

UNIVERSIDAD CENTRAL DE VENEZUELA  
FACULTAD DE MEDICINA  
COORDINACIÓN DE ESTUDIOS DE POSTGRADO  
PROGRAMA DE ESPECIALIZACIÓN EN PEDIATRÍA Y PUERICULTURA  
HOSPITAL MILITAR “DR. CARLOS ARVELO”

**MORBILIDAD EN RECIÉN NACIDOS DE BAJO PESO AL NACER EN UNA  
UNIDAD DE CUIDADO INTENSIVOS**

Proyecto de Trabajo Especial de Grado que se presenta para optar al título de Especialista en  
Pediatria y Puericultura

Bertha Ramírez  
Nataly Rodríguez

Caracas, diciembre 2016

UNIVERSIDAD CENTRAL DE VENEZUELA  
FACULTAD DE MEDICINA  
COORDINACIÓN DE ESTUDIOS DE POSTGRADO  
PROGRAMA DE ESPECIALIZACIÓN EN PEDIATRÍA Y PUERICULTURA  
HOSPITAL MILITAR “DR. CARLOS ARVELO”

**MORBILIDAD EN RECIÉN NACIDOS DE BAJO PESO AL NACER EN UNA UNIDAD DE  
CUIDADO INTENSIVOS**

Proyecto de Trabajo Especial de Grado que se presenta para optar al título de Especialista en Pediatría  
y Puericultura

Bertha Ramírez  
Nataly Rodríguez

Tutor: Andreina Torrealba

Caracas, diciembre 2016



UNIVERSIDAD CENTRAL DE VENEZUELA  
FACULTAD DE MEDICINA  
COORDINACION DE ESTUDIOS DE POSTGRADO



## VEREDICTO

Quienes suscriben, miembros del jurado designado por el Consejo de la Facultad de Medicina de la Universidad Central de Venezuela, para examinar el **Trabajo Especial de Grado** presentado por: **BERTHA ELENA RAMÍREZ VARGAS**, Cédula de identidad N° 18.617.977, bajo el título "**MORBILIDAD EN RECIÉN NACIDOS DE BAJO PESO AL NACER EN UNA UNIDAD DE CUIDADO INTENSIVOS**", a fin de cumplir con el requisito legal para optar al grado académico de **ESPECIALISTA EN PEDIATRIA Y PUERICULTURA-HMCA**, dejan constancia de lo siguiente:

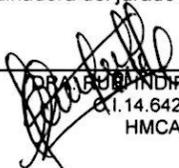
1.- Leído como fue dicho trabajo por cada uno de los miembros del jurado, se fijó el día 29 de Noviembre de 2016 a las 09:00 AM., para que la autora lo defendiera en forma pública, lo que ésta hizo en Salón de Seminarios / Servicio de Pediatría / Hospital Militar de Caracas, mediante un resumen oral de su contenido, luego de lo cual respondió satisfactoriamente a las preguntas que le fueron formuladas por el jurado, todo ello conforme con lo dispuesto en el Reglamento de Estudios de Postgrado.

2.- Finalizada la defensa del trabajo, el jurado decidió **aprobarlo**, por considerar, sin hacerse solidario con la ideas expuestas por la autora, que se ajusta a lo dispuesto y exigido en el Reglamento de Estudios de Postgrado

Para dar este veredicto, el jurado estimó que el trabajo examinado: Cumplió con lo establecido en el Reglamento de Estudios de Postgrado

3.- El jurado por unanimidad decidió otorgar la calificación de **EXCELENTE** al presente trabajo por considerarlo de **EXCEPCIONAL** calidad.

En fe de lo cual se levanta la presente ACTA, a los 29 días del mes de noviembre del año 2016, conforme a lo dispuesto en el Reglamento de Estudios de Postgrado, actuó como Coordinadora del jurado Andreina Torrealba.

  
DRA. SUSANA QUERO  
C.I. 14.642.683  
HMCA

  
DRA. MARIA JOSE CASTRO  
C.I. 6.195.731.  
HMPC

  
ANDREINA TORREALBA  
C.I. 13.312.028  
HMCA  
TUTORA





UNIVERSIDAD CENTRAL DE VENEZUELA  
FACULTAD DE MEDICINA  
COORDINACION DE ESTUDIOS DE POSTGRADO



## VEREDICTO

Quienes suscriben, miembros del jurado designado por el Consejo de la Facultad de Medicina de la Universidad Central de Venezuela, para examinar el Trabajo Especial de Grado presentado por: NATALY DEL VALLE RODRIGUEZ RUIZ, Cédula de identidad N° 17.353.841, bajo el título "MORBILIDAD EN RECIÉN NACIDOS DE BAJO PESO AL NACER EN UNA UNIDAD DE CUIDADO INTENSIVOS", a fin de cumplir con el requisito legal para optar al grado académico de ESPECIALISTA EN PEDIATRIA Y PUERICULTURA-HMCA, dejan constancia de lo siguiente:

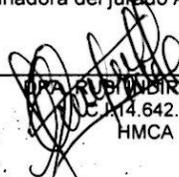
1.- Leído como fue dicho trabajo por cada uno de los miembros del jurado, se fijó el día 29 de Noviembre de 2016 a las 09:00 AM., para que la autora lo defendiera en forma pública, lo que ésta hizo en Salón de Seminarios / Servicio de Pediatría / Hospital Militar de Caracas, mediante un resumen oral de su contenido, luego de lo cual respondió satisfactoriamente a las preguntas que le fueron formuladas por el jurado, todo ello conforme con lo dispuesto en el Reglamento de Estudios de Postgrado.

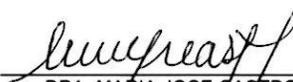
2.- Finalizada la defensa del trabajo, el jurado decidió aprobarlo, por considerar, sin hacerse solidario con la ideas expuestas por la autora, que se ajusta a lo dispuesto y exigido en el Reglamento de Estudios de Postgrado

Para dar este veredicto, el jurado estimó que el trabajo examinado: Cumplió con lo establecido en el Reglamento de Estudios de Postgrado

3.- El jurado por unanimidad decidió otorgar la calificación de EXCELENTE al presente trabajo por considerarlo de EXCEPCIONAL calidad.

En fe de lo cual se levanta la presente ACTA, a los 29 días del mes de noviembre del año 2016, conforme a lo dispuesto en el Reglamento de Estudios de Postgrado, actuó como Coordinadora del jurado Andreina Torrealba.

  
DRA. SUSANA QUERO  
C.I. 14.642.683  
HMCA

  
DRA. MARIA JOSE CASTRO  
C.I. 6.195.731  
HMPC

  
ANDREINA TORREALBA  
C.I. 13.312.028  
HMCA  
TUTORA



Andreina Torrealba

---

Dra. Andreina Torrealba

Tutor

Hilda Ninoska Adriani Camacaro

---

Dra. Hilda Ninoska Adriani Camacaro

Director del Curso de Postgrado en Pediatría y Puericultura

Hospital Militar Dr. Carlos Arvelo

Pedro Ospina Rodríguez

---

Dr. Pedro Ospina Rodríguez

Coordinador del Curso de Postgrado en Pediatría y Puericultura

Hospital Militar Dr. Carlos Arvelo

---



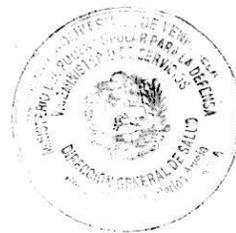
**CERTIFICACIÓN DEL TUTOR  
PARA LA ENTREGA DEL TRABAJO ACADÉMICO  
EN FORMATO IMPRESO Y FORMATO DIGITAL**

Yo, Andreina Torrealba portador de la Cédula de identidad N° 13.312.028, tutor del trabajo: MORBILIDAD EN RECIEN NACIDOS DE BAJO PESO AL NACER EN UNA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS, realizado por las estudiantes. Bertha Elena Ramírez Vargas, C.I.18.617.977 y Nataly del Valle Rodríguez Ruiz, C.I. 17.353.841.

Certifico que este trabajo es la versión definitiva. Se incluyó las observaciones y modificaciones indicadas por el jurado evaluador. La versión digital coincide exactamente con la impresa.

  
Firma del Profesor

En caracas a los 29 días del mes de diciembre del 2016



## ÍNDICE DE CONTENIDO

	Pág.
RESUMEN .....	1
INTRODUCCIÓN .....	2
MÉTODOS .....	24
RESULTADOS .....	29
DISCUSIÓN .....	38
REFERENCIAS .....	39
ANEXOS .....	42

## **MORBILIDAD EN RECIÉN NACIDOS DE BAJO PESO AL NACER EN UNA UNIDAD DE CUIDADO INTENSIVOS**

**Nathaly del Valle Rodríguez Ruiz**, C.I. 17.353.841. Sexo: Femenino, E-mail: [nathalyrodriguez\\_23@hotmail.com](mailto:nathalyrodriguez_23@hotmail.com). Telf: 0412-7129358. Especialización en Pediatría y Puericultura;

**Bertha Elena Ramírez Vargas**, C.I. 18.617.977. Sexo: Femenino, E-mail: [ber\\_ramirez77@hotmail.com](mailto:ber_ramirez77@hotmail.com). Telf: 0424-3468623/. Especialización en Pediatría y Puericultura

Tutora: **Andreina Torrealba**, C.I: 13.312.028. Sexo: Femenino, E-mail: [seguineo1977@hotmail.com](mailto:seguineo1977@hotmail.com). Telf: 0426-8106161, Dirección: Parroquia Santa Rosalia, Edificio Centro Circo piso 9, apartamento 92. Especialista en Pediatría y Puericultura y Neonatología.

### **RESUMEN**

Objetivo: Conocer la prevalencia de la morbilidad en recién nacidos de bajo peso al nacer menor de 34 semanas de gestación en Historias Clínicas de la Unidad de Cuidado Intensivos del Hospital Militar “Dr. Carlos Arvelo”, durante el Periodo de 2013-2014. MÉTODO: Está se enmarcara en una investigación de campo, análisis sistemático de problemas en la realidad, factores constituyentes, explicaran sus causas y efectos. El estudio será de campo porque los datos serán recolectados con las Historias Clínicas de los recién nacidos de bajo peso al nacer menor de 34 semanas de gestación. El presente estudio se apoyara en un diseño transeccional correlacional, porque tendrá como objetivo describir las relaciones entre dos o más variables en un momento determinado (30). Se relacionaran las variables.

**Palabras Claves:** Morbilidad, Recién Nacidos, Cuidados Intensivos

### **MORBIDITY IN NEWLY BORN OF LOW WEIGHT AT BIRTH IN AN INTENSIVE CARE UNIT**

#### **ABSTRAC**

Objective: To know the prevalence of morbidity in newborn infants of low birth weight less than 34 weeks of gestation in medical records of military Hospital intensive care unit "Dr. Carlos Arvelo", during the period of 2013-2014. METHOD: Is it framed in a field research, systematic analysis of problems in reality, constituent factors, explain its causes and effects. The study will be field because the data will be collected with the clinical records of the newborn babies of low weight at birth less than 34 weeks of gestation. The present study support in a transactional correlational design, because it will aim to describe relationships between two or more variables at a given time (30). Variables related.

**Key words:** Morbidity, neonates, intensive care

## 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.

En los últimos 20-30 años la incidencia de nacimientos prematuros en la mayoría de los países desarrollados ronda entre el 5-7% de los nacidos vivos. La incidencia en USA es más alta, alrededor del 12%. Existen evidencias que últimamente ha aumentado aún más pero la tasa de nacimientos previos a las 32 semanas permanece igual. Alrededor del 1-2%.

Varios factores han determinado al crecimiento general de los partos pretermino, como son el aumento de los embarazos múltiples, mayor uso de la reproducción asistida y más intervenciones obstétricas.

Parte del aparente aumento de estos nacimientos, sin embargo piden reflejar los cambios en la práctica clínica. El aumento para estimar la edad gestacional de la ultrasonografía en vez de los datos de la última menstruación. El aumento de la tasa también puede ser causado por la poca consistente clasificación de las muertes fetales y muerte neonatal temprana. En algunos países, niños nacidos vivos aún antes de las 24 semanas son considerados como nacimientos vivos aunque no sean viables. Los datos recogidos en países desarrollados muestran que la incidencia de bajo peso al nacer es mayor en los países en desarrollo que en los países con buenos servicios de cuidados prenatales.

