



REPÚBLICA BOLIVARIANA DE VENEZUELA
MINISTERIO DEL PODER POPULAR PARA EL TRABAJO Y SEGURIDAD SOCIAL
INSTITUTO VENEZOLANO DE LOS SEGUROS SOCIALES
HOSPITAL DOCENTE ASISTENCIAL “Dr. RAÚL LEONI OTERO”
POSTGRADO DE PEDIATRÍA Y PUERICULTURA
SAN FÉLIX – ESTADO BOLÍVAR – VENEZUELA

**FACTORES MATERNOS CONDICIONANTES DEL BAJO PESO
AL NACER, SERVICIO DE PEDIATRÍA. HOSPITAL DOCENTE
ASISTENCIAL “Dr. RAÚL LEONI OTERO”. SAN FÉLIX –
ESTADO BOLÍVAR,
SEGUNDO SEMESTRE 2006**

**Trabajo de Grado para Optar al Título de Especialista en
Pediatria y Puericultura.**

AUTOR: DRA. ELVIA BRICEÑO
TUTOR: DRA. YAJAIRA SIMON

Ciudad Guayana, Noviembre 2007.



DEDICATORIA

A Dios por estar siempre a mi lado en los mejores y peores momentos de mi vida.

A mis Padres: Reina y Régulo por darme la vida, su apoyo y motivarme alcanzar la meta deseada.

- A mis Hijos: Mónica, Francisco y Jennifer, por permitirme ausentarme cuando más me necesitaban, motivándome a la realización de mi profesión. “Dios Me los Bendiga”. Son los mejores
- A Luis Silva, “Mi Gordo” por su amor incondicional compañero y amigo en las buenas y en las malas; gracias por estar conmigo.
- A mis hermanos y sobrinos por confiar en mí.
- A la memoria de mi Abuelo “Papaíto” por creer siempre en mí.
- A todos los Niños de mi País que me motivaron a realizar este Postgrado.

Elvia Briceño.



AGRADECIMIENTO

A mis compañeras de Postgrado: Meralys, Heira, Hileana, Raquel y Migdalia, por compartir en las buenas y en las malas momentos de nuestra carrera.

A la señora Zulma Brito, por la colaboración de este trabajo.

A mi Tutora Dra. Yajaira Simons, por su apoyo en este trabajo.

Al Dr. Cesar Donmar, por ecuanimidad en este Postgrado.

A mi equipo de guardia: Dra. Daisy, Dra. Dorka y Dra. Deisy, equipo de enfermería y obreros.

A la Dra. Briseida Serrano por su colaboración en este trabajo.

Y a todas aquellas personas que de una u otra manera colaboraron en este trabajo.

Elvia Briceño.



ÍNDICE GENERAL

DEDICATORIA	ii
AGRADECIMIENTO	iii
ÍNDICE GENERAL	iv
INDICE DE CUADROS	vi
INDICE DE GRAFICOS	viii
RESUMEN	x
INTRODUCCIÓN	xi
CAPÍTULO I	1
EL PROBLEMA	1
Planteamiento del Problema.....	1
Justificación de la Investigación	5
OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN	7
Objetivo General.....	7
Objetivos Específicos.....	7
Alcances	8
Limitaciones.....	8
CAPÍTULO II	9
MARCO TEÓRICO	9
Antecedentes de la Investigación	9
Bases Teóricas.....	11
Determinantes del Crecimiento Fetal.....	12
Clasificación del Recién Nacido de Bajo Peso	13
$IP = \text{Peso (gr.)} / \text{Talla}^3 \text{ (cm.)} \times 100$	16
Determinantes del Crecimiento Fetal.....	16
Antecedentes Obstétricos desfavorables.....	17
Complicaciones del Recién Nacido Bajo Peso	22
Sistema De Variables	28



Sistema De Variables	29
Sistema De Variables	30
Sistema De Variables	31
CAPÍTULO III.....	33
MARCO METODOLÓGICO.....	33
Tipo de Investigación.....	33
Población y Muestra.....	34
Instrumento de Recolección de Datos.....	35
Procedimientos.....	36
Técnicas de Recolección, Tabulación y Análisis de los Datos.....	37
CAPITULO IV	39
PRESENTACION Y ANALISIS DE RESULTADOS	39
Grafico 1	39
Grafico 2	40
Grafico 3	41
Grafico 4	42
Grafico 5	43
Grafico 6	44
Grafico 7	45
Grafico 8	46
CAPITULO V.....	47
DISCUSIÓN	47
CAPITULO VI.....	49
CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.....	49
Conclusiones.....	49
Recomendaciones.....	50
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	52
ANEXOS.....	56



INDICE DE CUADROS

Cuadros		Pp
1	Incidencia de Recién Nacidos de Bajo Peso al Nacer por Mes. Servicio de Pediatría. Hospital “Dr. Raúl Leoní Otero” San Félix, Estado Bolívar, Venezuela. Segundo Semestres 2006.....	65
2	Recién Nacidos de Bajo Peso al Nacer por edad y sexo, Servicio de Pediatría. Hospital “Dr. Raúl Leoní Otero” San Félix, Estado Bolívar, Venezuela Segundo Semestre 2006.....	66
3	Clasificación de los Recién Nacidos de Bajo Peso al Nacer* Servicio de Pediatría. Hospital “Dr. Raúl Leoní Otero” San Félix, Estado Bolívar, Venezuela. Segundo Semestre 2006.....	67
4	Talla de los Recién Nacidos de Bajo Peso al Nacer. Servicio de Pediatría, Hospital “Dr. Raúl Leoní Otero” San Félix, Estado Bolívar, Venezuela Segundo Semestre 2006.....	68
5	Factores de Riesgo Maternos asociados a Bajo Peso al Nacer. Servicio de Pediatría. Hospital “Dr. Raúl Leoní Otero” San Félix, Estado Bolívar, Venezuela, Segundo Semestre 2006.....	69
6	Edad Materna de Recién Nacidos de Bajo Peso al Nacer. Servicio de Pediatría, Hospital “Dr. Raúl Leoní Otero” San Félix, Estado Bolívar, Venezuela. Segundo Semestre 2006.....	70



7	Comorbilidad en Recién Nacidos de Bajo Peso al Nacer. Servicio de Pediatría. Hospital “Dr. Raúl Leoní Otero”, San Félix, Estado Bolívar, Venezuela. Segundo Semestre 2006.....	71
8	Comparación de Historias Clínicas del Hospital “Dr. Raúl Leoni Otero” con Historia Clínica del “Dr. J. Orta”, San Félix, Estado Bolívar, Venezuela, Segundo Semestre. 2006.....	72



INDICE DE GRAFICOS

Grafico		P.p
1	Incidencia de Recién Nacidos de Bajo Peso al Nacer por Mes. Servicio de Pediatría. Hospital “Dr. Raúl Leoní Otero” San Félix, Estado Bolívar, Venezuela. Segundo Semestres 2006.....	38
2	Recién Nacidos de Bajo Peso al Nacer por edad y sexo, Servicio de Pediatría. Hospital “Dr. Raúl Leoní Otero” San Félix, Estado Bolívar, Venezuela Segundo Semestre 2006.....	39
3	Clasificación de los Recién Nacidos de Bajo Peso al Nacer* Servicio de Pediatría. Hospital “Dr. Raúl Leoní Otero” San Félix, Estado Bolívar, Venezuela. Segundo Semestre 2006.....	40
4	Talla del Recién Nacidos de Bajo Peso al Nacer. Servicio de Pediatría, Hospital “Dr. Raúl Leoní Otero” San Félix, Estado Bolívar, Venezuela Segundo Semestre 2006.....	41
5	Factores de Riesgo Maternos asociados a Bajo Peso al Nacer en Recién Nacidos. Servicio de Pediatría. Hospital “Dr. Raúl Leoní Otero” San Félix, Estado Bolívar, Venezuela, Segundo Semestre 2006.....	42
6	Edad Materna de Recién Nacidos de Bajo Peso al Nacer. Servicio de Pediatría, Hospital “Dr. Raúl Leoní Otero” San Félix, Estado Bolívar, Venezuela. Segundo Semestre 2006.....	43



7	Comorbilidad en Recién Nacidos de Bajo Peso al Nacer. Servicio de Pediatría. Hospital “Dr. Raúl Leoní Otero”, San Félix, Estado Bolívar, Venezuela. Segundo Semestre 2006.....	44
8	Comparación de Historias Clínicas del Hospital “Dr. Raúl Leoni Otero” con Historia Clínica del “Dr. J. Orta” San Félix, Estado Bolívar, Venezuela Segundo Semestre. 2006.....	45



REPÚBLICA BOLIVARIANA DE VENEZUELA
MINISTERIO DEL PODER POPULAR PARA EL TRABAJO Y SEGURIDAD SOCIAL
INSTITUTO VENEZOLANO DE LOS SEGUROS SOCIALES
HOSPITAL DOCENTE ASISTENCIAL “Dr. RAÚL LEONI OTERO”
POSTGRADO DE PEDIATRÍA Y PUERICULTURA
SAN FÉLIX – ESTADO BOLÍVAR – VENEZUELA

FACTORES MATERNOS CONDICIONANTES DEL BAJO PESO AL NACER, SERVICIO DE PEDIATRÍA. HOSPITAL DOCENTE ASISTENCIAL “Dr. RAÚL LEONI OTERO”. SAN FÉLIX – ESTADO BOLÍVAR, SEGUNDO SEMESTRE 2006.

AUTOR: DRA. ELVIA BRICEÑO
TUTOR: DRA. YAJAIRA SIMON
AÑO: 2007

RESUMEN

El propósito de esta investigación fue determinar los Factores de Riesgo Maternos del Bajo Peso al Nacer en el Servicio de Pediatría Hospital Docente Asistencial “Dr. Raúl Leoni Otero”. San Félix – Estado Bolívar, segundo semestre 2006; se realizó una Investigación de Campo de tipo Evaluativo con apoyo Documental que desde el punto de vista epidemiológico es Observacional Descriptiva. La población estuvo representada por las madres embarazadas y los recién nacidos que acuden al Servicio de Pediatría del Hospital Docente “Dr. Raúl Leoni Otero”. Los datos fueron recabados a través de entrevistas elaboradas en base a un formulario identificado en la Historia Clínica del Recién Nacido (HCRN) y se analizarán utilizando metodología cuantitativa.

Resultados: La Tasa de Incidencia de Recién Nacidos de Bajo Peso al Nacer en el Servicio de Pediatría para el segundo semestre del año 2006 fue de 10,4%; ingresaron 2894 Neonatos, siendo de Bajos Peso al nacer 302 recién nacidos. La edad gestacional fue en su mayoría < 37 semanas (83,4%), el sexo masculino fue el de mayor prevalencia (59,6 %) según la clasificación de Cooper la mayoría estaban en la categoría muy bajo peso 95%, solo un 5 % estaban extremadamente de bajo peso. La talla promedio fue menor de 50 cm en el 100% de los pacientes El factor de riesgo materno de mayor prevalencia la falta de control prenatal en un 60,2 % y la infección urinaria durante el embarazo en un 46,6%, la edad materna que predominó fue entre 18 a 35 años (92,7%) La comorbilidad más frecuente fue la prematuridad en el 61,5 % y el distres respiratorio en el 56,2 %, se pudo observar que la historia del hospital en su mayoría estaban incompleta el 73 % de ellas; y la Historia Clínica del Dr. J. Orta en el 100% se llenaron completa.

Palabras Claves: Recién Nacido, Bajo Peso, Factores de Riesgo Maternos.



INTRODUCCIÓN

El crecimiento fetal es el resultado de una serie de factores que llevan a la reproducción de la especie. Inicialmente el crecimiento intrauterino está dado por mitosis rápidas, posteriormente disminuye la velocidad mitótica y hay una ganancia de peso que se puede inhibir por diferentes causas. Es por esta razón que la prematuridad y el bajo peso se ha asociado a distintas variables tales como: nivel socio económico, cultura, condicionantes biológicos maternos y patológicos que afectan a la madre y al feto.

Se considera Neonato Bajo Peso al Nacer a los Recién Nacidos con un peso menor de 2.500 gramos, independientemente de la edad gestacional.

En muchos casos el tratamiento de estos niños requiere hospitalizaciones prolongadas y costosas, a lo que se debe agregar que un porcentaje de ellos puede quedar con secuelas neurológicas o de otro tipo. Considerando el impacto que tiene en la morbi-mortalidad de la infancia, éste debe ser reconocido como un problema de salud pública de primera magnitud en el cual hay que invertir recursos para prevención primaria y secundaria y en centros capacitados para su tratamiento.

El Bajo Peso al Nacer es el indicador más significativo de la morbi-mortalidad neonatal, la Incidencia de Recién Nacidos Bajo Peso varía de una nación a otra, en los países desarrollados se estima que del 1,4 a 2% de los recién nacidos vivos son de bajo peso, mientras que en los países subdesarrollados varía de 8 al 10% (Hoelkeman R, 1.999); según el Centro Latinoamericano de Perinatología y Desarrollo Humano (CLAP) la Prevalencia del Bajo Peso al Nacer en Sur América y México es del 8,1% y para Venezuela es de 10% para el 2.001, mientras que el SISVAN reporta para este mismo año 8,5%.



Se ha implantado a través de organizaciones como la Organización Mundial de la Salud, Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF) y el Instituto Nacional de Nutrición (INN), un sistema de recolección del componente Bajo Peso al Nacer como parámetro indicativo de estado nutricional y vigilar su tendencia. Sin embargo en Ciudad Guayana no se ha llevado este programa con regularidad, por lo tanto no se conoce esta información.

De allí la necesidad de realizar un estudio a través del cual no solo se conozca la incidencia de Bajo Peso al Nacer, sino también se determinen los Factores de Riesgos Maternos asociados a la presencia del mismo, en el Servicio de Pediatría del Hospital Docente Asistencial “Dr. Raúl Leóni Otero” de San Félix – Estado Bolívar durante el período Segundo Semestre 2006.

Asimismo se propone el uso de una nueva historia clínica que permita recolectar mayor información en relación a los factores maternos relacionados con Recién Nacidos de Bajo Peso, y que además es de fácil llenado por el médico.

Los hallazgos finales sirvieron para mejorar la calidad de historias clínicas realizadas en el centro asistencial, siendo igualmente útiles para reconocer los antecedentes maternos, orientación hacia un mejor diagnóstico y promoción para futuras investigaciones alrededor del tema.



