



UNIVERSIDAD
NACIONAL
AUTÓNOMA DE
NICARAGUA,
MANAGUA
UNAN - MANAGUA

**CENTRO DE INVESTIGACIONES Y ESTUDIOS DE LA SALUD
ESCUELA DE SALUD PÚBLICA
CIES- UNAN Managua**



Maestría en Salud Pública

2017-2019

Informe Final de tesis para optar al

Título de Master en Salud Pública

**CARACTERIZACIÓN DE RECIEN NACIDOS CON ASFIXIA NEONATAL,
ATENDIDOS EN HOSPITAL BASICO GABRIELA ALVARADO, DANLI
EL PARAISO HONDURAS, 2018.**

Autora:

Dora Leticia Maradiaga

Licenciada en Enfermería

Tutor:

MSc. Francisco Mayorga Marín

Docente Investigador

Ocotal, Nueva Segovia, marzo 2020.

INDICE

RESUMEN	i
DEDICATORIA	ii
AGRADECIMIENTOS	iii
I. INTRODUCCIÓN	1
II. ANTECEDENTES	2
III. JUSTIFICACION	4
IV. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	5
V. OBJETIVOS	6
VI. MARCO TEÓRICO.....	7
VII. DISEÑO METODOLOGICO	18
VIII. RESULTADOS Y ANALISIS DE RESULTADOS.....	21
IX. CONCLUSIONES.....	43
X. RECOMENDACIONES	44
XI. BIBLIOGRAFIA.....	45
ANEXOS.....	48

RESUMEN

Objetivo: Caracterizar a los recién nacidos con asfixia neonatal, ingresados en la sala de neonatología, Hospital Básico Gabriela Alvarado, Danlí El Paraíso Honduras, 2018 Es un estudio de tipo descriptivo de corte transversal.

Metodología: Se tomó una muestra de 36 expedientes de los recién nacidos que fueron diagnosticados con asfixia neonatal. Se utilizó el programa Epi Info 7 y Microsoft Excel para presentar una distribución de frecuencia expresada en cifras absolutas y porcentajes.

Resultados: de los 36 expedientes de niños con Asfixia neonatal, el mayor grupo de edad de las madres de estos niños se encontró el 58.33% entre las edades 13-17 años, siendo el 67% del área de Danlí y 30.56%, cursaron primaria incompleta, y el 38.89% siendo madres solteras.

Conclusión: De los niños que presentaron asfixia neonatal las características más representativas fue la edad de la madre, seguidamente el nivel educativo de las mismas y ser solteras. La mayoría de los recién nacidos pertenecen al género masculino, con un peso dentro de lo normal. La estadía hospitalaria oscila entre 5 a 10 días, todos ellos recibiendo terapias a diario. Del total de las complicaciones que se identifican, resulta predominante la del Síndrome de Distrés Respiratorio (SDR).

Palabras clave: Asfixia neonatal, Distress respiratorio, complicaciones

Contacto de la autora: dora2017maradiaga@gmail.com

DEDICATORIA

En primer lugar, se la dedico al forjador de mi camino, a mi padre celestial, el que me acompaña y siempre me levanta de mi continuo tropiezo al creador, de mis padres y de las personas que más amo. Gracias Dios por estar siempre conmigo.

Mi tesis la dedico con todo mi amor y cariño a mis amados padres por haberme forjado como la persona q soy en la actualidad; muchos de mis logros se los debo a ustedes entre los que incluye este, a mi querida hermana por su apoyo incondicional.

A mí amado hijo José Carlos Carias Maradiaga por ser mi fuente de motivación inspiración para poder superarme cada día más y así poder luchar para que la vida nos depare un futuro mejor.

A mis compañeros y amigos, quienes sin esperar nada a cambio compartieron su conocimiento, alegrías y tristezas y a todas aquellas personas que durante estos años estuvieron a mi lado apoyándome y lograron que este sueño se haga realidad. Gracias

Lic. Dora Leticia Maradiaga

AGRADECIMIENTOS

Infinitamente agradecida con mi Dios que siempre me dio la fortaleza y sabiduría para continuar y alcanzar mi meta

Es grato expresar mis agradecimientos a todas las personas quienes contribuyeron con sus enseñanzas, consejos, orientación y amistad en especial a mi amiga Miriam Ordoñez

A todos mis compañeros por su apoyo y motivación. Por ese dinamismo que siempre reflejaron aun en los momentos difíciles siempre estaban allí dando ánimos.

Gracias a la universidad por haberme permitido formarme en ella, Gracias a todas las personas que fueron participe de manera directa o indirectamente, fueron ustedes los responsables de realizar un pequeño aporte que el día de hoy se verá reflejado en la culminación de mi Maestría, fueron mis mayores promotores durante este proceso.

A los maestros de nuestra Universidad CIES y en especial a mi coordinadora MSc. Sheila Valdivia por su paciencia y dedicación.

A mi tutor de tesis MSc. Francisco Mayorga Marin por compartir sus conocimientos, su paciencia y comprensión.

A la directora del Hospital Gabriela Alvarado por permitirme realizar este estudio en dicho centro.

Lic. Dora Leticia Maradiaga

I. INTRODUCCIÓN

La asfixia neonatal puede ocurrir antes del nacimiento durante el trabajo de parto o en el período neonatal. La incidencia de la asfixia varía según los diferentes centros. Según la OMS la mortalidad de neonatos ha descendido de 4,6 millones en 1990 a 3,3 millones en 2009, y el ritmo de descenso ha sido algo más rápido a partir del año 2000. (infosalus, 2011)

A nivel mundial aún no hay consenso sobre la definición de Asfixia Neonatal. La Academia Americana de Pediatría y el Colegio Americano de Obstetras y Ginecólogos establecieron desde 1996 que para considerar el diagnóstico de Asfixia neonatal se deben cumplir las siguientes condiciones: acidosis metabólica con pH menor a 7.00 en sangre de cordón umbilical, puntaje de Apgar menor o igual a 3 a los cinco minutos y alteraciones neurológicas y/o falla orgánica múltiple.

Sin embargo la Secretaría de Salud de Honduras, clasifica la asfixia perinatal de la siguiente manera: depresión perinatal leve: a) antecedentes de sufrimiento fetal agudo, b) Apgar menor de 6 al minuto y mayor o igual a 7 a los 5 minutos y c) pH de cordón umbilical mayor 7.18; asfixia perinatal moderada: a) Apgar menor o igual 6 a los 5 minutos, b) pH de cordón 7.0 - 7.18; asfixia perinatal severa: a) Apgar menor o igual de 3 a los 5 minutos, b) pH menor 7.0 y c) signos de compromiso asfíctico de uno o más órganos.

El presente estudio caracteriza a los recién nacidos con asfixia neonatal, en el servicio de neonatología, Hospital Básico Gabriela Alvarado, Danlí, El Paraíso Honduras, 2018. Con el fin de obtener información de acuerdo a las características materno neonatal ya que no se cuenta con estudios de este tipo en el hospital, y así poder presentar dicho trabajo a nivel hospitalario y regional porque servirá de línea base para otros estudios que permitirá realizar un estudio de intervención.

II. ANTECEDENTES

Martínez Beltrán, (2016), El Salvador realizó la tesis denominada “Factores maternos y neonatales relacionados a la asfixia perinatal en los recién nacidos del Servicio de Neonatología del hospital nacional Arzobispo Loayza en el periodo comprendido de 2013 a 2015, con una muestra de 60 pacientes, se encontró 65% de madres con edad de riesgo y solo 28.34% realizaron adecuado control prenatal. El tipo de parto más frecuente fue la cesárea con un 66.66%. En los neonatos el sexo masculino fue el más frecuente con un 65.00%, la ventilación a presión positiva fue el tipo de reanimación más frecuente con un 61.67% y el 55% de los neonatos asfixiados.

Aslam (2014) Perú, realizaron el estudio “Risk factors of birth asphyxia”, se trató de un estudio de control de casos retrospectivos, realizados en la Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales del hospital pediátrico y en las salas de ginecología del Hospital Civil de Karachi. Los neonatos diagnosticados con asfixia de nacimiento fueron considerados como casos, mientras que los recién nacidos con parto vaginal normal o por cesárea sin anomalía fueron considerado como controles. De un total de 240 recién nacidos 123 fueron casos y 117 fueron controles. Los factores de riesgo significativos antes del parto fueron edad de la madre entre 20 a 25 años, preeclampsia y primigravidez. Los factores de riesgo significativo intraparto fueron la presentación de nalgas, parto domiciliario y fiebre maternos.

Bahubali M, (2013) Perú, el estudio “Antenatal and intrapartum risk factors for perinatal asphyxia: A case control study”. Se incluyeron 200 neonatos en el estudio con igual número de casos y controles. El análisis univariado de los factores prenatales mostró una edad materna menor de 20 años, primiparidad, atención prenatal inadecuada, anemia materna y hemorragia como factores de riesgo significativos. El análisis de los factores intraparto mostró ruptura prolongada de las membranas, corioamnionitis y el parto instrumentado como factores de riesgo significativos de asfixia perinatal. Todas las variables significativas sobre el análisis univariado se incluyeron en el análisis de

regresión logística múltiple. Los factores que se asociaron independientemente con asfixia perinatal fueron el parto instrumental, insuficiente atención prenatal, anemia materna y líquido amniótico teñido de meconio. El estudio concluye en que la mayoría de los factores pueden prevenirse mediante la atención prenatal y las intervenciones neonatales.

III. JUSTIFICACION

Los resultados de este estudio aportarán datos reales y significativos de la asfixia perinatal, que pueden ser útil para la reducción de la mortalidad temprana, la frecuencia severidad de las secuelas y disminuir el retraso de rehabilitación temprana en neonatos que presentaron asfixia. (Sanchez D. S., 2016)

La asfixia representa una de las principales causas de la muerte en el periodo neonatal, la Organización Mundial de la Salud ha estimado que más de un millón de recién nacidos sobreviven a la asfixia, mismos que presentan secuelas como: parálisis cerebral infantil, problemas del aprendizaje y problemas del desarrollo físico y mental. (Sierra,2005).

En la mayoría de los países latinoamericanos no existen estadísticas certeras sobre la magnitud del problema de asfixia neonatal, donde la misma sigue siendo un problema frecuente en la práctica pediátrica y causa importante de morbimortalidad, que puede ocurrir antes del nacimiento, durante el trabajo de parto o en el período neonatal aunque esta presenta una de las principales causas de muertes en el periodo neonatal, lo que es evidente en Honduras y a nivel local en el Hospital Básico Gabriela Alvarado por lo cual hare el presente trabajo de investigación que permitirá obtenerla caracterización de los recién nacidos con asfixia neonatal.

Estos resultados servirán de base para brindar conocimientos a todos los actores involucrados que permita un plan estratégico para mejorar y lograr la intervención oportuna. Es importante conocer la caracterización de la asfixia, ya que de esa manera se podrá incidir en el abordaje de acuerdo a su estilo de vida de la madre, del recién nacido y así poder realizar un manejo preventivo y terapéutico de las complicaciones de este evento que afecta al feto. Esta información, además contribuirá a la prevención de la asfixia neonatal y ayuda al personal de salud médicos y enfermeras poder reconocerlos oportunamente.

IV. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

El compromiso mundial de alcanzar los Objetivos de Desarrollo Sostenible, entre los cuales está la disminución de la mortalidad de los menores de 5 años, entre 1990 y el 2015, ha llevado a los países a incrementar los esfuerzos y a lograr una reducción significativa de este indicador; sin embargo, es necesario profundizar aún más en la prevención y tratamiento oportuno de la morbilidad y la morbilidad severa neonatal. Las muertes neonatales tempranas por asfixia perinatal, sepsis y nacimientos prematuros sugiere que las intervenciones relacionadas con la calidad de la atención obstétrica podrían tener un alto impacto sobre la reducción de la mortalidad neonatal en el Hospital Básico Gabriela Alvarado Danlí, El Paraíso. Por lo antes planteado se considera muy importante dar respuesta a la siguiente interrogante:

¿Cómo se caracterizan los recién nacidos con asfixia neonatal, ingresados a sala de neonatología en el Hospital Básico Gabriela Alvarado, Danlí, El Paraíso, Honduras, 2018?

Así mismo las siguientes interrogantes:

1. ¿Cuáles son las características socio-demográficas y gineco-obstétricas de las madres de los recién nacidos con asfixia neonatal?
2. ¿Cuáles son las características clínicas del recién nacido con asfixia neonatal?
3. ¿Cuál es la evolución clínica de los neonatos con asfixia?

V. OBJETIVOS

Objetivo general

Caracterizar a los recién nacidos con asfixia neonatal, ingresados en la sala de neonatología, Hospital Básico Gabriela Alvarado, Danlí, El Paraíso. Honduras, 2018.

Objetivos específicos

1. Identificar las características socio-demográficas y gineco-obstétricas de las madres de los recién nacidos con asfixia neonatal.
2. Describir las características clínicas del recién nacido con asfixia neonatal del Hospital Básico Gabriela Alvarado, Danlí, El Paraíso.
3. Reconocer la evolución clínica de los recién nacidos con asfixia neonatal.

VI. MARCO TEÓRICO

El término asfixia viene del griego A= (negación o privación) y sphixis= pulso. Es un síndrome caracterizado por la suspensión o grave disminución del intercambio gaseoso a nivel de la placenta o de los pulmones, que resulta en hipoxemia, hipercapnia e hipoxia tisular con acidosis metabólica. La asfixia perinatal se puede definir como la agresión producida al feto o al recién nacido (RN) por la falta de oxígeno y/o la falta de una perfusión tisular adecuada. La hipoxia fetal puede producirse por causas que afecten a la madre, a la placenta y/o cordón umbilical o al propio feto. La asfixia neonatal puede ocurrir antes del nacimiento (20%), durante el trabajo de parto (70%) o en el período neonatal (10%). (Díaz,20015).

Lee (2008) Nepal. realizaron el estudio, "Risk Factors for Neonatal Mortality due to Birth Asphyxia in Southern Nepal" los datos fueron recogidos de forma prospectiva durante un grupo aleatorizado. 23.662 lactantes nacieron en regiones de estudio entre septiembre del 2002 – enero 2006. Se realizó un modelo de regresión multivariado para determinar las estimaciones del riesgo relativo ajustado de la mortalidad por asfixia de nacimiento para el parto y el anteparto. Los resultados registraron que las muertes por asfixia de nacimiento (9,7 / 1.000 nacidos vivos) representaron el 30% de la mortalidad neonatal. Los factores de riesgo anteparto para la mortalidad por asfixia de nacimiento incluyeron educación materna baja, etnia madeshi y primiparidad. Los factores de mortalidad por asfixia de nacimiento incluyeron a los bebés prematuros.