En los países en desarrollo el bajo peso al nacer está causado principalmente por la restricción del crecimiento fetal intrauterino. Desnutrición materna e infecciones crónicas son los principales factores etiológicos de esta restricción. Aunque los avances técnicos en el manejo de los niños pretermino han mejorado los resultados finales, no sucede lo mismo en los países en desarrollo que carece de adecuados cuidados profesionales. En estos países la prioridad es reducir la infección asociada con los partos, identificar y tratar las patologías

asociadas con los embarazos de alto riesgo y proveer procedimientos básicos de resucitación neonatal.

### **Planteamiento y Delimitación del Problema**

Las condiciones de un individuo al nacer repercuten acentuadamente en su desarrollo físico e intelectual a lo largo de la vida. Esto justifica la prioridad que debe darse a las medidas que permiten lograr las mejores condiciones posibles para el recién nacido. El bajo peso neonatal (BPN) es una muestra de la salud materno-fetal durante su embarazo, además es una variable expresamente relacionada con la morbilidad y mortalidad neonatal e infantil, también con el bienestar de la madre y su hijo en el período del posparto donde tiene un evidente impacto <sup>(1)</sup>.

En vista de la importancia de esta entidad perinatal, la Organización Panamericana de la Salud (OPS) ha uniformado su definición al referirse a neonatos con peso inferior a 2 500 g, esta medición debe realizarse al momento de nacer o dentro de las primeras horas de vida, antes de que la significativa pérdida posnatal haya ocurrido <sup>(2)</sup>. Desde el punto de vista clínico, o Clasificador Internacional de Enfermedades contempla que este problema, se debe a ciertas condiciones originadas en el período perinatal, o Desórdenes relacionados con la duración de gestación y crecimiento fetal <sup>(3)</sup>.

El crecimiento intrauterino es un proceso complejo en virtud del cual a partir de una única célula se forma un ser pluricelular con órganos y tejidos bien diferenciados. Comprende dos períodos: la embriogénesis que se extiende hasta la 12ª semana durante la cual se forman los diferentes órganos del feto y el período fetal en el que prosigue su maduración funcional hasta alcanzar un grado compatible con la adaptación a la vida extrauterina. Se caracteriza por un gran incremento en el número de células y por su diferenciación y maduración funcional para formar los diferentes órganos y tejidos, con la particularidad de que el ritmo de maduración difiere de unos órganos a otros <sup>(4,5)</sup>.

Existen diversos factores asociados, hay muchas afecciones en la gestación como la hipertensión arterial, la diabetes, las infecciones vaginales, la desnutrición, la anemia, la baja talla, la edad (adolescentes), una atención prenatal inadecuada, antecedentes maternos (como

otras gestaciones de prematuros, abortos, muertes fetales, etc.), múltiples gestaciones, corto intervalo entre gestaciones, el alcoholismo y/o tabaquismo entre otros factores interfieren con la nutrición del feto y por tanto con su ganancia de peso <sup>(1,4,5)</sup>.

De una manera general, las muertes neonatales contribuyen a 37 % de la mortalidad de menores de 5 años, y el BPN es la segunda causa de muerte después de la prematuridad en los recién nacidos <sup>(6,7)</sup>. De manera que estos niños tienen 5 a 30 veces más riesgo de morir que los que nacen con un peso adecuado, y en consecuencia pueden sufrir de infecciones, desnutrición, parálisis infantil, deficiencias mentales y trastornos del aprendizaje <sup>(8)</sup>. Estudios del Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia y la Organización Mundial de la Salud (OMS) <sup>(9)</sup>, han registrado cifras de prevalencia promedio de 9,26 % para la región latinoamericana, con variaciones propias de la región entre países.

El BPN pueden surgir como resultado del nacimiento prematuro y / o haber nacido demasiado pequeño para la edad de embarazo como producto de la restricción del crecimiento intrauterino (RCIU) debido a una patología específica, y finalmente producto de un desarrollo genético insuficiente por factores paternos propios como sería la constitución pequeña. Los niños que nacen prematuramente y también restricción de crecimiento tienen el peor pronóstico <sup>(10)</sup>.

En la incidencia del BPN influyen una serie de factores biomédicos tales como son los siguientes: nivel socioeconómico bajo, enfermedades maternas, nutrición deficiente de la madre, adicción materna al alcohol, tabaco o drogas. Otros factores son las complicaciones obstétricas, madres adolescentes, talla materna y multíparas. Las diferencias del peso al nacer también se relacionan con el retraso del crecimiento intrauterino que se asocia con la circulación, la eficacia de la placenta, el estado general de salud de la madre y la nutrición materna <sup>(2,3)</sup>.

El problema del BPN continúa siendo una preocupación a nivel mundial, siendo ésta más frecuente en los países subdesarrollados; en América Latina es el causante del 80% de las muertes de los recién nacidos y los que sobreviven sufren como promedio más enfermedades, como el retraso mental y mayores posibilidades de estar desnutridos <sup>(9)</sup>.

Es innegable la influencia que el peso al nacer tiene sobre las futuras generaciones, por lo que se debe resaltar lo diario de los esfuerzos que el médico deben desarrollar para su promoción y prevención, lo que es una prioridad del Ministerio del Poder popular para la salud, (MPPS), el cual se ha propuesto continuar disminuyendo este indicador para tener una comunidad más sana.

Por consiguiente ¿cuáles serán las consecuencias en la prevalencia de la morbilidad en recién nacidos menor de 34 semanas de edad gestacional en la unidad de cuidados intensivos? Teniendo en cuenta la problemática presente y futura que constituye el recién nacido de bajo peso, se hace necesario realizar este trabajo en la Unidad de Cuidado Intensivos del Hospital Militar “Dr. Carlos Arvelo”, durante el Periodo de 2013-2014, se atiende un número importante de recién nacidos de BPN menor de 34 semanas de gestación.

### **Justificación e Importancia**

La prevención del BPN (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. 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 BPN, habrán niños pretermino y a término <sup>(3)</sup>. 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 <sup>(11)</sup>. El parto pretermino 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. <sup>(12)</sup>.

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 BPN 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 <sup>(11)</sup>.

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 <sup>(12)</sup>.

En el plano metodológico, servirá de antecedentes para otras investigaciones referidas al tópico de estudio.

## **Antecedentes**

*Factores Maternos Condicionantes del Bajo Peso al Nacer, Servicio de Pediatría. Hospital Docente Asistencial “Dr. Raúl Leoni Otero”. San Félix – Estado Bolívar* <sup>(13)</sup>. El objetivo del estudio estuvo dirigido a determinar los Factores de Riesgo Maternos del BPN 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 analizaron utilizando metodología cuantitativa. Resultados: La tasa de incidencia de recién nacidos de BPN 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 distress 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.

Asimismo, se llevó a cabo un estudio titulado: *Factores de riesgo asociados al BPN* <sup>(14)</sup>. El objetivo del estudio fue describir los *factores de riesgo asociados al BPN*. Se realizó una investigación descriptiva transversal en el Policlínico Docente “Hermanos Cruz” de la ciudad de Pinar del Río, durante el año 2012, cuyo universo está constituido por 30 recién nacidos bajos de peso, coincidiendo con la muestra. Para caracterizar al bajo peso se tuvieron en cuenta las siguientes variables maternas: Edad materna (15-24 años; 25-34 años; 35-44 años y más de 45 años); Paridad (0, 1, 2, 3 o más, se tendrán en cuenta todos los partos): Hábito tóxico (fumadora; no fumadora) y Enfermedades asociadas al embarazo (hipertensión arterial inducida por el embarazo, anemia, sepsis vaginal, sepsis urinaria y madres que no presentaron enfermedad). Para describir el comportamiento del bajo peso según variables del recién nacido se observó: Edad gestacional al nacer (por debajo de las 37 semanas; entre 37-41,6 semanas y 42 semanas) y Complicaciones del recién nacido (Síndrome de distress respiratorio (S.D.R), asfixia, isoimmunización Rh; y sin complicaciones).

Se concluyó que el 60% de estos recién nacidos las madres se encuentran en el grupo etario de 15-24 años, también se aprecian que los recién nacidos bajo peso según paridad llamándonos la atención que los multíparas aportaron el 73% de recién nacidos de bajo peso, o sea que sus madres habían experimentado 2 partos o más; el 67% de los niños bajo peso son hijos de madres que practican el hábito de fumar: el 33% de los niños bajo peso sus madres sufrieron durante el embarazo de sepsis vaginal, resultado este significativo. En cuanto a la hipertensión arterial y la anemia, aunque no se obtuvieron resultados significativos, pensamos

que son factores de riesgo que incidieron en la obtención de neonatos bajo pesos, con un 17% y el 13% respectivamente. Las complicaciones del neonato, donde se señala que el 66% de los recién nacidos sufrieron de una de estas complicaciones. Resultando que las complicaciones más frecuentes fueron el síndrome de distress respiratorio y la asfixia, con un 33% y 20% respectivamente.

Además, se realizó un estudio titulado: *Conocer la frecuencia de presentación de niños con BPN en los años 2010 y 2011, en el Hospital Dr. Enrique Vera Barros de La Rioja, Córdoba Barcelona España* <sup>(15)</sup>. Se trató un estudio retrospectivo, observacional, descriptivo, tipo caso control, donde los casos fueron los niños nacidos con menos de 2500 gr., y los controles los nacidos con 2500 gr. o más. A fin de producir el conocimiento descriptivo sobre el BPN y el análisis sobre su asociación con algunos factores maternos se tuvieron en cuenta: variables del niño y variables maternas. Variables del niño; Peso de nacimiento; Edad gestacional. ; Peso para la edad gestacional; y las Variables maternas; Edad materna; Instrucción materna; Estado civil; Embarazo planeado; Control prenatal y Número de embarazos.

Los resultados del estudio evidencian que el mayor riesgo de tener niños con BPN, en madres con edades extremas (< de 20 y > de 35 años) y sin un control adecuado de su embarazo.

En este orden, se realizó una investigación titulada: Algunos factores maternos relacionados con el BPN <sup>(16)</sup>. Se realizó un descriptivo y retrospectivo sobre algunos factores maternos que influyeron en el nacimiento de recién nacidos con bajo peso en el municipio Playa desde el 1° de enero al 31 de diciembre del 2011. Para dicho estudio se diseñó un formulario que recogió la información contenida en las historias clínicas obstétricas de 115 madres y 118 recién nacidos bajo peso objeto de estudio. Hubo 3 embarazos gemelares que aportaron sus correspondientes recién nacidos con bajo peso. Se analizaron indicadores socioeconómicos y biológicos como fueron: edad materna, escolaridad, hábito de fumar, antecedentes patológicos personales, malos antecedentes obstétricos, afecciones asociadas y/o dependientes del embarazo, valoración nutricional al inicio de la gestación, ganancia de peso, edad gestacional y peso al momento del nacimiento, así como se clasificó al neonato en crecimiento intrauterino retardado, pretermino y en la combinación de ambas clasificaciones

anteriores. Entre los principales resultados encontrados está que el crecimiento intrauterino retardado resultó ser la principal causa de recién nacido bajo peso. Los antecedentes obstétricos con mayor incidencia fueron el control prenatal retardado, las afecciones asociadas más frecuentes en el embarazo fueron la infección vaginal, infecciones urinarias, la anemia y la hipertensión arterial; el embarazo múltiple fueron las afecciones propias del embarazo que más se encontraron, hipertensión arterial, las edades maternas extremas, la baja escolaridad, el hábito de fumar y la desnutrición materna.

En último lugar, se encuentra el estudio titulado: *Factores de riesgo de BPN* <sup>(17)</sup>. Se realizó un estudio retrospectivo de casos y control en el hospital Roberto Suazo Córdova del departamento de la Paz, Honduras. Durante el periodo del 1 de Enero al 31 de diciembre del año del 2010, con el objetivo de analizar la asociación de los factores de riesgo biológicos, socio cultural educativo y ambiental de la madre, que con mayor frecuencia se asocia con recién nacidos de BPN. Se consideró para el estudio a 292 casos que corresponde a todas las madres cuyo producto fue diagnosticado como recién nacido de bajo peso y se seleccionaron por el método aleatorio simple 584 controles para un total de 876 unidades de estudio, con una relación de 2 controles por cada caso. Se calculó el Odds Ratio, el intervalo de confianza a 95%, Ji cuadrado y valor p. Los factores de riesgo que presentaron significancia estadística fueron: edad materna menor de 18 años (OR 1.5), talla menor de 150 centímetros de estatura (OR 2.2), no tener ninguna educación formal (OR 1.7), edad gestacional menor de 38 semanas (OR 3.7), primiparidad (OR 1.6), haber asistido a menos de dos controles (OR 1.7), no haber recibido suministro de hierro y/o ácido fólico durante el embarazo (OR 5). Se identificaron como factores de protección: la edad gestacional ente 38 y 42 semanas (OR 0.28) y el haber asistido a más de cinco controles (OR 0.72). En el presente estudio no se encontró asociación estadística entre edad reproductiva extremas ( $\leq 18$  y  $> 35$ ), estado de soltera, abortos anteriores, periodo Íntergenésico o anemia.

