

UNIVERSIDAD NACIONAL "HERMILIO VALDIZÁN"

FACULTAD DE ENFERMERIA

**SEGUNDA ESPECIALIDAD- ESPECIALISTA EN
CUIDADOS INTENSIVOS NEONATOLOGIA**



INFORME DE TESIS

**FACTORES DE RIESGO DEL RECIEN NACIDO DE BAJO PESO AL
NACER EN EL HOSPITAL DANIEL ALCIDES CARRION - CERRO DE
PASCO 2014**

**PARA OPTAR EL TITULO DE ESPECIALISTA EN
CUIDADOS INTENSIVOS NEONATOLOGIA**

TESISTAS:

Lic. Enf. Edith Madeleyne POSADAS ASCANOA.

Lic. Enf. Leeiner Esther MUÑOZ VASQUEZ

Lic .Enf. Edith Rosa HUERTA PAREDES.

ASESORA: Dra. ROSALINDA RAMIREZ MONTALDO

**HUÁNUCO – PERÚ
2015**

DEDICATORIA

A Dios por darnos la vida y permitirnos en cada día poder compartir con nuestros seres queridos.

(Las Autoras)

A mis padres Pedro y Constantina por su apoyo incondicional por darme una profesión. A mis hermanos: Nelson, Jesús, Gloria, Milagros, Jhocimar, José, Antonio y Marín, por sus apoyo y el estímulo para lograr mis éxitos en mi profesión

(Edith Madeleine)

El presente estudio dedico a mis padres Edilberto y Orfelinda a mi esposo Jorge y mis hijos Cinthia y Milagros que me impulsaron a nuevos logros que doy.

(Leyner Esther)

El presente estudio dedico a con todo cariño a mi esposo Pedro por el constante apoyo y paciencia para seguir superándome a mis hijas, Sherly y Fiorella quies me inspiraron y me dieron fuerzas para seguir superándome.

(Edith Rosa)

AGRADECIMIENTO

Gratitud eterna a los que contribuyeron a este esfuerzo:

- A. La UNHEVAL y a la Facultad de enfermería por darnos la oportunidad para seguir nuestra superación.
- A. Las Docentes de la facultad de Enfermería por compartir con nosotras sus conocimientos y sus prácticas exitosas
- A. Nuestra asesora la Dra. Rosalinda Ramirez Montaldo, por su orientación y su guía para culminar nuestra Tesis.
- Al Director, colegas de Enfermería, y al personal del Hospital Daniel Alcides Carrión que nos apoyaron en el desarrollo de nuestra Tesis, sin ello no hubiésemos podido culminar nuestra tesis

RESUMEN

Objetivo: Determinar los factores de riesgo del recién nacido de bajo peso al nacer.

Métodos: Se llevó a cabo un estudio correlacional con 160 recién nacidos del Hospital Daniel Alcides Carrión – Cerro de Pasco 2014. Se empleó una ficha de análisis documental en la recolección de datos. En el análisis inferencial de los resultados se utilizó la Prueba Chi cuadrada.

Resultados: El 11,3% (18 neonatos) presentaron bajo peso al nacer. Por otro lado, los factores de riesgo maternos a bajo peso al nacer fueron la edad materna menor de 20 y mayor de 34 años ($p=0,001$), baja escolaridad materna ($p=0,000$), antecedentes de bajo peso ($p=0,020$), control prenatal inadecuado ($p=0,013$) y antecedentes médicos en la última gestación ($p=0,003$). Y, dentro de los factores de riesgo del producto asociados a bajo peso al nacer fue la prematuridad ($p=0,000$).

Conclusiones: Los factores de riesgo materno biológico, obstétrico y del producto se relacionan con la presencia de bajo peso al nacer en el Hospital Daniel Alcides Carrión de Cerro de Pasco.

Palabras clave: bajo peso al nacer, factores de riesgo, edad materna, control prenatal.

ABSTRACT

Objective: To determine the risk factors associated with low birth weight.

Methods: They conducted a correlational study with 160 newborns Daniel Alcides Carrion Hospital - Cerro de Pasco 2014. employment a tab documentary analysis in data collection. Chi square test was used in the inferential analysis of results.