Epidemiología

A nivel mundial, se ha estimado que las principales causas de muerte neonatal son prematuridad (28%), infecciones (26%) y asfixia (23%). Anualmente, nacen aproximadamente 130 millones de niños; casi 3,3 millones nacen muertos y más de 4 millones fallecen en los primeros 28 días de vida. El 25% de las muertes neonatales se producen por asfixia, sobre todo en el período neonatal temprano. En países desarrollados, según datos de la Organización Mundial de la Salud (OMS), se reporta

una incidencia de 0.3 a 1.8% de asfixia perinatal, mientras que en países en vías de desarrollo se encuentra una prevalencia de 6.1 por 1000 nacidos vivos de la misma entidad. En Nicaragua la frecuencia es de un 6.5% de los nacidos vivos siendo severa un 2% y moderada el 4.5%. La mortalidad en la asfixia severa se estima en 315/1000 nacidos para los pretérminos y de 244/1000 para los de término. (Milit, 2015)

La incidencia de la asfixia varía según los diferentes centros de atención y los criterios diagnósticos que se le da. Se puede calcular que se presenta en alrededor del 0,2 al 2% de los recién nacidos, inversamente proporcional al peso y la edad gestacional al nacimiento. En la mayoría de los casos el daño y el efecto es mínimo, pero sin embargo alrededor del 0,4% de todos los recién nacidos el daño por la asfixia causa disfunción de diferentes órganos incluyendo el cerebro; en el 0.1% se asocia a daño cerebral y secuelas neurológicas. Estos datos varían dependiendo de los centros de referencia. La incidencia de asfixia perinatal puede aumentar incluso al 9% en los niños menores de 36 semanas de edad gestacional; pudiendo presentarse una mortalidad entre el 20% y el 50 % siendo la incidencia más elevada en los hijos de madres diabéticas o toxemias y esto se relaciona con restricción del crecimiento intrauterino, prematuridad o posmadurez. Se dice que el 90% de las asfixias se presentan en el período prenatal y un 10% en el postnatal. (Rojas, Asfixia perinatal vs. Depresión Neonatal., 2019)

Clasificación

Para la clasificación de la asfixia neonatal se toma en cuenta criterios clínicos, el mundialmente utilizado desde 1952, elaborado por Virginia Apgar, diseñado para evaluar de forma rápida el estado clínico del recién nacido, por medio de la evaluación simultánea de algunos signos al minuto de vida, con la finalidad de valorar la necesidad de una pronta intervención para restablecer la respiración.

El Apgar mide 5 variables:

- Frecuencia cardíaca.
- Esfuerzo respiratorio.
- Tono muscular.

- Irritabilidad refleja.
- Coloración de la piel.

El puntaje de Apgar describe la condición clínica inmediata al nacimiento; es útil en la toma de decisiones y orienta sobre la respuesta a la reanimación. A menor puntuación de Apgar, mayor mortalidad durante los primeros 28 días de vida. El riesgo de muerte neonatal es mayor con un puntaje de Apgar de 0-3 a los 5 minutos. (Rojas, Asfixia perinatal vs. Depresión Neonatal., 2019)

La Academia Americana de Pediatría (AAP y El Colegio Americano de Ginecología y Obstetricia ACOG) refieren que la puntuación de Apgar describe la condición del recién nacido inmediatamente después del nacimiento.

La puntuación de Apgar se ve afectada por:

- Edad gestacional.
- Uso de medicamentos por la madre.
- Por la reanimación.
- Por la condición cardio-respiratoria y neurológica.
- Puntuaciones bajas de Apgar al minuto y a los 5 minutos por si solas no son concluyentes de evento hipóxico agudo intraparto.
- Las intervenciones de resucitación modifican los componentes del Apgar.
- En los recién nacidos prematuros el puntaje de Apgar no tiene valor diagnóstico ya que este se ve afectado por las condiciones propias del prematuro específicamente por el tono muscular, la coloración y la irritabilidad.

Con lo anterior mencionado, se puede considerar la Clasificación de Asfixia Neonatal en dos niveles de severidad

Asfixia al nacer severa: respiración ausente o jadeo, frecuencia cardíaca o pulso menor de 100 latidos por minuto, estático o disminuyendo, palidez y tono ausente. Asfixia con Apgar al minuto de 0-3 (asfixia blanca) (Sanchez B. S., 2016)

Asfixia al nacer leve a moderada: la respiración normal no se establece dentro de un minuto, la frecuencia cardiaca mayor o igual a 100 latidos por minuto, algo de tono muscular y alguna respuesta a los estímulos. Asfixia con Apgar al minuto de

Factores de Riesgo

Se define como un factor de riesgo aquella característica o circunstancia identificable en una persona (embarazo, parto, feto y/o neonato) o grupos de personas, que se asocia con un riesgo anormal de poseer o desarrollar una enfermedad o ser especialmente afectado de forma desfavorable por ella.

Los factores de riesgo según el periodo del parto en que intervienen se dividen en

Anteparto:

- Diabetes materna.
- Anemia.
- Muerte neonatal previa.
- Hemorragia II
- Infección materna.
- Polihidramnios/ Oligohidramnios.
- Post término.

Diabetes materna: se define como cualquier grado de alteración en la regulación de la glucosa que aparece por primera vez durante el embarazo. Esta definición se aplica independientemente de que su tratamiento conlleve sólo una modificación de la dieta o la administración de insulina o de si la condición se prolonga después del embarazo.

Síndrome hipertensivo gestacional: las enfermedades hipertensivas del embarazo son las que hacen referencia a la hipertensión que se inicia o se diagnostica durante la gestación en una paciente previamente normotensa. El Sistema Informático Perinatal en las guías para la atención de las principales emergencias obstétricas año 2012 también define la pre eclampsia por un aumento de 30 mmHg o más en la presión arterial sistólica o de 15 mmHg o más en la presión arterial diastólica habitual, todo esto asociado con

proteinuria y en ocasiones edema o lesión de órgano blanco. (Latin American Center of Perinatology, 2017)

Anemia: la anemia (niveles de hemoglobina de ≤ 11 g/dl, según la definición de la Organización Mundial de la Salud) es una de las principales causas de discapacidad en el mundo y, por lo tanto, uno de los problemas de salud pública más graves a escala mundial. La prevalencia de anemia en el embarazo varía considerablemente debido a diferencias en las condiciones socioeconómicas, los estilos de vida y las conductas de búsqueda de la salud entre las diferentes culturas. La anemia afecta a casi la mitad de todas las embarazadas en el mundo: al 52% de las embarazadas de los países en vías de desarrollo y al 23% de las embarazadas de los países desarrollados. Entre las causas más comunes de anemia se encuentran la nutrición deficiente, la deficiencia de hierro y otros micronutrientes, el paludismo, la anquilostomiasis y la esquistosomiasis. Tanto la infección por VIH como las hemoglobinopatías son factores adicionales. (Sanchez B. S., 2016)

Muerte neonatal previa: Antecedente materno previo de recién nacido fallecido durante los primeros 28 días de vida.

Hemorragia II Sangrado transvaginal durante la segunda mitad de la gestación, siendo una importante causa de consulta. En el 2% - 4% de los embarazos cursa con sangrado. Este cuadro clínico representa un desafío diagnóstico pues al igual que muchas otras enfermedades sólo podrá ser tratado correctamente si se conoce la exacta etiología. Las principales causas de esta complicación lo constituyen la placenta previa en el 1% del total de partos ocurridos, siendo las otras el desprendimiento prematuro de placenta mormoinsera (DPPNI) en un 0.8% y la ruptura uterina en un 0.2%.

Infección Materna: Se abordan las infecciones más frecuentes que son infecciones de vías urinarias y síndrome de flujo vaginal. La infección urinaria suele presentarse entre

el 17-20% de las embarazadas y su importancia radica en los efectos que se han probado ocurren durante el trabajo de parto y en los neonatos. En el trabajo de parto se ha asociado con ruptura de membranas, corioamnionitis, trabajo de parto y parto y parto prematuros y en el neonato a sepsis neonatal.

Se considera síndrome de flujo vaginal al aumento de la cantidad de secreciones vaginales, con cambio de color, olor y consistencia, a veces acompañado o no de prurito o irritación vulvar, en algunos casos con disuria y dispareunia. Cuando a este cuadro se añade el dolor en el abdomen bajo, éste deberá ser manejado como síndrome de dolor abdominal bajo. El Síndrome de flujo vaginal incluye: Vaginitis y Cervicitis. (Sanchez B. S., 2016)

Patologías del líquido Amniótico: oligohidramnios, implica una disminución en la cantidad del líquido amniótico. La incidencia del mismo es variable y esto se debe, en gran parte, a que no existen criterios uniformes para hacer el diagnóstico. De manera global se señala una incidencia del 0,85%. Polihidramnios se define como un aumento en la cantidad del LA, usualmente mayor de 2 000 ml. El mejor criterio para el diagnóstico es el valor del índice de LA y su incidencia varía del 0,13% al 3,2%.

Pos término: es aquel que se extiende más allá de las 42 semanas de amenorrea completa o 294 días del último periodo menstrual. Se considera que un embarazo prolongado se asocia a mayor morbi-mortalidad perinatal. El riesgo de mortalidad fetal aumenta en 2,5 veces en gestaciones de 41 a 42 semanas, así mismo está asociado con distocia de labor y cesárea. (Sánchez B.S 2016)

Malformaciones Congénitas: se denominan también defectos de nacimiento, trastornos congénitos o malformaciones congénitas. Se trata de anomalías estructurales o funcionales, como los trastornos metabólicos, que ocurren durante la vida intrauterina y se detectan durante el embarazo, en el parto o en un momento posterior de la vida.

Sin atención prenatal: Ninguna documentación de atenciones prenatales previas durante el periodo gestacional.

Edad: la edad materna en riesgo se considera entre las edades menores de 16 y mayores de 35 años.

Factores de riesgos anteparto e intraparto relacionados con el desarrollo de asfixia neonatal

- Ruptura prematura de membranas.
- Drogas.
- Malformaciones congénitas
- Sin atención prenatal. o Edad ≤ 16 años ≥ 35 años.

Ruptura prematura de membrana: se designa con el nombre de ruptura prematura de membranas a una solución de continuidad de las membranas corioamnióticas que sobreviene antes del inicio del trabajo de parto.

Malformaciones Congénitas: se denominan también defectos de nacimiento, trastornos congénitos o malformaciones congénitas. Se trata de anomalías estructurales o funcionales, como los trastornos metabólicos, que ocurren durante la vida intrauterina y se detectan durante el embarazo, en el parto o en un momento posterior de la vida.

Sin atención prenatal: Ninguna documentación de atenciones prenatales previas durante el periodo gestacional.

Edad: la edad materna en riesgo se considera entre las edades menores de 16 y mayores de 35 años.

Intraparto:

- Cesárea de emergencia.
- Presentación anormal.
- Pre termino
- Corioamnionitis.
- Ruptura prematura de membranas mayor de 18 horas.
- Parto prolongado.
- Bradicardia.
- Anestesia general.
- Meconio.
- Prolapso de cordón.
- Desprendimiento de placenta normoinserta.
- Placenta previa.

Cesárea de emergencia: es una intervención cuya indicación surge como consecuencia de una patología aguda grave de la madre o del feto, con riesgo vital materno-fetal o del pronóstico neurológico fetal, lo que hace aconsejable la finalización del embarazo rápidamente.

Presentación anormal: se emplea cuando el parto o expulsión procede de manera anormal o difícil. Puede ser el resultado de contracciones uterinas incoordinadas, de una posición anormal del feto, de una desproporción cefalopélvica relativa o absoluta o por anomalías que afectan el canal blando del parto. Sin embargo, un embarazo complicado por distocia puede, con frecuencia, llegar a término con el empleo de maniobras obstétricas, como los partos instrumentados o, más comúnmente, por una cesárea. Los riesgos reconocidos de una distocia incluyen la muerte fetal, estrés respiratorio, encefalopatía isquémica hipóxica y daño del plexo braquial.

Pre término: Se denomina parto pre término al que ocurre antes de las 37 semanas de gestación (menos de 259 días). El parto pre término representa no solo un problema obstétrico, sino un problema de salud pública, ya que contribuye hasta en el 70% de la mortalidad perinatal a nivel mundial y producen una elevada morbilidad neonatal, tanto inmediato como a largo plazo, manifestado por complicaciones neonatales como el síndrome de dificultad respiratoria, hemorragia intra ventricular severa y enterocolitis necrotizante, entre otras, suelen ser graves y en muchos casos invalidantes, con repercusiones tanto a nivel individual como familiar.

Corioamnionitis: definimos corioamnionitis clínica como la inflamación aguda de las membranas placentarias (amnios y corion), de origen infeccioso que se acompaña de la infección del contenido amniótico, esto es, feto, cordón y líquido amniótico. Es causa importante de morbilidad materna y fetal, incluyendo el parto prematuro y la sepsis neonatal. Clásicamente el diagnóstico de corioamnionitis es clínico, existe una repercusión materna y se basa, según los criterios expuestos por Gibbs en 1982, en la asociación de fiebre materna y dos o más de los siguientes criterios clínicos menores: taquicardia materna, taquicardia fetal, leucocitosis materna, irritabilidad uterina, leucorrea vaginal maloliente.

Ruptura prematura de membranas mayor de 18 horas: La rotura prematura de membranas (RPM) es un trastorno que se produce en el embarazo cuando el saco amniótico se rompe más de una hora antes del inicio del trabajo de parto. Una RPM se prolonga cuando se produce más de 18 horas antes del trabajo de parto. La ruptura de membranas es prematura cuando se produce antes del primer período del parto o período de dilatación. La ruptura prematura de membranas suele ser causada por una infección bacteriana, por el tabaquismo o por un defecto en la estructura del saco amniótico, el útero o cérvix y también por las relaciones sexuales y la presencia de dispositivos Intrauterinos (DIU). En algunos casos, la ruptura se puede curar

espontáneamente, pero en la mayoría de los casos de RPM, el trabajo de parto comienza en las primeras 48 horas. Cuando esto ocurre, es necesario que la madre reciba tratamiento para evitar una posible infección en el recién nacido.

Parto prolongado: el embarazo prolongado es a partir de las 41 semanas (287 días) y el Embarazo pos término a partir de las 42 semanas (294 días) cumplidas.

Bradycardia fetal: disminución de la frecuencia cardiaca fetal por debajo de 120 latidos por minuto y durante más de 15 minutos. Generalmente se asocia a dificultades del feto para la adaptación al medio intrauterino o a disminución del bienestar fetal.