## **Marco Teórico**

### ***Bajo Peso al Nacer***

Actualmente se considera neonato BPN a los recién nacidos con un peso menor de 2.500 gr., independientemente de la edad gestacional. El BPN 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, 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.

### ***Características Epidemiológicas del BPN***

Las características más importante asociada con el BPN es el peso materno al final de la gestación, siguiéndole en orden de importancia la edad gestacional, el tabaquismo durante el embarazo, sexo del bebé, antecedentes de haber tenido otro hijo de bajo peso y el peso materno al inicio de la gestación <sup>(17)</sup>.

Se han estudiado numerosos factores de riesgo de BPN: madre de menos de 20 años <sup>(16-18)</sup> o de más de 40 <sup>(18)</sup>, desnutrición materna <sup>(19-20)</sup>, infección durante la gestación <sup>(21-22)</sup>, neonatos de bajo peso u otros resultados desfavorables en gestaciones anteriores, intervalo intergenésico corto parto prematuro y consumo de tabaco durante la gestación <sup>(21-23)</sup>.

Otros factores de riesgo para el BPN, son las infecciones urinaria; la hipertensión arterial crónica y la enfermedad hipertensiva de la gestación, son causas frecuentes de parto pretermino y BPN, donde se produce la afectación del feto, por la enfermedad en sí y por la terapéutica empleada para su control. <sup>(24)</sup>

La edad materna considerada como extrema ( $< 20$  años y  $\geq 35$  años) en el estudio realizado por Rodríguez L. et al. 2005, no demostró asociación significativa con el BPN <sup>(14)</sup>. En el estudio realizado en Neuquén se reportó asociación significativa entre el BPN y la edad materna menor de 17 años; entre 17 y 19 años y en el grupo mayor de 40 años, no así en el grupo de 36 a 40 años <sup>(22)</sup>. La edad materna extrema es un factor biológico asociado con BPN.

En la medida que la mujer es más joven tiene mayor probabilidad de tener niños prematuros o de bajo peso, con las consecuencias de mayor morbilidad y mortalidad neonatal.

La inmadurez biológica puede ser la explicación de estos resultados adversos; tal inmadurez tiene dos aspectos: por una parte la inmadurez ginecológica y, por otra, el hecho de quedar embarazada antes de haber completado su propio crecimiento <sup>(25)</sup>. A medida que la edad materna aumenta, los recién nacidos tienden a tener un peso cada vez menor, fenómeno que se atribuye a la coexistencia de padecimientos pregestacionales y gestacionales por trastornos escleróticos vasculares a nivel miometral, que condicionan mayor tasa de complicaciones perinatales, entre ellas bajo peso y crecimiento intrauterino retrasado, así como tasas mayores de mortalidad materna, perinatal e infantil <sup>(26)</sup>.

Entre los principales factores encontrados en el crecimiento intrauterino retardado resultó ser la principal causa de recién nacido 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. Las afecciones asociadas más frecuentes en el embarazo fueron la infección vaginal, la anemia y la hipertensión arterial; el retardo del crecimiento fetal, la rotura prematura de las membranas y el embarazo múltiple fueron las afecciones propias del embarazo que más se encontraron. Las edades maternas extremas, la baja escolaridad, el hábito de fumar y la desnutrición materna aisladamente no tuvieron gran influencia en la incidencia de recién nacido bajo peso mientras que si la tuvo la insuficiente ganancia de peso durante el embarazo. <sup>(27)</sup>

Por otra parte, de los factores de riesgo seleccionados se encontró una alta asociación causal en: edad, hábito de fumar, paridad, bajo peso anterior, desnutrición por defecto y escasa ganancia de peso destacándose el bajo peso anterior y la ganancia adecuada de peso. La patología con el embarazo hallada con mayor frecuencia fue la anemia. Se demostró que las condiciones socioeconómicas no adecuadas se relacionan con el BPN: así como también la nulípara tiene gran riesgo de tener en su primer parto un recién nacido bajo peso; la desnutrición por defecto fue un factor de riesgo elevado en relación con el bajo peso <sup>(28)</sup>.

Otro de los factores predisponentes a tener en cuenta lo constituye la edad materna, factor este importante, por lo que se plantea que se debe tener en cuenta en la mujer cuando se

habla de reproducción, ya que se ha demostrado que por debajo de los 20 años los órganos femeninos no han alcanzado la madurez total que le permita llevar a feliz término con el menor riesgo el período de gestación <sup>(29)</sup>.

También, los hábitos tóxicos, entre ellos, el de fumar, influyen en el BPN, porque existe un estrecho vínculo entre estos hábito y el peso del recién nacido pues consideran que el peso de los niños de madres fumadoras y aquellas que lo abandonaron en vísperas del embarazo, nacieron con un peso mayor (como promedio 270 g). Algunos productos de la combustión del cigarrillo está demostrado que deterioran el lecho vascular y provocan alteraciones circulatorias que atentan contra la nutrición y oxigenación del feto durante su vida intrauterina <sup>(29)</sup>.

### ***Objetivo General***

Conocer la frecuencia de la morbilidad en recién nacidos de BPN menor de 34 semanas de gestación en Historias Clínicas de la Unidad de Cuidado Intensivos del Hospital Militar “Dr. Carlos Arvelo”, durante el Periodo de 2013-2014.

### ***Objetivos Específicos***

1. Describir la morbilidad en recién nacidos de BPN menor de 34 semanas de gestación en la Unidad de Cuidado Intensivos del Hospital Militar “Dr. Carlos Arvelo”, durante el Periodo de 2011-2014.
2. Identificar los factores de riesgo maternos que condicionan el bajo peso al nacer de 34 semanas de gestación.
3. Determinar las causas de morbilidad en recién nacidos de BPN menor de 34 semanas de gestación.

### ***Aspectos Éticos***

En efecto, la importancia de la ética médica radica en la necesidad de normar los actos médicos en un mundo en el que los descubrimientos científicos y los avances tecnológicos suceden rápidamente, abriendo nuevas posibilidades de acción. El que puedan hacerse muchas cosas, no significa que todas ellas deban hacerse. La ética médica juzga los actos médicos con base en cuatro principios fundamentales: no maleficencia, beneficencia, autonomía y justicia.

Los actos de los médicos y otros profesionales de la salud deben guiarse por estos principios <sup>(30)</sup>. En consecuencia, el principio de no maleficencia es considerado el más importante, y significa que cualquier acto médico debe pretender en primer lugar no hacer daño alguno, de manera directa o indirecta. Con frecuencia se hace referencia a este principio con su versión en latín, *primum non nocere*, que significa literalmente primero no dañar.

En este mismo orden de ideas, el principio de beneficencia está cercanamente relacionado, y se refiere a que los actos médicos deben tener la intención de producir un beneficio para la persona en quien se realiza el acto. Estos dos principios pueden ejemplificarse con cualquier tratamiento médico, como un medicamento o una cirugía <sup>(31)</sup>. Cuando un médico prescribe un tratamiento debe tener dos intenciones en mente: en primer lugar, no hacerle daño, y en segundo lugar, beneficiarlo.

Esto puede parecer obvio y repetitivo, pero la diferencia entre no dañar y mejorar es importante. Todos los tratamientos médicos tienen efectos adversos o dañinos, incluso pueden resultar fatales y la mayoría de las veces no puede saberse con seguridad si el efecto adverso ocurrirá o no. De ahí que es necesario asegurar que la intención de indicar un tratamiento no es producir un efecto adverso, sino por el contrario, darle un beneficio al paciente. Cuando un médico considera los potenciales beneficios y los potenciales efectos adversos de un tratamiento, está haciendo un análisis de riesgo/beneficio, y en la decisión final de prescribir o no un tratamiento se rige por los principios de no maleficencia y beneficencia simultáneamente.

Atendiendo a estas consideraciones, se tiene que, los aspectos éticos en la neonatología actual nace con la introducción a inicios de los 90 del surfactante exógeno que va acompañado de una serie de avances que permiten entender el notable incremento de la sobrevida y reducción de la morbilidad asociada al prematuro. Se desarrollan los centros de seguimiento de prematuros a cargo de médicos neonatólogos y con la participación activa de otros especialistas incluidos neurólogos, broncopulmonares, oftalmólogos y otros. Se controla en forma eficiente la retinopatía del prematuro con la introducción de técnicas de láser para evitar su progresión. Se desarrolla una línea de nutrición especial para el crecimiento del prematuro extremo con nutrición parenteral segura y adecuada a los requerimientos del paciente. Los

accesos vasculares evolucionan hacia vías percutáneas garantizando menores complicaciones asociadas.

Como resultado, se llega así a nuestros días, en pleno siglo XXI la neonatología se caracteriza por una alta tasa de sobrevivencia y una cada vez mejor calidad de vida. Hoy las terapias aplicadas se basan en medicina basada en evidencia científica con un fuerte concepto de racionalidad terapéutica. Los esfuerzos están centrados en la atención del prematuro extremo y del niño con malformaciones congénitas en quienes se ha desarrollado toda una terapia anticipatoria para minimizar secuelas que afecten su calidad de vida. En esta era los equipos médicos son cada vez más sofisticados y diseñados especialmente para neonatos, la farmacología disponible cuenta con estudios realizados en recién nacidos y ya no son una extrapolación de los niños mayores. La cirugía neonatal avanza hacia un concepto de mínima invasión con mejores resultados y recuperaciones casi milagrosas.

## **MÉTODOS**

### **Diseño y Tipo de Estudio**

El tipo de investigación que se va a realizar, orienta la finalidad general del estudio y sobre la manera de recoger las informaciones o datos necesarios. <sup>(34)</sup>.

Por otra parte el presente trabajo es un estudio retrospectivo, descriptivo epidemiológico, con las historias de los recién nacidos de BPN menor de 34 semanas de gestación en la Unidad de Cuidado Intensivos del Hospital Militar “Dr. Carlos Arvelo”, durante el Periodo de 2013-2014. Determinando que dentro de las causas que principalmente contribuyen a la mortalidad perinatal están los recién nacidos de bajo peso al nacer, este incluye en gran parte a los prematuros y los que tienen retardo de crecimiento intrauterino <sup>(30)</sup>.

Según el período y secuencia del estudio es transversal, cuando se estudian las variables simultáneamente en determinado momento, haciendo un corte en el tiempo <sup>(13)</sup>. En la presente investigación se estudiaron las variables durante el período de 2013-2014.

**Cuadro 1: Operacionalización de las Variables**

**Objetivo General: Conocer la prevalencia de la morbilidad en recién nacidos menor de 34 semanas de edad gestacional en las historias clínicas de la unidad de cuidado intensivos del hospital militar “Dr. Carlos Arvelo”, durante el periodo de 2013-2014.**

Objetivos	Variable	Dimensiones	Indicadores
<p>Describir la morbilidad en recién nacidos de BPN menor de 34 semanas de gestación en la Unidad de Cuidado Intensivos del Hospital Militar “Dr. Carlos Arvelo”, durante el Periodo de 2011-2014</p>	<p>Características sociodemográficas</p>	<p>Datos demográficos</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Edad</li> <li>• Sexo</li> <li>• Peso</li> <li>• Talla</li> <li>• Circunferencia Cefálica</li> </ul>
<p>Identificar los factores de riesgo maternos que condicionan el bajo peso al nacer de 34 semanas de gestación.</p>	<p>Incidencia</p> <p>Factores maternos</p>	<p>Ocurrencia</p> <p>Antecedentes materno</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Año 2013</li> <li>• Año 2014</li> <li>• Control prenatal.</li> <li>• Edad materna.</li> <li>• Infecciones urinaria.</li> <li>• Embarazo múltiples.</li> <li>• Hábitos tabáquicos.</li> <li>• Consumo de alcohol.</li> <li>• Consumo de sustancias psicoactivas.</li> <li>• Antecedentes maternos</li> <li>• Hipertensión Arterial</li> <li>• Diabetes Gestacional</li> <li>• Lupus eritematoso Sistemático</li> <li>• Hipotiroidismo</li> <li>• Polihidramnios</li> <li>• Oligoamnios</li> </ul>
<p>Determinar las causas de morbilidad en recién nacidos de BPN menor de 34 semanas de gestación.</p>	<p>Causas principales de la morbilidad</p>	<p>Características clínicas</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Síndrome de distress respiratorio.</li> <li>• Asfixia neonatal</li> <li>• Sepsis neonatal.</li> <li>• Malformaciones congénitas.</li> <li>• Cardiopatías Congénitas</li> <li>• Hiperbilirrubinemia</li> <li>• Error Innato del Metabolismo</li> <li>• Trastornos Metabólicos</li> <li>• Infección del Sistema Nervioso Central.</li> </ul>

## **Población y Muestra**

Las unidades de análisis estarán conformadas por la población de recién nacidos menores de 34 semanas de gestación, con o sin peso bajo al nacer en el periodo de 2013-2014.