Results: 11.3% (18 neonates) had low birth weight. On the other hand, maternal risk factors for low birth weight were lower maternal age greater than 20 and 34 years ($p = 0.001$), low maternal education ($p = 0.000$), history of low birth weight ($p = 0.020$), inadequate prenatal care ($p = 0.013$) and medical history in late gestation ($p = 0.003$). And, within the risk factors associated product to low birth weight was prematurity ($p = 0.000$).

Conclusions: Biological factors, maternal obstetric and product risk related to the presence of low birth weight in the Hospital Daniel Alcides Carrión of Cerro de Pasco.

Key words: *low birth weight, risk factors, maternal age, prenatal.*

INDICE

	Pág.
DEDICATORIA	2
AGRADECIMIENTO	3
RESUMEN	4
ABSTRACT	5
INTRODUCCIÓN	9
CAPÍTULO I. MARCO TEÓRICO	
1.1. Antecedentes del problema	15
1.2. Marco conceptual	19
1.3. Definición de términos	29
CAPÍTULO II. MARCO METODOLOGICO	
2.1. Ámbito	30
2.2. Población	30
2.3. Muestra	31
2.4. Tipo de estudio	31
2.5. Diseño de investigación	32
2.6. Técnicas e instrumento	32
2.7. Procedimiento	33
2.8. Plan de tabulación y análisis de datos	33
CAPÍTULO III. RESULTADOS Y DISCUSION	

3.1. Resultados	35
3.2. Discusión	60
CONCLUSIONES	63
RECOMENDACIONES	64
REFERENCIA BIBLIOGRAFICA	65
ANEXOS	71

INTRODUCCION

El bajo peso al nacer (BPN) constituye el índice predictivo más importante de mortalidad infantil, se plantea que la mortalidad en el recién nacido con bajo peso al nacer es 20 veces mayor que en el recién nacido normo peso (1).

La Organización Mundial de la Salud (OMS) plantea que a nivel mundial, 1 de cada 6 niños nace con bajo peso. De los más de 20,5 millones de nacimientos con bajo peso, se comprobó estadísticamente una proporción mayor en países subdesarrollados (19%). Más de la mitad ocurren en Asia Meridional (en algunas regiones de la India y en Bangla Desh, 50%) y más de una tercera parte en África y en América (Guatemala llegó hasta el 40%). En naciones desarrolladas las cifras fueron muy inferiores: Estados Unidos alrededor del 7 %; Reino Unido 6 %; España 5 % y la incidencia más reducida (4 %) se registró en Estonia, Escandinavia, Finlandia, Islandia, Lituania y Suecia (2).

En la región de América, la proporción de niños con bajo peso al nacer oscila entre 5,7 % en Canadá y 12 % en Guatemala. El componente neonatal representa la mayor fracción de la mortalidad infantil (61 %) en dicha región. El 85 % de todas las muertes neonatales están asociadas al bajo peso al nacer; las causas más comunes son los nacimientos pretérmino y la restricción en el crecimiento fetal (3).

En Argentina un estudio realizado, encontró que en su país el índice de bajo peso fue de solamente el 7 %, pero constituyeron el 59 % de los fallecidos (4).

En Colombia el índice de bajo peso al nacer alcanzó a nivel nacional un 6,2 %, uno de los mayores valores en los últimos años, según datos ofrecidos en el 2009 (5).

Según INEI-Encuesta Demográfica y de Salud Familiar ENDES 2011, para el año 2010, en el Departamento de Huánuco se registró recién nacidos de bajo peso de 9,6 por cien nacidos vivos (6).

En el 2011 un trabajo realizado en 23 hospitales del Ministerio de Salud del Perú, mostró que de 951 muertes perinatales el 60 % correspondieron a recién nacidos con pesos inferiores a los 2 500 g (7).

Estos niños muestran una gran tendencia a padecer distintas enfermedades, con evolución tórpida en la mayoría de los casos. Los recién nacidos con bajo peso tienen más probabilidades de seguir desnutridos, presentar menor coeficiente de inteligencia y experimentar discapacidades cognoscitivas en el futuro (8).

Asimismo, Mattia y Regnier (9) plantean que las principales alteraciones del bajo peso al nacer están relacionadas con la esfera inmunológica, psicológica y el lenguaje y que estos a veces no recuperan el peso normal.

Por otro lado, existen diferentes factores de riesgo asociados al recién nacido de bajo peso, destacando los factores maternos (ciertas enfermedades generales, alteraciones obstétricas y ginecológicas), fetales (embarazos múltiples, cromosomopatías, infecciones y determinadas malformaciones congénitas) y también sociales y ambientales (consumo de tabaco y alcohol, nutrición y la ocupación de los padres) (10).