Anestesia general: la aplicación de anestesia general en embarazadas y su repercusión a nivel fetal puede producir reducción de la perfusión placentaria debida a la hipotensión materna inducida por el bloqueo simpático que acompaña al bloqueo epidural o subaracnoideo, el otro mecanismo, es por acción directa sobre los vasos placentarios, produciendo vasoconstricción; además de una vez cruzar la barrera placentaria, actúa directamente sobre el tejido nervioso y cardiaco fetal.

Meconio: el término meconio deriva de la palabra griega “mekonion”, que significa opio o jugo adormidera. Su origen es la aparente relación que existe entre la tinción por meconio del líquido amniótico y la depresión del recién nacido. El meconio es producto de la defecación fetal que está compuesta por restos de LA deglutido, material de descamación y secreciones gastrointestinales fetales, así como por biliverdina, que es lo que le confiere el color verde característico. Al ser eliminado al líquido amniótico puede teñirlo de verde y modificar su densidad dependiendo de la cantidad que se expulse y del volumen de líquido en el que se diluya.

Prolapso de cordón: protrusión del cordón umbilical en el canal del parto por delante de la presentación fetal. Se trata de una complicación fetal severa, que se ve facilitada por

todas aquellas circunstancias que dificulten la adaptación perfecta de la presentación al estrecho superior de la pelvis y, a menos que pueda llevarse a cabo un parto rápido, puede ocasionar la muerte fetal.

DPPNI: el cuadro de DPPNI se define como la separación accidental de la placenta de su zona de inserción normal, después de las 22 semanas y antes del nacimiento del feto.

Placenta previa: se refiere a la placenta que cubre o está próxima al orificio interno del cérvix (OCI) y se encuentra implantada en el segmento inferior del útero después de la semana 22. O aquellas que tiene una distancia menor de 20 mm del OCI medidos por ultrasonido transvaginal. (Sanchez B. S., 2016)

Obstétricos: líquido amniótico meconial, incompatibilidad céfalo- pélvica, uso de medicamentos como oxitocina, presentación fetal anormal, trabajo de parto prolongado o precipitado, parto instrumentado o cesárea, RPM, polihidramnios, oligoamnios.

Útero-placentarios: anormalidades del cordón, anormalidades placentarias, alteraciones de la contractilidad uterina, anormalidades uterinas anatómicas

Fetales: alteraciones de la frecuencia cardiaca fetal, percepción disminuida de movimientos fetales por la madre, retardo del crecimiento intrauterino, prematuridad, bajo peso, macrosomía fetal, fetos múltiples.

VII. DISEÑO METODOLOGICO

a. Tipo de estudio

Descriptivo de corte transversal

b. Área de estudio

Se realizó en la sala de Neonatología del Hospital Básico Gabriela Alvarado, Danlí El Paraíso Honduras

c. Universo y muestra

Estuvo constituida por los 36 expedientes de los recién nacidos que fueron diagnosticados con asfixia neonatal en el Hospital Básico Gabriela Alvarado Danlí El Paraíso, Honduras durante el año 2018.

e. Unidad de análisis

Fueron los expedientes médicos legales, del Departamento de archivo y estadística del Hospital Gabriela Alvarado durante el año 2018.

f. Criterios de Selección

➤ Criterio de inclusión.

- Expedientes de niños recién nacidos con Diagnostico de asfixia neonatal atendidos durante el año 2018.
- Que tengan el expediente completo.
- Cuyo expediente se encuentre en la unidad.

➤ Criterio de exclusión

- Los expedientes de niños recién nacidos que no sean diagnosticados como asfixia neonatal.

g. Variables por objetivos

Para el objetivo 1: Identificar las características socio-demográficas y gineco-obstétricas de las madres de los recién nacidos con asfixia neonatal del Hospital Básico Gabriela Alvarado, Danlí El Paraíso.

- Edad
- Procedencia
- Estado civil
- Nivel educativo
- Edad gestacional
- Controles prenatales

Para el objetivo 2: Describir las características clínicas del recién nacido con asfixia neonatal del Hospital Básico Gabriela Alvarado, Danlí El Paraíso.

- Sexo del recién nacido
- Peso al nacer
- Apgar al minuto y a los 5 minutos
- Patología causante de asfixia

Para el objetivo 3: Conocer la evolución clínica de los recién nacidos del Hospital Básico Gabriela Alvarado Danlí El Paraíso.

- Diagnóstico de ingreso
- Evolución clínicas
- Terapias recibidas
- Complicaciones
- Referencia

h. Fuente de información

La fuente de información fue secundaria ya que se recolectará a través de los expedientes médicos legales, del Departamento de archivo y estadística del Hospital Gabriela Alvarado.

i. Técnica de Recolección de Información

La técnica utilizada consistió en la revisión de los expedientes médicos legales, de los niños nacidos con asfixia del período en estudio, datos que serán transcritos a la ficha de recolección.

j. Instrumento de recolección de la información

El instrumento de recolección de datos de la información lo constituye una Ficha de recolección de datos (ver anexos), previamente elaborada, en la que se reflejaron los datos de interés del estudio y que aparecen en cada documento médico-legal relacionados a los niños recién nacidos con asfixia neonatal.

k. Procesamiento de la información

Para el procesamiento de datos se utilizó el programa Epi Info 7 y Excel para presentar una distribución de frecuencia expresada en cifras absolutas y porcentajes.

Los resultados y las tablas de salida para las diferentes variables, así como el cruce necesario de las mismas serán analizados por la investigadora para proceder a la elaboración del informe final.

l) Consideraciones Éticas

Se obtuvo autorización para la realización de este estudio por partes de las autoridades correspondientes del Hospital Básico Gabriela Alvarado, Danlí El Paraíso Honduras C.A. La información fue manejada confidencialmente y solo para efecto del estudio.

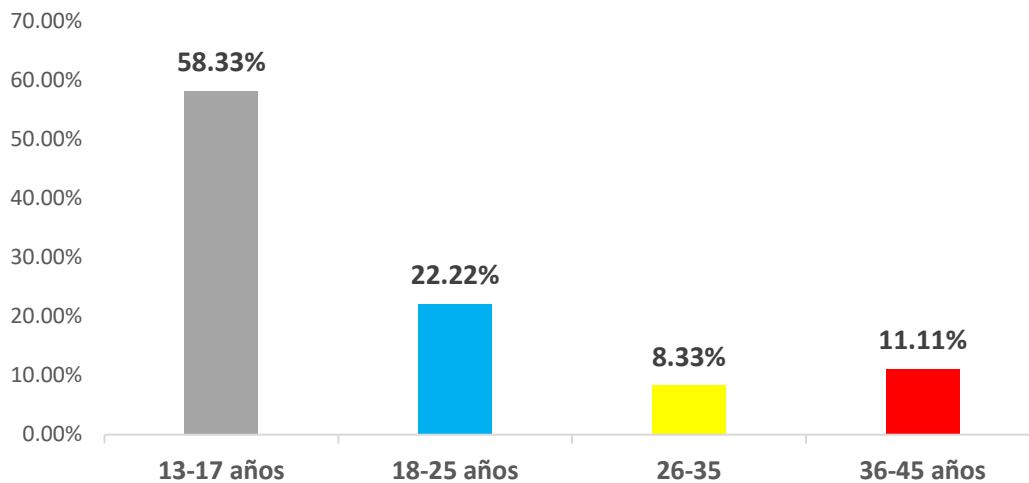
m) Trabajo de Campo

La información se recolectó en un período de 30 días sin incluir fines de semana, para lo cual se coordinará con el departamento de archivo, quienes proporcionan un promedio de 10 expedientes por día, serán revisados por la investigadora quien vació individualmente cada expediente de acuerdo al instrumento elaborado de acuerdo a las variables y objetivos del estudio, se realizará el trabajo en la oficina de la sala de juntas del Hospital Básico Gabriela Alvarado, Danlí El Paraíso.

VIII. RESULTADOS Y ANALISIS DE RESULTADOS

Objetivo 1: Características socio-demográficas y gineco- obstétricas de las madres de los recién nacidos con asfixia neonatal.

Gráfico 1. Edad de las madres de los niños con asfixia neonatal en el HBGA Danlí El Paraíso. Honduras. 2018.



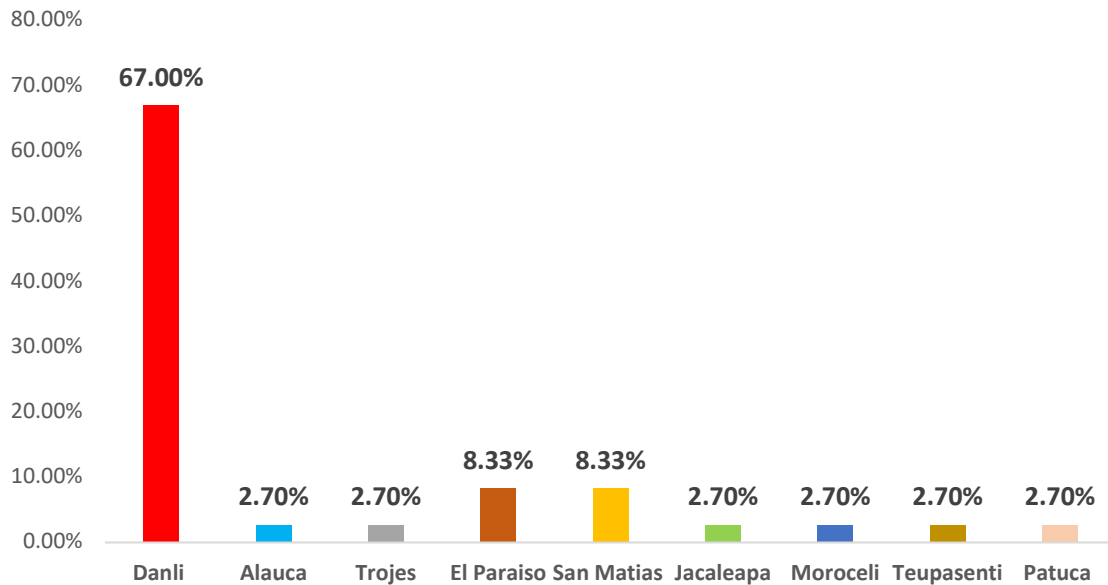
Fuente: Expedientes clínicos niños con asfixia neonatal HBGA

En relación a los grupos de edades de las madres de los niños con asfixia neonatal se encontró que de 13 a 17 años representaron el 58.33%, seguidamente el 22.22% (18 a 25 años), el 8.33% (26 a 35 años) y por último el 11.11% 36 a 45 años de edad. (ver anexo 4, tabla 1)

Esto concuerda con los datos mencionados por Bahubali M. en el año 2013 en Perú encontró que la edad materna era un factor de riesgo para niños con asfixia neonatal ya que eran madres menores de 20 años.

Con estos resultados se evidencia que los recién nacidos de madres menores de 20 años podrían tener mayor riesgo de presentar asfixia neonatal.

Gráfico 2. Procedencia de las madres de los niños con asfixia neonatal en el HBGA Danlí El Paraíso, Honduras, 2018.

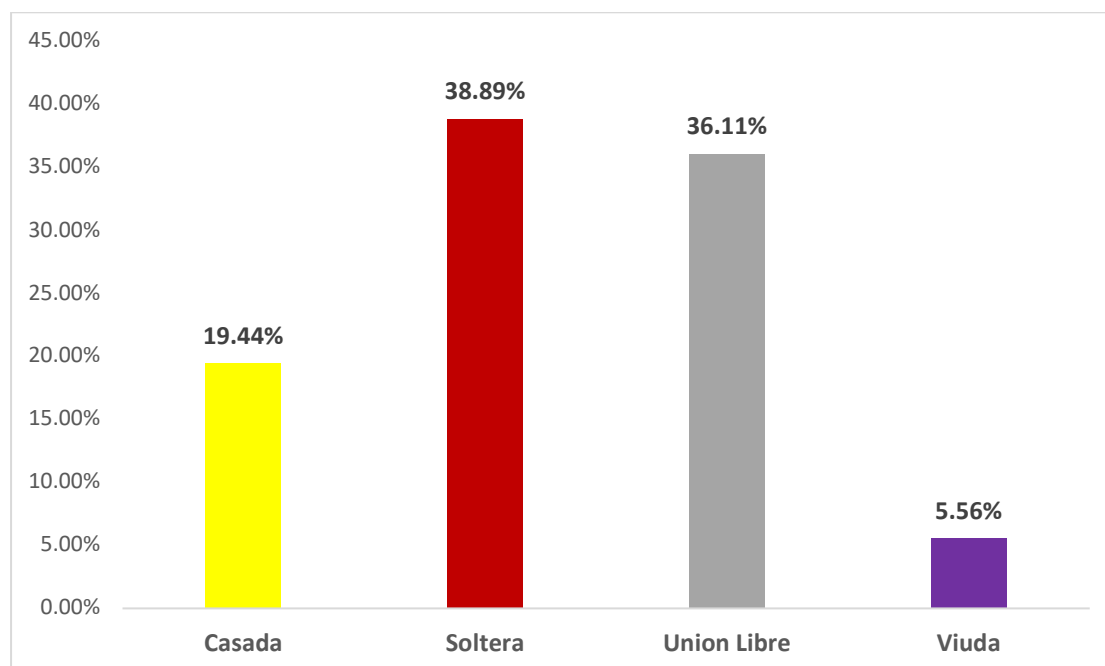


Fuente: Expedientes clínicos niños con asfixia neonatal HBGA

En relación a la procedencia de las madres se encontró que el 67% son del Danlí, un 8,33 del municipio de San Matías, y el Paraíso, el 2.70% al municipio de Alauca, 2,70% trojes, 2,70% Jacaleapa, 2.70% Teupasenti, 2.70% Moroceli, 2.70% patuca. (ver anexo4 tabla 2).

Esto significa que las madres tienen toda posibilidad de acudir al hospital para sus controles prenatales, ya que se encuentran en Danlí, sin embargo la mayoría propiamente de Danlí tuvieron los niños con asfixia.

Gráfico 3. Estado Civil de las madres de los niños con asfixia neonatal en el HBGA Danlí, El Paraíso, Honduras 2018.