<b>Año</b>	<b>Población de Pacientes</b>
2013:	82
2014:	163
<b>Total</b>	<b>245</b>

Con respecto a la muestra, es una parte representativa de una población, cuyas características deben reproducirse en ella, lo más exactamente posible. Definidos estos parámetros de manera precisa y homogénea, se trata de obtener una muestra estadística, lo más representativa posible para la investigación planteada. <sup>(34)</sup> la muestra estará conformada por recién nacidos de BPN menor de 34 semanas de gestación, en el periodo de 2013-2014.

### **Criterios de Inclusión:**

- Recién nacido de BPN.
- Menor de 34 semanas de gestación.
- Periodo de 2013-2014.

### **Criterios de Exclusión:**

- Recién nacidos de BPN mayor de 34 semanas de gestación.
- Referidos de otro Hospitales.

## **Técnica e Instrumentos de Recolección de Datos**

Los datos se pueden obtener por observación o por experimentación. Si simplemente se observa la característica de interés sin intervenir en el proceso en estudio, se está ante un estudio observacional. En cambio sí se interviene en el proceso en estudio imponiendo algún tratamiento en forma deliberada sobre las unidades de análisis a fin de observar las respuestas, se está ante un experimento.

En esta investigación se utilizó como técnica la observación, refiere que la observación es una técnica que consiste en visualizar o captar mediante la vista, en forma sistemática, cualquier hecho, fenómeno o situación que se produzca en la naturaleza o en la sociedad, en un función de unos objetivos de investigación preestablecidos (p.32).

Como instrumento de recolección de datos se diseñó un guía de observación estructurada. Este tipo de instrumento es una guía diseñada previamente en correspondencia con unos objetivos, en la que se especifican los elementos que serán observados <sup>(34)</sup>. En el caso que compete a la presente investigación, la guía de observación estuvo conformada aspectos a observar.

## **Procedimiento**

Con el fin de ofrecer un tratamiento adecuado a sus pacientes, los médicos, los dentistas y en general el personal de un centro de salud, deben entender la información estadística de las investigaciones que se publican en las revistas médicas sobre efectos de nuevas drogas, tratamientos de enfermedades, etc. En cualquiera de estos u otros ejemplos se puede observar que tanto el registro de los datos que interesan, como su manejo o utilización, no siempre es simple y se necesitan procedimientos adecuados para llevarlos a cabo.

Para el desarrollo de la presente investigación se cubrieron las siguientes fases:

Fase I: Investigación Documental: Durante la cual se realizó la revisión bibliográfica a fin de establecer las bases teóricas y antecedentes que sustentan el trabajo.

Fase II: Trabajo de Campo: En esta etapa se recolectara la información de la muestra seleccionada mediante, la aplicación de la guía de observación.

Fase III: Corresponde a la organización, interpretación y análisis de los datos recolectados, dándosele un tratamiento estadístico, aplicando porcentajes, promedios, de acuerdo a la estadística correlacional.

La variable en estudio se medirá de acuerdo a los datos recolectados.

## RESULTADOS

Si bien el análisis e interpretación de los resultados es la última etapa del proceso de investigación, todas las anteriores, comprendidas en el diseño, concurren hacia la realización de esta importante operación.

### Datos Recolectados de las Historias Clínicas 2013

#### Datos del Recién Nacido

Edad	Sexo	Peso	Talla	Circunferencia Cefálica	Causas De Morbilidad
31 semanas x Ballard	M	1.500g	41 cm	24cm	Asfixia Perinatal Ictericia neonatal Síndrome de distres respiratorios del prematuro Polidactilia bilateral

#### Antecedentes Maternos:

Edad	Controles	Infecciones Urinarias	Infección Vaginal	Embarazo Múltiple	Hábitos Tabáquicos	Hábitos Alcohólicos	Sustancias Psicoactivas
37	6 C (Controlado)	Si	Si	No	No	No	No

Antecedentes Prenatales y Obstétricos
Procidencia de cordón

#### Datos del Recién Nacido

Edad	Sexo	Peso	Talla	Circunferencia Cefálica	Causas De Morbilidad
34 Semanas X Ballard	M	2.000g	48cm	31cm	Sepsis Neonatal Precoz Torch: Hepatitis B

#### Antecedentes Maternos:

Edad	Controles	Infecciones Urinarias	Infección Vaginal	Embarazo Múltiple	Hábitos Tabáquicos	Hábitos Alcohólicos	Sustancias. Psicoactivas
18	2c (Mal Controlado)	Si	Si	No	No	No	No

Antecedentes prenatales y obstétricos
Hepatitis B
Epilepsia

#### Datos del Recién Nacido

Edad	Sexo	Peso	Talla	Circunferencia Cefálica	Causas De Morbilidad
34 Semanas X Ballard	F	1.860g	46cm	29cm	Asfixia Perinatal Enterocolitis Necrotizante I-A

#### Antecedentes Maternos:

Edad	Controles	Infecciones Urinarias	Infección Vaginal	Embarazo Múltiple	Hábitos Tabáquicos	Hábitos Alcohólicos	Sustancias Psicoactivas
20	4c (Mal Controlado)	Si	Si	No	No	No	No

Antecedentes prenatales y obstétricos
Ruptura prematura de membrana

**Datos del Recién Nacido**

Edad	Sexo	Peso	Talla	Circunferencia Cefálica	Causas De Morbilidad
32 Semanas X Ballard	F	1.750g	46cm	28cm	Sepsis Neonatal Precoz Trastorno Metabólico: Hipermagnesemia Hiperbilirrubinemia Íleo Séptico

**Antecedentes Maternos:**

Edad	Controles	Infecciones Urinarias	Infección Vaginal	Embarazo Múltiple	Hábitos Tabáquicos	Hábitos Alcohólicos	Sustancias Psicoactivas
19	3c (Mal Controlado)	No	Si	No	No	No	No

Antecedentes obstétricos y prenatales
Preclamsia severa

**Datos del Recién Nacido**

Edad	Sexo	Peso	Talla	Circunferencia Cefálica	Causas De Morbilidad
34 Semanas X Ballard	M	1.980g	47cm	30cm	Sepsis Neonatal Precoz Trastorno Metabólico: Hipermagnesemia Pulmón Asfíctico Asfixia Perinatal

**Antecedentes Maternos:**

Edad	Controles	Infecciones Urinarias	Infección Vaginal	Embarazo Múltiple	Hábitos Tabáquicos	Hábitos Alcohólicos	Sustancias Psicoactivas
15	6c (Controlado)	No	Si	No	No	No	No

Antecedentes obstétricos y prenatales
Preclamsia severa

**Datos del Recién Nacido**

Edad	Sexo	Peso	Talla	Circunferencia Cefálica	Causas De Morbilidad
33 Semanas X Ballard	F	1.680g	45cm	28cm	Sepsis Neonatal Precoz Hipoglicemia Neonatal

**Antecedentes Maternos:**

Edad	Controles	Infecciones Urinarias	Infección Vaginal	Embarazo Múltiple	Hábitos Tabáquicos	Hábitos Alcohólicos	Sustancias Psicoactivas
28	3c (Mal Controlado)	Si	Si	No	No	No	No

Antecedentes Perinatales y Obstétricos
Periodo Expulsivo Bradicardia Fetal

**Datos del Recién Nacido**

Edad	Sexo	Peso	Talla	Circunferencia Cefálica	Causas De Morbilidad
34 Semanas X Ballard	F	2.090g	48cm	31cm	Asfixia Perinatal

**Antecedentes Maternos:**

Edad	Controles	Infecciones Urinarias	Infección Vaginal	Embarazo Múltiple	Hábitos Tabáquicos	Hábitos Alcohólicos	Sustancias Psicoactivas
15	6c (Controlado)	No	Si	No	No	No	No

Antecedentes Prenatales y Obstétricos
Taquicardia Fetal

**Datos del Recién Nacido**

Edad	Sexo	Peso	Talla	Circunferencia Cefálica	Causas De Morbilidad
34 Semanas X Ballard	F	2.190g	47cm	29cm	Asfixia Perinatal Pulmón Asfíctico Encefalopatía Hipoxico Isquémica Sepsis Neonatal Precoz

**Antecedentes Maternos:**

Edad	Controles	Infecciones Urinarias	Infección Vaginal	Embarazo Múltiple	Hábitos Tabáquicos	Hábitos Alcohólicos	Sustancias Psicoactivas
27	5c (Mal Controlado)	No	No	No	No	No	No

Antecedentes Prenatales y Obstétricos
Preclamsia severa

**Datos del Recién Nacido**

Edad	Sexo	Peso	Talla	Circunferencia Cefálica	Causas De Morbilidad
34 Semanas X Ballard	F	2.090g	48cm	31cm	Asfixia Perinatal

**Antecedentes Maternos:**

Edad	Controles	Infecciones Urinarias	Infección Vaginal	Embarazo Múltiple	Hábitos Tabáquicos	Hábitos Alcohólicos	Sustancias Psicoactivas
15	6c (Controlado)	No	Si	No	No	No	No

Antecedentes Prenatales y Obstétricos
Taquicardia Fetal

**Población: Total de pacientes 2013: 82 pacientes**

La Tasa de prevalencia de la morbilidad en Recién nacidos pretermino en el 2013: (29-34) semanas por ballard total: 9 pacientes de BPN en Historias Clínicas de la Unidad de Cuidado Intensivos del Hospital Militar “Dr. Carlos Arvelo”, durante el Periodo de 2013.

## Datos Recolectados de las Historias Clínicas 2014

### Datos del Recién Nacido

Edad	Sexo	Peso	Talla	Circunferencia Cefálica	Causas De Morbilidad
32 Semanas X Ballard	M	1.200g	46cm	30cm	Sepsis Neonatal Precoz Asfixia Perinatal Ictericia Multifactorial

### Antecedentes Maternos:

Edad	Controles	Infecciones Urinarias	Infección Vaginal	Embarazo Múltiple	Hábitos Tabáquicos	Hábitos Alcohólicos	Sustancias Psicoactivas
26	<sup>6c</sup> (Controlado)	Si	Si	No	No	Si	No

Antecedentes Obstétricos prenatales
Ruptura prematura de membrana

### Datos del Recién Nacido

Edad	Sexo	Peso	Talla	Circunferencia Cefálica	Causas De Morbilidad
34 semanas x Ballard	F	2.150g	46cm	31cm	Sepsis neonatal Precoz Lupus Eritematoso Sistémico Nefritis intersticial Conjuntivitis neonatal <b>Cardiopatía congénita:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• ductus arterioso persistente</li> <li>• Foramen oval permeable</li> </ul>

### Antecedentes Maternos:

Edad	Controles	Infecciones Urinarias	Infección Vaginal	Embarazo Múltiple	Hábitos Tabáquicos	Hábitos Alcohólicos	Sustancias Psicoactivas
21	<sup>7c</sup> (Controlado)	Si	Si	No	No	No	No

Antecedentes obstétricos prenatales
Lupus Eritematosos Sistémico Hipotiroidismo Preeclancia Obesidad mórbida

### Datos del Recién Nacido

Edad	Sexo	Peso	Talla	Circunferencia Cefálica	Causas De Morbilidad
34 Semanas X Ballard	M	2.020g	47cm	32cm	Sepsis Neonatal Precoz Enterocolitis Necrotizante Ii-A

### Antecedentes Maternos:

Edad	Controles	Infecciones Urinarias	Infección Vaginal	Embarazo Múltiple	Hábitos Tabáquicos	Hábitos Alcohólicos	Sustancias Psicoactivas
40	<sup>5c</sup> (Mal Controlado)	Si	Si	No	No	No	No

