVEZ			7
10	10	39	40	1.08	6.87	NO	NO		30	1	SAN VICEN' CONGOMA	DR. NARANJO			3
8	9	38	38	1.12	6.41	NO	SI		31	1	PUERTO OL ZAMBRAN	DR. NARANJO			4
7	10	40	40	1.27	10.17	NO	NO		32	1	VIA CRUZ LI AZIPELA	DR. NARANJO			2
0	0	40	40			NO	NO		48	1	SAN CARL' MARIA GUZ	PARTO EN DOMICILIO			3
9	9	40	39	1.14	8.63	NO	NO		49	1	MAGDALE' ERICKA LAI	DR. CABRERA / IR SALA			4
9	9	39	38	1.1	4.17	NO	NO		50	1	LAPULIDA PILAIZA OL	IR SALAZAR			6
8	9	40	39	1.41	22.99	NO	NO		51	1	LA ARGELI' OCHOA BAI	IR MENA / DR. CABRERA			7
9	9	39	41			NO	NO		52	1	MARTHA BI CHIMBORA	IR SALAZAR			5
9	9	40	40			NO	NO		53	1	LA MAGDAI VELAZCOZ	IR MENA			3
9	9	40	40	1.16	5.9	NO	NO		54	1	GUAMANI ROMAN HU	IR MENA			4
9	9	40	40			NO	NO		73	1	LA ECUATO MAZAMAZ	IR LUCIO			7
9	9	39	39	1.3	8.93	NO	NO		74	1	CHILLOGAL ROLDAN R	DR. FONSECA			6
9	9	40	40	1.3	8.93	NO	NO		75	1	LA COMUN' LIMAICOLI	DR. GAHONA			3
10	10	39	39	1.29	6.24	NO	NO		76	1	CHILIBULO TIXILEMA YI	IR LUCIO			2
9	9	39	39	1.09	7.02	NO	NO		77	1	SANGOLOL BELDUMA C	DR. ROSAS			6
9	10	40	40	1.04	4.29	NO	NO		78	1	NUEVOS HC TOAQUIZA	IR CARRASCO			7
9	9	41	39	1.28	6.13	NO	NO		97	1	SANTA BAF CHULOA O F	DR. GAHONA / IR LUCIO			2
9	9	38	38			NO	NO		98	1	PABLO SEX PAREDES F	DR. GAHONA / IR LUCIO			3
9	9	40	41	1.43	42.62	NO	NO		99	1	CAMAL ME' GUIAÑA YU	IR CARRASCO			4
8	8	40	40	1.4	7.49	NO	NO		100	1	SOLANDA SIMBAÑA C	IR REVELO			6
9	9	38	38			NO	NO		126	1	SANGOLOL GARCIA YE	DR. NARANJO			7
9	10	41	41	1.08	5.96	NO	NO		130	1	QUITO SUR MARTINEZI	DRA. CHAVEZ			5
9	10	37	39	1.35	5.64	NO	NO		145	1	SANPATRI SOCASIOR I	ROVEDO			3
9	10	38	39	1.21	5.31	NO	NO		146	1	LA MAGDAI MOREIRA S	DRA. LOOR			4
9	10	39	40	1.5	12.28	NO	NO		147	1	CAMAL ME' VEGA MARI	DRA. LOOR			6
9	9	41	41	1.09	17	NO	NO		148	1	GUALCOPC ORBENATH	DRA. ROSAS			7
9	9	40	39	1.27	9.9	NO	NO		149	1	CALLELECI SILVA VILLAMARIN	GABRIELA			2
9	9	39	39	1.43	12.87	NO	NO		150	1	CARCELEN PROAÑO MORALES	ALEJANDRA			1
9	9	39	39	1.35	7.44	NO	NO		164	1	LOMA DE PI SUAREZ SA	DR. GAHONA			0
9	9	38	39			NO	NO		199	1	YAGUACHI CASPIYALI	DRA. MACIAS			0
9	9	41	39	1.24	6.62	NO	NO		200	1	AV. LA ECU' ORDOÑEZ F	IR YAGUARSHUNGO			7
9	9	35	37	1.16	7.12	NO	NO		201	1	CHILLOGAL SOPAIZA M	DR. GAHONA			0
9	9	35	37	1.16	7.12	NO	NO		202	1	CHILLOGAL SOPAIZA M	DR. GAHONA			9
9	10	40	40			NO	NO		208	1	BARRIONU ANGULO ITI	DR. GAHONA			1
9	9	43	40	1.17	6.3	NO	NO		213	1	MENADOS, VILLAVICEN	IR TELLO			3
9	9	42	37	1.26	3.64	NO	NO		214	1	LA ECUATO POZO GUEF	IR TELLO / IR VACA			4
9	9	40	40	0.95	3.16	NO	NO		229	1	LA ECUATO ROLDAN MI	IR SILVA			5
9	9	41	41	1.34	4.95	NO	NO		240	1	SANTA BAF GUERRA BE	DRA. ROSAS / IR AMBI			6