Otras investigaciones reportan que los factores de riesgo más significativos para tener bajo peso al nacer son: el antecedente de hijos con peso bajo para edad gestacional, tabaquismo, alcoholismo, sangrados del segundo trimestre del embarazo, talla materna baja menor de 1,50 m, ganancia de peso menor a 7 kg, y el control prenatal inadecuado (11).

Augusto y Medina (12) sostienen que la edad materna influye en el bajo peso al nacer, cuando las gestantes se encuentran en edades tempranas como la adolescencia o tardías de la vida, puesto que los riesgos aparecen en estas etapas, debido a que las condiciones biopsicosociales repercuten en mayor cuantía y existe una incidencia más de gestosis, así como de intervenciones obstétricas.

Las infecciones vaginales constituyen actualmente una de las principales causas de riesgo de bajo peso al nacer, de ahí la importancia de su adecuado diagnóstico y seguimiento para disminuir la incidencia de estos casos. Así, las vaginosis bacterianas representan 27 % de todos los casos de madre con neonatos bajo peso, pero el riesgo se incrementa más si se conjugan 2 o más agentes infecciosos (13).

Prado Olivares y colaboradores analizaron los diferentes factores del medio ambiente y familiar que influyen en el nacimiento del bajo peso (14). Otros autores obtuvieron similares resultados al analizar a la familia como un indicador de salud; pues encontraron que los niños con un peso inferior a los 2500 g nacieron con más frecuencias en las familias extensas o ampliadas (15).

Lo expresado anteriormente sirve de apoyo para el desarrollo del presente estudio, donde se propone la siguiente pregunta:

¿Cuáles son los factores de riesgo del recién nacido de bajo peso al nacer en el Hospital Daniel Alcides Carrión de Cerro de Pasco 2014?

Asimismo, se tienen las siguientes preguntas específicas:

- ¿Cuáles son los factores de riesgo maternos del recién nacido de bajo peso al nacer en el Hospital Daniel Alcides Carrión de Cerro de Pasco?

- ¿Cuáles son los factores de riesgo del producto asociados al bajo peso al nacer en el Hospital Daniel Alcides Carrión de Cerro de Pasco?

El presente estudio de investigación se justifica:

Porque el bajo peso al nacer es uno de los más importantes problemas de salud de países desarrollados y de todos los países en vías de desarrollo incluso América Latina.

Porque el peso al nacer es una de las variables reconocidas entre las de mayor importancia y constituye un parámetro importante como indicador de maduración biológica puesto que la mortalidad en el primer año de vida se considera 40 veces mayor en los niños con bajo peso, que en los que nacen con peso normal ya que estos pueden presentar dificultades para mantener el calor aún en temperaturas normales por su escaso tejido adiposo, así como complicaciones e incapacidades a largo plazo.

Porque el problema del bajo peso es de interés universal no solo porque constituye el principal factor asociado a la morbilidad y mortalidad perinatal, sino que está demostrada su repercusión en el seno familiar, la sobrecarga en los presupuestos de las unidades de cuidados intensivos neonatales y las discapacidades a largo plazo con su secuela de parálisis cerebral, pérdida de la audición, problemas visuales, retardo en el desarrollo intelectual, entre otros.

Y, porque las políticas de prevención de los problemas de salud deben encaminarse hacia la búsqueda de los factores de riesgo.

Por otro lado, el objetivo general de investigación fue:

- Determinar los factores de riesgo del recién nacido de bajo peso al nacer en el Hospital Daniel Alcides Carrión de Cerro de Pasco 2014.

Y, los objetivos específicos fueron:

- Establecer los factores de riesgo maternos del recién nacido de bajo peso al nacer en el Hospital Daniel Alcides Carrión de estudio.
- Evaluar los factores de riesgo del producto asociados a bajo peso al nacer en el Hospital de estudio.

Asimismo, se tuvo en cuenta la siguiente hipótesis general:

Ha: Los factores de riesgo maternos y del producto se relacionan con bajo peso al nacer en el Hospital Daniel Alcides Carrión de Cerro de Pasco 2014.

Y, las hipótesis específicas demostradas fueron:

Ha₁: Los factores de riesgo maternos se relacionan con el recién nacido de bajo peso al nacer en el Hospital Daniel Alcides Carrión de Cerro de Pasco 2014.