Antecedentes obstétricos y prenatales
Oligoamnios severo

**Datos del Recién Nacido**

Edad	Sexo	Peso	Talla	Circunferencia Cefálica	Causas De Morbilidad
34 Semanas X Ballard	F	2.082g	47cm	32cm	Sepsis Neonatal Precoz Acidosis Metabólica Descompensada Síndrome De Distres Respiratorio Del Prematuro (Sdrp)

**Antecedentes Maternos:**

Edad	Controles	Infecciones Urinarias	Infección Vaginal	Embarazo Múltiple	Hábitos Tabáquicos	Hábitos Alcohólicos	Sustancias Psicoactivas
20	4c (Mal Controlado)	Si	Si	No	No	No	No

Antecedentes obstétricos y prenatales
PIELONEFRITIS Periodo expulsivo

**Datos del Recién Nacido**

Edad	Sexo	Peso	Talla	Circunferencia Cefálica	Causas De Morbilidad
30 Semanas X Ballard	F	1.350g	46cm	30cm	Sepsis Neonatal Precoz Enterocolitis Necrotizante Ii-A Meningitis Neonatal Pulmón Asfíctico Asfixia Perinatal Parálisis Facial <b>Cardiopatía Congénita: Foramen Oval Permeable</b>

**Antecedentes Maternos:**

Edad	Controles	Infecciones Urinarias	Infección Vaginal	Embarazo Múltiple	Hábitos Tabáquicos	Hábitos Alcohólicos	Sustancias Psicoactivas
33	4c (Mal Controlado)	No	Si	No	No	No	No

Antecedentes obstétrico y prenatales
Polihidraamnios severo HTA

**Datos del Recién Nacido**

Edad	Sexo	Peso	Talla	Circunferencia Cefálica	Causas De Morbilidad
34 Semanas X Ballard	M	2.400g	48cm	33cm	Sepsis Neonatal Precoz Síndrome Distres Respiratorio Del Prematuro

**Antecedentes Maternos:**

Edad	Controles	Infecciones Urinarias	Infección Vaginal	Embarazo Múltiple	Hábitos Tabáquicos	Hábitos Alcohólicos	Sustancias Psicoactivas
15	8c (Controlado)	Si	Si	No	No	No	No

Antecedentes obstétricos y prenatales
Ruptura prematura de membrana

**Datos del Recién Nacido**

Edad	Sexo	Peso	Talla	Circunferencia Cefálica	Causas De Morbilidad
32 Semanas X Ballard	F	1.546 G	46 Cm	29 Cm	Sepsis Neonatal Precoz Asfixia Perinatal Infección Piel Partes Blandas: Impétigo Cefalohematoma Parieto-Occipital Izq.

**Antecedentes Maternos:**

Edad	Controles	Infecciones Urinarias	Infección Vaginal	Embarazo Múltiple	Hábitos Tabáquicos	Hábitos Alcohólicos	Sustancias Psicoactivas
24	7c (Controlado)	Si	Si	No	No	No	No

Antecedentes obstétricos y prenatales
Ruptura Prematura de Membrana

**Datos del Recién Nacido**

Edad	Sexo	Peso	Talla	Circunferencia Cefálica	Causas De Morbilidad
34 Semanas X Ballard	M	2.250g	48cm	32cm	Sepsis Neonatal Precoz Meningitis Bacteriana Trombocitopenia Severa Ictericia Neonatal Error Innato Del Metabolismo

**Antecedentes Maternos:**

Edad	Controles	Infecciones Urinarias	Infección Vaginal	Embarazo Múltiple	Hábitos Tabáquicos	Hábitos Alcohólicos	Sustancias Psicoactivas
23	6c (Controlado)	Si	Si	No	No	No	No

Antecedentes obstétricos y prenatales
Preeclancia Severa

**Datos del Recién Nacido**

Edad	Sexo	Peso	Talla	Circunferencia Cefálica	Causas De Morbilidad
34 Semanas X Ballard	F	2.100g	46cm	29cm	Sepsis Neonatal Precoz Enterocolitis Necrotizante I-B Asfixia Perinatal Retraso Del Crecimiento Intrauterino Meningitis Bacteriana Ictericia Neonatal Trastorno Metabólico: Hipoglicemia Isquemia De Miocardio Transitoria <b>Cardiopatía Congénita: Foramen Oval Permeable</b>

**Antecedentes Maternos:**

Edad	Controles	Infecciones Urinarias	Infección Vaginal	Embarazo Múltiple	Hábitos Tabáquicos	Hábitos Alcohólicos	Sustancias Psicoactivas
21	4c (Mal Controlado)	Si	Si	No	No	No	No

Antecedentes obstétricos y prenatales
Preeclancia severa Pielonefritis

**Datos del Recién Nacido**

Edad	Sexo	Peso	Talla	Circunferencia Cefálica	Causas De Morbilidad
33 Semanas X Ballard	F	1.950g	47cm	30cm	Sepsis Neonatal Precoz Enterocolitis Necrotizante Ii-A Meningitis Neonatal Ictericia Neonatal <b>Cardiopatía Congénita: Foramen Oval Permeable.</b>

**Antecedentes Maternos:**

Edad	Controles	Infecciones Urinarias	Infección Vaginal	Embarazo Múltiple	Hábitos Tabáquicos	Hábitos Alcohólicos	Sustancias Psicoactivas
23	5c (Mal Controlado)	Si	No	No	No	No	No

Antecedentes obstétricos y prenatales
Ruptura prematura de membrana HTA

**Datos del Recién Nacido**

Edad	Sexo	Peso	Talla	Circunferencia Cefálica	Causas De Morbilidad
33 Semanas X Ballard	M	1.550	45cm	30cm	Sepsis Neonatal Aparición Precoz Enterocolitis Necrotizante I-B Síndrome Anémico Multifactorial Candidiasis Genital Acidosis Tubular Renal

**Antecedentes Maternos:**

Edad	Controles	Infecciones Urinarias	Infección Vaginal	Embarazo Múltiple	Hábitos Tabáquicos	Hábitos Alcohólicos	Sustancias Psicoactivas
31	6c (Controlado)	Si	Si	No	No	No	No

Antecedentes Prenatales y Obstétricos
Ruptura prematura de membrana

**Datos del Recién Nacido**

Edad	Sexo	Peso	Talla	Circunferencia Cefálica	Causas De Morbilidad
34 Semanas X Ballard	M	2.210g	48cm	29cm	Ictericia Neonatal Fibrosis Quística Hipotiroidismo Congénito

**Antecedentes Maternos:**

Edad	Controles	Infecciones Urinarias	Infección Vaginal	Embarazo Múltiple	Hábitos Tabáquicos	Hábitos Alcohólicos	Sustancias Psicoactivas
15	6c (Controlado)	No	Si	No	No	No	No

Antecedentes Prenatales y Obstétricos
Hipotiroidismo Preclamsia

**Datos del Recién Nacido**

Edad	Sexo	Peso	Talla	Circunferencia Cefálica	Causas De Morbilidad
34 Semanas X Ballard	M	1.800g	43cm	31cm	Sepsis Neonatal Aparición Precoz Conjuntivitis Neonatal Ictericia Neonatal

**Antecedentes Maternos:**

Edad	Controles	Infecciones Urinarias	Infección Vaginal	Embarazo Múltiple	Hábitos Tabáquicos	Hábitos Alcohólicos	Sustancias Psicoactivas
17	6c (Controlado)	Si	Si	No	No	No	No

Antecedentes Prenatales y Obstétricos
Periodo expulsivo

**Datos del Recién Nacido**

Edad	Sexo	Peso	Talla	Circunferencia Cefálica	Causas De Morbilidad
31 Semanas X Ballard	M	900 G	43cm	27cm	Asfisia Perinatal Sepsis Neonatal Meningitis Neonatal Síndrome De Abstinencia Síndrome De Distress Respiratorio Apnea Del Prematuro

**Antecedentes Maternos:**

Edad	Controles	Infecciones Urinarias	Infección Vaginal	Embarazo Múltiple	Hábitos Tabáquicos	Hábitos Alcohólicos	Sustancias Psicoactivas
39	0c (No Controlado)	Si	Si	No	Si	Si	Si

Antecedentes Prenatales y Obstétricos
Ruptura prematura de membrana Periodo expulsivo

**Datos del Recién Nacido**

Edad	Sexo	Peso	Talla	Circunferencia Cefálica	Causas De Morbilidad
29 Semanas X Ballard	F	900g	45 Cm	27 Cm	Asfisia Perinatal Sepsis Neonatal Aparición Precoz Anemia Del Prematuro Apnea Prematuro Síndrome De Distress Respiratorio Enterocolitis Fase I-B Encefalopatía Hipoxico Isquémica <b>Cardiopatía Congénita:</b> <b>Ductus Arterioso Persistente</b>

**Antecedentes Maternos:**

Edad	Controles	Infecciones Urinarias	Infección Vaginal	Embarazo Múltiple	Hábitos Tabáquicos	Hábitos Alcohólicos	Sustancias Psicoactivas
42	5c (Mal Controlado)	No	Si	No	No	No	No

Antecedentes Prenatales y Obstétricos
Preclamsia severa

**Población: Total de Pacientes 2014: 163 pacientes**

Recién nacidos pretermino en el 2014: (29-34) semanas por ballard total: 15 pacientes. A pesar de la evidente mejoría de este problema visto en los países desarrollados, es necesario continuar con la investigación para identificar la etiología y determinar el tipo de intervención para reducir esta incidencia.

Aproximadamente entre el 15% y el 25% de los infantes pretermino son extraídos por complicaciones maternas o fetales. La razón principal es la hipertensión arterial del embarazo y una restricción del crecimiento fetal severo lo que está frecuentemente asociado con los desórdenes hipertensivos. La decisión de terminar estos embarazos está determinada balanceando los riesgos de parto pretermino para los neonatos en contra de las consecuencias de proseguir el embarazo tanto para la madre como para el feto. Esta decisión explica porque la incidencia de nacidos muertos ha disminuido en los últimos 20 años.

En los países en desarrollo el BPN está causado principalmente por la restricción del crecimiento fetal intrauterino. Desnutrición materna e infecciones crónicas son los principales factores etiológicos de esta restricción. Aunque los avances técnicos en el manejo de los niños pretermino han mejorado los resultados finales, no sucede lo mismo en los países en desarrollo que carece de adecuados cuidados profesionales. En estos países la prioridad es reducir la infección asociada con los partos, identificar y tratar las patologías asociadas con los embarazos de alto riesgo y proveer procedimientos básicos de resucitación neonatal.

## DISCUSIÓN

En general, los resultados mejoran con la mayor edad gestacional, aunque para cada edad, la supervivencia está relacionada con el peso fetal. Existen otros factores, como los étnicos, o el género que tienen influencia en la supervivencia y el riesgo de daño neurológico. Los resultados de los niños nacidos a o después de las 32 semanas, son similares a los de término. Problemas más serios ocurren en el 1% al 2% de los nacidos antes de haber completado las 32 semanas de gestación, y particularmente en el 0.4% de los nacidos antes de las 28 semanas. El cuidado perinatal actual con el uso de los corticoides profilácticamente, o los surfactantes, han contribuido a mejorar los resultados de los infantes de muy bajo peso.

De todas maneras el pronóstico permanece pobre especialmente en aquellos nacidos antes de las 26 semanas. Los resultados de los infantes pretermino producto de embarazos múltiples son mejores que los embarazos únicos de la misma gestación. En los embarazos únicos la situación es la inversa. Esto es atribuido a que en los embarazos múltiples la vigilancia es más estrecha, con intervenciones obstétricas pretermino. Debido a que los embarazos múltiples generalmente terminan espontáneamente prematuramente, las complicaciones adversas que pueden ocurrir en los embarazos únicos como la muerte fetal, restricción del crecimiento fetal, desprendimiento placentario, o infecciones se ve con menos frecuencia.

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.

El aumento para estimar la edad gestacional de la ultrasonografía en vez de los datos de la última menstruación. El aumento de la tasa también puede ser causado por la poca consistente clasificación de las muertes fetales y muerte neonatal temprana. En algunos países, niños nacidos vivos aún antes de las 24 semanas son considerados como nacimientos vivos aunque no sean viables. Los datos recogidos en países desarrollados muestran que la incidencia de BPN es mayor en los países en desarrollo que en los países con buenos servicios de cuidados prenatales.