CAPÍTULO I

EL PROBLEMA

Planteamiento del Problema

Las dos variables más importantes y determinante de la morbi-mortalidad de los Recién Nacidos son la Prematurez y el Bajo Peso.

Con respecto al Bajo Peso al Nacer, se puede observar en los niños prematuros que nacen antes de las 37 semanas de gestación, y también en aquellos casos en los que tiene una edad gestacional normal, pero presentan un peso corporal inferior al habitual cuando nacen (por debajo del percentil 10).

Asimismo, el Bajo Peso de un Recién Nacido es un indicador que refleja la realidad objetiva de la situación de salud de la población, en especial de las mujeres en etapa de gestación que dependen de la calidad de atención hospitalaria Gineco-Obstétrica en cualquier centro asistencial, sopesando con las posibilidades de supervivencia y desarrollo del niño.

A este respecto, la Organización Panamericana de la Salud (2003) refiere que en el mundo nacen cada año alrededor de 20 millones de niños con peso menor de 2.500 gr. de los cuales un 40 a un 70% son prematuros.



Ahora bien, las estadísticas en relación al Bajo Peso varía de una nación a otra. Según lo señala el Centro Latinoamericano de Perinatología y Desarrollo Humano (2001) se estima que el 2% de los nacidos vivos son bajo peso, mientras que en los países subdesarrollados varía de 8 al 10%. La prevalencia del Bajo Peso al Nacer en Sur América y México es del 8,1% y para Venezuela es de 10%.

Sin embargo, la Organización Mundial de la Salud (2005), en Venezuela, país en vías de desarrollo se encuentra la incidencia elevada de Recién Nacidos de Bajo Peso, oscilando en un 40% y constituyéndose una de las causas que favorecen la elevada tasa de morbilidad perinatal.

Por lo tanto en Naciones Industrializadas, un 13% de todos los Recién Nacidos de Bajo Peso no son prematuros son en realidad niños pequeños para la edad gestacional.

Hay evidencias de que países en vías de desarrollo, una proporción más alta de Bajo Peso al Nacer puede estar asociado con restricción del crecimiento intrauterino. Aún más es posible que la incidencia de prematuridad asociada a su vez en retraso de crecimiento fetal sea más elevada en estas últimas naciones.

Los Recién Nacidos de Bajo Peso requieren de cuidados especiales para evitar las complicaciones y muertes. En los países desarrollados, han aplicado acciones específicas para abordar este problema basándose principalmente en la aplicación de tecnología bastante avanzada y resulta muy costosa para las instituciones.

A este respecto Meneghello (1999) señala que:



“...Alrededor de un 60% de las muertes neonatales corresponden a neonatos de menos de 1.500 gr y entre 60 y 80% de las admisiones en las unidades de Terapia Intensiva Neonatales están condicionadas por problemas derivados de la prematurez...” (p. 157)

A pesar del alto costo del manejo y tratamiento de estos neonatos un porcentaje de ellos puede quedar con secuelas neurológicas o fallecen.

Dentro de este contexto el Estado Bolívar, no escapa de esta realidad así para el año 2005, los estadísticos del Distrito Sanitario UD-103 de San Félix, Municipio Caroní, reportan 5.356 casos de Recién Nacidos de Bajo Peso que representan el 42% de todos los nacidos de ese año.

En el Hospital Docente Asistencial “Dr. Raúl Leóni Otero” de San Félix – Estado Bolívar, según datos aportados por el Departamento de Registros Médicos y Estadísticas de Salud en el año 2005 ingresaron a la Unidad Neonatal 1.726 Recién Nacidos, de los cuales 447 eran de Bajo Peso (14%) con complicaciones y fallecidos 45 (2%).

Esta alta morbimortalidad en Recién Nacidos de Bajo Peso pone de manifiesto que se trata de un problema de Salud Pública en la región en el cual hay que invertir recursos para prevención primaria y secundaria por lo que se exponen las siguientes interrogantes:

- ¿Cuál es la Incidencia real de Bajo Peso al Nacer?.
- ¿Cuáles son los factores maternos más frecuentes en el Bajo Peso al Nacer?.



El Recién Nacido de Bajo Peso, constituye el producto de un hecho biológico, ocurrido como consecuencia de las influencias de factores fisicopatológicos tanto maternos como fetales; es una necesidad de primer orden conocer las causas y factores de riesgo condicionantes que prevalecen o agravan este hecho para así prevenir los nacimientos de Bajo Peso.

De allí la elaboración de este trabajo de investigación que se propuso para determinar los factores de riesgo que predominan directa o indirectamente y que repercuten en el Recién Nacido de Bajo Peso en el Hospital Docente Asistencial “Dr. Raúl Leóni Otero”, lapso Segundo Semestre 2006.

Para ello, se realizó una serie de datos que no están incluidos en las historias clínicas del Hospital Docente Asistencial “ Dr. Raúl Leóni Otero”, por lo que se propuso el uso comparativo de la historia clínica la elaborada por el Dr. Orta, ya que difieren en cuanto a la recolección de datos en cuanto a antecedentes maternos y examen físico del Recién Nacido, la cual se utiliza en hospitales de varios estados del país.

Todo lo expuesto nos permitió mejorar la calidad de la historia clínica, la cual es fundamental para un diagnóstico y conducta adecuada, al mismo tiempo permitió determinar los factores de riesgo materno en recién nacidos de Bajo Peso en el Hospital Docente “ Dr. Raúl Leóni Otero”.



Justificación de la Investigación

La prevención del Bajo Peso al Nacer (BPN) es una prioridad de la salud pública al nivel mundial y constituye un poderoso instrumento para la reducción de la mortalidad infantil, por eso el Sistema Nacional de Salud debe centrar su atención en las mujeres con alto riesgo, así como en los factores prenatales relacionados con su incidencia.

El peso de un niño al nacer es la determinante más importante en la posibilidad de que sobreviva y el bajo peso (inferior a 2.500 g) representa en la actualidad uno de los problemas prioritarios de la salud pública, asociado en la mayoría de las defunciones de niños menores de un año e influye en la calidad de vida futura.

Según Yunes (1998) se plantea que la mortalidad infantil es 40 veces mayor en los Recién Nacidos de Bajo Peso (RNBP) que en los niños nacidos con peso normal y a término. La Organización Mundial de la Salud (OMS) plantea que uno de cada 6 niños nace con Bajo Peso y se reporta un índice de 17% al nivel mundial.

Todos los niños que pesan al nacer menos de 2.500 g se denominan Recién Nacido Bajo Peso o Bajo Peso al Nacer, habrán niños pretérmino y a término. Por otro lado diversas afecciones maternas como la Hipertensión Arterial (HTA), la desnutrición, la anemia, la diabetes mellitus y otras, pueden interferir con la nutrición intrauterina del nuevo ser. (Yunes, J., 1998. Pp 56).

El parto pretérmino se ha relacionado con múltiples factores como la edad muy joven de la madre, la dilatación permanente del cuello uterino, con distintos factores de riesgo, enfermedades maternas y/o complicaciones del embarazo. (Ividimen, Pp 58).



En comparación con los bebés de peso normal, los Recién Nacidos de Bajo Peso son más proclives a los problemas médicos y las complicaciones del desarrollo.

La causa del Bajo Peso al Nacer es multifactorial y se atribuye a factores maternos, fetales y ambientales. Dichos factores no son absolutos y varían de un lugar a otro, e influye de manera especial el nivel de desarrollo socioeconómico.

Los principales factores de riesgo son múltiples, y los más frecuentes son: embarazo en la adolescencia (20%), la desnutrición materna, la ganancia insuficiente de peso durante la gestación, el hábito de fumar y los antecedentes de niños con bajo peso.

Es innegable la influencia que ejerce el peso al nacer en las futuras generaciones, por lo que debe constituir la diana de los esfuerzos que el médico y la enfermera de la familia deben desarrollar en su prevención.

Por lo antes expuesto y considerando que el Bajo Peso al Nacer constituye un importante factor en la morbilidad y mortalidad infantil, es que se realizó este estudio el cual tuvo como propósito determinar los Factores Maternos de Recién Nacidos de Bajo Peso al Nacer en el Servicio de Pediatría del Hospital Docente Asistencial “Dr. Raúl Leoni Otero”, durante el período Segundo Semestre 2006.



OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN

Objetivo General

Determinar los Factores de Riesgo Maternos del Bajo Peso al Nacer en el Servicio de Pediatría del Hospital Docente Asistencial “Dr. Raúl Leóni Otero”. San Félix – Estado Bolívar, durante el Lapso Segundo Semestre, 2006.

Objetivos Específicos

En base a la casuística de Recién Nacidos con Bajo Peso al Nacer en el Hospital “Dr. Raúl Leóni Otero”. San Félix – Estado Bolívar, en esta investigación se propuso:

1. Determinar la Incidencia de Bajo Peso al Nacer.
2. Señalar los factores maternos que condicionan el Bajo Peso al Nacer: control prenatal efectivo, edad materna, infección urinaria, embarazos múltiples, uso de drogas, alcoholismo, tabaquismo, leucorrea, pre-eclampsia.
3. Evaluar en el Recién Nacido de Bajo Peso las: a) Características personales: peso, talla, edad, sexo; b) Características clínicas: presencia de prematuridad, malformaciones congénitas y distrés respiratorio.
4. Identificar las causas de Morbilidad en Recién Nacidos de Bajo Peso.



5. Implementar el uso de la historia clínica Gineco-obstétrica creada por el Dr. Orta, comparándola con la historia clínica utilizada en el Hospital “Raúl Leóni Otero” de San Félix – Estado Bolívar.

Alcances

Dado que esta investigación se realizó en el Servicio de Pediatría del Hospital Docente Asistencial “Dr. Raúl Leóni Otero”, siendo este centro un hospital asistencial tipo IV, dependiente del I.V.S.S., y por ser el único centro de atención terciaria pública, que atiende el 80% de los pacientes pediátricos de la población de San Félix, asegurados y no asegurados dependiente de la gobernación del Estado Bolívar y MSDS, de la población de San Félix; y además de atender a pacientes de referencias del sur de Bolívar, Monagas y Delta Amacuro, por lo que los resultados no solo están dirigidos a la región de Guayana, sino a toda la zona Sur Oriente de Venezuela.

Limitaciones

La fuente de datos del presente estudio son las historias clínicas de los Recién Nacidos que ingresan al Servicio de Pediatría, procedentes de Sala de Parto o Quirófano del Hospital Docente Asistencial “Dr. Raúl Leóni Otero”, en donde las historias médicas muchas veces no están bien realizadas por el médico, no reportándose en la mayoría los antecedentes maternos y obstétricos los cuales son datos importantes para este estudio, siendo la limitante la realización de estas historias clínicas los fines de semana y feriados, donde no hay residentes de Pediatría en el Servicio de Obstetricia.



CAPÍTULO II

MARCO TEÓRICO

Antecedentes de la Investigación

Se han realizado diferentes estudios en relación a la Incidencia y factores condicionantes el Bajo Peso al Nacer es un problema de gran magnitud para el que hacer diario del obstetra, quien debe identificar a las embarazadas con factores de riesgo para tener hijos con las complicaciones inherentes al bajo peso, en relación a esta temática se han realizado varios estudios en los que se destacan, el estudio descriptivo retrospectivo de López J, y colabs (2004).

En esta investigación los hallazgos encontrados el crecimiento intrauterino retardado resultó ser la principal causa de Recién Nacidos de Bajo Peso. Los malos antecedentes obstétricos con mayor incidencia fueron el período intergenésico menor de 24 meses, el bajo peso preconcepcional y la muerte fetal.

A este respecto, Fernández y colabs. (2004) realizaron un estudio sobre la Incidencia de Bajo Peso al Nacer del Policlínico “Antonio Maceo”, Sevilla, España, encontraron una Incidencia del 51 % (41 Recién Nacidos de Bajo Peso en un universo de 800) y que ello estaba asociado a el hábito de fumar en 53,6% y la primiparidad en un 51%; observando asociaciones significativas en los extremos de edad y paridad, con patología médica, antecedentes de haber tenido hijos con bajo peso al nacer y con talla baja y bajo peso progestacional.



Gutiérrez N. (2004) plantea que Bajo Peso al Nacer también se relacionó con baja escolaridad y con mujeres solteras, por otro lado el tabaquismo durante el embarazo fue un factor de riesgo para Bajo Peso al Nacer, ampliamente reconocido ya que las mujeres que no fuman durante el embarazo tiene menor riesgo.

De esta manera, un estudio realizado en 621 embarazadas por el Centro de Investigación en Salud Materno Infantil de República Dominicana, reportaron que un 47% presentaron tendencia al Bajo Peso al Nacer, asociándose a enfermedades Hipertensivas del Embarazo e Infección de vías urinarias.

La hipertensión es uno de los factores ampliamente descrito por Wanda M. (1995) como riesgo de Bajo Peso al Nacer, ya que se manifiesta por complicaciones en el parto como pre-eclampsia severa, afectando seriamente al recién nacido.

Asimismo se identificaron como Factores de Riesgo Preconcepcionales: 1) la edad materna, menor de 19 años; 2) la presencia de un período intergenésico menor de 12 meses; 3) el antecedente de mortinatos; 4) un peso materno previo a la concepción menor de 50 Kg. Y una talla materna menor de 1.49 cm. Se encontraron como factores de riesgo durante la gestación: el pobre control prenatal, el hábito de fumar y la presencia de entidades como la amenaza de parto prematuro, la ruptura prematura de membranas, los embarazos múltiples, la presencia de pre-eclampsia, de infección urinaria y de hemorragias en tercer trimestre.

Cabe señalar que un estudio realizado por Rey H. (1986) en todos los recién nacidos de Bajo Peso al Nacer en el Hospital Gineco-Obstétrico Guanabacoa (Cuba) durante el período Enero 1995 – Diciembre 1999, se encontró que la hipertensión arterial y la anemia fueron las patologías más frecuentes, siguiendo a estas las infecciones del tracto urinario.



Al respecto Vélez P., F. (2004) señala que un estudio realizado por la Dra. Fonseca, K. (2000) se encontró que el 7.4% de los Recién Nacidos, eran de Bajo Peso al Nacer, un 25.4% en madres de 15 a 19 años, el 92% de las mujeres estaban acompañadas, y con respecto al sexo del recién nacido, el bajo peso fue similar en femeninos y masculinos.