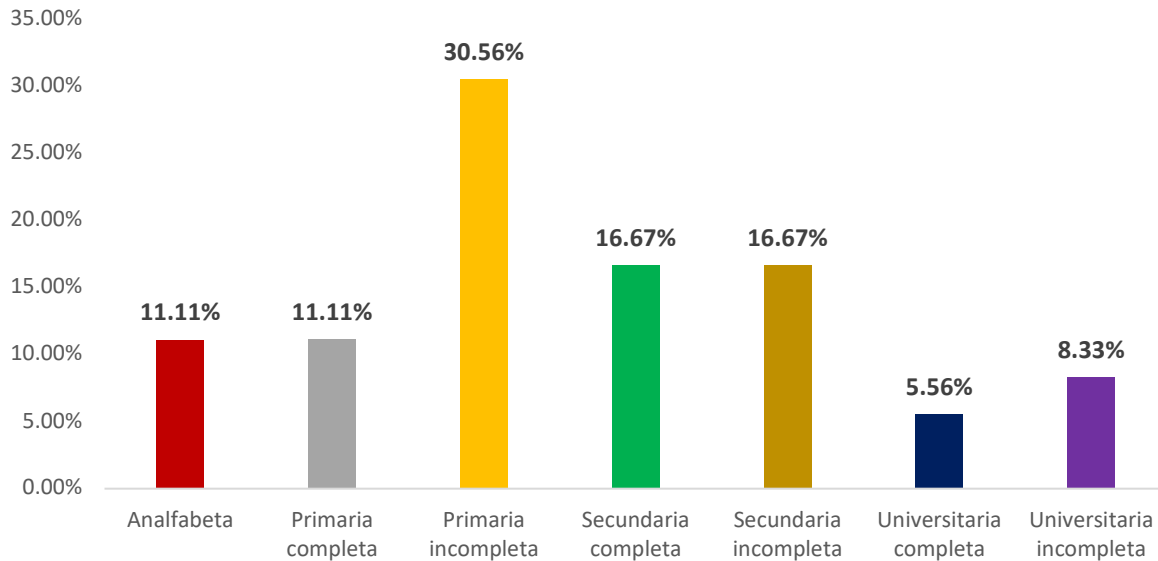


Fuente: Expedientes clínicos niños con asfixia neonatal HBGA

Del 100% de los participantes el 38.89% correspondió a soltera, y el 36.11% fueron para las de unión libre, el 19.44% son casadas, y un 5.56% son viudas. (ver anexo 4, tabla 3).

Estos datos significan que la mayoría de las madres son solteras por consiguiente no tienen una relación estable sentimental para que pueda apoyarle y acudir a una atención médica.

Gráfico 4. Nivel Educativo de las madres de los niños con asfixia neonatal en el HBGA Danlí El Paraíso, Honduras 2018.



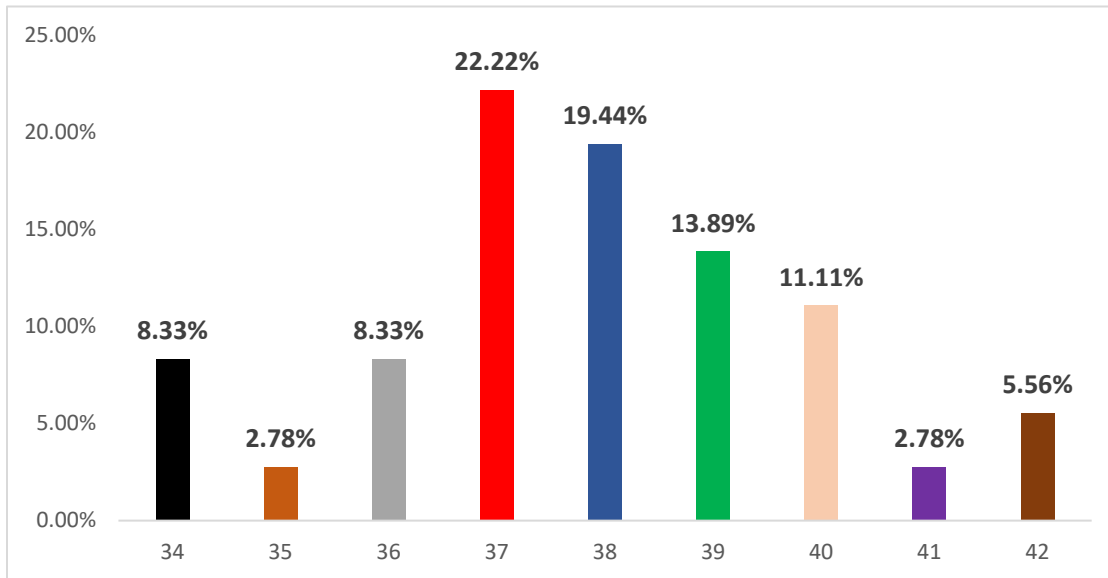
Fuente: Expedientes clínicos de niños con asfixia neonatal.

Se observa que el 30.56% de las madres tenían primaria incompleta, un 16.67 % con secundaria completa, igual porcentaje tenían secundaria incompleta, luego tenemos que el 11.11% es analfabeta, igual porcentaje con primaria completa, un 8.33% universidad incompleta y un 5,56% universidad completa. (ver anexo 4, tabla 4).

Estos datos tienen similitud a los encontrados en el estudio de factores de riesgo para la mortalidad neonatal por asfixia de Lee (2008) donde el mayor número de madres presentaron un nivel educativo bajo.

Estos resultados revelan que las madres, en su mayoría presentan una educación muy baja, podría explicar el nivel de riesgo por el desconocimiento de algunos factores de riesgo y de alarma para estas complicaciones.

Gráfico 5. Edad Gestacional de las madres de los niños con asfixia neonatal en el HBGA Danlí El Paraíso, Honduras 2018.



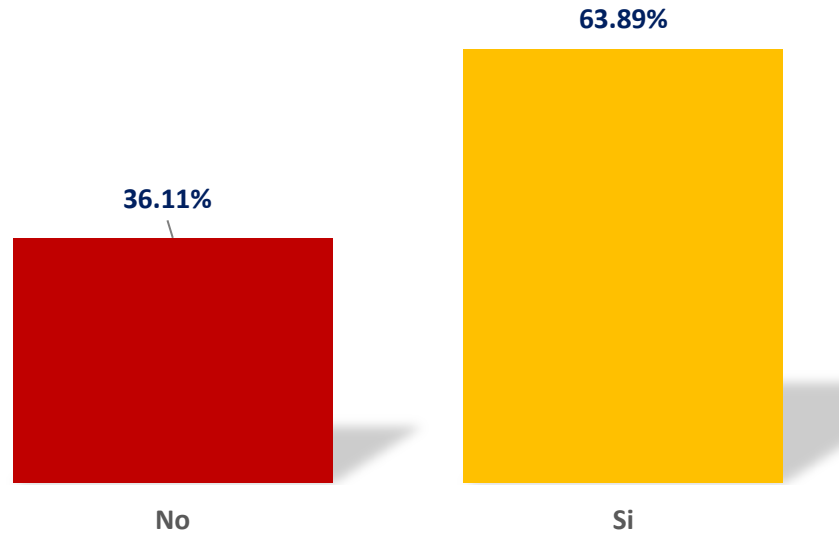
Fuente: Expedientes clínicos de niños con asfixia neonatal HBGA

El 22.22% corresponde a 37 semanas de gestación, un 19.44% son de 38 semana de gestación, el 13.89 % corresponden a 39 semana de gestación, un 11.11% son de 40 semanas de gestación, un 8.33% son de 34 semanas de gestación, el 5.56% corresponde a 42 semanas de gestación, igual porcentaje tiene 33semanas de gestación, y por ultimo 2.78% son para 41 semanas de gestación, el 2,78% tiene 35 semanas de gestación. (ver anexo 4, tabla 5).

Estos datos son congruentes con el estudio de Rojas, Asfixia perinatal vs Depresion Neonatal (2019), la incidencia de asfixia perinatal puede aumentar incluso al 9% en los niños menores de 36 semanas de edad gestacional; pudiendo presentarse una mortalidad entre el 20% y el 50%. También Sánchez B.S (2016) comenta que el riesgo de mortalidad fetal aumenta en 2,5 veces en gestaciones de 41 a 42 semanas.

Esto significa que los niños que nacieron con asfixia neonatal están con el porcentaje mas elevado a las 37 y 38 semanas de gestación que se considera un recién nacido a término.

Gráfico 6. Controles Prenatales de las madres de los niños con asfixia neonatal en el HBGA Danlí El Paraíso, Honduras 2018.



Fuente: Expedientes clínicos de niños con asfixia neonatal HBGA

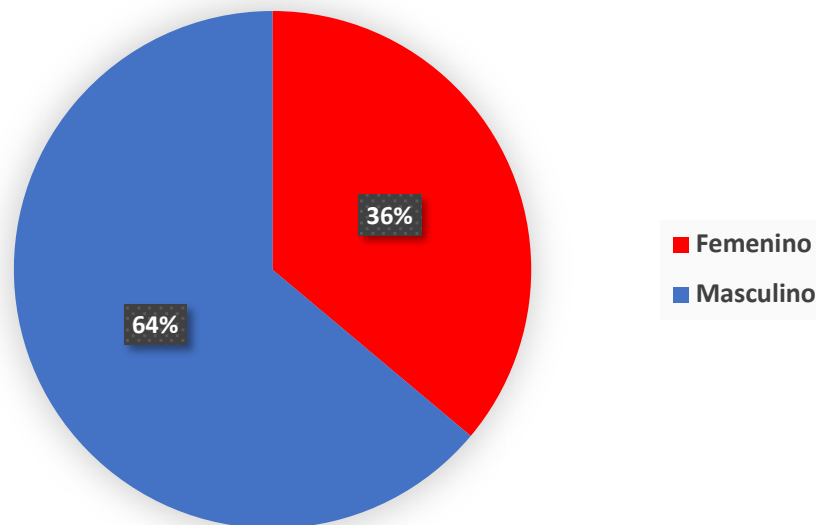
En términos generales de los 36 expedientes revisados de niños con asfixia neonatal el 63.89% son madres que acudieron a controles prenatales y un 36.11% de las madres no acudieron a controles prenatales. (ver anexo 4 tabla 6).

Estos datos tienen similitud con Martínez Beltrán, (2016) El Salvador donde encontró el 28.34% realizaron adecuado control prenatal.

Lo que significa que la mayoría de las madres de niños con asfixia neonatal cumplió con los controles prenatales como norma por la secretaria de salud.

Objetivo 2: Características clínicas del recién nacido con asfixia neonatal del Hospital Básico Gabriela Alvarado, Danlí El Paraíso.

Gráfico 7. Género de los recién nacidos con asfixia neonatal en el HBGA Danlí El Paraíso, Honduras 2018.

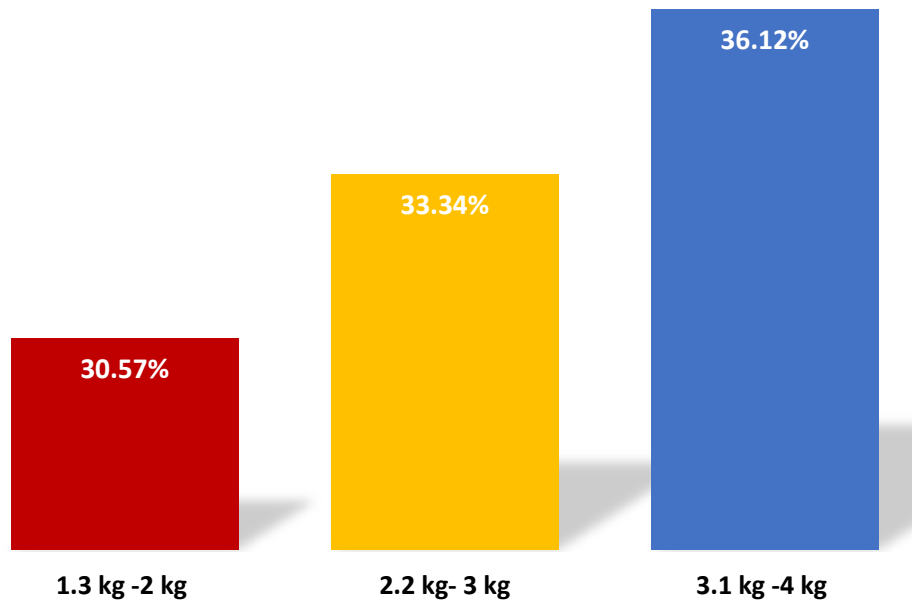


Fuente: Expedientes clínicos de niños con asfixia neonatal HBGA

Desde el punto de vista de los datos encontrados de los 36 expedientes revisados de los niños con asfixia neonatal el 64% es del género masculino, el 36% al género femenino (ver anexo 4, tabla 7).

Estos datos se relacionan con el estudio Martínez Beltrán, (2016) El Salvador donde el 65% de los neonatos corresponde al género masculino. Con estos resultados se observa que el género masculino es el más afectado con la enfermedad de Asfixia Neonatal, tanto en el espacio población de Danlí, como en otros países centroamericanos. Al parecer sexo es un marcador de riesgo para desarrollo de asfixia.

Gráfico 8. Peso en kilogramos de los recién nacidos con asfixia neonatal en el HBGA Danlí El Paraíso, Honduras 2018.

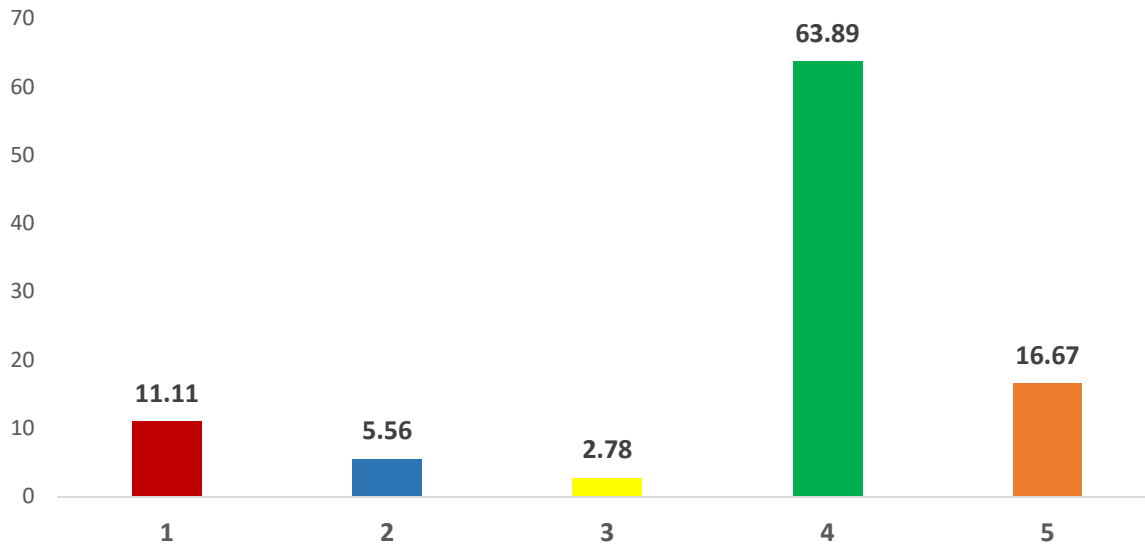


Fuente: Expedientes clínicos de niños con asfixia neonatal HBGA

En relación a los datos obtenidos encontrados que 36.12% corresponde al peso normal de 3.1kg-4 kg, el 33.34% corresponde al peso 2.2kg-3kg, el 30.57% es para el peso de 1.3kg-2kg. (ver anexo4 tabla 8)

Con los datos expuestos en el grafico podemos analizar que el mayor porcentaje corresponde al peso normal de un recién nacido, ya que entre menor peso que presente un niño está expuesto a mayor riesgo y permanecer más tiempo hospitalizado.