## REFERENCIAS

1. Valero De Bernabé J, Soriano T, Albaladejo R, Jurranz M, Calle ME, Martínez.(2012). *Bajo peso al nacer: exploración de algunos factores de riesgo* Rev Colombiana Obstet Ginecol. Documento en línea. Disponible en: [hrrps//www.riesgo](http://www.riesgo) Rev Colombiana Obstet Ginecol. Consultado: Marzo, 5, 2015.
2. Organización Panamericana de la Salud.(2013). *Condiciones de Salud del Niño en las Américas*. .Publicación Científica No. 381. Washington, D.C.
3. Organización Mundial de la Salud. (2013). Estadísticas sanitarias mundiales. Ediciones de la OMS, Ginebra: OMS; 2010. Documento en línea. Disponible en: [http://www.who.int/whosis/whostat/ES\\_WHS10](http://www.who.int/whosis/whostat/ES_WHS10). Consultado: Marzo, 5, 2015
4. Carrascosa A, Ballabriga A. Crecimiento intrauterino.(2010) (5ª.ed) editores. *Tratado de Endocrinología Pediátrica y de la Adolescencia*. Barcelona: Editorial Doyma.
5. Carrascosa A. Crecimiento (2013). *intrauterino: factores reguladores. Retraso de crecimiento intrauterino..* Documentos en línea disponible en <http://www.scielo.org.ve/scieloOrg/php/reflinks.php?refpid=S0048-77322011000300002000> Consultado: Marzo, 5, 2015.
6. Arcay G, López Fonseca R.(2011). *Recién nacido pequeño para la edad gestacional*. Rev Obstet Ginecol Venez.
7. Hartaz L, Kizer S, Agüero O. *Mortalidad neonatal hospitalaria en niños de bajo peso*. Rev Obstet Ginecol. .
8. Moro M. Los avances médicos no consiguen reducir el número de nacimientos de niños prematuros en América latina.(2010). Revista Sanitaria. España. Nº 59 .
9. Fondo de Naciones Unida para la Infancia y la Organización Mundial de la Salud. (2013). *Estadísticas de recién nacidos con bajo peso al nacer*.
10. Hernández Cabrera J, Moreno Álvarez A., Sierra Velázquez M, Sinet Alfonso. *Correlación de algunos factores obstétricos- Biosocial y su relación del peso del producto*. (2011).Revista Cubana de Obstetricia y Ginecología. Nº.91.
11. Godoy, R. (2002). *Aspectos epidemiológicos de bajo peso al nacer*. 82010). (3ª.Ed). México. Edit. Interamericana. Mc Graw-Hill, S.A.
12. Medina, J., Sarmiento, G., Wong, Y. (2009). *El bajo peso al nacer y su relación con los antecedentes obstétricos*. Rev Cubana Med Gen Integr; Nº63.
13. Briceño, E. *factores maternos condicionantes del bajo peso al nacer, servicio de pediatría. Hospital docente asistencial "Dr. Raúl Leoni Otero". San Félix – Estado*

- Bolívar. Documentos en línea disponible en <http://www.ri.bib.udo.edu.ve/bitstream/123456789/135/1/TESIS-PuericulturaPediatria-EB.pdf>. Consultado, Marzo, 5 2015
14. Puentes, M (2012). *Factores de riesgo asociados al bajo peso al nacer*. Documentos en línea. Disponible en <http://www.portalesmedicos.com/.../Factores-de-riesgo-asociados-al-bajo-peso-...> Consultado, 2015, 5, Marzo.
  15. Buslaiman, J. (2012). *Conocer la frecuencia de presentación de niños con bajo peso al nacer en los años 2010 y 2011, en el Hospital Dr. Enrique Vera Barros de La Rioja, Córdoba Barcelona España*. Documentos en línea. Disponible en [https://www.rdu.unc.edu.ar/.../BAJO\\_PESO\\_AL\\_NACER\\_Y\\_%20FACTORES](https://www.rdu.unc.edu.ar/.../BAJO_PESO_AL_NACER_Y_%20FACTORES). Consultado, 2015, 5, Marzo.
  16. López, L; Lugones, M y cool (2011). *Algunos factores maternos relacionados con el bajo peso al nacer*. Policlínico Integral Docente del municipio Playa, Cuba. Documentos en línea. Disponible en <https://www.rdu.unc.edu.ar/.../tesisindeinvestigadores.blogspot.com/.../algunos-factores-maternos-relacio...> Consultado, Marzo, 2015, 5.
  17. Medina, A. (2011). *Factores de riesgo de bajo peso al nacer*. Documentos en línea. Disponible en <https://www.investigacionposgrado.unah.edu.hn/.../FACTORES%20DE%20RIESGO>. Consultado, 2015, Marzo, 5.
  18. Lemons JA, Bauer GH, Oh W, Koroner SB, Papile LA, Stoll S. Very low birth weight outcome of the neonatal National Institute of Child Health and Human Development, Neonatal Research Network. *Pediatrics*. 2001;107:1-8.
  19. Dres. Janet Tucker, William McGuire Fuente: Comentario: Dra. Alicia Lapidus *BMJ*. 2004 Sep 18;329(7467):675-8.
  20. Ministerio del Poder Popular para la Salud. (2010) Dirección de Vigilancia Epidemiológica. Dirección de Epidemiología y Análisis Estratégico.
  21. Briceño Elvia (2012) Factores Maternos Condicionantes del Bajo Peso al Nacer, Servicio De Pediatría. Hospital Docente Asistencial “Dr. Raúl Leoni Otero”. San Félix – Estado Bolívar
  22. Cardozo, V. y Col. (2009) Análisis del bajo peso en la atención primaria. *Rev Cubana Med Gen Integr*; 11(4): 332-6.
  23. Coronel Carvajal, C., Sánchez Torres. (2001) Bajo Peso al Nacer. Comportamiento de algunos factores de riesgo. *Rev Española Pediatría*.; 57:397-402.
  24. Díaz, O., Soler, M. y Soler B. (2010). Aspectos epidemiológicos de bajo peso al nacer. *Rev Cubana Med Gen Integr*; 9(3): 234-44

25. Godoy, R. (2002). Aspectos epidemiológicos de bajo peso al nacer. Ed. México. Edit. Interamericana. Mc Graw-Hill, S.A.
26. González, V, Polo, J. (2008) Factores de riesgo en el bajo peso al nacer. Rev Cubana Obstet Ginecol; 14(1): 27-9.
27. Hernández, F., López del Castillo, J., González J, Acosta N. (2006) El recién nacido de bajo peso: comportamiento de algunos factores de riesgo. Rev. Cubana Med. Gen.Integr.; 12:44-9.
28. Medina, J., Sarmiento, G., Wong, Y. (2009). El bajo peso al nacer y su relación con los antecedentes obstétricos. Rev Cubana Med Gen Integr; 6(3): 356-63.
29. Nebott, M., Rohits, I., Diez E. y Valero, C. (2009). Maternity in adolescents at high social risk. Rev Aten Primaria 11(5): 213-16.
30. Vavasseur C Foran A, Murphy JF. 2007; Consensus statements on the borderlands of neonatal viability: from uncertainty to grey areas. Ir Med J. 100:561-64
31. Tejedor JC, Aybar L. Toma de decisiones éticas y limitación del soporte vital en recién nacidos críticos. An Esp Pediatr 1997; 46: 53-59
32. Couceiro A. Problemas éticos en Neonatología. Bioética 1989; XXXVII (881):59.
33. Tejedor-Torres JC. Los límites de viabilidad, consideraciones clínicas y éticas. Rev Esp Pediátrico. 1997; 119:25-27.
34. Hernández, R., Fernández, C. y Baptista, P. (2006). Metodología de la investigación. (4ª ed.). México, D.F.: Mc Graw Hill Interamericana.13
35. Universidad Pedagógica Experimental Libertador (UPEL). Manual de Trabajos de Grado de Especialización y Maestría y Tesis Doctorales. (4ª ed.). Caracas: Autor.14
36. Arias, F. (2006). Proyecto de Investigación. (3ª Ed.). Caracas: Episteme.15
37. Hurtado de Barrera, J. (2000). Metodología de la Investigación Holística. (3ª ed.). Caracas: Sypal.16

## **ANEXOS**

UNIVERSIDAD CENTRAL DE VENEZUELA  
FACULTAD DE MEDICINA  
COORDINACIÓN DE ESTUDIOS DE POSTGRADO  
PROGRAMA DE ESPECIALIZACIÓN EN PEDIATRÍA Y PUERICULTURA  
HOSPITAL MILITAR “DR. CARLOS ARVELO”

**MORBILIDAD EN RECIÉN NACIDOS DE BAJO PESO AL NACER EN UNA  
UNIDAD DE CUIDADO INTENSIVOS**

Proyecto de Trabajo Especial de Grado que se presenta para optar al título de Especialista en  
Pediatria y Puericultura

Bertha Ramírez  
Nataly Rodríguez

Tutor: Andreina Torrealba

Caracas, diciembre 2016



3.8 Consumo de Sustancia psicoactiva: Si ...   
No ...

3.9 Pre-eclampsia: Si ...   
No ...

**4. Características Clínicas:**

4.1 síndrome de distress: Si   
No

4.2: Asfixia neonatal: Si   
No

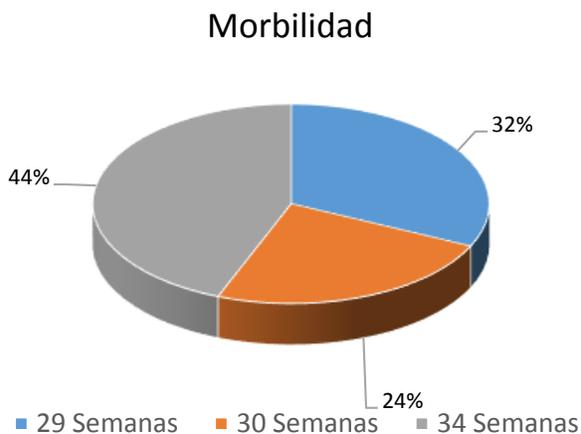
4.3: Malformaciones congénitas: Si   
No

**Cuadro N° 2:**  
**Características Epidemiológicas.**

Distribución Absoluta y Porcentual de la morbilidad en Recién nacidos pretermino (29-34) semanas por ballard en Historias Clínicas de la Unidad de Cuidado Intensivos del Hospital Militar “Dr. Carlos Arvelo”, durante el Periodo de 2013-2014.

<b>Morbilidad</b>	<b>Fa</b>	<b>Fx</b>
<b>29 semanas</b>	8	32%
<b>30 semanas</b>	6	24%
<b>34 semanas</b>	10	44%
<b>Total</b>	<b>24</b>	<b>100%</b>

**Fuente:** Historias Clínicas (2015)

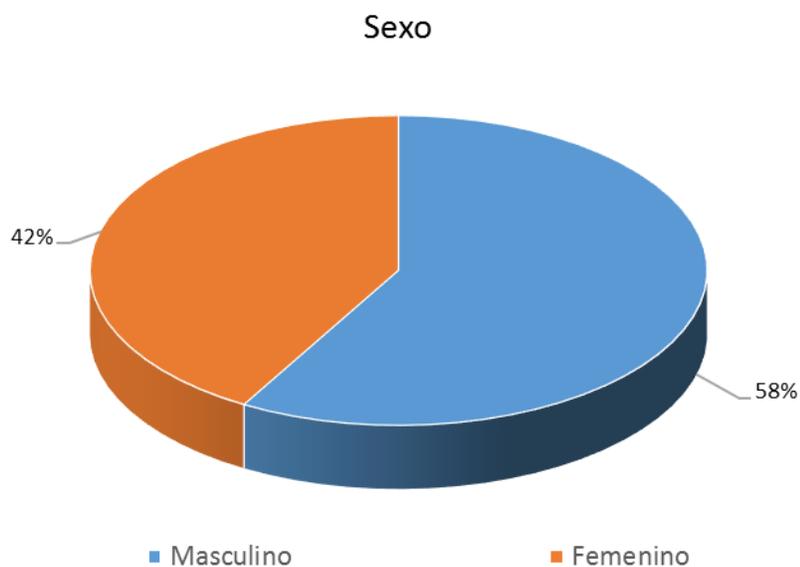


**Cuadro N° 3:**  
**Características Epidemiológicas.**

Distribución Absoluta y Porcentual del sexo en Recién nacidos pretermino (29-34) semanas por ballard en Historias Clínicas de la Unidad de Cuidado Intensivos del Hospital Militar “Dr. Carlos Arvelo”, durante el Periodo de 2013-2014.