Ha₂: Los factores de riesgo del producto se relacionan con bajo peso al nacer en el Hospital Daniel Alcides Carrión de Cerro de Pasco 2014.

Dentro de las variables de estudio, estas fueron:

Variable dependiente: Bajo peso al nacer.

Variable independiente: Factores de riesgo

Y, el cuadro de operacionalización de las variables fue:

VARIABLE	DIMENSION	INDICADOR	CALIFICACION	ESCALA
VARIABLE DEPENDIENTE:				
Bajo peso al nacer	Única	Bajo peso al nacer	SI NO	Nominal
VARIABLE INDEPENDIENTE:				
Factores de riesgo maternos	Factores de riesgo maternos biológico	Edad	Menor de 20 años 20 a 34 años Mayor de 34 años	Ordinal
	Factores de riesgo maternos sociales	Estado civil inestable	SI NO	Nominal
		Grado de instrucción bajo	SI NO	Ordinal
	Factores de riesgo maternos	Antecedentes de bajo peso en otros hijos	SI NO	Nominal

	obstétricos	Paridad	Sin hijos 1 hijo 2 y 3 hijos 4 y 5 hijos 6 y más hijos	Ordinal
		Intervalo intergenésico	Sin hijos Menos de 12 meses 12 a 22 meses 23 y más meses	Ordinal
		Control pre-natal	SI NO	Nominal
		Antecedentes personales de tipo médico	Enfermedad renal Hipertensión arterial Fiebre reumática Enfermedad venérea Disfunción ginecológica	Nominal
		Antecedentes médicos en la última gestación	Sangrado específico Infección vaginal Edema Molestias urinarias Accidentes	Nominal
Factores de riesgo del producto	Factores del producto	Edad Gestacional	Menos de 37 semanas 37 a 42 semanas Más de 42 semanas	Ordinal
		Sexo masculino	SI NO	Nominal

CAPÍTULO I

MARCO TEÓRICO

1.1. Antecedentes del problema

Se tuvieron en cuenta los siguientes estudios:

Gala H et al (16), realizaron un estudio de casos y controles, para identificar algunos factores de riesgo del bajo peso al nacer en la comunidad de Mavieja, perteneciente al municipio San Francisco, en el estado de Zulia, República Bolivariana de Venezuela, desde de enero del 2005 hasta agosto del 2006. La evaluación nutricional deficiente de las gestantes constituyó el factor de riesgo de mayor incidencia, seguido de la infección vaginal, de modo que la modificación de estos tendría un impacto favorable en la disminución del bajo peso al nacer en la citada comunidad.

Asimismo, Soto, Ávila y Gutiérrez (17) diseñaron un estudio retrospectivo, transversal, comparativo, en el que se revisaron los expedientes de mujeres atendidas en el Hospital de Ginecología y Obstetricia del Instituto Materno Infantil del Estado de México del primero de junio de 2008 al 31 de mayo de 2009. Se dividieron en dos grupos: Grupo A, con recién nacidos con bajo peso en embarazo de término, y Grupo B, recién nacidos con peso adecuado de embarazo de término. Se excluyeron recién nacidos pretérmino y expedientes incompletos. Dentro de sus resultados encontraron que los factores de riesgo más comunes en la población hospitalaria son antecedente de bajo peso, anemia, tabaquismo, enfermedad hipertensiva, alcoholismo, toxicomanías e hipertensión

arterial crónica. El 100% de los casos presentaron bajo peso al nacer y al menos un factor de riesgo.

Scarinci y Suarez (18), con el propósito del estudio de describir la frecuencia de los factores de riesgo de mayor prevalencia relacionados con el bajo peso al nacer, diseñaron un estudio de carácter descriptivo, de corte transversal, utilizándose el Sistema Informático Perinatal y las Historias Clínicas Perinatales de las madres cuyos hijos hayan nacido con bajo peso al nacer, a término, único producto de la gestación y cuyo parto se produjo durante el año 2004 en la Maternidad Martín. Los datos se analizaron con el Programa Estadístico Epi Info 2002, tablas de distribución de frecuencia, gráficos de barras y circulares. Dentro de los factores de riesgo descritos como de mayor prevalencia, se encuentran: controles prenatales tardíos, nuliparidad, peso pregestacional < 50 kg, ganancia de peso gestacional inadecuada, edad < 19 años. Se concluye que se deben reforzar Programas de Promoción de Salud, dirigidas a las adolescentes, por ser el grupo más vulnerable de tener niños con bajo peso al nacer.