Gráfico 9. Apgar al 1er minuto de los recién nacidos con asfixia neonatal en el HBGA Danlí El Paraíso, Honduras 2018.



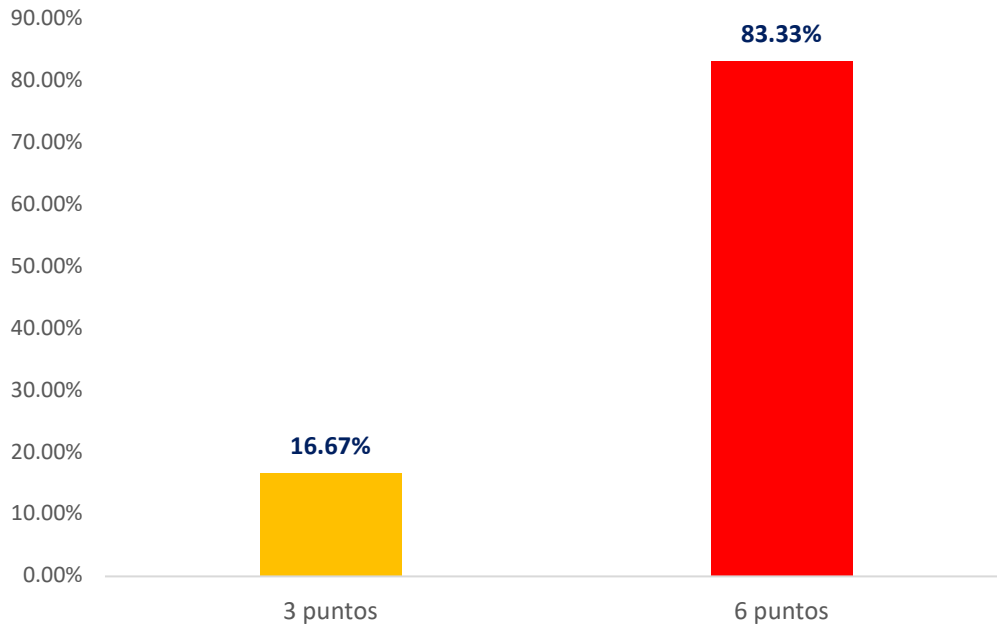
Fuente: Expedientes clínicos de niños con asfixia neonatal HBGA

En cuanto al 100% de los expedientes clínicos revisados el 63.89% tienen un puntaje de 4, el 16.64% tiene un puntaje de 5 puntos, el 11,11% tiene un puntaje de 1, el 5.56% tiene un puntaje de 2, el 2.78% tiene un puntaje de 3. (ver anexo 4 tabla 9)

Estos datos son similares a los encontrados en el estudio de Rojas, Asfixia perinatal vs Depresión Neonatal (2019) El puntaje de Apgar describe la condición clínica inmediata al nacimiento; es útil en la toma de decisiones y orienta sobre la respuesta a la reanimación.

A menos puntuación de Apgar, mayor mortalidad durante los primeros 28 días de vida. El riesgo de muerte neonatal es mayor con un puntaje de Apgar de 0-3 a los 5 minutos, encontrándose en este estudio casi el 20% de recién nacidos con esta condición. Esto explica que hay un alto riesgo en el momento del nacimiento ya que la puntuación de Apgar describe la condición del recién nacido inmediatamente después del nacimiento.

Gráfico 10. Apgar al 5to minuto de los recién nacidos con asfixia neonatal en el HBGA Danlí El Paraíso, Honduras, 2018.



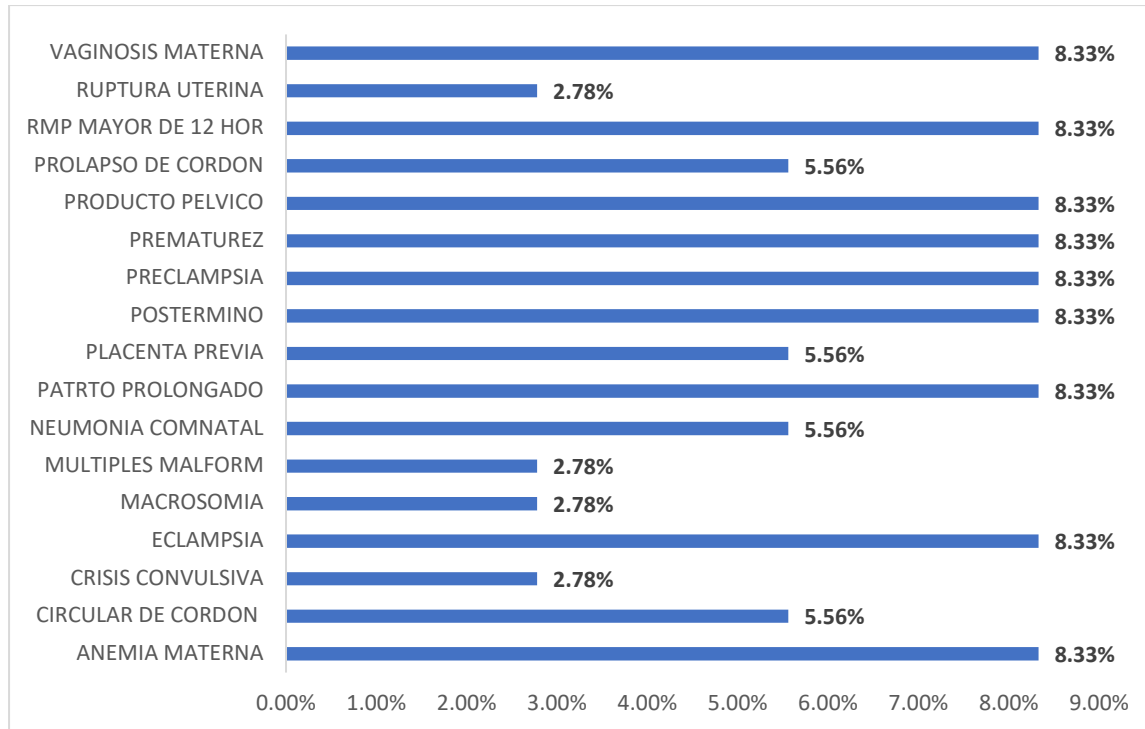
Fuente: Expedientes clínicos de niños con asfixia neonatal HBGA

Desde el punto de vista de los expedientes clínicos revisados el 83.33% corresponde a 6 puntos y un 16.67% es para 3 puntos. (ver anexo 4, tabla10)

Estos datos son similitud a la Academia Americana de Pediatría (AAP y El Colegio Americano de Ginecología y Obstetricia ACOG) refieren que la puntuación de Apgar describe la condición del recién nacido inmediatamente después del nacimiento. (Rojas, 2019).

Esto explica que hay un alto riesgo en el momento del nacimiento ya que la puntuación de Apgar describe la condición del recién nacido inmediatamente después del nacimiento a los 5 minutos.

Gráfico 11. Patologías causantes de asfixia neonatal en el HBGA Danlí El Paraíso, Honduras 2018.



Fuente: Expedientes clínicos de niños con asfixia neonatal HBGA

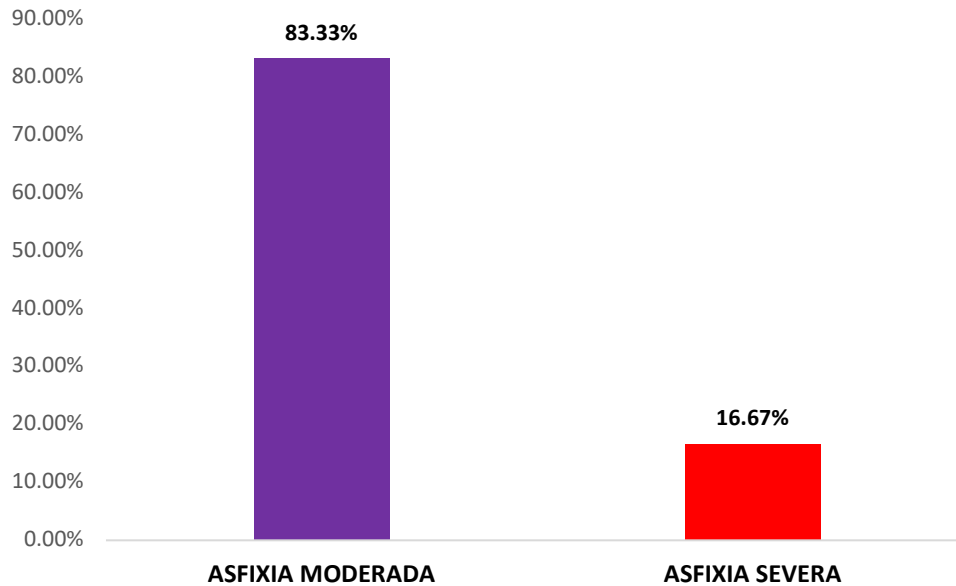
Analizando los datos del 100% de los expedientes clínicos revisados el 8.33% es para la anemia materna, así como para la Eclampsia, parto prolongado, postérmino, preclampsia, prematurez, producto pélvico, RPM menor de 12 horas, vaginosis materna el 5.56% le sigue circular de Cordón, neumonía comnatal, placenta previa, prolapso de cordón y el 2.78% le corresponde a crisis convulsiva, macrosomía múltiples malformaciones placenta previa, ruptura uterina. (ver anexo 4 tabla 11).

Esto se relaciona con el estudio Bahubali M, (2013) Perú, el estudio “Antenatal and intrapartum risk factors for perinatal asphyxia: A case control study”. Se incluyeron 200 neonatos en el estudio con igual número de casos y controles. El análisis de los factores prenatales mostró anemia materna y hemorragia como factores de riesgo significativos. El análisis de los factores intraparto mostró ruptura prolongada de las membranas.

Estos resultados evidencian que las causas se pueden prevenir con la ayuda oportuna de una atención de salud ya que todas estas patologías pueden estar involucradas de riesgo para llegar a una asfixia neonatal.

Objetivo 3. Evolución clínica de los neonatos del Hospital Básico Gabriela Alvarado Danlí El Paraíso.

Gráfico 12. Diagnóstico de egreso de niños con asfixia neonatal en el HBGA Danlí El Paraíso, Honduras 2018.



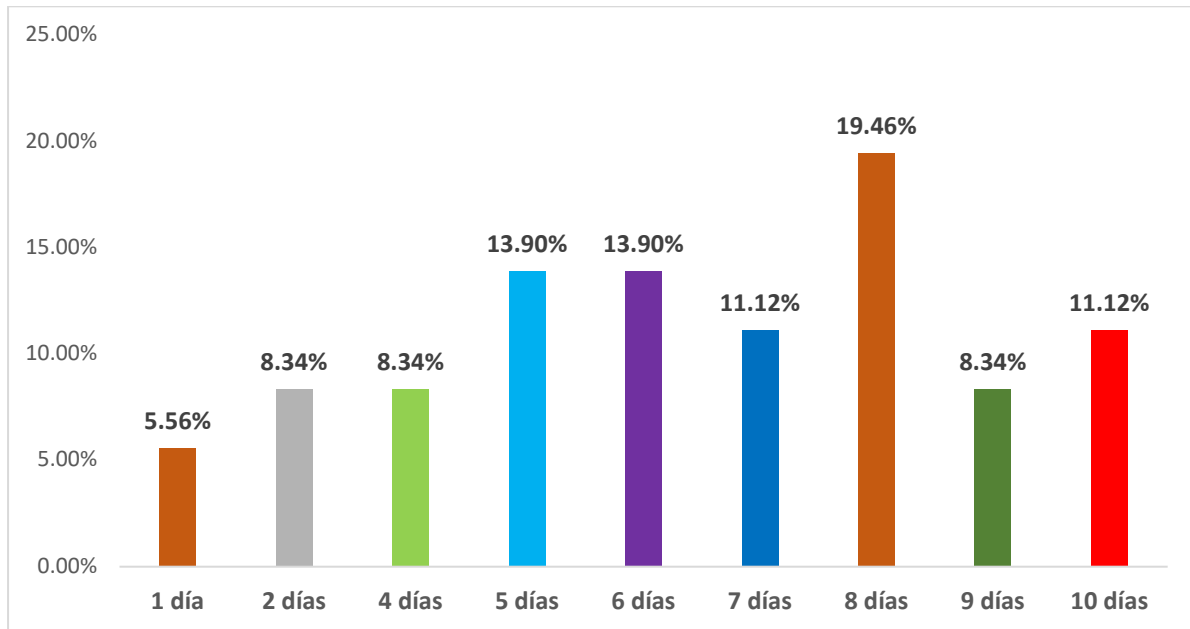
Fuente: Expedientes clínicos de niños con asfixia neonatal HBGA

Analizando los datos del 100% de los expedientes clínicos revisados el 83.33% es para la asfixia moderada y el 16.67% asfixia severa. (ver anexo 4 tabla 12)

Estos datos concuerdan con Milit (2015) En Nicaragua la frecuencia es de un 6.5% de los nacidos vivos siendo severa un 2% y moderada el 4.5%. La mortalidad en la asfixia severa.

Esto explica que donde está la mayor prevalencia de la asfixia es la moderada por lo que es de gran importancia el acudir a un control médico sistemático.

Gráfico 13. Días de hospitalización de niños con asfixia neonatal en el HBGA Danlí El Paraíso, Honduras 2018.