Sexo	Fa	Fx
Masculino	14	58%
Femenino	10	42%
Total	24	100%

**Fuente:** Historias Clínicas (2015)

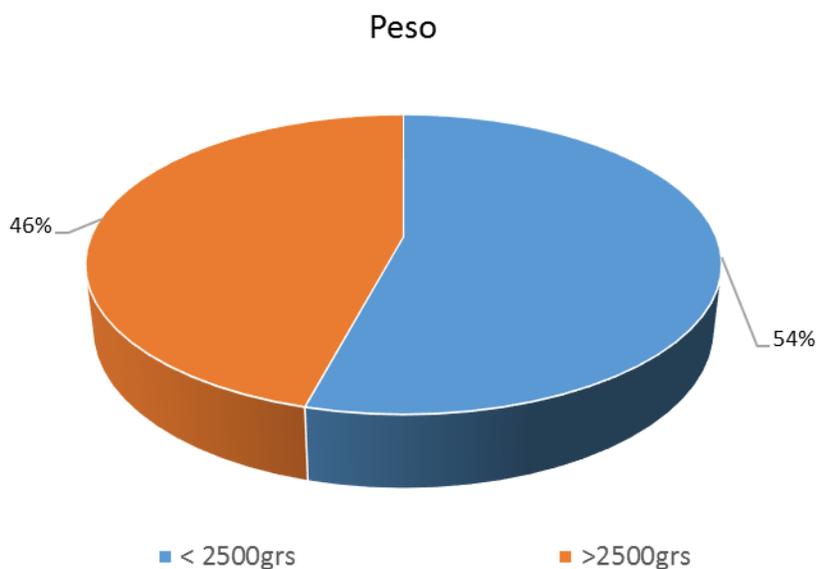


**Cuadro N° 4:**  
**Características Epidemiológicas.**

Distribución Absoluta y Porcentual del peso en Recién nacidos pretermino (29-34) semanas por ballard en Historias Clínicas de la Unidad de Cuidado Intensivos del Hospital Militar “Dr. Carlos Arvelo”, durante el Periodo de 2013-2014.

Peso	Fa	Fx
<2500gr	13	54%
>2500gr	11	46%
<b>Total</b>	<b>24</b>	<b>100%</b>

**Fuente:** Historias Clínicas (2015)

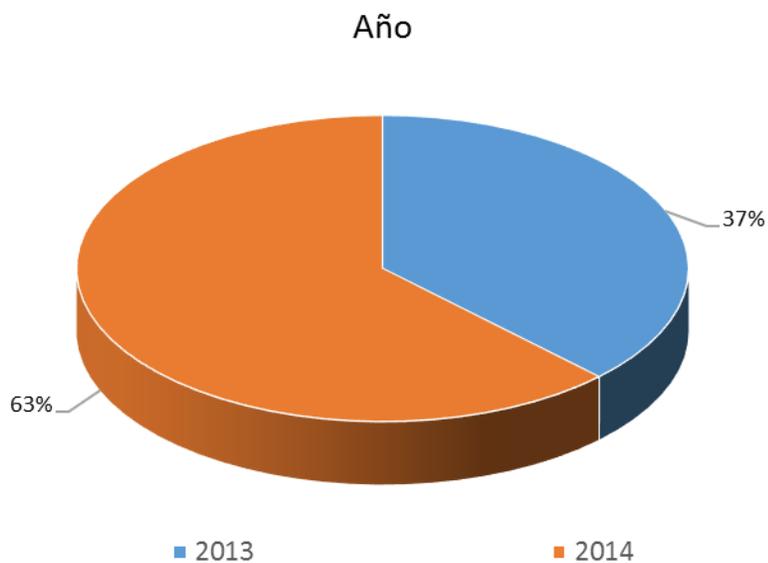


**Cuadro N° 5:**  
**Características Epidemiológicas.**

Distribución Absoluta y Porcentual del año en Recién nacidos pretermino (29-34) semanas por ballard en Historias Clínicas de la Unidad de Cuidado Intensivos del Hospital Militar “Dr. Carlos Arvelo”, durante el Periodo de 2013-2014.

Año	Fa	Fx
2013	9	37%
2014	15	63%
<b>Total</b>	<b>24</b>	<b>100%</b>

**Fuente:** Historias Clínicas (2015)



### Control Prenatal

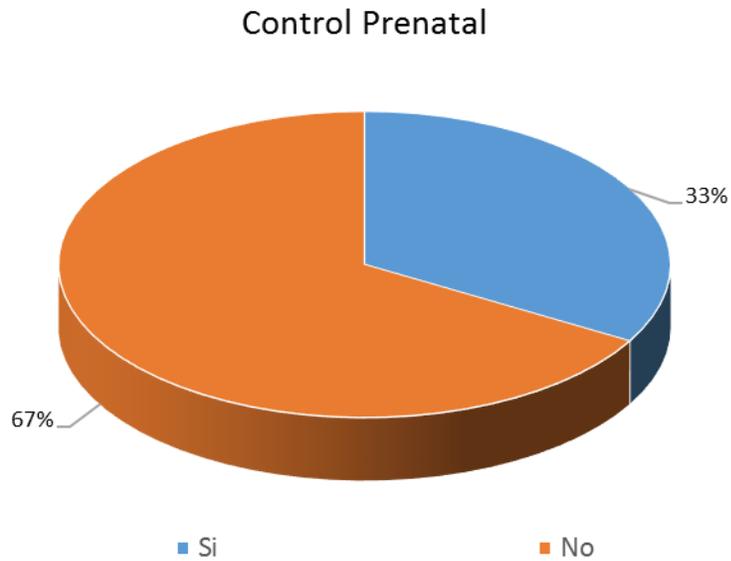
#### Cuadro N° 6:

#### Factores de Riesgo Materno.

Distribución Absoluta y Porcentual del Control Prenatal en Historias Clínicas de la Unidad de Cuidado Intensivos del Hospital Militar “Dr. Carlos Arvelo”, durante el Periodo de 2013-2014.

Control Prenatal	Fa	Fx
Si	8	33%
No	16	67%
<b>Total</b>	<b>24</b>	<b>100%</b>

Fuente: Historias Clínicas (2015)



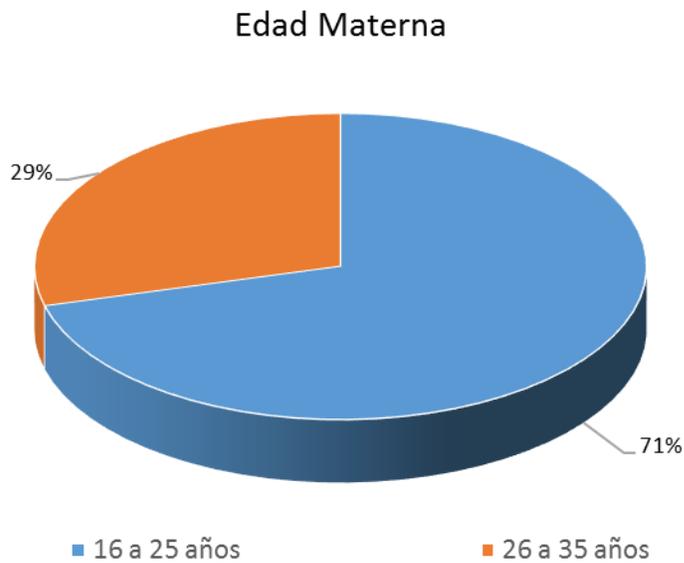
**Cuadro N° 7:**

**Factores de Riesgo Materno.**

Distribución Absoluta y Porcentual de la Edad Materna en Historias Clínicas de la Unidad de Cuidado Intensivos del Hospital Militar “Dr. Carlos Arvelo”, durante el Periodo de 2013-2014.

Edad Materna	Fa	Fx
16 a 25 años	17	33%
26 a 35 años	7	67%
<b>Total</b>	<b>24</b>	<b>100%</b>

**Fuente:** Historias Clínicas (2015)

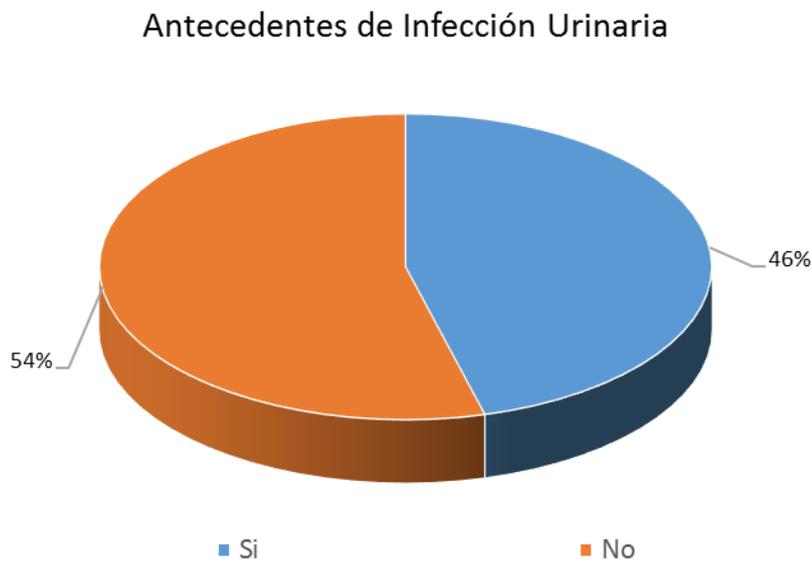


**Cuadro N° 8:**  
**Factores de Riesgo Materno.**

Distribución Absoluta y Porcentual de Antecedentes de Infección Urinaria en Historias Clínicas de la Unidad de Cuidado Intensivos del Hospital Militar “Dr. Carlos Arvelo”, durante el Periodo de 2013-2014.

<b>Antecedentes de Infección Urinaria</b>	<b>Fa</b>	<b>Fx</b>
<b>Si</b>	11	46%
<b>No</b>	13	54%
<b>Total</b>	<b>24</b>	<b>100%</b>

**Fuente:** Historias Clínicas (2015)



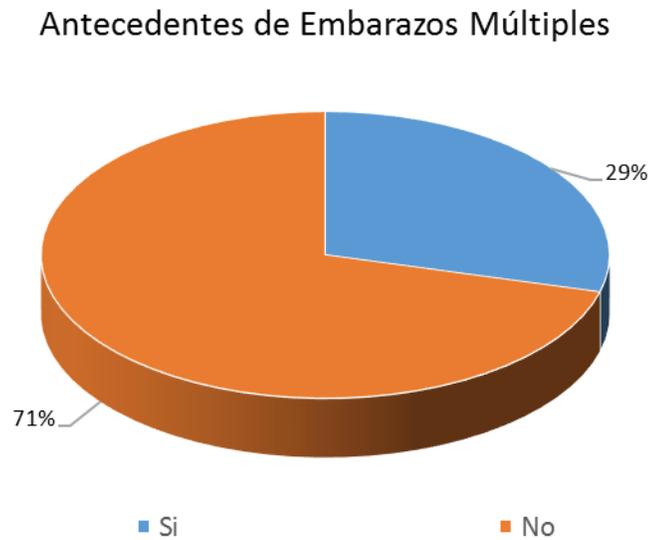
**Cuadro N° 9:**

**Factores de Riesgo Materno.**

Distribución Absoluta y Porcentual de Antecedentes de Embarazos Múltiples en Historias Clínicas de la Unidad de Cuidado Intensivos del Hospital Militar “Dr. Carlos Arvelo”, durante el Periodo de 2013-2014.

<b>Antecedentes de Embarazos Múltiples</b>	<b>Fa</b>	<b>Fx</b>
<b>Si</b>	7	29%
<b>No</b>	17	71%
<b>Total</b>	<b>24</b>	<b>100%</b>

**Fuente:** Historias Clínicas (2015)



### Antecedentes de Leucorrea

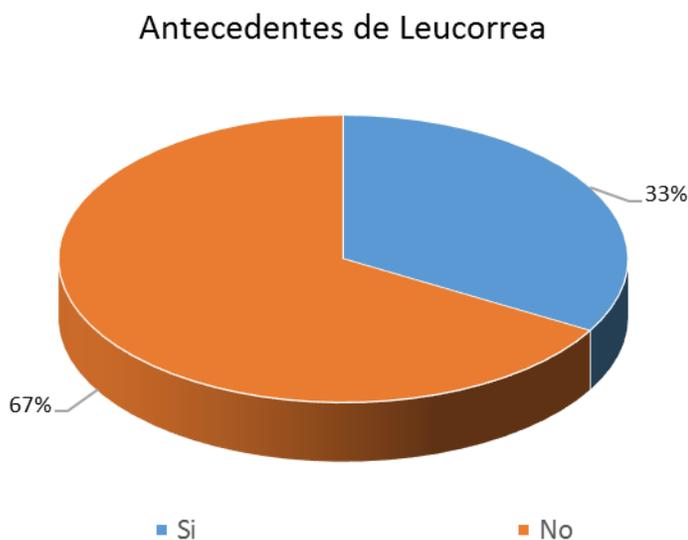
#### Cuadro N° 10:

#### Factores de Riesgo Materno.

Distribución Absoluta y Porcentual de Antecedentes de Leucorrea en Historias Clínicas de la Unidad de Cuidado Intensivos del Hospital Militar “Dr. Carlos Arvelo”, durante el Periodo de 2013-2014.