En resumen los resultados de las diversas investigaciones revisadas revelan que efectuadas el Bajo Peso al Nacer (BPN) constituye uno de los temas de importancia en el área de la salud materno perinatal. Es un indicador que guarda relación con la morbilidad, mortalidad fetal y neonatal y con el bienestar del binomio madre e hijo en la etapa postparto. Pero en Venezuela no se han publicado trabajos específicos sobre la temática, la bibliografía consultada se refiere a prematuridad, sus factores de riesgo y sus complicaciones de allí la relevancia de esta investigación que tiene como objetivo determinar los factores de Riesgo Maternos del Bajo Peso al Nacer en el Servicio de Pediatría del Hospital Docente Asistencial “Dr. Raúl Leóni Otero”, San Félix – Estado Bolívar, durante el Segundo Semestre 2006.

Bases Teóricas

Bajo Peso al Nacer

Actualmente se considera neonato Bajo Peso al Nacer a los Recién Nacidos con un peso menor de 2.500 gr., independientemente de la edad gestacional. El Bajo Peso al Nacer se puede observar en los niños prematuros que nacen antes de las 37 semanas de gestación, y también en aquellos casos en los que tiene una edad gestacional normal, pero presentan un peso corporal inferior al habitual cuando nace por debajo del percentil 10.



A este respecto, Alonso, C. y Reyes, C. (1997) señalan que a principios del siglo XX se discutía si la prematurez debía definirse por la edad de la gestación o el peso al nacer. En 1935, la American Academy of Pediatrics, definió la prematurez como un niño nacido vivo con un peso al nacer de 2.500 gr. o menor. Hacia la década de 1960, se había aceptado ampliamente que no todos los que pesaban menos de 2.500 gr. cuando nacían eran prematuros y se estableció la costumbre de clasificar al neonato en términos de su edad gestacional y su peso al nacer.

Sin embargo Avery, G. (2000) dice que: se aplicó la denominación Peso Bajo al Nacer (PBN) a todos los niños que pesaban menos de 2.500 gr. al nacer, sin considerar la duración de la gestación. Más adelante se utilizaron los términos peso muy bajo al nacer y peso extremadamente bajo al nacer para clasificar a los individuos con peso al nacer menores de 1.500 gr y 1000 gr respectivamente.

La clasificación de niños como prematuros se reserva para quienes no completaron 37 semanas de embarazo, en tanto que gestación a término se refiere a los que nacen entre las semanas 37 y 42 del embarazo y de posttérmino a los nacimientos ocurridos después de la semana 42.

Determinantes del Crecimiento Fetal

El crecimiento fetal normal requiere contribuciones de la madre, la placenta y el feto.

Durante el embarazo se llevan a cabo numerosos ajustes metabólicos maternos, cuyo objetivo unificador es al parecer proporcionar el abastecimiento ininterrumpido de nutrientes al feto en desarrollo. Entre los principales se encuentran las adaptaciones del metabolismo de los carbohidratos.



El embarazo normal se caracteriza por hipoglicemia en ayuno e hiperglicemia posprandial leves relacionados con un incremento del valor basal de insulina y resistencia relativa a ella. Disminuye el uso de glucosa materna, con un aumento cada vez mayor de cetonas y ácidos grasos libres que sirven como combustibles para los tejidos maternos.

Aunque aún no se aclaran por completo los mecanismos de estas alteraciones, el efecto es suministrar un abastecimiento continuo de glucosa al niño, la fuente primaria del metabolismo fetal oxidático, en particular durante períodos de ayuno materno. En los períodos relativamente prolongados de ayuno, al feto también amplía las cetonas para su energía y necesidades de síntesis.

En relación a la placenta además de su función para transmitir nutrientes de la madre al feto, la placenta actúa como un órgano endocrino que libera un grupo de hormonas insuperables en el reino animal. Entre los productos con acción directa para promover el crecimiento se encuentran los factores de crecimiento y el lactógeno placentario humano que también se conoce como somatotropina coriónica. El lactógeno placentario humano lo producen las células sincitiotrofoblasto de la placenta y sus efectos promotores del crecimiento son la estimulación de la producción fetal del factor de crecimiento parecido a la insulina y el incremento de la disponibilidad de nutrientes.

Clasificación del Recién Nacido de Bajo Peso

Existen diversas clasificaciones que incorporan el concepto de Bajo Peso a saber:

1. Clasificación del Recién Nacido según Peso y Edad Gestacional.



Según Battaglia F. C. y Lubchenco. 1.967, (citado por Meneghello J. 1.999) los Recién Nacidos se clasifican por su edad gestacional y peso en:

- Acorde para la Edad Gestacional (AEG): Recién nacido con peso por encima del percentil 10 y por debajo del percentil 90 de los valores de referencia de peso para cada gestacional.
- Pequeño para la Edad Gestacional (PEG): Recién nacido con peso por debajo del percentil 10 de los valores de referencia de peso para cada edad gestacional.
- Grande para la Edad Gestacional (GEG): Recién nacidos en o por encima del percentil 90 de los valores de referencia de peso para cada edad gestacional.

2. Clasificación de Recién Nacido Bajo Peso.

Por otra parte, Cooper, P. (1989) propuso la siguiente clasificación para Bajo Peso al Nacer.

- Bajo Peso: recién nacido por debajo de 2.500 gr.
- Muy Bajo Peso: recién nacido con peso entre 1.000 gr. y 1.499 gr.
- Extremado Bajo Peso: recién nacido con peso inferior a 1.000 gr.

Esto condiciona la incorporación de otras variables antropométricas a la evaluación del recién nacido como son la talla (T) en centímetros y la circunferencia cefálica (CC) en centímetros; al respecto Cooper (citado por Avery, G. 2000) refiere:



- Retardo de Crecimiento Intrauterino (RCIU) Tipo I ó Simétrico: El peso, talla y la circunferencia cefálica, para la edad gestacional están en o por debajo del percentil 10. Pueden presentar compromiso sólo del peso y talla. Diversos autores han señalado que corresponde a detenciones del crecimiento con inicio antes de las 30 semanas de gestación, que causan distrés fetal crónico, condicionadas generalmente por causas primarias de detención del crecimiento, tales como: infecciones virales, cromosopatías y toxinas entre otras.
- RCIU Tipo II ó Asimétrico: El peso para la edad gestacional está en o por debajo del percentil 10, mientras que la talla y la circunferencia cefálica están por encima de éste. Generalmente corresponden a causas secundarias de RCIU presentes después de las 30 semanas de gestación, que condicionan distrés fetal agudo, como: insuficiencia útero-placentaria y desnutrición.

3. Clasificación según el Índice Ponderal.

La existencia del nivel de desnutrición no detectables por los indicadores tradicionales unido a otro objetivo, como es el de la prevención de las complicaciones de los recién nacidos con bajo peso para la edad gestacional, ha condicionado que otros autores hayan incorporado a la evaluación antropométrica del recién nacido indicadores mixtos y de composición corporal que reflejan con más antelación del deterioro de las reservas energéticas y proteicas del feto, a fin de mejorar el diagnóstico.

Entre estos indicadores, llamados "indicadores funcionales", se encuentran según Caiza M^a E., y Col. (2.003) el índice Ponderal o Índice Pondoestatural (IP). La clásica definición de pequeños, adecuados o grandes para la edad gestacional, no



permite identificar algunas alteraciones de la composición corporal, que el índice ponderal puede lograr.

$$\text{IP} = \text{Peso (gr.)} / \text{Talla}^3 \text{ (cm.)} \times 100.$$

Es considerado también como un indicador de proporcionalidad. Las investigaciones a nivel nacional demuestran que es un indicador efectivo en el diagnóstico precoz de alteraciones por déficit del estado nutricional al aplicar valores de referencia para el sexo y edad gestacional proveniente del mismo grupo de estudio y no los puntos establecidos inicialmente por Luberchenco.

A este respecto, Rohrer (2001) formuló su interpretación de: Desnutrición leve: 2,32; desnutrición moderada: 2,31 - 2,26; desnutrición severa: menor de 2,26 (Pollack y Divon, 1.992; Manotas, 1.994; Gomilla y Cumnigham 2.002.; Henríquez, 1999).

Determinantes del Crecimiento Fetal

Yu-Tang, (2.000), Cardozo V. y Col. (1.998); Salazar H. (2.001) y Silva Bafarezo y Col. (2.003), las determinantes del crecimiento fetal son:

1. Pre-Concepcionales.

- Edad Materna: Existe una asociación entre las edades extremas (menor de 18 años y mayor de 35 años) y el Bajo Peso al Nacer, sin embargo las madres menores de 24 años presentan mayor incidencia de partos pretérmino, bajo peso y pequeño para la edad gestacional.



- Paridad: Se ha observado que el peso promedio de los productos va aumentando desde el segundo hijo hasta el quinto hijo, descendiendo a partir del sexto.

Cumisky y Col. (1993) plantea que:

Antecedentes Obstétricos desfavorables

Los antecedentes obstétricos desfavorables son quizás los más importantes a ser considerados, ya que se ha demostrado que hay una tendencia a repetir en el embarazo actual el resultado del embarazo previo (especialmente en el inmediato anterior).

En contradicción con lo sugerido por Godoy R. (2002) y Bolzán A. (2001). Quienes proponen que este hecho se observa tanto para el nacimiento de pretérminos, como para el RCIU. El riesgo de nacimiento de un niño bajo peso es de 2 a 5 veces mayor en aquellas madres cuyo hijo anterior fue de bajo peso, y este riesgo aumenta con el número de niños de bajo peso previos.

En base a lo anterior Cnattingius, S. (1998) afirma que no se ha comprobado relación entre bajo peso al nacer e intervalo ínter genésico, se puede inferir que mas importante que el intervalo entre gestaciones es la tendencia a repetir el evento desfavorable durante el embarazo subsiguiente. Las parejas que tienen un mal resultado peri natal tienden a embarazarse en menor tiempo que las tuvieron un buen resultado, por lo tanto, seria de mayor trascendencia el antecedente que el intervalo en si.



2.- Concepcionales.

1. Intervalo Ínter genésico. Es el lapso transcurrido entre el fin de un embarazo o aborto y el inicio de un nuevo embarazo. Muchos han descrito efectos adversos en cuanto al resultado peri natal del corto intervalo ínter genésico (menos de 6 a 12 meses). Asimismo se ha sugerido un intervalo óptimo de 24 meses entre gestaciones, mejoraría el resultado peri natal.

De acuerdo a lo anterior Gomelia y Cunnigham, (2002) afirman que la nicotina puede suprimir el apetito y producir constricción de los vasos uterinos que dependen de las catecolamina y también disminuir el crecimiento del feto. Por su parte, Bolzan A. y Col. (2000) plantean que la adicción materna a la heroína está con frecuencia asociada a RCIU.

2. Hábitos de Fumar: Existe una asociación significativa entre el consumo de tabaco durante el embarazo y la desnutrición fetal. Aquí la causa parece ser el exceso de dióxido de carbono en la sangre materna, el cual provoca un efecto vaso constrictor e hipoxia crónica, debido a la alteración en la curva de disociación de la hemoglobina y la baja capacidad destoxificadora hepática para el cianógeno del tabaco en el feto.

El efecto deletéreo del cigarrillo sobre el peso fetal se pone de manifiesto cuando la madre fuma durante el embarazo, siendo directamente proporcional a la cantidad de cigarrillos consumidos. El consumo de más de 10 cigarrillos diarios se asocia con disminución ecosonográfica del diámetro biparietal (DBP) a partir de la semana 21.

3. Consumo de Alcohol. La capacidad del alcohol de disminuir la incorporación de aminoácidos a las proteínas pueden explicar la relación



con la desnutrición fetal. La madre que beben grandes cantidades de alcohol durante el embarazo puede tener un recién nacido con síndrome alcohólico fetal, caracterizados por retardo de crecimiento intrauterino y defectos congénitos; los mecanismos que explican dichos síndromes incluye la capacidad que tiene el alcohol de producir transitoriamente colapso de vasos umbilicales, lo cual ocasiona hipoxia y acidosis fetales que producen lesión y muerte cerebral.

4. Consumo de Drogas. Limita el crecimiento fetal y puede causar defectos congénitos (síndrome de alcohol fetal más de 6 onzas de alcohol). De una manera similar. Existe suficiente evidencia de los efectos negativos de consumo de drogas durante el embarazo.

- a) La desviación a la izquierda de la curva de disociación de la oxihemoglobina, al aumentar la concentración de monóxido de carbono y con ellos disminuir el aporte de oxígeno al feto;
- b) La nicotina puede suprimir el apetito y producir constricción de los vasos uterinos que dependen de las catecolamina y también disminuir el crecimiento del feto. La adicción materna a la heroína esta con frecuencia asociada a RCIU.

3. Patologías propias o Asociadas a la Gestación.

- Embarazos Múltiples. La disminución del crecimiento se produce por la incapacidad de proveer una nutrición óptima o más de un feto en el útero. Hay una disminución progresiva del peso en los embarazos únicos, dobles y triples. En los gemelos parabióticos, el gemelo más pequeño sufre una disminución de la entrega del nutriente, secundaria a un flujo placentaria



anormal como resultado de una comunicación arterio - venosa en la placenta coriónica.

Los embarazos múltiples cursan invariablemente con RCIU. En embarazos con tres o más productos, el crecimiento intrauterino es inversamente proporcional al número de productos gestados y la mayoría de los fetos tienen retraso de tipo asimétrico. De acuerdo a Meneghello y Col., (1999), el 25 - 30% de los RCIU son gemelares.

- Defectos Congénitos. La mayoría de los neonatos malformados son pequeños para su edad gestacional. Esta alteración del crecimiento intrauterino se extendería al crecimiento postnatal dado que varios años después estos niños presentan una talla y un peso por debajo del percentil 3.

De acuerdo a esto, Oyarzun E., (1999) plantea que las malformaciones tanto fetales como maternas, por ejemplo un útero bicorne o hipoplásico y los tumores de ovario, tienden a producir RCIU.

- Hipertensión Crónica y Preeclampsia. De acuerdo a Pollack y Diván (1992) los trastornos hipertensivos pueden producir cambios en los vasos placentarios que incluyen engrosamiento de la íntima e infarto. En estos casos la disminución de la capacidad funcional de la placenta para el intercambio de gases y aporte de nutrientes, pueden culminar en RCIU.

Por su parte según Rivera y Carizo (1999) a mayor presión diastólica (por encima de 90 mmHg), mayor será la proporción de retardo. Algunos autores atribuyen alrededor de 30% de los RCIU a la patología hipertensiva estando esta más asociada al RCIU asimétrico.