Pereira JJ et al (19), realizaron un análisis mediante la regresión logística, donde en el modelo final los factores de riesgo incluidos fueron los siguientes: edad materna menos de 21 años o más de 35; edad gestacional menos de 38 semanas; resultado desfavorable del embarazo anterior; intervalo intergenésico previo de 12 meses o menos; tabaquismo; e hipertensión. Se presentan los valores del riesgo atribuible poblacional para los factores de riesgo incluidos en el modelo final. Esos factores deben emplearse para detectar a las gestantes con alto riesgo de dar a

luz un niño de bajo peso, a las que debe brindarse mayor atención prenatal.

Ticona, Huanco y Ticona (20), diseñaron un estudio prospectivo, epidemiológico, de casos y controles. Se analizaron 7,423 recién nacidos vivos con peso menor a 2,500 g de embarazo único, nacidos en 29 hospitales del Ministerio de Salud del Perú en el año 2007, comparados con 14,846 controles de 2,500 a 3,999 g, seleccionados al azar. Se realizó análisis bivariado y multivariado mediante regresión logística, utilizando razón de momios con intervalos de confianza al 95% y curva ROC. Se utilizó la base de datos del Sistema Informático Perinatal. Dentro de sus resultados concluyeron que la incidencia de bajo peso al nacer en hospitales del Ministerio de Salud del Perú se encuentra en el promedio Latinoamericano y se asocia al deficiente estado nutricional materno, ausencia o control prenatal inadecuado y patología materna. Palabras clave: bajo peso al nacer, factores de riesgo.

Esquivel J (21); en su trabajo de investigación: “Factores de riesgo materno que influyen en el bajo peso del recién nacido” en la localidad de San Martín del Distrito de la Esperanza-Trujillo, concluyeron que los principales factores que afectan el Bajo Peso al Nacer son la edad, el grado de instrucción y la hipertensión, además del Índice de masa corporal antes del aumento de peso por el embarazo.

Del mismo modo, Yovera G, (22); en su trabajo de investigación: “Factores maternos que se asocian al Bajo Peso del Recién Nacido – Hospital De Apoyo I Chulucanas “Javier Norberto Olavarría” Piura, sus resultados han permitido identificar los factores maternos como: edad,

estado nutricional, ganancia de peso durante el embarazo, hábitos nocivos, antecedentes maternos, estado civil, y que, a pesar de estar presentes éstas no se asocian (χ^2), con el bajo peso del recién nacido, así mismo los factores maternos que tienen asociación (χ^2) con el bajo peso al nacer, son el número de controles prenatales, los años de estudio de la madre y el espacio ínter genésico.

Romero, Lozano y Lombardi (23) llevaron a cabo un estudio observacional de tipo transversal con 60 madres gestantes procedentes del C.S. Huacar, distrito de Huacar, provincia de Ambo y departamento de Huánuco durante el periodo 2009-2010. Dentro de los resultados, encontraron que el 10,0% de los recién nacidos tuvieron bajo peso al nacer y los factores de riesgo maternos asociados significativamente al bajo peso al nacer fueron la edad materna extrema ($\chi^2=4,0$; $P\leq 0,047$); la estatura baja ($\chi^2=6,3$; $P\leq 0,012$); más de tres gestaciones previas ($\chi^2=7,6$; $P\leq 0,006$) y las infecciones de tracto urinario ($\chi^2=6,8$; $P\leq 0,009$)

Romero R (24) en su estudio "Factores e incidencia que condicionan el Parto Prematuro Hospital Regional "Hermilio Valdizán Medrano" Huánuco-1990, hallaron que las parturientas con hijos prematuros pertenecen en la gran mayoría a la clase popular con un bajo nivel socioeconómico, por lo tanto educativo, lo que determina que no asisten a los controles prenatales que elevan los riesgos, este mismo hecho determina la presencia de un porcentaje significativo de madres con anemia y con bajo peso que son factores asociados a la prematuridad. Los recién nacidos tuvieron pesos menores a los 2500 grs. además se halló que poco más

de la mitad de ellos tenían peso menor a los 2200 gr. Factor de riesgo asociado a la mortalidad del recién nacido.

1.2. Marco conceptual

1.2.1. Bajo peso al nacer

a. Definición.