Antecedentes de Leucorrea	Fa	Fx
Si	8	29%
No	16	71%
<b>Total</b>	<b>24</b>	<b>100%</b>

Fuente: Historias Clínicas (2015)

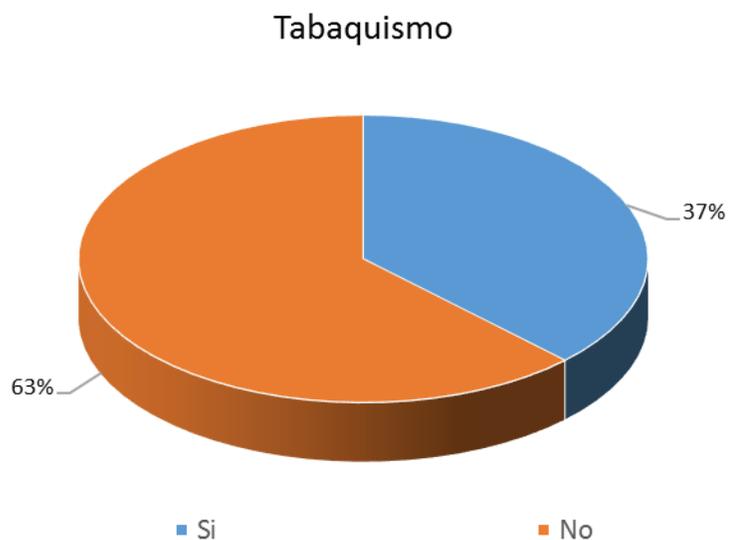


**Cuadro N° 11:**  
**Factores de Riesgo Materno.**

Distribución Absoluta y Porcentual de Tabaquismo en Historias Clínicas de la Unidad de Cuidado Intensivos del Hospital Militar “Dr. Carlos Arvelo”, durante el Periodo de 2013-2014.

<b>Tabaquismo</b>	<b>Fa</b>	<b>Fx</b>
<b>Si</b>	9	37%
<b>No</b>	15	63%
<b>Total</b>	<b>24</b>	<b>100%</b>

**Fuente:** Historias Clínicas (2015)



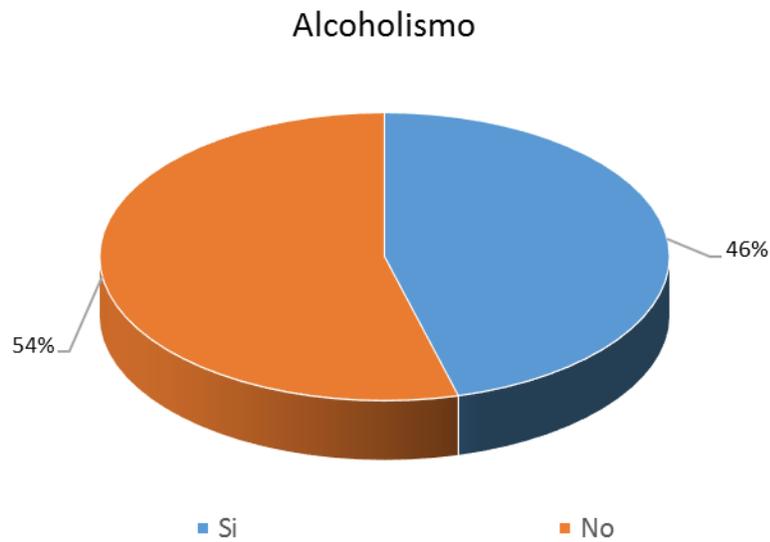
**Cuadro N° 12:**

**Factores de Riesgo Materno.**

Distribución Absoluta y Porcentual de Alcoholismo en Historias Clínicas de la Unidad de Cuidado Intensivos del Hospital Militar “Dr. Carlos Arvelo”, durante el Periodo de 2013-2014.

Alcoholismo	Fa	Fx
Si	11	46%
No	13	54%
<b>Total</b>	<b>24</b>	<b>100%</b>

**Fuente:** Historias Clínicas (2015)



## Consumo de Sustancia psicoactiva

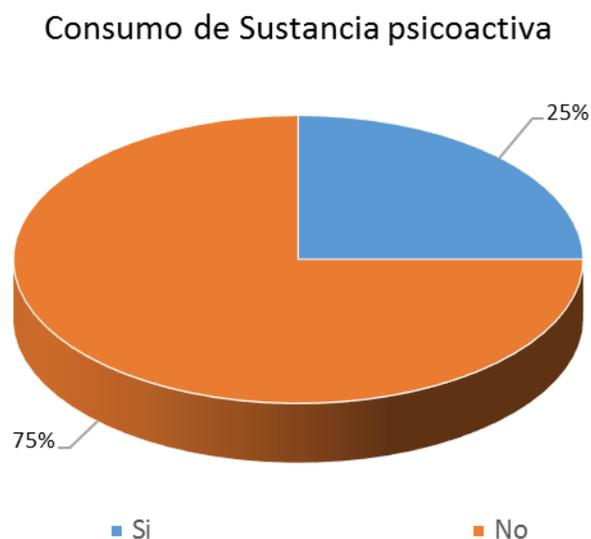
### Cuadro N° 13:

#### Factores de Riesgo Materno.

Distribución Absoluta y Porcentual de Consumo de Sustancia psicoactiva en Historias Clínicas de la Unidad de Cuidado Intensivos del Hospital Militar “Dr. Carlos Arvelo”, durante el Periodo de 2013-2014.

Consumo de Sustancia psicoactiva	Fa	Fx
Si	6	25%
No	18	75%
<b>Total</b>	<b>24</b>	<b>100%</b>

**Fuente:** Historias Clínicas (2015)



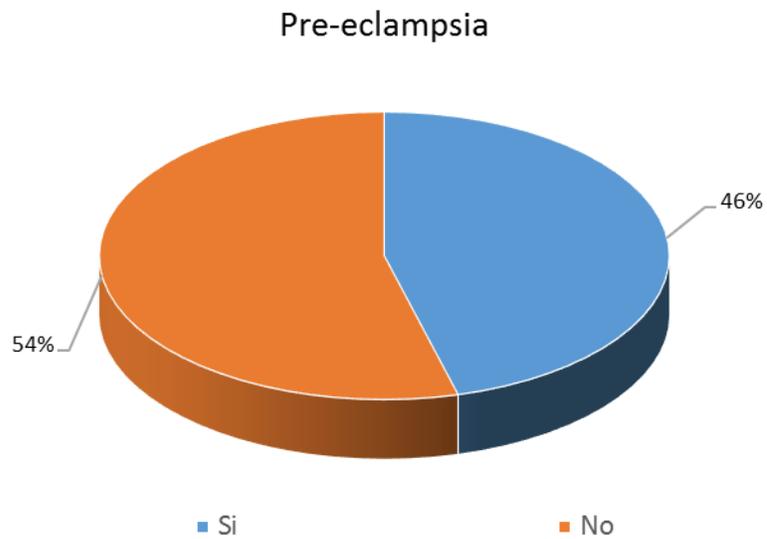
**Cuadro N° 14:**

**Factores de Riesgo Materno.**

Distribución Absoluta y Porcentual de Pre-eclampsia en Historias Clínicas de la Unidad de Cuidado Intensivos del Hospital Militar “Dr. Carlos Arvelo”, durante el Periodo de 2013-2014.

Pre-eclampsia	Fa	Fx
Si	11	46%
No	13	54%
<b>Total</b>	<b>24</b>	<b>100%</b>

**Fuente:** Historias Clínicas (2015)



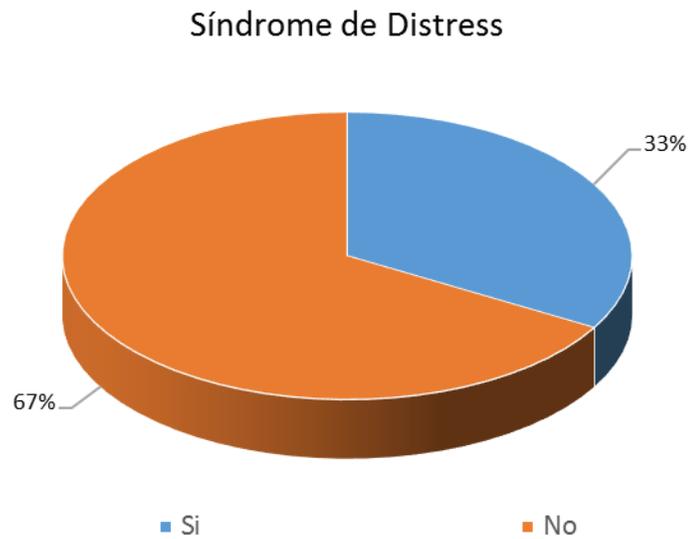
**Cuadro N° 15:**

**Características Clínicas.**

Distribución Absoluta y Porcentual de Síndrome de Distress en Historias Clínicas de la Unidad de Cuidado Intensivos del Hospital Militar “Dr. Carlos Arvelo”, durante el Periodo de 2013-2014.

Síndrome de Distress	Fa	Fx
Si	8	33%
No	16	67%
<b>Total</b>	<b>24</b>	<b>100%</b>

**Fuente:** Historias Clínicas (2015)



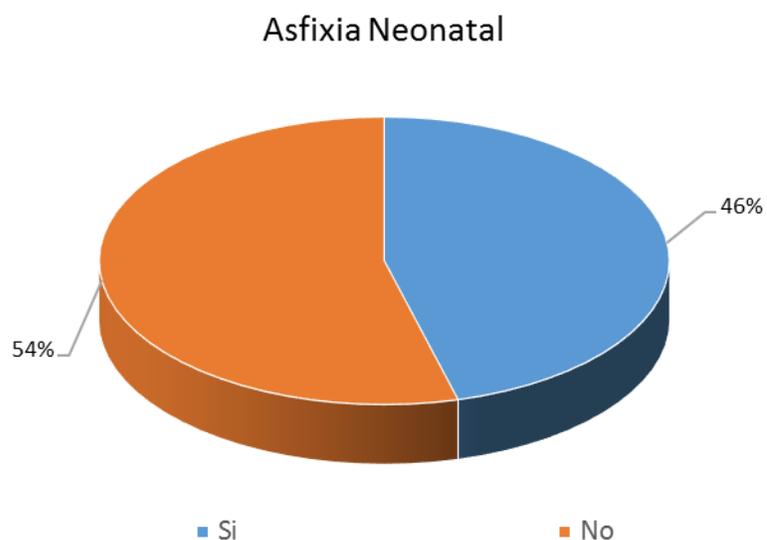
### Asfixia Neonatal

#### Cuadro N° 16: Características Clínicas.

Distribución Absoluta y Porcentual de Asfixia Neonatal en Historias Clínicas de la Unidad de Cuidado Intensivos del Hospital Militar “Dr. Carlos Arvelo”, durante el Periodo de 2013-2014.

Asfixia Neonatal	Fa	Fx
Si	11	46%
No	13	54%
<b>Total</b>	<b>24</b>	<b>100%</b>

**Fuente:** Historias Clínicas (2015)



## Malformaciones Congénitas

### Cuadro N° 17:

#### Características Clínicas.

Distribución Absoluta y Porcentual de Malformaciones Congénitas en Historias Clínicas de la Unidad de Cuidado Intensivos del Hospital Militar “Dr. Carlos Arvelo”, durante el Periodo de 2013-2014.

Malformaciones Congénitas	Fa	Fx
Si	13	54%
No	11	46%
<b>Total</b>	<b>24</b>	<b>100%</b>

**Fuente:** Historias Clínicas (2015)