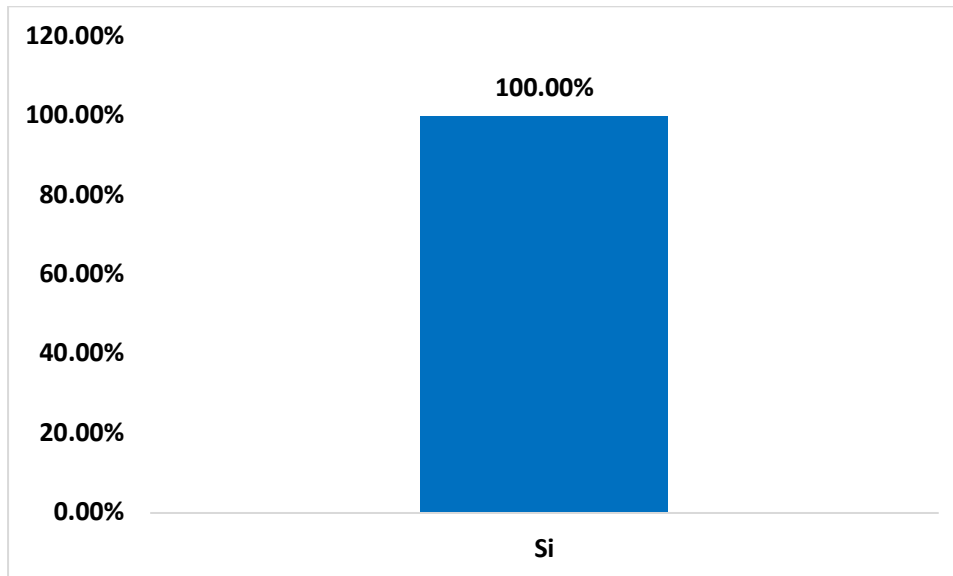


Fuente: Expedientes clínicos de niños con asfixia neonatal HBGA

Analizando los datos del 100% de los expedientes clínicos revisados el 19.46% es para 8 días de hospitalización, el 13.90% 5 días de hospitalización, igual porcentaje para 6 días, el 11.12% es para 10 días y 7 días de hospitalización, el 8.34% 2 días, igual porcentaje para 2,4 y 9 días, el 5.56% es para 1 día de hospitalización. (ver anexo 4, tabla 13).

Esto refiere que el tiempo más significativo de días de hospitalización de un niño con asfixia es de 8 días en comparación de menor tiempo ya que esto significa que el niño mejoro satisfactoriamente.

Gráfico 14. Sueroterapia utilizada en niños con asfixia neonatal en el HBGA Danlí El Paraíso, Honduras 2018.

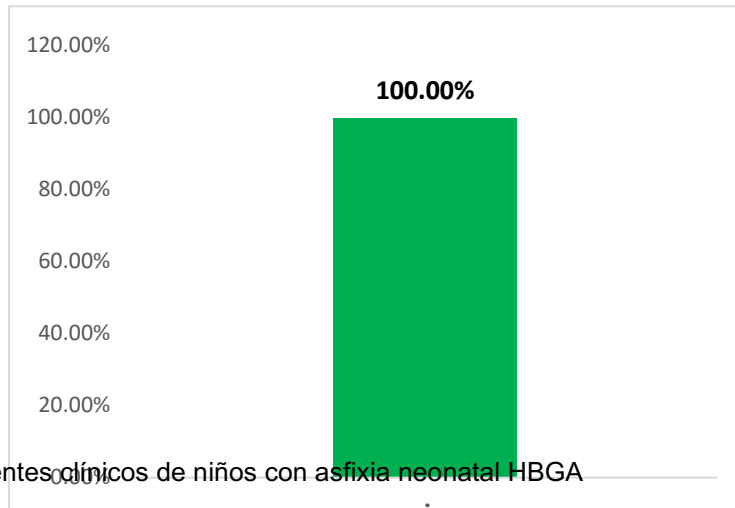


Fuente: Expedientes clínicos de niños con asfixia neonatal HBGA

Con estos datos de sueroterapia el 100% de niños con asfixia neonatal recibieron esta terapia. (ver anexo 4 tabla14

Durante la evaluación a los niños diagnosticados con Asfixia Neonatal, el medico considero la sueroterapia por la condición hemodinámica presente en su nacimiento.

Gráfico 15. Uso de antibióticos en niños con asfixia neonatal en el HBGA Danlí El Paraíso, Honduras 2018.

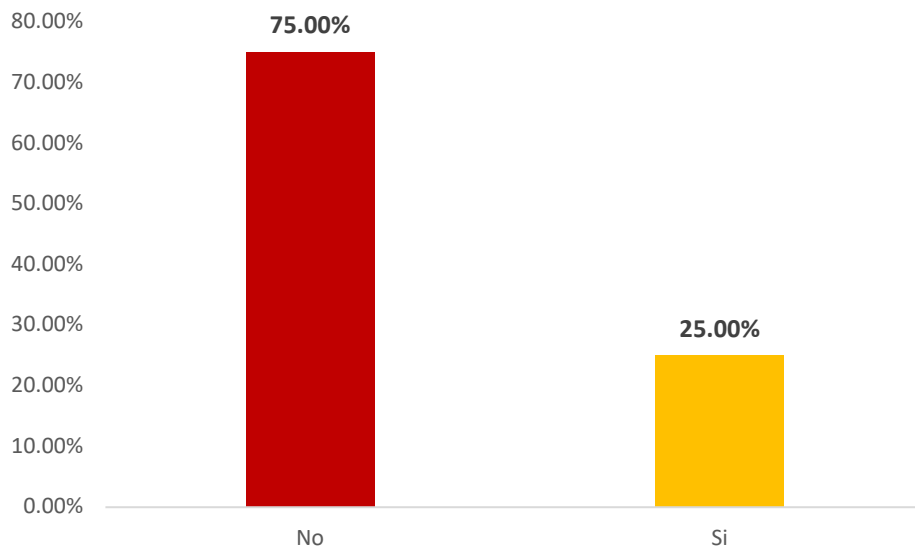


Fuente: Expedientes clínicos de niños con asfixia neonatal HBGA

Con estos datos de uso de antibióticos el 100% de niños con asfixia neonatal recibieron esta terapia. (ver anexo 4, tabla15).

Con los datos expuestos anteriormente en el grafico se puede observar q todos los niños con asfixia neonatal ingresados en el Hospital Gabriela Alvarado ameritaban antibiótico por estar potencialmente sépticos.

Gráfico 16. Uso de aminos en niños con asfixia neonatal en el HBGA Danlí El Paraíso, Honduras 2018.

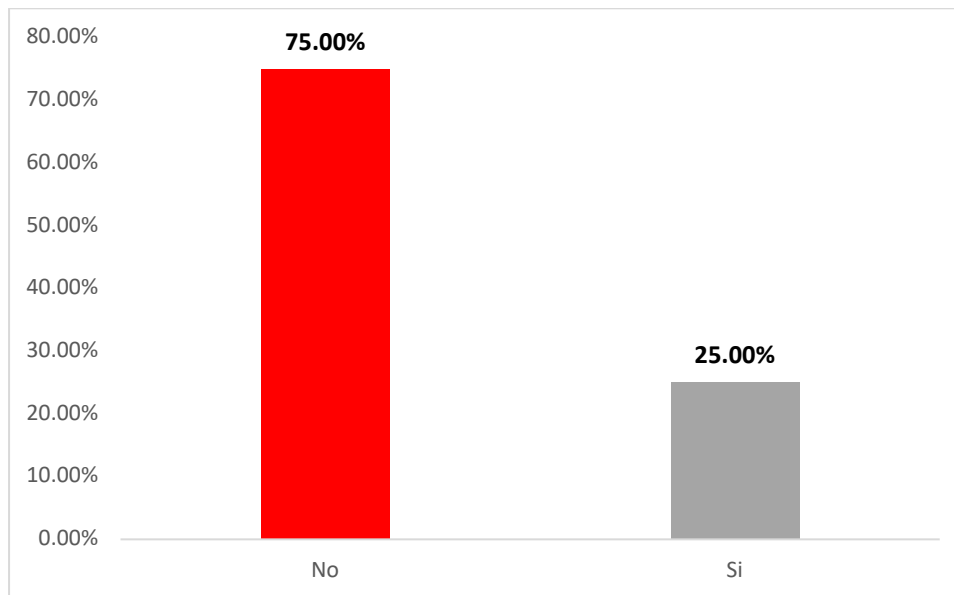


Fuente: Expedientes clínicos de niños con asfixia neonatal HBGA

En relación a los datos encontrados del 100% de los expedientes revisados el 75% le corresponde que no se utilizaron aminos en los niños con Asfixia neonatal y el 25% sí se utilizaron aminos en los niños. (ver anexo 4 tabla 16)

Esto significa que el 25% de los niños con asfixia neonatal del HBGA presentaron alguna complicación.

Gráfico 17. Uso de transfusión sanguínea en niños con asfixia neonatal en el HBGA Danlí El Paraíso, Honduras 2018.

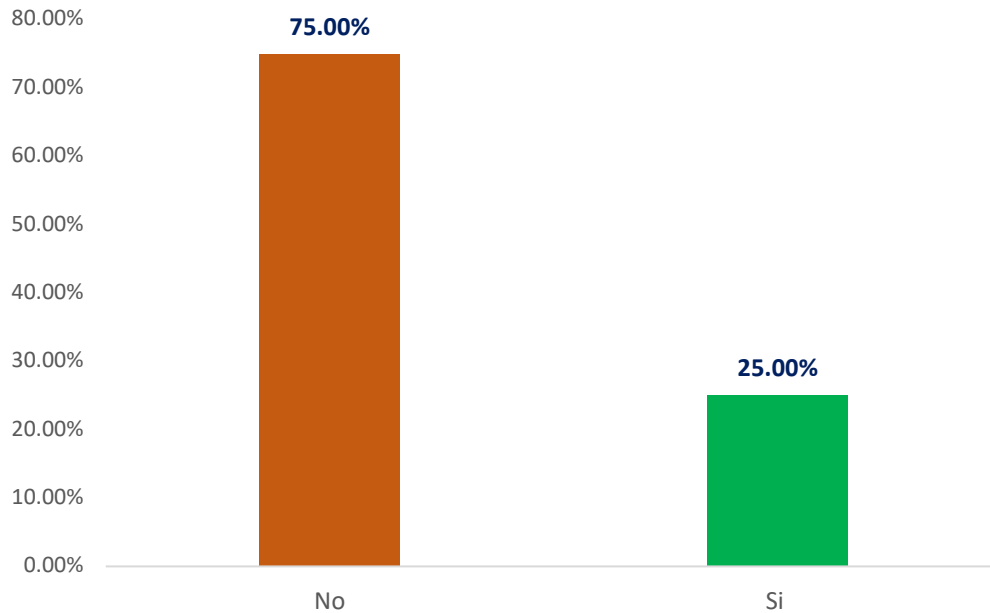


Fuente: Expedientes clínicos de niños con asfixia neonatal HBGA

En relación a los datos encontrados del 100% de los expedientes revisados el 75% le corresponde el no usar una transfusión sanguínea y el 25% corresponde a que si se utilizo una transfusión sanguínea. (ver anexo 4 tabla17)

Esto significa que el 25% de los niños con asfixia neonatal del HBGA presentaron alguna complicación como lo es la anemia en el recién nacido.

Gráfico 18. Uso de fototerapia de en niños con asfixia neonatal en el HBGA Danlí El Paraíso, Honduras 2018.

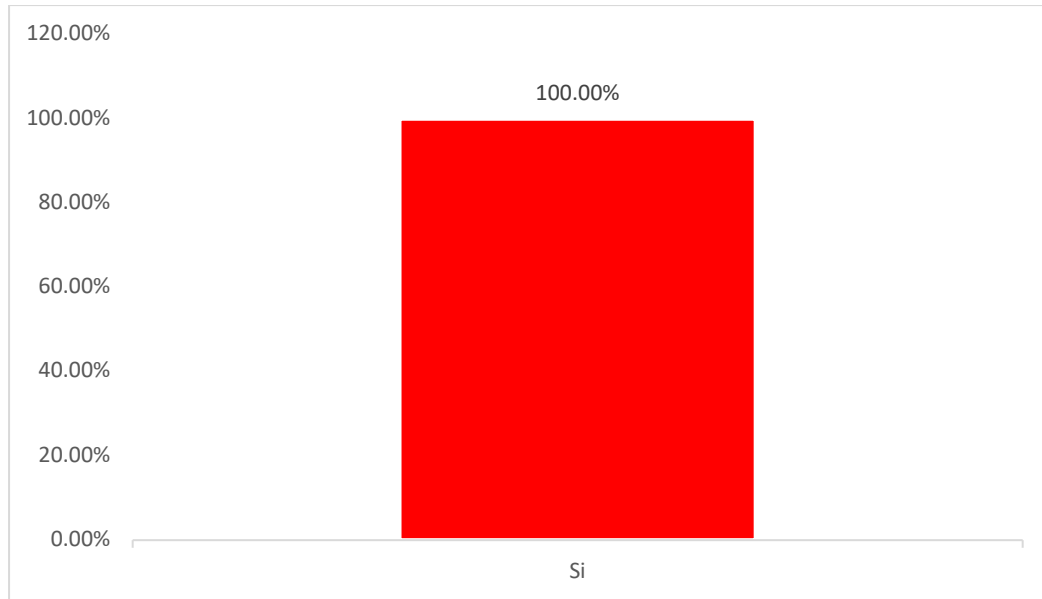


Fuente: Expedientes clínicos de niños con asfixia neonatal HBGA

En relación a los datos encontrados del 100% de los expedientes revisados el 75% le corresponde que no se utilizó fototerapia y el 25% que sí se utilizó la fototerapia. (ver anexo 4 tabla18)

Esto significa que el 25% de los niños con asfixia neonatal del HBGA presentaron alguna complicación durante su estadía en el hospital como lo es la Ictericia en el recién nacido durante la primera semana de vida.

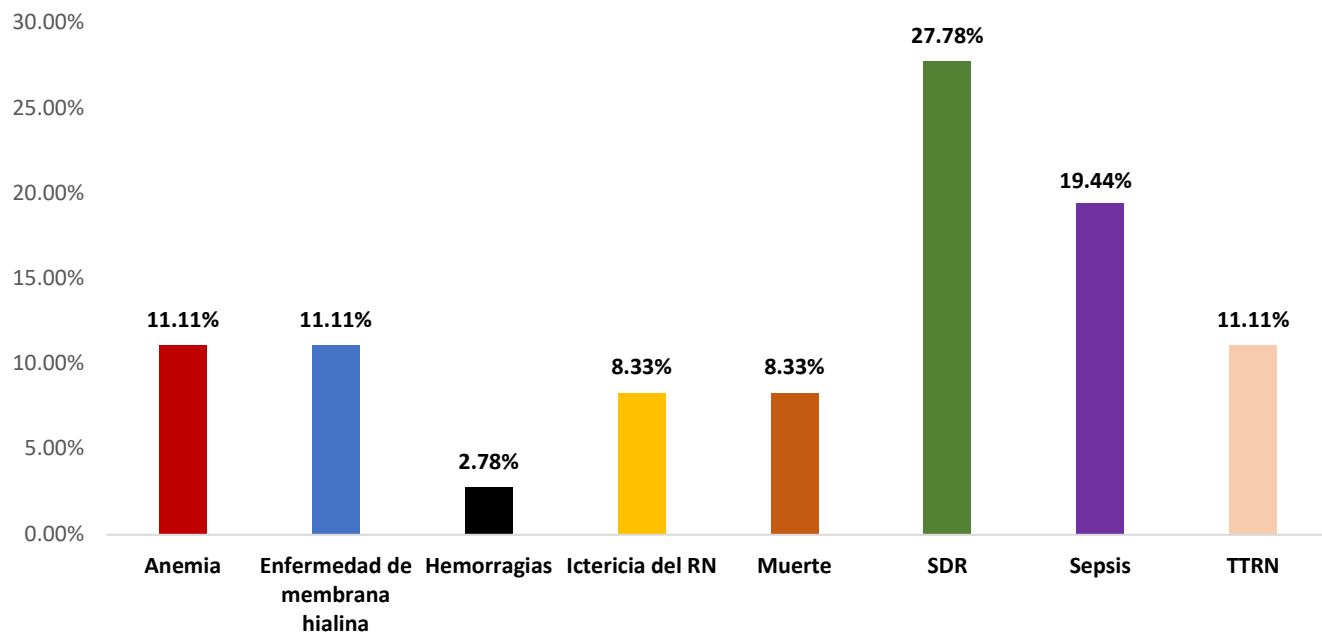
Gráfico 19. Uso de oxigenoterapia en niños con asfixia neonatal en el HBGA Danlí El Paraíso, Honduras 2018.