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 y Reyes (25) 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 (26) 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.

b. Clasificación.

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

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

Según Battaglia FC y Lubchenco (citado por Meneghello) 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.

b.2. Clasificación de Recién Nacido Bajo Peso. Por otra parte, Cooper 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.

b.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 y Col, 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.

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

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 formuló su interpretación de: Desnutrición leve: 2,32; desnutrición moderada: 2,31 - 2,26; desnutrición severa: menor de 2,26.

c. Tratamiento de los problemas del bajo peso al nacer.

El uso de equipos especiales y de surfactante en las salas de cuidados intensivos prenatales contribuye a mantener con vida a los bebés prematuros que, de otro modo, podrían no sobrevivir. Los bebés que tienen

problemas para respirar pueden necesitar oxígeno adicional y asistencia mecánica para mantener expandidos sus pulmones. A veces el doctor inserta un pequeño tubo de aire a través de la nariz o la boca del bebé hasta atravesar la tráquea. Este tubo facilita la respiración del bebé, pero no respira por él.

Algunos bebés necesitan la asistencia temporal de un respirador. Durante el tratamiento de problemas respiratorios, los niveles de oxígeno de un bebé deben ser cuidadosamente controlados porque el oxígeno en demasiada cantidad contribuye a provocar la retinopatía de los bebés prematuros.

En 1990, el Food and Drug Administration (FDA) aprobó la venta del primer surfactante sintético para bebés que sufren del síndrome de dificultad respiratoria. Ese mismo año, la cantidad de bebés que falleció de RDS disminuyó un 24 por ciento, y las tasas de mortalidad debida al RDS continúan disminuyendo. El surfactante, que se administra a través de un tubo introducido en la tráquea, va a los pulmones y ayuda a los bebés a respirar con más facilidad.

Los bebés con poca azúcar en la sangre reciben glucosa a través de un tubo intravenoso. A medida que se van recuperando, se les puede alimentar con leche materna por medio de un tubo estomacal. Los bebés con desequilibrios de agua o de sal pueden recibir líquidos especiales por vía oral o intravenosa.

Los bebés con ictericia pueden ser tratados con luces azules especiales mediante un proceso llamado fototerapia. Los anémicos pueden tratarse con suplementos dietéticos de hierro o, en casos extremos, con una transfusión de sangre. Los que sufren de baja temperatura son mantenidos

en camas abiertas con calefactores o en incubadoras cerradas para regular la temperatura del cuerpo.

No es posible corregir la hemorragia cerebral que se suele producir en bebés extremadamente prematuros. Pero sí se pueden tratar algunos de sus efectos secundarios para reducir el riesgo y la medida del daño cerebral. Los doctores pueden examinar el cerebro mediante ultrasonidos, imágenes por resonancia magnética (MRI: magnetic resonance imaging) o tomografías computadas del cerebro ("CAT scan"). Si los espacios llenos de fluido (ventrículos) se expanden muy rápidamente, los doctores pueden insertar un tubo en el cerebro para drenar el líquido y reducir así el riesgo de daños cerebrales.

Cuando el ductus arteriosus de un bebé no se cierra, se lo puede tratar con oxígeno y con una droga que ayuda a que esta arteria se cierre. A veces puede ser necesaria una intervención quirúrgica.

La enterocolitis necrótica se trata con antibióticos y líquidos intravenosos. Ocasionalmente, es necesario extraer los intestinos dañados.

d. Prevención del bajo peso al nacer.

La manera más eficaz de prevenir el bajo peso al nacer es visitar a un doctor antes del embarazo y, una vez embarazada, obtener cuidados prenatales de forma regular y oportuna. Las mujeres que hacen esto pueden aprender a cuidar su salud, a prevenir las enfermedades y a reducir el riesgo de tener un bebé de bajo peso al nacer. Pueden aprender buenos hábitos de nutrición, como también la importancia de evitar comportamientos de riesgo, especialmente fumar, beber alcohol y tomar drogas ilícitas.

Un estudio reciente sugiere que el consumo de 400 microgramos de ácido fólico durante el embarazo puede reducir el riesgo de tener un bebé prematuro y de bajo peso.

Cuando una mujer recibe cuidados prenatales adecuados, es posible identificar y tratar ciertos problemas, reduciendo así el riesgo de tener un bebé de bajo peso al nacer.