- La Diabetes según Blasco N. (1998) en las embarazadas con diabetes con compromiso vascular, frecuentemente tienen fetos con RCIU. El pronóstico materno feto neonatal, ha mejorado marcadamente con buen control metabólico de estas gestantes y con los nuevos estudios con madurez pulmonar, crecimiento somático y vitalidad fetal.
- Nefropatía de acuerdo a Rivera A. (1999): se ha relacionado con el retardo pero no se sabe si depende fundamentalmente de la hipertensión que suele observarse en ellas, o si la pérdida de proteínas plasmáticas puede agotar los nutrientes esenciales para el desarrollo del feto.
- Infecciones: las infecciones intrauterinas crónicas, en general inhiben el crecimiento del feto y se conocen varias etiologías. Los organismos asociados con mayor frecuencia son los virus de la rubéola, citomegalovirus y el toxoplasma.

Aunque las infecciones en general, y aquellas que afectaban la placenta en particular, suelen producir daño celular y compromiso del endotelio capilar en la placenta; el paso posterior de microorganismos al feto altera la reproducción celular a todos los niveles, llegando en última instancia, a ocasionar retardo de crecimiento y mal formaciones múltiples.

Según Manotas R., (1994) están:

Las infecciones por bacterias (infecciones urinarias o vaginales) se han relacionado con partos prematuros, bajo peso y pequeños para la edad gestacional, más aun cuando pasan desapercibidas, la invasión por bacterias del espacio coriodecidual activa la liberación de endotoxinas y exotoxinas, que a nivel de la decidua y de las membranas fetales producen un número de citocinas que incluyen:



factor de necrosis tumoral, 1- alfa, interleukina, 1- beta, interleukina -6, interleukina - 8 y factor estimulador de colonias granulocíticas.

Todas ellas estimulan la síntesis de prostaglandinas y también inician la quimiotaxis, infiltración y activación de neutrófilos, culminado en la síntesis y liberación de metaloproteasas, y otras sustancias bioactivas.

- Hemorragia y Anemias. De acuerdo a Coronel C. y Col. (2001), las hemorragias genitales, escasas y reiteradas especialmente alrededor de la segunda mitad de la gestación y la anemia crónica materna no tratada, aumenta la tasa de recién nacidos pequeños para la edad gestacional.
- Insuficiencia Placentaria. La placenta es el órgano que se encarga de la nutrición y respiración necesaria para conservar la vida fetal; por ello las anomalías y en estructuras guardan relación por la desnutrición fetal. Las anomalías placentarias (desprendimiento crónico, corioangiomas, placenta previa, acreta o circunvalada) están relacionadas con retardo.

Complicaciones del Recién Nacido Bajo Peso

1. Trastornos Pulmonares.

Los recién nacidos con bajo peso al nacer presentan trastornos pulmonares con mayor frecuencia.

El Síndrome de Distress Respiratorio (SDR), comúnmente llamado Enfermedad de Membrana Hialina, en su cuadro clínico que ocurre usualmente en recién nacidos prematuros que están asociados al déficit de surfactante alveolar en el pulmón



inmaduro de estos neonatos. La incidencia de SDR es inversamente proporcional a la edad gestacional; así se describe una incidencia aproximada del 80% en neonatos con edad gestacional de 28 semanas o menos un 75% en neonatos con edad gestacional entre 29 y 30 semanas, un 48% en aquellos con 31 a 32 semanas y un 33% en los mayores de 33 semanas, en los mayores de 37 semanas de apenas un 5%. (Godoy R., 2.002, Lemons J. 2.001).

Asimismo Klaus y Fanaroff, (1.997) afirman que la asfixia neonatal tiende a ser común y profunda en recién nacidos pequeños para la edad gestacional, especialmente en aquellos pacientes asimétricos como estos niños carecen de apoyos placentarios adecuados al final de su vida intrauterina, no poseen la reserva habitual de glucosa proveniente de la madre, de las reservas de carbohidratos son bajas y con frecuencia y la oxigenación es marginal. Por lo tanto la hipoxemia severa es común y rápidamente se produce asidemia. Se interpreta esta asfixia como el fracaso del establecimiento de respiraciones regulares a 5 minutos y se presenta con frecuencia 5 a 10 veces mayor en éste grupo que los recién nacidos normales.

Los recién nacidos con retardos asimétricos a términos o próximos a él, tienden a respirar líquidos amnióticos. Esto es consecuencia de la asfixia prenatal que estimula el bloqueo en el feto. En respuesta a la asfixia con frecuencia se elimina meconio y aunque el material es viscoso se disemina por el líquido amniótico.

Sin embargo, Avery G, (2.000); Gomella y Cunningham, (2.002) señalan que: evidentemente, estos recién nacido presentan dificultad respiratoria y como regla esta es secundaria a la aspiración de líquido amniótico. La severidad de la enfermedad esta relacionada con la cantidad de material aspirado. Aunque los que aspiran líquidos no contaminados pueden estar gravemente comprometidos al comienzo, su dificultad respiratoria desaparece rápidamente en 48 horas. Si se aspira meconio con el líquido amniótico el problema es más severo más prolongado (frecuentemente 10 días o más)



y suele complicarse con neumomediastino o neumotórax. Ocasionalmente se produce hemorragia pulmonar como manifestación de la coagulación intravascular diseminada inducida por asfixia o hipotermia.

2. Trastorno Metabólicos.

La hipoglicemia, hipocalcemia y acidosis son los problemas más frecuentes en los neonatos bajo peso (Manotas R; 1.994).

La hipoglicemia en estos prematuros se explica por que en el tercer trimestre de la gestación es fundamental para el depósito de glucógeno hepático. A mayor grado de prematurez, menor será el nivel de glucógeno disponible. La inmadurez funcional enzimática en lo concerniente a la gluconeogenesis y la glucógenolisis potenciaría su tendencia a la hipoglicemia por otro lado la masa cerebral relativamente aumentada en relación con otras edades, serian responsable del mayor consumo de glucosa durante el ayuno.

Los pequeños para edad gestacional son especialmente susceptibles de presentar hipoglicemia por la asociación entre reservas de sustratos disminuidas y una incapacidad para mantener la producción de glucosa. (Meneghello 1.999).

3. Trastornos Hematológicos.

Según Gomella y Cunningham, (2.002) afirman que: se describe con mayor frecuencia dentro de las patologías hematológicas la policitemia. Los niños prematuros y con retardos tienen un aumento del volumen eritrocitario y niveles elevados de eritropoyetina, secundario a la hipoxia. La policitemia puede contribuir también a la hipoglicemia, daños cerebrales.



Al respecto Martínez A. (1992) señala que: la anemia se observa en los prematuros con retardo, porque las reservas de hierro al nacer son cuantitativamente proporcionales a la edad gestacional y al déficit.

4. Trastornos de la Termorregulación.

La conservación de la temperatura corporal esta dada por un equilibrio entre las pérdidas y la producción de calor. La labilidad del bajo peso al nacer para mantener su temperatura en espectros normales esta dada principalmente por su gran superficie corporal en relación su peso o volumen y una delgada capa de aislamiento cutáneo. Como resultado presenta mayor pérdida de calor por unidad de peso. (Meneghello y Col., 1.999. Gomella y Cunnigham, 2.002). La temperatura ideal para el cuidado de recién nacido bajo peso es la llamada temperatura neutral, la cual se define como el espectro de temperatura ambiental en el que el consumo de oxígeno es mínimo.

La incubadora ha sido el gran medio para proporcional a los prematuros un ambiente adecuado.

5. Problemas Infecciosos.

Según Meneghello y Col., (1999), los recién nacidos bajo peso la nacer tienen mayor susceptibilidad a infecciones y estas evolucionan con rapidez hacia una generalización con carácter de septicemia.

Al respecto Godoy R, (2002), se consideran tres mecanismos posibles que explican la mayor susceptibilidad a las infecciones en los recién nacidos de bajo peso al nacer. El Primero es el concepto de programación, que consiste en la madurez del sistema inmunológico durante la vida fetal de acuerdo con la vulnerabilidad a los efectos de desnutrición materna y/o a la exposición a tóxicos. El segundo son los



micronutrientes como zinc, cobre y hierro, que juegan con papel clave en la función del sistema inmunológico; están en menor cuantía en los pretérminos ya que el 50% de los micro nutrientes se transfiere de la madre al feto en las ultimas semanas de gestación, y el tercer mecanismo es la menor frecuencia de amamantamiento, en comparación con aquellos cuyos pesos al nacer es adecuado.

Se ha establecido la relación entre infecciones y la edad gestacional.

Las infecciones son menos frecuentes en los pretérminos tardíos (34-36 semanas), y con mayor frecuencia en los pretérminos menores de 30 semanas (Godoy R., 2.002), Según la forma en que se adquiere se puede dividir en connatales, cuando son adquiridas en el útero o en el canal de parto, y nosocomiales, cuando son adquiridos por contagios intrahospitalario. (Meneghello y Col; 1.999).

Las infecciones crónicas se asocian al RCIU, el síndrome de TORCH con frecuencia produce RCIU de tipos simétricos (Goldenberg y Col 2.000).

6. Hemorragias Intracraneanas.

La Hemorragias Intracraneanas que se ve en especial en el prematuro es la periventricular. Los principales factores que condiciona que los prematuros presenten esta complicación son anatomía labi en la región Subependimaria y limitación en su capacidad para la autorregulación del flujo cerebral. Esto implica que todos los factores que alteran la presión arterial repercuten en el flujo cerebral y por ende el riesgo de hemorragia. (Menenghello y Col; 1.999). Jame A. Lemons y Col. 2.001 encontraron hemorragias intracraneanas en un 30% de los recién nacidos bajo el peso de su estudio.



7. Ictericia.

Según Godoy R., (2.002) Meneghello y Col., (1.999) afirman que la incidencia de Ictericia en los pretérminos se aprecia hasta un 80% y aumenta en recién nacido con extremado bajo peso al nacer. La Ictericia en el prematuro se debe a la inmadurez de sus sistemas de conjugación y excreción hepáticas.



Sistema De Variables

Variable	Indicador	Definición Teórica	Definición Operacional
Incidencia	Incidencia	Número de casos nuevos de Recién Nacidos con Bajo Peso al Servicio de Pediatría del Hospital “Dr. Raúl Leoni Otero” de San Félix, Estado Bolívar, Venezuela durante el período Segundo Semestre 2006.	Número, frecuencia y tasa, según respuesta a la Pregunta N° 1 del Formulario FRMBPN.
Características Personales	Edad	Periodo de tiempo transcurrido desde el nacimiento hasta el ingreso del Recién Nacido con Bajo peso al Servicio de Pediatría del Hospital “Dr. Raúl Leoni Otero” de San Félix Estado Bolívar, Venezuela durante el Segundo Semestre 2006.	Tiempo promedio de días de los neonatos con bajo peso según pregunta N° 1.1 del Formulario FRMBPN.
	Sexo	Condición orgánica que distingue al masculino del femenino en el Recién Nacido Con Bajo Peso ingresado en el Servicio de Pediatría del Hospital Dr. Raúl Leoni Otero de San Félix Estado Bolívar, Venezuela durante el Segundo Semestre 2006.	Número y porcentaje de pacientes masculino o femenino según respuesta a la Pregunta N° 1.2 del Formulario FRMBPN.
	Peso Al Nacer	Masa corporal del recién nacido al momento de nacer ingresado en el Servicio de Pediatría del Hospital “Dr. Raúl Leoni Otero” de San Félix Estado Bolívar, Venezuela durante el Segundo Semestre 2006.	Frecuencia y porcentaje de expresado en gramos según respuestas a la Pregunta N° 1.3 del Formulario FRMBPN.



	Talla al nacer	Longitud media expresada en cm del Recién Nacido con Bajo Peso al momento de nacer ingresado en el Servicio de Pediatría del Hospital Dr. Raúl Leoní Otero de San Félix Estado Bolívar, Venezuela durante el lapso Segundo Semestre 2006.	Frecuencias y porcentaje de talla expresada según respuestas a la Pregunta N° 1.4 del Formulario FRMBPN.
--	----------------	---	--

Sistema De Variables



Variable	Indicador	Definición Teórica	Definición Operacional
Factores Maternos	Control prenatal Efectivo	Antecedentes de asistencia a la consulta prenatal regulan (5 consultas) de las Madres de los Recién Nacidos con Bajo Peso al Nacer que ingresaron al Servicio de Pediatría del Hospital "Dr. Raúl Leoni Otero" de San Félix Estado Bolívar, Venezuela durante el Segundo Semestre 2006.	Frecuencias y porcentaje de respuestas a la Pregunta N° II.1 del Formulario FRMBPN.
	Edad Materna	Periodo de tiempo en años desde el nacimiento al día del parto de la madre del Recién Nacidos de Bajo Peso al nacer Ingresado en el Servicio de Pediatría del Hospital "Dr. Raúl Leoni Otero" de San Félix Estado Bolívar, Venezuela durante el Segundo Semestre 2006.	Frecuencias y porcentaje de respuestas a la Pregunta N° II.2 del Formulario FRMBPN.
	Infección Urinaria	Antecedentes de infección por algún agente patógeno (bacterias con mayor frecuencia), de cualquiera de los segmentos del aparato urinario durante el embarazo en la madre de Recién Nacidos con Bajo Peso al Nacer ingresado en Servicio de Pediatría del Hospital "Dr. Raúl Leoni Otero" de San Félix Estado Bolívar, Venezuela durante el Segundo Semestre 2006.	Frecuencias y porcentaje de respuestas a la Pregunta N° III.3 del Formulario FRMBPN.
	Embarazos Múltiples	Antecedentes de embarazos anteriores de más de un embrión en la madre del Recién Nacido con Bajo Peso al Nacer que ingresa al Servicio de pediatría del Hospital "Dr. Raúl Leoni Otero" de San Félix Estado Bolívar, Venezuela durante el Segundo Semestre 2006.	Frecuencias y porcentaje de respuestas a la Pregunta N° II.4 del Formulario FRMBPN.