Fuente: Expedientes clínicos de niños con asfixia neonatal HBGA

Con estos datos de uso de oxígeno el 100% de niños con asfixia neonatal recibieron esta terapia. (ver anexo 4 tabla19). Esto significa que todos los niños con asfixia ingresados en el Hospital Gabriela Alvarado ameritaban el uso de oxígeno, por su inestabilidad respiratoria, durante su estadía en el hospital.

Gráfico 20. Complicaciones en el recién nacido en los niños con asfixia neonatal en el HBGA Danlí El Paraíso, Honduras 2018.

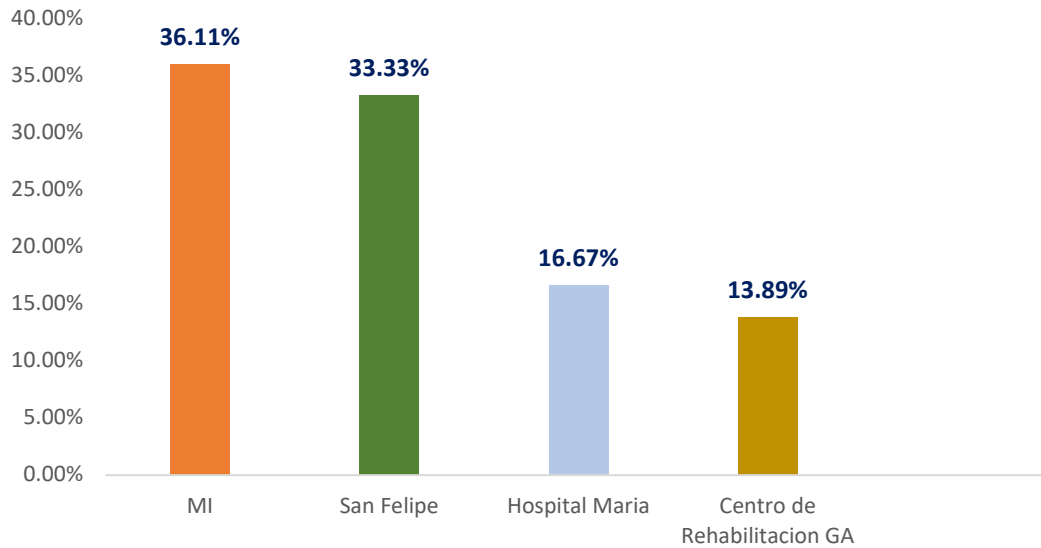


Fuente: Expedientes clínicos de niños con asfixia neonatal HBGA

Con estos datos se puede observar que el 27.78% es para el síndrome distrés respiratorio, el 19.44% para sepsis neonatal, el 11.11% para la anemia, la enfermedad membrana hialina, y taquipnea transitoria del recién nacido, el 8,33 es para la ictericia del recién nacido, muerte y un 2.78% es para la hemorragia. (ver anexo 4 tabla 20)

Esto significa que todos los niños con asfixia neonatal ingresados en el Hospital Gabriela Alvarado están con el riesgo a presentar cualquier tipo de complicación, siendo de mayor frecuencia la síndrome distrés respiratorio.

Gráfico 21. Referencias de niños con asfixia neonatal en el HBGA Danlí El Paraíso, Honduras 2018.



Fuente: Expedientes clínicos de niños con asfixia neonatal HBGA

En relación a los datos encontrados del 100% expedientes revisados el 36.11% de las referencias son para el Hospital Materno Infantil, seguida de un 33,33% al Hospital San Felipe, un 16.67% al Hospital de Especialidades María y el 13.89% para el Centro de Rehabilitación Gabriela Alvarado Danlí. (ver anexo 4, tabla 21).

Esto quiere decir que todos los niños diagnosticados con asfixia neonatal tienen que ser remitidos a cualquiera de los hospitales de especialidades para ser evaluados y de esa manera prevenir daños futuros.

IX. CONCLUSIONES

1. Con relación a las características socio demográficas de las madres de los Recién Nacidos con asfixia neonatal del Hospital Básico Gabriela Alvarado, Danlí El Paraíso. La mayoría oscila entre 13 y 17 años de edad, de procedencia urbana, con educación primaria incompleta, solteras, con una edad gestacional adecuada, acudieron a los controles prenatales según establecidos por las normas de la secretaria de Salud.
2. De acuerdo a la caracterización clínica del recién nacido en la mayoría pertenecen al género masculino, con un peso dentro de lo normal, en donde la puntuación de Apgar en 9 de cada 10 no fue completamente desfavorable.
3. En cuanto a la evolución clínica de los neonatos del tipo de asfixia que presentaron resultó más frecuente la Asfixia Moderada su estadía hospitalaria oscila entre 5 a 10 días, todos ellos recibiendo terapias a diario. Del total de las complicaciones que puedan tener resulta predominante la del Síndrome de Distrés Respiratorio (SDR).

X. RECOMENDACIONES

Se recomienda a la región Departamental #7 El Paraíso.

Orientar a todo el personal de salud sobre las normas de atención a la embarazada para ofrecer una buena atención de calidad en el momento que acuda a sus controles prenatales y de esa manera prevenir cualquier complicación tanto para la madre como para el niño.

A la directora del Hospital Gabriela Alvarado Danlí El Paraíso.

Inducir a todo el personal de salud que labora en el Hospital, haciendo énfasis en el área Emergencia de Ginecología y sala de labor y partos a seguir con los protocolos de atención durante el embarazo, el parto y el Neonato. Dados por la secretaria de Salud para asegurar de manera oportuna el manejo de complicaciones.

A las autoridades del Departamento de Enfermería.

Coordinar con los diferentes centros educativos, para promover la promoción y prevención, a las adolescentes, ya que en este estudio son las que tiene mayor prevalencia en un embarazo con muchas complicaciones para la madre y el niño, esto se puede lograr con charlas educativas sostenibles durante todo el año escolar.

XI. BIBLIOGRAFIA

Aslam, H. M., Saleem, S., Afzal, R., Iqbal, U., Saleem, S. M., Shaikh, M. W. A., & Shahid, N. (2014). Risk factors of birth asphyxia. *Italian journal of pediatrics*, 40(1), 94.

Chávez Pacoricona, D. M. (2016). Factores de riesgo maternos asociados al parto pretérmino en pacientes atendidos en el Hospital Hipólito Unanue de Tacna, MINSA durante el periodo 2011 al 2015.

Gane, B., Bhat, V., & Rao, R. (2013). Antenatal and intrapartum risk factors for perinatal asphyxia: A case control study. *Current Pediatric Research*.

Lee, A. C., Mullany, L. C., Tielsch, J. M., Katz, J., Khatry, S. K., LeClerq, S. C., ... & Darmstadt, G. L. (2008). Risk factors for neonatal mortality due to birth asphyxia in southern Nepal: a prospective, community-based cohort study. *Pediatrics*, 121(5), e1381-e1390.

Martínez Beltrán, G. (2016). Factores maternos y neonatales relacionados a la asfixia perinatal en los recién nacidos del Servicio de Neonatología del hospital nacional Arzobispo Loayza en el periodo comprendido de 2013 a 2015.

Majeed, R., Memon, Y., Majeed, F., Shaikh, N. P., & Rajar, U. D. (2007). Risk factors of birth asphyxia. *Journal of Ayub Medical College Abbottabad*, 19(3), 67-71.

Jasso-Martínez, A., & Rosado-Tapia, N. B. (2015). Causas y factores relacionados con la mortalidad perinatal en derechohabientes de la SEDENA (2010-2011). *Revista de Sanidad Militar*, 69(3), 179-187.

Moraga Sánchez, D. S., Tórrez, S., & Edmundo, W. (2016). *Factores de riesgos anteparto e intraparto relacionados con el desarrollo de asfixia neonatal en el año 2015*.

Hospital Escuela Cesar Amador Molina, Matagalpa (Doctoral dissertation, Universidad Nacional Autónoma de Nicaragua, Managua).

Mortalidad perinatal por asfixia en México: problema prioritario de salud pública por resolver. (2005). *Bol. Med. Hosp. Infant. Mex.* .

Rivera, T. S. (Diciembre de 2013). Desarrollo Psicomotor de Niños con Asfixia. *Revista Facultad de Ciencias Medicas*, 26-30. Recuperado el 2019

Rojas, C. A. (2019). *Asfixia perinatal vs. Depresión Neonatal*. Obtenido de google:http://aprendeonline.udea.edu.co/lms/moodle/file.php/790/NEONATOLOGIA_AMBULATORIA/ASFIXIA_PERINATAL.pdf

Sanchez, B. S. (2016). *Factores de riesgo Anteparto E Intraparto relacionado con el desarrollo de Asfixia Neonatal*. Managua.

Sanchez, B. S. (2016). *Factores de riesgo anteparto relacionados con el desarrollo de asfixia neonatal*.

Murguía-de Sierra, M. T., Lozano, R., & Santos, J. I. (2005). Mortalidad perinatal por asfixia en México: problema prioritario de salud pública por resolver. *Boletín médico del Hospital Infantil de México*, 62(5), 375-383.

ANEXOS

ANEXO 1 OPERACIONALIZACION DE VARIABLES

Objetivo 1: Identificar las características socio-demográficas y gineco- obstétricas de las madres de los recién nacidos con asfixia neonatal del Hospital Básico Gabriela Alvarado, Danlí El Paraíso Honduras 2018.

Variable	Indicador	Definición operacional	Valor	Escala de medición
Edad	% de grupo etario	Tiempo desde su nacimiento hasta la fecha actual	13 a 17 años 18 a 25 años 26 a 35 años 36 a 45 años	Ordinal
Procedencia	% por procedencia	Lugar donde procede la madre de los recién nacidos	Urbana Rural	Nominal
Estado civil	% por estado civil	Condición de una persona según el registro civil en función que si tiene o no pareja	Casada Soltera Unión libre Viuda	Nominal
Nivel Educativo	% de nivel educativo	Es el nivel mas alto que una persona ha terminado,	Analfabeta Primaria completa Primaria incompleta	Ordinal

Variable	Indicador	Definición operacional	Valor	Escala de medición
			Secundaria incompleta Secundaria completa Universidad completa Universidad incompleta.	
Edad gestacional	% según tiempo de edad gestacional	Tiempo calculado desde la última fecha de menstruación o por ultrasonido ginecológicos	Semanas	Discreta
Controles prenatales	% según números de los controles prenatales	Una serie de Chequeos médicos.	Si No	Nominal

Para el Objetivo 2. Identificar las características clínicas del recién nacido con asfixia neonatal del Hospital Básico Gabriela Alvarado, Danlí El Paraíso, Honduras 2018.

Variable	Indicador	Definición operacional	Valor	Escala de medición
Sexo del Recién Nacido	% por sexo	Condición biológica al nacer	Hombre Mujer	Nominal
Peso al nacer	% de índice de masa corporal	Índice de masa corporal	3.3 a 2 kg 3.2 a 3 kg 3.1 a 4 kg	Ordinal
Apgar al minuto del nacimiento	% de Apgar al nacimiento al primer y quinto minuto después de nacer	Puntuación que se hace en el momento del nacimiento	Puntuación que se hace en números desde 0-10	Discreta
Patologías Causante de Asfixia	%de Enfermedades	Enfermedades que causan la asfixia	a. Anemia materna b. circular de cordó c.Crisis convulsiva d.Eclampsia e.Macrosomía	Nominal

			<p>f.Múltiples malformaciones</p> <p>g.Neumonía comnatal</p> <p>h.Parto prolongado</p> <p>i.Placenta previa</p> <p>j.Postérmino</p> <p>k.Preeclampsia leve</p> <p>l.Prematurez</p> <p>m.Producto pélvico</p> <p>n.Prolapso de cordón</p> <p>ñ.RPM mayor de 12 horas</p> <p>o.Ruptura uterina</p> <p>p.Vaginosis materna</p>	
--	--	--	---	--

Para el objetivo 3: Conocer la evolución clínica de los neonatos del Hospital Básico Gabriela Alvarado Danlí El Paraíso, Honduras 2018.