1.2.2. Factores maternos asociados al bajo peso al nacer

Los diferentes estudios epidemiológicos realizados sobre la causa, o posibles causas del bajo peso, demuestran que su etiología es multifactorial estando implicados múltiples factores de riesgo.

Entre los factores de riesgo relacionados con la madre que pueden influir en el nacimiento de niños con bajo peso al nacer son:

- a) Enfermedades maternas generales:** hipertensión arterial crónica, enfermedades renales, anemias, endocrinopatías, enfermedades autoinmunes, diabetes mellitus, enfermedad cardiopulmonar, asma, hipertiroidismo y epilepsia. Las patologías autoinmunes que inducen un aumento de los anticuerpos antifosfolípidos y anticardiolipina, podrían relacionarse con un aumento de la prematuridad y/o bajo peso. La obesidad masiva también se ha asociado a un mayor riesgo de bajo peso, aunque el efecto parece mediado por otras enfermedades relacionadas con la obesidad como la diabetes mellitus y la hipertensión crónica (27).
- b) Afecciones obstétricas y ginecológicas:** multiparidad, primiparidad, antecedentes de abortos previos, infertilidad previa, incompetencia

cervical uterina, mioma uterino, hidramnios, hipertensión gestacional, ganancia ponderal inadecuada durante la gestación, traumatismos durante el embarazo, rotura prematura de membranas, corioamnionitis, placenta previa, desprendimiento precoz de placenta y otras alteraciones placentarias (28).

La gestación múltiple, aunque no pertenece a la misma categoría que los problemas anteriormente mencionados, es también una anomalía obstétrica fuertemente asociada al parto pretérmino; en general el tamaño fetal es menor cuando existe más de un feto por gestación. El porcentaje de partos prematuros entre los gemelos oscila según los estudios entre 25% y 50%, y es mayor aún en los embarazos de trillizos (29).

La hipertensión gestacional (preeclampsia) inducida por el embarazo es uno de los factores asociados con más frecuencia al bajo peso. En general, la hipertensión se ha asociado principalmente al retraso de crecimiento intrauterino, aunque algunos estudios han encontrado una relación positiva entre preeclampsia y parto prematuro espontáneo.

Las infecciones intrauterinas (corioamnionitis, endometritis) pueden conducir a un parto pretérmino o con retraso de crecimiento. Entre los partos pretérminos se ha encontrado una fuerte asociación entre la corioamnionitis histológica y la infección del corioamnios.

c) Factores sociodemográficos: la edad materna se ha asociado con un aumento del riesgo en las menores de 20 años y en las de más de 35. El embarazo en adolescentes además, se asocia con mayor probabilidad a un nivel socioeconómico inferior, estado civil soltera,

menor nivel de educación, mayor consumo de drogas, menor peso previo al embarazo, menor ingesta calórica, embarazos no planeados y peor control del embarazo (30). En el amplio estudio realizado por Scholl se encontró que las primíparas entre 12 y 15 años tenían un ligero aumento en el número de partos pretérminos, aunque no significativo; el incremento del riesgo estaba confinado a aquellas con una baja edad ginecológica (definida como ≤ 2 años entre la menarquia y el embarazo). Además, las múltiparas con edad ≤ 19 años no tenían un mayor riesgo que múltiparas de mayor edad. Por lo tanto, la edad ginecológica, o quizás alguna otra medida de inmadurez biológica, y las características asociadas con el embarazo en adolescentes, parecen ser predictores más importantes del bajo peso que la joven edad cronológica por sí misma (31).

Los hallazgos de los estudios que han valorado la edad tardía del embarazo ($>30-35$ años) también son dispares. Mientras unos autores encuentran un riesgo aumentado de bajo peso o nacimiento pretérmino en las mujeres embarazadas en este rango de edad, otros no lo encuentran. En general, las enfermedades maternas, las complicaciones obstétricas y una historia previa de infertilidad, son los potenciales factores de confusión más importantes.