Sistema De Variables



Variable	Indicador	Definición Teórica	Definición Operacional
Características Clínicas del Recién Nacido	Hábitos Tóxicos	Antecedentes de consumo de Sustancia tóxicas (cigarrillo, bebidas alcohólicas y drogas) introducida al organismo que pueda dañar a las madres de Recién Nacidos con Bajo Peso al Nacer ingresado en el Servicio de Pediatría del Hospital "Dr. Raúl Leoni Otero" de San Félix Estado Bolívar, Venezuela durante el Segundo Semestre 2006.	Frecuencias y porcentaje de respuestas a la Pregunta N° II.6 del Formulario FRMBPN.
	Leucorrea	Antecedente de flujo vaginal durante el embarazo en la madre del Recién Nacido con Bajo Peso al nacer Ingresado en el Servicio de Pediatría del Hospital "Dr. Raúl Leoni Otero" de San Félix Estado Bolívar, Venezuela durante el Segundo Semestre 2006.	Frecuencias y porcentaje de respuestas a la Pregunta N° II.5 del Formulario FRMBPN.
	Pre-eclampsia	Antecedentes de alta presión arterial durante el embarazo en la madre del Recién Nacido con Bajo Peso al nacer Ingresado en el Servicio de Pediatría del Hospital "Dr. Raúl Leoni Otero" de San Félix Estado Bolívar, Venezuela durante el Segundo Semestre 2006.	Frecuencias y porcentaje de respuestas a la Pregunta N° II.8 del Formulario FRMBPN.
	Malformaciones Congénitas	Presencia de defecto adquirido en el embarazo al momento de nacer del Recién Nacido con Bajo Peso Ingresado en el Servicio de Pediatría del Hospital Dr. Raúl Leoni Otero de San Félix Estado Bolívar, Venezuela durante el Segundo Semestre 2006.	Frecuencias y porcentaje de respuestas a la Pregunta N° III.1 del Formulario FRMBPN.

Sistema De Variables



Variable	Indicador	Definición Teórica	Definición Operacional
	Distres Respiratorio	Presencia de Dificultad Respiratoria y gradación por la Escala de Silverman en el recién nacido con Bajo Peso al nacer del Ingresado en el Servicio de Pediatría del Hospital "Dr. Raúl Leoni Otero" de San Félix Estado Bolívar, Venezuela durante el Segundo Semestre 2006.	Frecuencias y porcentaje de respuestas a la Pregunta N° III.3 del Formulario FRMBPN.
	Morbilidad	Procesos Morbosos asociados al Bajo Peso al nacer en el Recién Nacidos con Bajo Peso al Nacer ingresado en el Servicio de Pediatría del Hospital "Dr. Raúl Leoni Otero" de San Félix Estado Bolívar, Venezuela durante el Segundo Semestre 2006.	Frecuencias y porcentaje de respuestas a la Pregunta N° II.6 del Formulario FRMBPN.



CAPÍTULO III

MARCO METODOLÓGICO

Tipo de Investigación

El presente estudio desde el punto de vista de su temática y objetivos se ubica en la modalidad de Campo que según La Universidad Pedagógica Experimental Libertador (1990) se entiende como "...el análisis sistemático de problemas con el propósito de describirlos, explicar sus causas y efectos, entender su naturaleza y factores constituyentes o predecir su ocurrencia " (p 6) así como también se define según Arias FG (2004) "como la recolección de datos directamente de los sujetos investigados, o de la realidad donde ocurren los hechos (datos primarios), sin manipular o controlar variable alguna "(p 24) por lo que se realizó la recolección de datos en el lugar de los acontecimientos, es decir el hospital "Dr. Raúl Leoni Otero" de San Félix, Estado Bolívar.

La Investigación de Campo es de tipo Descriptiva ya que tiene como función la "... caracterización de un hecho fenómeno o grupo con el fin de establecer su estructura o comportamiento ... ", (Ividimen p 22). En este caso se caracterizó al Binomio madre - hijo que resultaron con bajo peso al nacer.

Desde el punto de vista Epidemiológico es un estudio, Observacional Descriptivo, sustentado en lo formulado por Beaglehole, R. y Bomta, R (1. 994), "... En un estudio observacional-descriptivo el investigador mide pero no interviene, describe la frecuencia y características de un determinado grupo de pacientes con una



enfermedad específica" (p 33), así mismo es de corte transversal que según Rothman, K. J (2000) " es un estudio que incluye como sujetos a todas las personas que están en la población en el instante de la determinación, incluidos los que padecen la enfermedad ... " (p 81).

En este caso se observó y describió los Factores de Riesgo Maternos del Bajo peso al Nacer en el Binomio madre-recién nacidos desde junio hasta Diciembre del 2006 donde se incluyeron a los recién nacidos y sus madres que estuvieron ingresados en el Hospital Docente asistencial "Dr. Raúl Leoni Otero".

Población y Muestra

El Universo (N) y muestra (n) de este estudio estuvo representado por los siguientes grupos poblacionales:

a) Recién nacidos intrahospitalarios con Bajo Peso al Nacer que ingresaron al Servicio de Pediatría (retenes sanos y patológicos) en el Segundo Semestre del año 2006. Se denominará N1: un total de 302 recién nacidos con Bajo peso al nacer.

b) Las madres de los recién nacidos intrahospitalarios con Bajo Peso al Nacer que ingresan al Servicio de Pediatría; se denominará N2: un total de 302 madres.

Como estos grupo poblacionales son pequeños, la muestra estuvo conformada por ellos mismo.

En este estudio se contó con Unidades de Análisis que están representados por las historias clínicas de los pacientes ingresados por el Bajo Peso en el Servicio de



Pediatría del Hospital “Dr. Raúl Leoni Otero” durante el lapso Junio 2006 hasta Diciembre 2006; en sus dos presentaciones:

- a) La Historia clínica utilizada en el Hospital “Dr. Raúl Leoni Otero”.
- b) Las historias clínicas propuestas por el Dr. Orta, lo que permitió evaluar la recolección de los datos de importancia en esta investigación.

Para comparar el uso de ambas Historias Clínicas y sus beneficios, se tomó una muestra estadísticamente representativa que correspondió al 14,5 % de Recién Nacidos Intrahospitalarios (2864) resultando una muestra de 302 Historias Clínicas.

Instrumento de Recolección de Datos

Se realizó una entrevista epidemiológica elaborada en base a cuestionario diseñado por el investigador, dicha entrevista estuvo focalizada a individuos que forman parte de la población y muestra.

Ahora bien, el cuestionario fue semi estructurado con preguntas cerradas y abiertas, dicotómicas y de listado que permitieron la cuantificación de las variables, también se utilizó la observación directa para aquella información que no pudo ser obtenida a través de la entrevista recabando de esta forma, los datos necesarios para la realización del estudio.

El cuestionario que se utilizó se denomina “Factor de Riesgo Materno en Recién Nacidos de Bajo Peso” (FRMRNBP).



A este cuestionario que se le realizó estudio de validez de contenido por tres expertos y se le calculó el Índice de Confiabilidad a través del Coeficiente Alfa de Crombachs, antes de ser aplicado.

Procedimientos

1.- Solicitud de autorización para llevar a cabo la investigación ante al Comité de Postgrado de Pediatría y Coordinación Docente, y Dirección del Hospital “Dr Raúl Leoni Otero”.

2.- Revisión Bibliográfica y Documental.

3.- Visita a la Coordinación en el Distrito Sanitario Salud Reproductiva y Registros Médicos Estadística de Salud del Hospital “Dr. Raúl Leoni Otero” para recabar información sobre la Incidencia del Bajo Peso al Nacer en este centro asistencial.

4.- Selección de los individuos que conforman la población y muestra, para ello se cumplieron los siguientes pasos:

4.1.- Visitas diarias a la Sala de Parto del Hospital “Dr. Raúl Leoni Otero” a objeto de verificar los ingresos de recién nacidos con Bajo Peso al Nacer.

4.2.- Visitas diarias al Reten Patológico 7:00 a.m con el objeto de conocer la cantidad de Recién Nacidos con Bajo Peso las 24 horas anteriores.



4.3.- A los individuos que formaron parte de n_j , se procedió a la medición de la talla y el peso de los pacientes a través de un tallímetro marca Helth o meter de 160kg de capacidad y además para los niños menores de 2 años se utilizó un Infantómetro Marcad defecto, serial WGBB ity usa de 65 kg de capacidad.

4.4.- Visita al Servicio de Maternidad 1 y TI para ubicar las madres de los recién nacidos. Estas conformaron el grupo muestral n_2 .

4.5.- Para la selección de las unidades de análisis se visitaba de Lunes a Viernes la Sala de Parto se enumeraba el nacimiento según su orden de ocurrencia 1,2,3,4,5,6,7,8,9,10.....etc, aquellos que fueron múltiplo de 8 pasaron a formar parte de esta muestra.

5.- Diseño y Validación del Instrumento.

6.- Aplicación del Instrumento de Recolección de Datos.

7.- Tabulación de los Datos.

8.- Análisis de los Datos.

9.- Presentación de los Resultados.

Técnicas de Recolección, Tabulación y Análisis de los Datos.

Por medio de entrevista se recolectaron los datos utilizando como instrumento el formulario **FRMBPN** y de Historias Médicas



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.

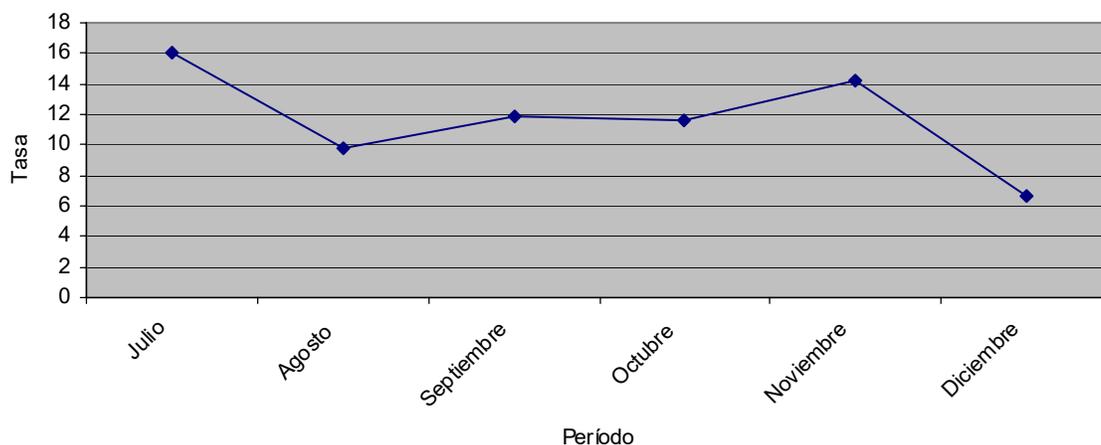


CAPITULO IV

PRESENTACION Y ANALISIS DE RESULTADOS

Grafico 1

Incidencia de Recién Nacidos de Bajo Peso al Nacer por Mes. Servicio de Pediatría. Hospital “Dr. Raúl Leoní Otero” San Félix, Estado Bolívar, Venezuela. Segundo Semestre 2006.

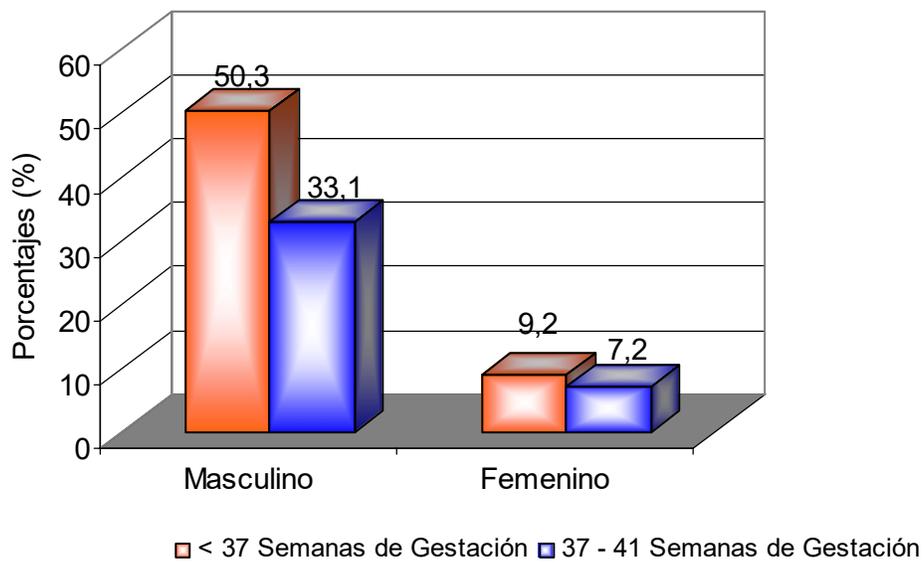


Fuente: Cuadro 1

La Tasa de Incidencia de Recién Nacidos de Bajo Peso al Nacer en el Servicio de Pediatría para el segundo semestre del año 2006 fue de 10,4% siendo los meses de mayor ingreso Agosto, Septiembre y Octubre donde ingresaron 2.894 Recién Nacidos, siendo de Bajo Peso al nacer 302 recién nacidos; los meses decrecientes fueron los tres últimos meses del año, resultando diciembre el de menor ingreso. Resultado que coincide con lo reportado por Hoelkerman R. (1999), quien reportó una incidencia de 8-10% en los países subdesarrollados. (Ver cuadro 1 en anexo)

**Grafico 2**

Recién Nacidos de Bajo Peso al Nacer por edad gestacional y sexo, Servicio de Pediatría. Hospital “Dr. Raúl Leoní Otero” San Félix, Estado Bolívar, Venezuela. Segundo Semestre 2006.



Fuente: Cuadro 2. Datos Procesados por el Autor.

La mayoría de los recién nacidos presentaron una edad gestacional menor de 37 semanas (83,4%), siendo el sexo masculino el de mayor prevalencia (59,6 %) que el femenino (40,4 %) no habiendo diferencia significativa entre ambos sexos. Al respecto Vélez P, F. (2000) señala que el bajo peso fue similar en femeninos y masculinos. (Ver cuadro 2 en anexo)

**Grafico 3**

Clasificación de los Recién Nacidos de Bajo Peso al Nacer* Servicio de Pediatría. Hospital “Dr. Raúl Leoní Otero” San Félix, Estado Bolívar, Venezuela. Segundo Semestre 2006.