Variable	Indicador	Definición operacional	Valor	Escala de medición
Diagnóstico de Egreso	% de Diagnostico de egreso	Tipo de enfermedad con la que el niño egresa	Asfixia moderada Asfixia severa	Nominal
Evolución Clínica	% de Días de hospitalizacion	Número de Días Hospitalizado	1 día 2 días 3 días 4 días 5 días 6 días 7 días 8 días 9 días 10 días	Discretas
Terapias Recibidas	% según terapias	Tipo de terapias que recibió	Oxigeno Suero terapia Antibióticos	Nominal

			Aminas Fototerapia Sangre	
Complicaciones	% según complicaciones	Evolución desfavorable de una enfermedad	Anemia Enfermedad membrana hialina. Hemorragia Ictericia. Muerte. SDR. Sepsis. TTRN.	Nominal
Referencia	. % de referencias	Nota o palabra en un escrito que remite de un hospital a otro	a. Hospital Escuela Universitario b. Hospital San Felipe c. Hospital de especialidades María d. Centro de Rehabilitación Gabriela Alvarado	Nominal

ANEXO 2 Instrumento de Recolección de la Información



UNIVERSIDAD
NACIONAL
AUTÓNOMA DE
NICARAGUA,
MANAGUA
UNAN - MANAGUA

CENTRO DE INVESTIGACIONES Y ESTUDIOS DE LA SALUD
ESCUELA DE SALUD PÚBLICA
CIES- UNAN Managua



Instrumento de Recolección de Información

CARACTERIZACIÓN DE RECIEN NACIDOS CON ASFIXIA NEONATAL, DEL HOSPITAL BASICO GABRIELA ALVARADO, DANLI EL PARAISO HONDURAS, ENERO- DICIEMBRE 2018

I. CARACTERIZACION SOCIODEMOGRAFICA Y GINECOOBSTETRICA DE LA MADRE

1. Edad de la madre

- a. 13 a 17 años
- b. 18 a 25 años
- c. 26 a 35 años
- d. 36 a 45 años

2. Procedencia de la madre

- a. Urbana
- b. Rural

3. Nivel educativo

- a. Analfabeta
- b. Primaria incompleta
- c. Primaria completa
- d. Secundaria completa
-

- e. Secundaria incompleta
- f. Universidad completa
- g. Universidad incompleta

4. Edad gestacional

- a. Numero de semanas _____

5. Controles prenatales

- a. Si
- b. No

c. Estado civil

- a. Soltera
- b. Casada
- c. Unión libre

II. CARACTERISTICAS CLINICAS DEL RN

1. Sexo del recién nacido

- a. Hombre
- b. Mujer

2. Peso al nacer

- a. 1.3 a 2 Kg
- b. 2.2 a 3 Kg
- c. 3.1 a 4 Kg
- d. Más de 4 kg

3. Apgar al nacimiento y al minuto

- a. 1 punto
- b. 2 puntos
- c. 3 puntos
- d. 4 puntos
- e. 5 puntos

4. Apgar a los 5 minutos

- a. 3 puntos
- b. 6 puntos

5. Patología causante de asfixia

- d. Anemia materna
- e. Circular de cordón
- f. Crisis convulsiva
- g. Eclampsia
- h. Macrosomía
- i. Múltiples malformaciones
- j. Neumonía connatal
- k. Parto prolongado
- l. Placenta previa
- m. Postérmino
- n. Preeclampsia
- o. Prematurez
- p. Producto pélvico
- q. Prolapso de cordón
- r. RPM mayor de 12 horas
- s. Ruptura uterina
- t. Vaginosis materna

III. EVOLUCION CLINICA DE LOS NEONATOS

1. Diagnóstico de egreso

a. Asfixia moderada

b. Asfixia severa

2. Días de estancia

a. 1 día

b. 2 días

c. 3 días

d. 4 días

e. 5 días

f. 6 días

g. 7 días

h. 8 días

i. 9 días

j. 10 días

3. Terapias recibidas

a. Oxigeno

b. Suero terapia

c. Antibióticos

d. Aminos

e. Sangre

f. Fototerapia

4. Complicaciones

a. Anemia

b. Enfermedad de membrana hialina

c. Hemorragias

d. Ictericia de RN

e. Muerte

f. SDR

g. Sepsis

h. TTRN

5. Referencia

a. Hospital Escuela Universitario

b. Hospital San Felipe

c. Hospital de especialidades María

d. Centro de Rehabilitación Gabriela Alvarado

ANEXO 3 Carta de autorización

Danlí, El Paraíso, 28 de enero 2019

Dr. Gonzalo Maradiaga
Director. Hospital Básico Gabriela Alvarado
Su Oficina.


Estimado Dr. Maradiaga:

Que El Divino Creador del Universo derrame éxitos en sus delicadas funciones.

Por medio de la presente le estoy solicitando su autorización para poder realizar un proyecto Investigativo, el cual se nombra **Caracterización Clínica de Recién Nacidos con asfixia Neonatal en la sala de Neonatología** del Hospital Básico Gabriela Alvarado, y así mismo me puedan facilitar la información haciendo uso de los expedientes clínicos Como requisito para optar a mi Título de Maestría en Salud Pública, del Centro de investigaciones y Estudios de la Salud (CIES)Ocotal Nicaragua.

Agradeciendo su atención a la presente, me suscribo de Usted.

Atentamente,


Recibido
28/1/19.


Licda. Dora Leticia Maradiaga

Cc/arch.

ANEXO 4 Tablas, Gráficos

OBJETIVO 1: Identificar las características socio-demográficas y gineco-obstétricas de las madres de los recién nacidos con asfixia neonatal del Hospital Básico Gabriela Alvarado, Danlí El Paraíso Honduras.

TABLA 1. Edad de las madres de los niños con asfixia neonatal en el HBGA Danlí El Paraíso, Honduras, 2018.

Rango de edad	Frecuencia	Porcentaje
13-17 años	21	58.33%
18-25 años	8	22.22%
26-35 años	3	8.33%
36-45 años	4	11.11%
Total	36	100.00%

Fuente: Expedientes clínicos de niños con asfixia neonatal HBGA

TABLA 2. Procedencia de las madres de los niños con asfixia neonatal en el HBGA Danlí El Paraíso, Honduras 2018.

Procedencia de la madre	Frecuencia	Porcentaje
ALAUCA	1	2.78%
ARAU LI DANLI	1	2.78%
ARENALES TROJES	1	2.78%
AZABACHE DANLI	1	2.78%

BA EL ATERRIZAJE PA	1	2.78%
BA. LA FLORES DANLI	1	2.78%
BA. LA REFORMA DANLI	1	2.78%
COL GRACIAS A DIOS D	1	2.78%
COL LA COFRADIA DANL	1	2.78%
COL LOS ROBLES DANLI	1	2.78%
COL URRUTIA DANLI	1	2.78%
COL, GRANJITA DANLI	1	2.78%
COL. COFRADIA DANLI	1	2.78%
COL. CONCEPCION DANLI	1	2.78%
COL. NE DANLI	1	2.78%
COL. RODAS DANLI	1	2.78%
COL.BELLA VISTA DANL	1	2.78%
CUYALI EL PARAISO	1	2.78%
EL ROBLEDAL S MATIAS	1	2.78%
EL RODEO EL PA EL PA	1	2.78%
JACALEAPA	1	2.78%
JUTIAPA DANLI	1	2.78%
LA CARBONERA DANLI	1	2.78%
LAS ANIMAS DANLI	1	2.78%
LINACA DANLI	1	2.78%

MOROCELI, EL PARAISO	1	2.78%
OLINGO DANLI	1	2.78%
PATUCA OLANCHO	1	2.78%
POZO BENDITO DANLI	1	2.78%
SAN DIEGO DANLI	1	2.78%
SAN MARCOS ARRIBA	1	2.78%
SAN MATIAS	2	5.56%
SANTA MARIA DANLI	1	2.78%
TEUPASENTI EL PARAIS	1	2.78%
VILLA SANTA	1	2.78%
Total	36	100.00%

Fuente: Expedientes clínicos de niños con asfixia neonatal HBGA

TABLA 3. Estado Civil de las madres de los niños con asfixia neonatal en el HBGA Danlí El Paraíso, Honduras, 2018.

Estado Civil	Frecuencia	Porcentaje
Casada	7	19.44%
Soltera	14	38.89%
Unión Libre	13	36.11%
Viuda	2	5.56%
Total	36	100.00%

Fuente: Expedientes clínicos de niños con asfixia neonatal HBGA

TABLA 4. Nivel Educativo de las madres de los niños con asfixia neonatal en el HBGA Danlí El Paraíso, Honduras, 2018.

Nivel educativo	Frecuencia	Porcentaje
Analfabeta	4	11.11%
Primaria completa	4	11.11%
Primaria incompleta	11	30.56%
Secundaria completa	6	16.67%
Secundaria incompleta	6	16.67%
Universitaria completa	2	5.56%
Universitaria incompleta	3	8.33%
Total	36	100.00%

Fuente: Expedientes clínicos de niños con asfixia neonatal HBGA

TABLA 5. Edad Gestacional de las madres de los niños con asfixia neonatal en el HBGA Danlí El Paraíso, Honduras, 2018.

Edad gestacional	Frecuencia	Porcentaje
33	2	5.56%
34	3	8.33%
35	1	2.78%
36	3	8.33%
37	8	22.22%

38	7	19.44%
39	5	13.89%
40	4	11.11%
41	1	2.78%
42	2	5.56%
Total	36	100.00%

Fuente: Expedientes clínicos de niños con asfixia neonatal HBGA

TABLA 6. Control prenatal de las madres de los niños con asfixia neonatal en el HBGA Danlí El Paraíso, Honduras, 2018.

Control prenatal	Frecuencia	Porcentaje
Si	23	36.11%
No	13	63.89%
Total	36	100.00%

Fuente: Expedientes clínicos de niños con asfixia neonatal HBGA

OBJETIVO 2: Describir las características clínicas del recién nacido con asfixia neonatal del Hospital Básico Gabriela Alvarado, Danlí El Paraíso.

TABLA 7. Sexo de los niños con asfixia neonatal en el HBGA Danlí El Paraíso.

Sexo del RN	Frecuencia	Porcentaje
Femenino	13	36.11%
masculino	23	63.89%
Total	36	100.00%

Fuente: Expedientes clínicos de niños con asfixia neonatal HBGA

TABLA 8. Peso al Nacer de los niños con asfixia neonatal en el HBGA Danlí El Paraíso.

Peso al Nacer	Frecuencia	Porcentaje
1.3 kg -2 kg	11	30.57%
2.2 kg- 3 kg	12	33.34%
3.1 kg -4 kg	13	36.12%
Total	36	100.00%

Fuente: Expedientes clínicos de niños con asfixia neonatal HBGA

TABLA 9. Apgar 1er minuto de los niños con asfixia neonatal en el HBGA Danlí El Paraíso.

Apgar al 1er minuto	Frecuencia	Porcentaje
1	4	11.11%
2	2	5.56%
3	1	2.78%
4	23	63.89%
5	6	16.67%
Total	36	100.00%

Fuente: Expedientes clínicos de niños con asfixia neonatal HBGA

TABLA 10. Apgar al 5to minuto de los niños con asfixia neonatal en el HBGA Danlí El Paraíso.

Apgar al 5to minuto	Frecuencia	Porcentaje
3	6	16.67%
6	30	83.33%
Total	36	100.00%

Fuente: Expedientes clínicos de niños con asfixia neonatal HBGA

TABLA 11. Patologías causantes de asfixia neonatal en el HBGA Danlí El Paraíso.

Patología causante de asfixia	Frecuencia	Porcentaje
Anemia materna	3	8.33%
Circular de cordón	2	5.56%
Crisis convulsiva	1	2.78%

Eclampsia	3	8.33%
Macrosomía	1	2.78%
Múltiples malformaciones	1	2.78%
Neumonía connatal	2	5.56%
Parto prolongado	3	8.33%
Placenta previa	2	5.56%
Post termino	3	8.33%
Preclampsia	3	8.33%
Prematurez	3	8,33%
Producto pélvico	3	8.33%
Prolapso de cordón	2	5.56%
RPM mayor de 12 horas	3	8.33%
Ruptura uterina	1	2.78%
vaginosis materna	3	8.33%
Total	36	100.00%

Fuente: Expedientes clínicos de niños con asfixia neonatal HBGA

OBJETIVO 3. Conocer la evolución clínica de los neonatos del Hospital Básico Gabriela Alvarado Danlí El Paraíso

TABLA 12. Diagnóstico de egreso de los niños con asfixia neonatal en el HBGA Danlí El Paraíso.

Diagnóstico de Egreso del RN	Frecuencia	Porcentaje
Asfixia Moderada	30	83.33%
Asfixia Severa	6	16.67%
Total	36	100.00%

Fuente: Expedientes clínicos de niños con asfixia neonatal

TABLA 13. Días de hospitalización de niños con asfixia neonatal en el HBGA Danlí El Paraíso.

Días de hospitalización	Frecuencia	Porcentaje
1 día	2	5.56%
2 días	3	8.34%
4 días	3	8.34%
5 días	5	13.90%
6 días	5	13.90%
7 días	4	11.12%
8 días	7	19.46%
9 día	3	8.34%
10 días	4	11.12%
Total	36	100.00%

Fuente: Expedientes clínicos de niños con asfixia neonatal HBGA

TABLA 14. Sueroterapia utilizada en niños con asfixia neonatal en el HBGA Danlí El Paraíso.

Sueroterapia	Frecuencia	Porcentaje
Si	36	100.00%
Total	36	100.00%

Fuente: Expedientes clínicos de niños con asfixia neonatal HBGA

TABLA 15. Uso de Antibióticos en niños con asfixia neonatal en el HBGA Danlí El Paraíso.

Antibióticos	Frecuencia	Porcentaje
si	36	100.00%
Total	36	100.00%

Fuente: Expedientes clínicos de niños con asfixia neonatal HBGA

TABLA 16. Uso de Aminas en niños con asfixia neonatal en el HBGA Danlí El Paraíso.

Uso de Aminas	Frecuencia	Porcentaje
No	27	75.00%
Si	9	25.00%
Total	36	100.00%

Fuente: Expedientes clínicos de niños con asfixia neonatal HBGA

TABLA 17. Uso de transfusión en niños con asfixia neonatal en el HBGA Danlí El Paraíso.

Sangre	Frecuencia	Porcentaje
NO	27	75.00%
SI	9	25.00%
Total	36	100.00%

Fuente: Expedientes clínicos de niños con asfixia neonatal HBGA

TABLA 18. Uso de Fototerapia en niños con asfixia neonatal en el HBGA Danlí El Paraíso.

Fototerapia	Frecuencia	Porcentaje
No	27	75.00%
Si	9	25.00%
Total	36	100.00%

Fuente: Expedientes clínicos de niños con asfixia neonatal HBGA

TABLA 19. Uso de Oxígeno en niños con asfixia neonatal en el HBGA Danlí El Paraíso.

Oxígeno	Frecuencia	Porcentaje
Si	36	100.00%
Total	36	100.00%

Fuente: Expedientes clínicos de niños con asfixia neonatal HBGA

TABLA 20. Complicaciones en niños con asfixia neonatal en el HBGA Danlí El Paraíso.

Complicaciones del RN	Frecuencia	Porcentaje
Anemia	4	11.11%
Enfermedad de membrana hialina	4	11.11%
Hemorragias	1	2.78%
Ictericia del RN	3	8.33%
Muerte	3	8.33%
SDR	10	27.78%
Sepsis	7	19.44%
TTRN	4	11.11%
Total	36	100.00%

Fuente: Expedientes clínicos de niños con asfixia neonatal HBGA

TABLA 21. Referencias utilizadas en niños con asfixia neonatal en el HBGA Danlí El Paraíso.

Referencias	Frecuencia	Porcentaje
Centro de Rehabilitación Gabriela Alvarado	5	13.89%
Hospital María	6	16.67%
Materno Infantil	13	36.11%
San Felipe	12	33.33%
Total	36	100.00%

Fuente: Expedientes clínicos de niños con asfixia neonatal HBGA