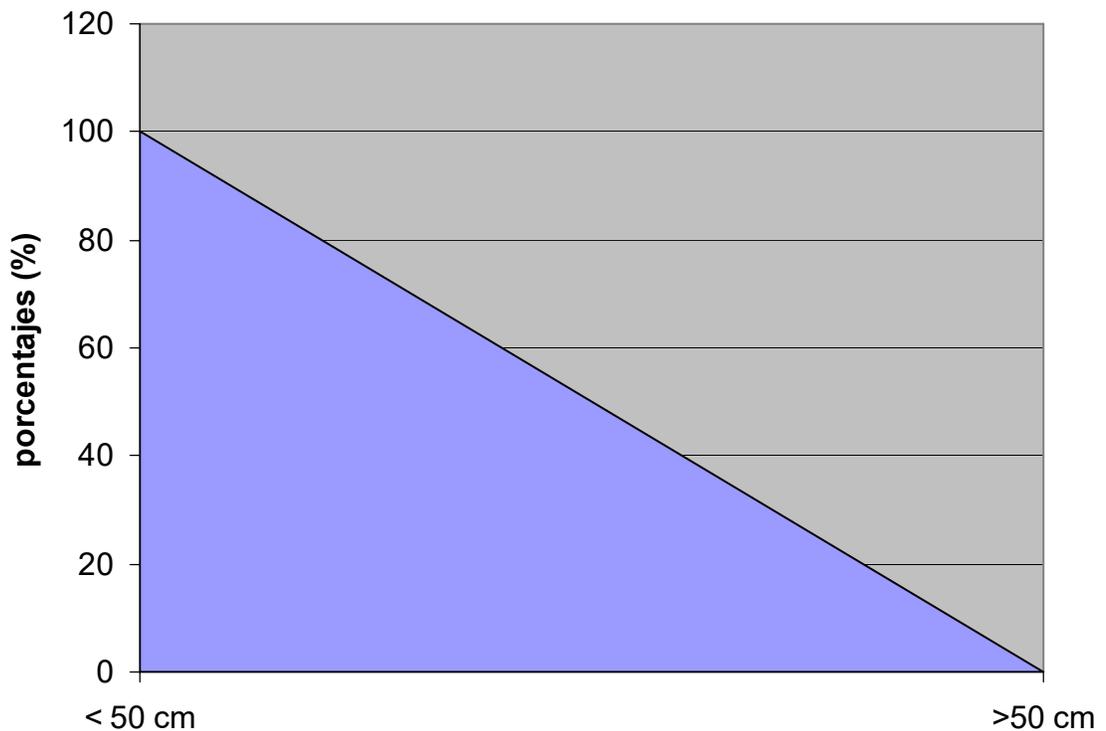
Fuente: Cuadro 3.

La clasificación de los recién nacidos de Bajo Peso al Nacer la mayoría estaban en la categoría muy bajo peso 95%, solo un 5 % estaba extremadamente de bajo peso. Según lo señala Cooper, P. (1989). (Ver cuadro 3 en anexo)



Grafico 4

Talla del Recién Nacido de Bajo Peso al Nacer. Servicio de Pediatría. Hospital “Dr. Raúl Leoní Otero” San Félix, Estado Bolívar, Venezuela. Segundo Semestre 2006.



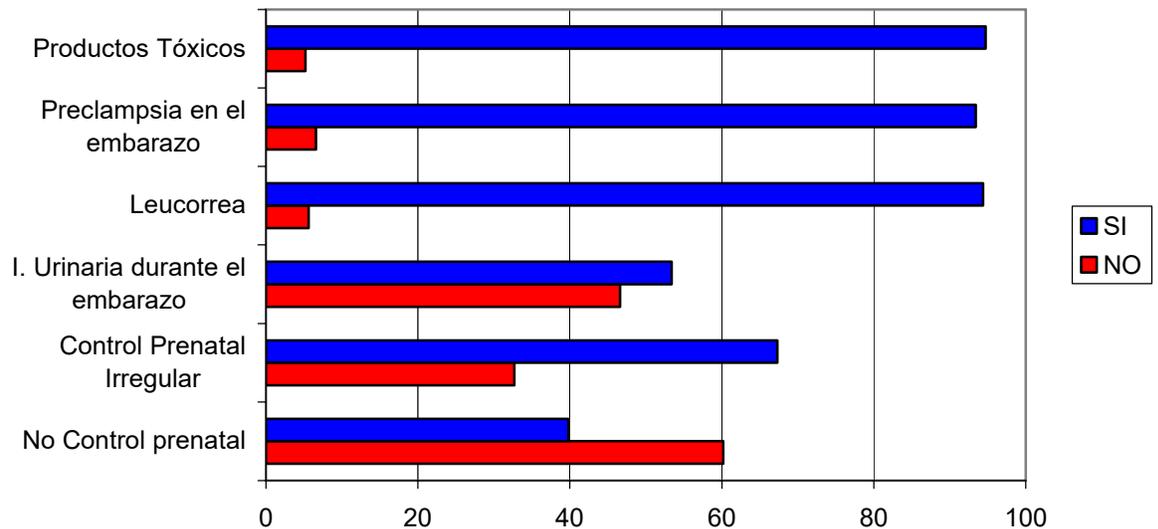
Fuente: Cuadro 4

La talla promedio de los Recién Nacidos de Bajo Peso es menor de 50 cm en el 100% de los pacientes ingresaron al Servicio de Pediatría durante el segundo Semestre del 2006. Según Cooper (citado por Avery, G. 2000). (Ver cuadro 4 en anexo)



Grafico 5

Factores de Riesgo Maternos asociados a Bajo Peso al Nacer en Recién Nacidos. Servicio de Pediatría. Hospital “Dr. Raúl Leoní Otero” San Félix, Estado Bolívar, Venezuela. Segundo Semestre 2006.

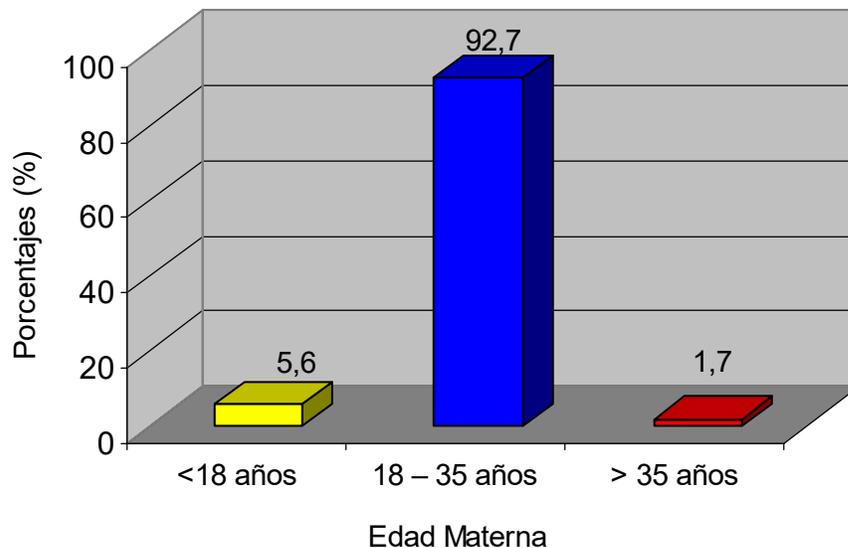


Fuente: Cuadro 5

El factor de riesgo materno de mayor prevalencia es la falta de control prenatal en un 60,2 % y la infección urinaria durante el embarazo en un 46,6%, de acuerdo a lo planteado en un estudio realizado en República Dominicana donde reportaron que en un 47% de los Recién Nacidos de Bajo Peso presentaban antecedente de infección urinaria materna coincidiendo dicho resultado con este estudio. (Ver cuadro 5 en anexo)

**Grafico 6**

Edad Materna de Recién Nacidos de Bajo Peso al Nacer. Servicio de Pediatría. Hospital “Dr. Raúl Leoní Otero” San Félix, Estado Bolívar, Venezuela. Segundo Semestre 2006.



$\bar{X} = 32$ años

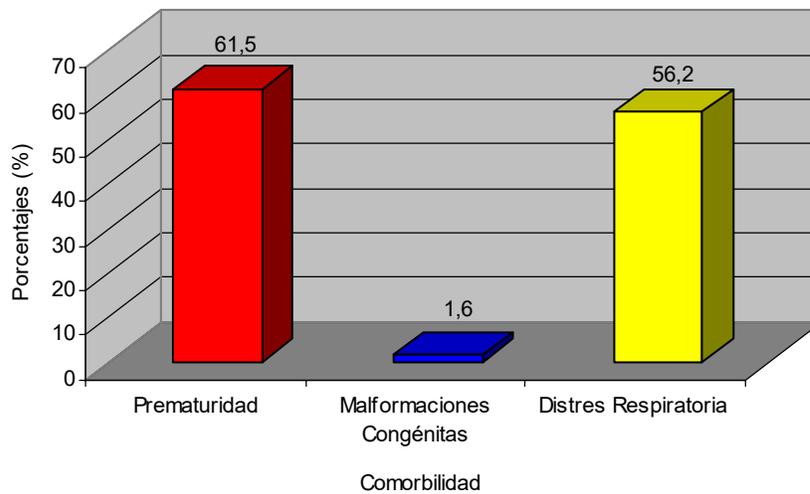
Fuente: Cuadro 6. Datos Procesados por el Autor.

La mayoría de las madres de los recién Nacidos de Bajo Peso al Nacer tenían una edad promedio $\bar{X} = 32$ años, es decir, estaban entre 18 a 35 años (92,7%) estos resultados no coinciden con lo planteado por Yu-Tang, (2.000), Cardozo V. y Col. (1.998), Salazar H. (2.001) y Silva Bafarezo y Col. (2.003), quienes señalan que existe una asociación entre las edades extremas (menor de 18 años y mayor de 35 años) de las madres y la presencia de Bajo Peso al Nacer. (Ver cuadro 6 en anexo)



Grafico 7

Comorbilidad en Recién Nacidos de Bajo Peso al Nacer. Servicio de Pediatría. Hospital “Dr. Raúl Leoní Otero” San Félix, Estado Bolívar, Venezuela. Segundo Semestre 2006.

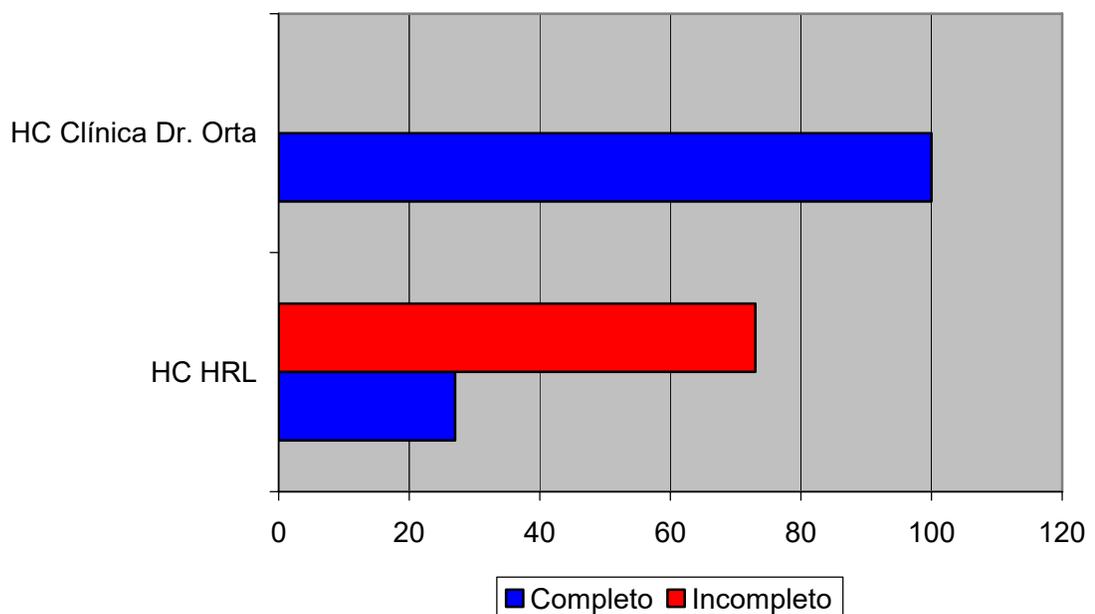


Fuente: Cuadro 7. Datos Procesados por el Autor.

La comorbilidad más frecuente en los Recién Nacidos de Bajo Peso al Nacer fue la Prematuridad en el 61,5 % y el Distres respiratorio en el 56,2 %. Godoy R., 2.002, Lemons J. 2.001 reportan que la Incidencia de SDR es inversamente proporcional a la edad gestacional; así se describe una incidencia aproximada del 80% en neonatos con edad gestacional de 28 semanas o menos un 75% en neonatos con edad gestacional entre 29 y 30 semanas, un 48% en aquellos con 31 a 32 semanas y un 33% en los mayores de 33 semanas, en los mayores de 37 semanas de apenas un 5%. (Ver cuadro 7 en anexo)

**Grafico 8**

Comparación de Historias Clínicas del Hospital “Dr. Raúl Leoni Otero” con Historia Clínica del “Dr. J. Orta” San Félix, Estado Bolívar, Venezuela Segundo Semestre. 2006



Fuente Cuadro 8

Al comparar los datos de la Historia clínica del Hospital “Dr. Raúl Leoni Otero” con la historia clínica del “Dr. J Orta”, se pudo observar que la historia del hospital en su mayoría estaban incompletas es decir el 73 % de ellas; sin embargo la Historia Clínica del Dr. Orta el 100% se llenaron completas la explicación está en que las Historias Clínicas propuestas del Dr. J. Orta fueron realizadas por personal entrenado para ello (residentes de Pediatría) y no por los que la llenan en Obstetricia. (Ver cuadro 8 en anexo).



CAPITULO V

DISCUSIÓN

De acuerdo al Informe de la Oficina Panamericana de la Salud (OPS), de julio de 2005 en los últimos cinco años, América Latina y el Caribe han seguido avanzando en el combate al hambre, en mejorar la equidad de género en la educación, en incrementar el acceso a agua potable y en reducir la mortalidad infantil, pero la región continúa rezagada en el cumplimiento de algunas de las metas del milenio, como reducir la pobreza extrema a la mitad, reducir la mortalidad materna y el VIH/SIDA, universalizar la educación primaria y revertir el deterioro del medio .

El predominio de RNBP para nuestra región, generalmente se ha quedado sin modificación en los últimos años, se alcanzan cifras entre 8 % y 14 % y ello ha sido responsable de casi 80 % de las muertes del período neonatal (Schwarcz R, Díaz A. 1992).

El Índice de Bajo Peso al Nacer hallado en nuestro trabajo (10,4%) fue superior al de O. Díaz y otros (1998) (7,6 %). Por otra el SISVAN para el año 2006 refiere una tasa del 10,1% coincidiendo esta cifra con la de este estudio sin embargo, González, V. y Polo, J. (1998) reportaron un índice de 24 %, por lo que podemos concluir que los programas preventivos no han logrado sus objetivos.

La literatura médica consultada refiere que los riesgos para la salud aumentan cuando la madre es adolescente o tiene más de 35 años, a causa de que las condiciones biopsicosociales repercuten en mayor cuantía y existe una mayor incidencia de gestosis e intervenciones obstétricas.



Algunos autores como Nebott M, Rohits I., Diez E., Valero C. (1999) no encontraron asociación entre la edad materna y el Bajo Peso al Nacer, lo cual se justifica dado que todo factor de riesgo tiene una influencia desigual.

Algunos investigadores como O. Díaz y otros (1998) señalan que el Índice de Bajo Peso al Nacer encontrado en nuestro trabajo fue superior a (7,6 %). Por otra parte González, V. y Polo, J. (1998) refieren que la primiparidad se asocia con el RNBP, y otros González, V. (1998) señalan una mayor frecuencia en las múltiparas. Nuestros resultados no coinciden con los de Pagola, P y otros (1999).

Por otro lado Schwarcz R, Díaz A. (1992) afirma que detrás de la morbilidad y mortalidad están la prematuridad con sus complicaciones, insuficiencia respiratoria y la sepsis, enemigos a vencer en la medicina moderna y gran reto para obstetras, pediatras, neonatólogos, epidemiólogos y en general para el estado.

En cuanto a la presencia de enfermedades asociadas al embarazo, diversos autores como Medina, J., Sarmiento, G., Wong, Y (1999) han demostrado que dichas afecciones constituyen un factor determinante en la génesis del Recién Nacido con Bajo Peso al Nacer. Aunque en este estudio la Infección Urinaria y la Preclampsia en el embarazo resultó ser el factor de riesgo materno de mayor incidencia, hay investigadores como Cuba, M. (1998) que encontraron con mayor frecuencia la anemia y la sepsis cervicovaginal.



CAPITULO VI

CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

Conclusiones.

La Tasa de Incidencia de Recién Nacidos de Bajo Peso al Nacer en el Servicio de Pediatría para el segundo semestre del año 2006 fue de 10,4%.

Los meses de mayor ingreso fueron el trimestre entre Julio y Septiembre del año en estudio.

La mayoría de los recién nacidos presentaron una edad gestacional menor de 37 semanas siendo el sexo masculino el de mayor prevalencia con un 59,6%, mientras que el femenino fue de 40,4%, no habiendo diferencia significativa entre ambos sexos.

La clasificación de los recién nacidos de Bajo Peso al Nacer de acuerdo a Cooper la mayoría estaban en la categoría muy bajo peso.

La talla promedio de los Recién Nacidos de Bajo Peso fue menor de 50 cm.

El factor de riesgo materno de mayor prevalencia la falta de control prenatal y la infección urinaria durante el embarazo.

La mayoría de las madres de los Recién Nacidos de Bajo Peso al Nacer tenían una edad promedio de $X=32$ años, es decir estaban entre 18 a 35 años.



La comorbilidad más frecuente en los Recién Nacidos de Bajo Peso al Nacer fue la prematuridad y el distres respiratorio.

Las Historia clínica del Hospital “Dr. Raúl Leoni Otero” en su mayoría se encuentran incompletas a diferencia de las del Dr. Orta que fueron llenadas en un 100%.

Concluimos enfatizando que el RBNP es un neonato con alto riesgo de padecer afecciones perinatales y neonatales, y que deberíamos participar en los planes que en conjunto conviene integrar los sectores de la salud con otros distintos al mismo, pues el bien común es para la madre y su hijo, que en fin de cuenta es el futuro venezolano.

Recomendaciones

Según lo observado y descrito en la población estudiada en el Servicio de Pediatría del Hospital Dr. Raúl Leoní Otero de San Félix Estado Bolívar, Venezuela durante el Segundo Semestre 2006 y los hallazgos de la medicina que se basa en evidencias, se puede proponer un programa para prevenir el Bajo Peso al Nacer en esta población, con los siguientes objetivos:

Evaluar y mejorar las condiciones nutricionales de las mujeres en edad reproductiva a través de la promoción de la educación en salud.

Incentivar a la madre al control prenatal para que de esta manera el Obstetra diagnostique a través de la promoción de la salud.



Mejorar la dotación de equipos en la Unidad de Neonatología ya que la mayoría de los recién nacidos de Bajo Peso son prematuros y necesitan un mayor cuidado para así disminuir aquellas complicaciones que se presenten y así disminuir la morbimortalidad.

Se recomienda a la Comisión Técnica del Hospital Raúl Leoní Otero utilizar las Historias Clínicas del Dr. Orta para el registro de los datos de los recién nacidos ingresados al Servicio de Pediatría ya que permite obtener una información más completa del paciente.



REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Alonso, C. y Reyes, C. (1997) El bajo peso Rev Cubana Obstet Ginecol 1995; 11(2):142-50.
- Arias, F. (2004). El proyecto de investigación. Guía para su elaboración. 3ª edición. Editorial Epísteme. Caracas – Venezuela.
- Avery, G. (2000). Tratado de Neonatología. 7^{ma} Ed. Editorial Med. Panam, S.A. Argentina – Buenos Aires.
- Battaglia, F., Lubchenco L. A. (1967). Practical classification of newborn infants by weight and gestational age. J. Pediatría. 71:159.
- Bolzan, A., Guimarey L., Norry M. (2000). Factores de riesgo de retardo de crecimiento intrauterino y prematuridad en 2 municipios de la provincia de Buenos Aires. Argentina. Rev Chilena Pediatría, 71(3).
- Caiza, M. E. (1998). Crecimiento del niño: Fundamentos Fisiopatológicos. 1ª Ed. México. Edit. Interamericana. Mc Graw-Hill, S.A. 131-143.
- Cardozo, V. y Col. (1998) Análisis del bajo peso en la atención primaria. Rev Cubana Med Gen Integr; 11(4): 332-6.
- Cnattingius S., Bergstrom R., Lipworth L., Kramer M. (1998). Pregnancy weight and the risk of adverse pregnancy outcomes. N. Eng. Med. 338(3):147-152.
- Coronel Carvajal, C., Sánchez Torres. (2001) Bajo Peso al Nacer. Comportamiento de algunos factores de riesgo. Rev Española Pediatría; 57:397-402.



- Cuba, M. (1998). Bajo peso al nacer y edad materna. Rev Cubana Med Gen Integr; 8(4): 310- 16.
- Cumisky y Col. (1993) Antecedentes Obstetricos.; 11(5): 213-16. Ed. México. Edit. Interamericana. Mc Graw-Hill, S.A.
- Díaz, O., Soler, M. y Soler B. (1998). Aspectos epidemiológicos de bajo peso al nacer. Rev Cubana Med Gen Integr; 9(3): 234-44.
- EhrenKranz, R. A., Younes N. (1999). Longitudinal growth of Hospital very low birth weigh Infants. Ped., 104 (2): 280-289.
- Fernández y colabs. (2004) Incidencia de Bajo Peso al Nacer del Policlínico “Antonio Maceo”, Sevilla, España, Rev Española Pediát.; 59:398-402.
- Ganzer, B. (2001). Schwangerschaft und Rauchen. Pharmzig; Rev Cubana Med Gen Integr 136(3): 46-9.
- Godoy, R. (2002). Aspectos epidemiológicos de bajo peso al nacer. Ed. México. Edit. Interamericana. Mc Graw-Hill, S.A.
- González, V, Polo, J. (1998) Factores de riesgo en el bajo peso al nacer. Rev Cubana Obstet Ginecol; 14(1): 27-9.
- Goldenberg, R., Haulth J., Andrews W. (2000). Intrauterine infectin and preterm delivery. N. Engl. J. Med., 342 (20): 1500-1505.
- Gomella, T., y Cunningham, M. (2002). Neonatología. 4ª Ed. Edit. Med. Panam, S.A. 524-530.
- Hernández, F., López del Castillo, J., González J, Acosta N. El recién nacido de bajo peso: comportamiento de algunos factores de riesgo. Rev. Cubana Med. Gen. Integr. 1996; 12:44-9.



- Hoeckelman, R.A. (1998). Atención Primaria en Pediatría. 3^{ra} Ed. Editorial Harcourt Brace, S.A. España; 1:543-547.
- Klauss y Fanaroff (1997). Tratado de Neonatología. 2^a Edición. Editorial Mc Graw-Hill. México; 256-270.
- Nebott, M., Rohits, I., Diez E. y Valero, C. (1999). Maternity in adolescents at high social risk. Rev Aten Primaria 11(5): 213-16.
- Mavalankar, D., Gray, R., Trivedi, C. (1999). Risk factors for preterm and term low birth weight in Ahmedabad, India. Int J Epidemiol; 21(2): 265-70.
- Medina, J., Sarmiento, G., Wong, Y. (1999). El bajo peso al nacer y su relación con los antecedentes obstétricos. Rev Cubana Med Gen Integr; 6(3): 356-63.
- Manotas, R. Fundamentos en Pediatría: Neonatología. Corporación para las Investigaciones Biológicas. Colombia; 1:546 – 555.
- Meneghello, J., Fanta N. E., París E. y Puga (1999). Pediatría. 5^o Ed. Argentina Edit. Med. Panam, S.A: P. 510-527.
- Organización Panamericana de Salud (2003) Disponible en:
<http://www.unicef.org/spanish/specialsession/documentation/archive.htm>
- Organización Mundial de la Salud (2005) Disponible en:
<http://www.unicef.org/spanish/specialsession/documentation/archive.htm>
- Oyarzun, E. (1999). Retardo de Crecimiento Intrauterino. (Documento en Línea).
Disponible en:
<http://escuela.med.pue.el/Departamentos/Pediatría/Pediat.juez.html>.
- Pagola, P. (1995). El bajo peso. Algunos aspectos de interés obstétrico. Rev Cubana Obstet Ginecol; 11(2):142-50.



- Pollack, R., Diván, M. (1992). Retardo de Crecimiento Intrauterino: Definición, Clasificación y Causas. Clin. Obst Gynecol, 1:97-104.
- Rey, H. (1986) Recién nacidos de Bajo Peso al Nacer en el Hospital Gineco-Obstétrico Guanabacoa (Cuba) durante el período Enero 1995 – Diciembre 1999, Arch. Ven. Puer. Ped. 6:90
- Rivera, A., Carrizo, J. (1999). Desnutrición en Recién Nacidos de Madres Pre-Eclámpticas. Arch. Ven. Puer. Ped. 62:80.
- Ringdahle, N. (1999). The role of the Family Physician in preventing teenage pregnancy. Am Fam Physician ; 45(5): 2 215-20.
- Rohrer, A. (2001). Análisis del bajo peso en la atención primaria. Rev Cubana Med Gen Integr; 11(4): 332-6.
- Schwarcz, R., Díaz, A., (1992) Epidemiología del bajo peso al nacer y mortalidad perinatal en maternidades de América Latina. Montevideo, Uruguay: Publicación Científica No. 915 CLAP/OPS.
- Salazar, H. (2001) Factores de riesgo en el bajo peso al nacer. Rev Cubana Obstet Ginecol; 14(1): 27-9.
- Silva, Bafarezo y Col. (2.003), Bajo peso al nacer y edad materna. Rev Cubana Med Gen Integr 8(4): 310- 16.
- Yu-Tang, (2000), Causas y consecuencias de retraso del crecimiento intrauterino en América Latina. Bol Of Sanit Panam; 112(6): 473-82.



ANEXOS



DEFINICIÓN DE TÉRMINOS

Control Prenatal: Madres de los Recién Nacidos con Bajo Peso al nacer con más de 5 consultas prenatales que ingresaron al Servicio de Pediatría del Hospital “Dr. Raúl Leoni Otero” de San Félix Estado Bolívar, Venezuela durante el Segundo Semestre 2006.

Distres Respiratorio: Recién Nacido con Bajo Peso al nacer con Dificultad respiratoria al momento de nacer del Ingresado en el Servicio de Pediatría del Hospital Dr. Raúl Leoní Otero de San Félix Estado Bolívar Venezuela durante el Segundo Semestre 2006.

Edad: Periodo de tiempo transcurrido desde el nacimiento hasta el ingreso del Recién Nacido con Bajo peso al Servicio de Pediatría del Hospital “Dr. Raúl Leoni” Otero de San Félix Estado Bolívar Venezuela durante el Segundo Semestre 2006.

Edad Materna: Periodo de tiempo en años desde el nacimiento al día del parto de la madre con Recién Nacidos de Bajo Peso al nacer Ingresado en el Servicio de Pediatría del Hospital “Dr. Raúl Leoní Otero” de San Félix Estado Bolívar Venezuela durante el Segundo Semestre 2006.

Embarazos Múltiples: Antecedentes de concebir, un embarazo de más de un embrión anteriores en la madre del Recién Nacido con Bajo Peso al nacer que ingresa al Servicio de pediatría del Hospital “Dr. Raúl Leoni Otero” de San Félix Estado Bolívar Venezuela durante el Segundo Semestre 2006.

Hábitos Tóxicos: Antecedentes de consumo de Sustancia como tabaquismo, bebidas alcohólicas y drogas introducida al organismo que pueda dañar a las madres de Recién Nacidos con Bajo Peso al Nacer ingresado en el Servicio de Pediatría del



Hospital “Dr. Raúl Leoni Otero” de San Félix Estado Bolívar Venezuela Segundo durante el Semestre 2006.

Infección Urinaria: Antecedentes de infección por algún agente patógeno (bacterias con mayor frecuencia), de cualquiera de los segmentos del aparato urinario durante el embarazo en la madre de Recién Nacidos con Bajo Peso al Nacer ingresado en Servicio de Pediatría del Hospital “Dr. Raúl Leoni Otero” de San Félix Estado Bolívar Venezuela durante el Segundo Semestre 2006.

Leucorrea: Antecedente de flujo vaginal durante el embarazo en la madre del Recién Nacido con Bajo Peso al nacer Ingresado en el Servicio de Pediatría del Hospital “Dr. Raúl Leoni Otero” de San Félix Estado Bolívar Venezuela durante el Segundo Semestre 2006.

Malformaciones Congénitas: Recién Nacido con Bajo Peso al nacer con defecto adquirido durante el embarazo al momento de nacer Ingresado en el Servicio de Pediatría del Hospital “Dr. Raúl Leoni Otero” de San Félix Estado Bolívar Venezuela durante el Segundo Semestre 2006.

Peso Al Nacer: Masa corporal expresada en gramos del recién nacido al momento de nacer ingresado en el servicio de pediatría del Hospital “Dr. Raúl Leoni Otero” de San Félix Estado Bolívar Venezuela durante el Segundo Semestre 2006.

Pre-clampsia: Antecedentes de tensión arterial durante el embarazo en la madre del Recién Nacido con Bajo Peso al nacer Ingresado en el Servicio de Pediatría del Hospital “Dr. Raúl Leoni Otero” de San Félix Estado Bolívar Venezuela durante el Segundo Semestre 2006.



Sexo: Condición orgánica que distingue lo masculino de lo femenino en el Recién Nacido Con Bajo Peso ingresado en el servicio de pediatría del Hospital “Dr. Raúl Leoni Otero” de San Félix Estado Bolívar Venezuela durante el Segundo Semestre 2006.

Talla al Nacer: Longitud media expresada en cm del Recién Nacido con Bajo Peso al momento de nacer ingresado en el Servicio de Pediatría del Hospital “Dr. Raúl Leoni Otero” de San Félix Estado Bolívar Venezuela durante el Segundo Semestre 2006.



Matriz Operativa

Objetivo Específico	Indicador	Definición Teórica	Nivel de Medida
<p>1. Determinar la Incidencia de Bajo Peso al Nacer en recién nacidos ingresados en el Servicio de Pediatría del Hospital “Dr Raúl Leoni, durante el lapso Junio 2006^a Diciembre 2006</p>	<p>Incidencia.</p>	<p>Número de casos nuevos de Recién Nacidos con Bajo Peso que ingresaron en el Servicio de Pediatría del Hospital “Dr. Raúl Leoni Otero”, San Félix Estado Bolívar Venezuela durante el Segundo Semestre 2006.</p>	<p>Número y porcentaje de respuestas a la Pregunta N° I.1 del Formulario FRMBPN</p>
<p>2. Señalar los factores maternos que condicionan el Bajo Peso al Nacer: control prenatal, edad materna, infección urinaria, embarazos múltiples, uso de drogas, alcoholismo, tabaquismo, leucorrea, pre-eclampsia. De las madres de recién nacidos ingresados en el Servicio de Pediatría del Hospital “Dr Raúl Leoni, durante el lapso Junio 2006^a Diciembre 2006.</p>	<p>Factores Maternos.</p>	<p>Control Prenatal: Antecedentes de asistencia a la consulta prenatal regula (5 consultas) de las Madres de los Recién Nacidos con Bajo Peso al nacer con que ingresaron al Servicio de Pediatría del Hospital “Dr. Raúl Leoni Otero” de San Félix Estado Bolívar San Félix Estado Bolívar Venezuela durante el Segundo Semestre 2006.</p>	<p>Número y frecuencia según respuesta a la Pregunta II.1 del Formulario FRMBPN</p>
		<p>Edad Materna: Periodo de tiempo en años desde el nacimiento al día del parto de la madre con Recién Nacidos de Bajo Peso al nacer Ingresado en el Servicio de Pediatría del Hospital “Dr. Raúl Leoni Otero2 de San Félix Estado Bolívar San Félix Estado Bolívar Venezuela durante el Segundo Semestre 2006</p>	<p>Número y frecuencia según respuesta a la Pregunta II.2 del Formulario FRMBPN</p>



Matriz Operativa

Objetivo Especifico	Indicador	Definición Teórica	Nivel de Medida
	Factores Maternos	<p>Infeción Urinaria: Antecedentes de infección por algún agente patógeno (bacterias con mayor frecuencia), de cualquiera de los segmentos del aparato urinario durante el embarazo en la madre de Recién Nacidos con Bajo Peso al Nacer ingresado en Servicio de Pediatría del Hospital “Dr. Raúl Leoni Otero” de San Félix Estado Bolívar San Félix Estado Bolívar Venezuela durante el Segundo Semestre 2006.</p> <p>Embarazos Múltiples: Antecedentes de concebir, un embarazo de más de un embrión anteriores en la madre del Recién Nacido con Bajo Peso al nacer que ingresa al Servicio de pediatría del Hospital “Dr. Raúl Leoni Otero” de San Félix Estado Bolívar San Félix Estado Bolívar Venezuela durante el Segundo Semestre 2006.</p> <p>Hábitos Tóxicos: Antecedentes de consumo de Sustancia como tabaquismo, bebidas alcohólicas y drogas introducida al organismo que pueda dañar a las madres de Recién Nacidos con Bajo Peso al Nacer ingresado en el Servicio de Pediatría del Hospital “Dr. Raúl Leoni Otero” de San Félix Estado Bolívar San Félix Estado Bolívar Venezuela durante el Segundo Semestre 2006.</p>	<p>Número y frecuencia según respuesta a la Pregunta N° II.3 del Formulario FRMBPN</p> <p>Número y frecuencia según pregunta N° I.1 del Formulario FRMBPN</p> <p>Número y porcentaje según respuesta a la Pregunta II.6 del Formulario FRMBPN</p>



Matriz Operativa

Objetivo Específico	Indicador	Definición Teórica	Nivel de Medida
<p>3. Evaluar en el Recién Nacido de Bajo Peso las: a) Características personales: peso, talla, edad, sexo; b) Características clínicas: prematuridad, malformaciones congénitas y distrés respiratorio en recién nacidos ingresados en el Servicio de Pediatría del Hospital "Dr Raúl Leoni, durante el lapso Junio 2006ª Diciembre 2006.</p>	<p>Características personales</p>	<p>Sexo: Condición orgánica que distingue lo masculino de lo femenino en el Recién Nacido Con Bajo Peso ingresado en el servicio de pediatría del Hospital "Dr. Raúl Leoni Otero" de San Félix Estado Bolívar San Félix Estado Bolívar Venezuela durante el Segundo Semestre 2006.</p> <p>Peso al Nacer: Masa corporal expresada en gramos del recién nacido al momento de nacer ingresado en el Servicio de Pediatría del Hospital "Dr. Raúl Leoni Otero" de San Félix Estado Bolívar San Félix Estado Bolívar Venezuela durante el Segundo Semestre 2006.</p> <p>Talla al Nacer: Longitud media expresada en cm del Recién Nacido con Bajo Peso al momento de nacer ingresado en el Servicio de Pediatría del Hospital "Dr. Raúl Leoni Otero" de San Félix Estado Bolívar San Félix Estado Bolívar Venezuela durante el Segundo Semestre 2006.</p> <p>Prematuridad: Neonato con edad gestacional < de 38 semanas ingresado en el Servicio de Pediatría del Hospital "Dr. Raúl Leoni Otero" de San Félix Estado Bolívar San Félix Estado Bolívar Venezuela Segundo Semestre 2006.</p>	<p>Número y porcentaje según respuesta a la Pregunta N° 1.2 del Formulario FRMBPN</p>



Matriz Operativa

Objetivo Especifico	Indicador	Definición Teórica	Nivel de Medida
	Características Clínicas	Malformaciones Congénitas: Presencia de defecto adquirido en el embarazo al momento de nacer del Recién Nacido con Bajo Peso Ingresado en el Servicio de Pediatría del Hospital “Dr. Raúl Leoni Otero” de San Félix Estado Bolívar San Félix Estado Bolívar Venezuela durante el Segundo Semestre 2006.	Número y porcentaje según respuesta a la Pregunta N° III.2 del Formulario FRMBPN
		Distres Respiratorio: Recién Nacido con Bajo Peso al nacer con Dificultas respiratoria al momento de nacer del Ingresado en el Servicio de Pediatría del Hospital “Dr. Raúl Leoni Otero”, San Félix Estado Bolívar Venezuela durante el Segundo Semestre 2006.	Número y porcentaje según respuesta a la Pregunta N° III.3 del Formulario FRMBPN
4. Identificar las causas de Morbilidad en Recién Nacidos de Bajo Peso en recién nacidos ingresados en el Servicio de Pediatría del Hospital “Dr. Raúl Leoni, durante el lapso Junio 2006 a Diciembre 2006.	Morbilidad	Numero de casos de Recién Nacidos de Bajo Peso que ingresan al Servicio de Pediatría del Hospital “Dr. Raúl Leoni Otero”, San Félix Estado Bolívar Venezuela durante el Segundo Semestre 2006.	Número y porcentaje según respuesta a la Pregunta N° IV.4 del Formulario FRMBPN



Matriz Operativa

Objetivo Específico	Indicador	Definición Teórica	Nivel de Medida
<p>5. Implementar el uso de la historia clínica Gineco-obstétrica creada por el Dr. Orta, comparándola con la historia clínica utilizada en el Hospital Docente “Raúl Leoni Otero” de San Félix – Estado Bolívar.</p>	<p>Historia Clínica</p>	<p>Uso de la historia clínica Gineco-obstétrica creada por el Dr. Orta, comparándola con la historia clínica utilizada en el Hospital Docente “Raúl Leoni Otero” de San Félix – Estado Bolívar. San Félix Estado Bolívar Venezuela durante el Segundo Semestre 2006.</p>	<p>Número y porcentaje según respuesta a la Pregunta N° IV.4 del Formulario FRMBPN</p>



**FACTORES DE RIESGO MATERNOS DEL BAJO PESO AL NACER
HOSPITAL DOCENTE ASISTENCIAL “Dr. RAÚL LEONI OTERO”
POSTGRADO DE PEDIATRÍA Y PUERICULTURA
SAN FÉLIX – ESTADO BOLÍVAR – VENEZUELA**

**FORMULARIO DE FACTORES DE RIESGO MATERNOS DE
BAJO PESO AL NACER (FRMBPN)**

Dra. Elvia Briceño



II.6 Tabaquismo: Si
No

II.7 Alcoholismo: Si
No

II.8 Pre-eclampsia: Si
No

III. Características Clínicas:

III.1 Prematuridad: Si
No

III.2 Malformaciones congénitas: Si
No

III.3 Distres respiratorio: Si
No

IV. Comparación de Historias Clínicas del Hospital “Dr. Raúl Leoni Otero”.

Llenado	HC HRL	H. Clínica Dr. Orta
Completo	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> Si
Incompleto	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> No

**Cuadro 1**

Incidencia de Recién Nacidos de Bajo Peso al Nacer por Mes. Servicio de Pediatría. Hospital “Dr. Raúl Leoní Otero”, San Félix, Estado Bolívar, Venezuela. Segundo Semestre 2006.

Periodo	N°	Nacimientos vivos	Tasa
Julio	68	425	16
Agosto	51	520	9,8
Septiembre	69	579	11,9
Octubre	49	424	11,5
Noviembre	35	499	7,9
Diciembre	30	447	6,7
Total	302	2894	10,4

Fuente: FRMBPN. Datos Procesados por el Autor.

**Cuadro 2**

Recién Nacidos de Bajo Peso al Nacer por edad y sexo, Servicio de Pediatría. Hospital “Dr. Raúl Leoní Otero”, San Félix, Estado Bolívar, Venezuela. Segundo Semestre 2006.

Edad Gestacional	Masculino		Femenino		Total	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
< 37	152	50,3	100	33,1	252	83,4
37 – 41	28	9,2	22	7,2	50	16,6
Total	180	59,6	122	40,4	302	100

Fuente: FRMBPN. Datos Procesados por el Autor.

**Cuadro 3**

Clasificación de los Recién Nacidos de Bajo Peso al Nacer* Servicio de Pediatría. Hospital “Dr. Raúl Leoní Otero”, San Félix, Estado Bolívar, Venezuela. Segundo Semestre 2006.

Peso	N°	%
Muy Bajo Peso	287	95
Extremado Bajo Peso	15	5
Total	302	100

Fuente: FRMBPN. Datos Procesados por el Autor.

*De acuerdo a la clasificación de Cooper.

**Cuadro 4**

Talla del Recién Nacidos de Bajo Peso al Nacer. Servicio de Pediatría. Hospital “Dr. Raúl Leoní Otero”, San Félix, Estado Bolívar, Venezuela. Segundo Semestre 2006.

Talla (cm)	N°	%
< 50 cm	302	>50 cm
>50 cm	--	--
Total	302	100

X= 50 cm. Fuente: FRMBPN. Datos Procesados por el Autor.

**Cuadro 5**

Factores de Riesgo Maternos asociados a Bajo Peso al Nacer en Recién Nacidos. Servicio de Pediatría. Hospital “Dr. Raúl Leoní Otero”, San Félix, Estado Bolívar, Venezuela. Segundo Semestre 2006.

Factores de Riesgo Maternos	SI		NO		Total	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Nº Control prenatal	182	60,2	120	39,8	302	100
Control Prenatal Irregular	99	32,7	203	67,3	302	100
I. Urinaria durante el embarazo	141	46,6	161	53,4	302	100
Pre-eclampsia en el embarazo	17	5,6	285	94,4	302	100
Leucorrea	20	6,6	282	93,4	302	100
Productos Tóxicos	16	5,2	286	94,7	302	100

Fuente: FRMBPN. Datos Procesados por el Autor.

**Cuadro 6**

Edad Materna de Recién Nacidos de Bajo Peso al Nacer. Servicio de Pediatría. Hospital “Dr. Raúl Leoní Otero”, San Félix, Estado Bolívar, Venezuela. Segundo Semestre 2006.

Edad Materna	Nº	%
<18 años	17	5,6
18 – 35 años	280	92,7
> 35 años	5	1,7
Total	302	100

X= 32. Fuente:
FRMBPN. Datos Procesados por el Autor.

**Cuadro 7**

Comorbilidad en Recién Nacidos de Bajo Peso al Nacer. Servicio de Pediatría. Hospital “Dr. Raúl Leoní Otero”, San Félix, Estado Bolívar, Venezuela. Segundo Semestres 2006.

Comorbilidad	N°	%
Prematuridad	186	61,5
Malformaciones Congénitas	5	1,6
Distres Respiratoria	170	56,2

Fuente: **FRMBPN**. Datos Procesados por el Autor.

**Cuadro 8****Comparación de Historias Clínicas del Hospital “Dr. Raúl Leoni Otero” con Historia Clínica del “Dr. J. Orta” San Félix, Estado Bolívar, Venezuela Segundo Semestre. 2006**

Llenado	HC HRL		HC Clínica Dr. Orta	
	Nº	%	Nº	%
Completo	82	27	302	100
Incompleto	218	73	--	--
Total	302	100	302	100

Fuente: FRMBPN. Datos Procesados por el Autor.