La talla materna puede influir en el crecimiento intrauterino por un mecanismo genético o ambiental físico; el potencial genético de la madre se transmitiría al hijo, y una talla excesivamente baja, independientemente de la etiología, puede imponer limitaciones al crecimiento del útero, placenta y feto (32).

d) Factores socioeconómicos: El bajo peso al nacer se ha asociado con mayor frecuencia con las condiciones económicas desfavorables como pobreza o migración. También, el nivel de educación, los ingresos familiares y la ocupación, son factores interrelacionados que se usan con frecuencia para hacer una valoración del nivel social. Varios autores han encontrado que a medida que disminuye el nivel socioeconómico se aprecia un aumento en la incidencia del bajo peso y esta asociación se mantiene a través de las mediciones realizadas en los distintos indicadores de nivel social como la ocupación del padre o la madre, los ingresos, y la educación. En el estudio realizado por Berkowitz, la asociación entre el bajo nivel socioeconómico y el riesgo de prematuridad se mantiene incluso al controlar por otros factores como el peso previo al embarazo, la ganancia ponderal, consumo de tabaco y alcohol, etnia, paridad y atención prenatal (33).

e) Conducta: El consumo de tabaco, alcohol, café y drogas también se asocia de una manera importante con un aumento de la incidencia de bajo peso al nacer. Fumar durante el embarazo se ha asociado al 10-30% de los nacimientos con menos de 2500 g. El bajo peso se considera hoy día un diagnóstico de etiología multifactorial en el que el tabaco representa un papel primordial, pero no se pueden excluir totalmente la posibilidad de que los diferentes estados de vida entre las persona también influyan en el resultado final. Se ha podido demostrar en nuestro medio que sobre el feto actúa tanto el tabaquismo activo como el pasivo y que la reducción de peso se acompaña de la disminución de talla y perímetro craneal (34).

Se ha sugerido que una proporción significativa de estos efectos puede ser atribuida al tabaco de la madre, que en base a sus respuestas a un cuestionario ha sido clasificada como no fumadora, cuando en realidad sí lo es. Sin embargo los estudios más recientes que evitan este error de clasificación midiendo los niveles de cotinina en sangre del cordón umbilical de los recién nacidos confirman esta asociación.

El abuso crónico del alcohol en las embarazadas produce una serie de malformaciones congénitas que constituyen el síndrome del alcoholismo fetal. Este síndrome está caracterizado por un retraso de crecimiento prenatal y postnatal, alteraciones en el sistema nervioso y deformidades craneofaciales. No se ha demostrado que haya ningún nivel de consumo de alcohol seguro durante el embarazo, no obstante, un consumo elevado de alcohol (cinco o más bebidas alcohólicas en una sola vez o beber con frecuencia (7 o más bebidas alcohólicas por semana) se ha relacionado con una reducción del peso medio al nacimiento y con una mayor incidencia de bajo peso y con una disminución del diámetro cefálico.

El hábito de beber es más frecuente entre las fumadoras, las mujeres no casadas, las de menor nivel de educación, y entre las más jóvenes; todos estos son factores de riesgo independiente del bajo peso y/o parto pretérmino, que deben considerarse para la correcta valoración del efecto del alcohol sobre el bajo peso.

1.3. Definición de términos

- a. **Bajo peso al nacer:** Recién nacido con peso inferior a 2500g independientemente de la edad gestacional.
- b. **Factores de riesgo:** Es toda circunstancia o situación que aumenta las probabilidades de una persona de contraer una enfermedad o cualquier otro problema de salud
- c. **La edad gestacional:** Es el término común usado durante el embarazo para describir qué tan avanzado está éste. Se mide en semanas, desde el primer día del último ciclo menstrual de la mujer hasta la fecha actual. Un embarazo normal puede ir desde 38 a 42 semanas.
- d. **Paridad:** Se dice cuando una mujer ha dado a luz por cual vía(vaginal o cesárea), uno o más productos, vivos o muertos, con un peso de 500gramos o más y que poseen más de 20 semanas de gestación.
- e. **Período intergenésico:** Lapso de tiempo trascurrido entre una gestación y otra.
- f. **Rotura prematura de membranas:** accidente obstétrico en el cual se produce una solución de continuidad de las membranas ovulares antes del inicio del trabajo de parto.

CAPÍTULO II

ASPECTOS METODOLOGICOS

2.1. AMBITO

El Hospital Daniel Alcides Carrión viene desarrollando sus actividades desde hace más de 32 años. Actualmente su infraestructura cuenta con construcciones antiguas y algunas que están en construcción se encuentra ubicada en el Distrito de Yanacancha entre las Avenidas los Incas y Daniel Alcides Carrión Limites: Con la Ciudad de San Juan Pampa. Poe el SUR con el Pueblo Joven Columna Pasco, con el ESTE con la Pro vivienda de la UNDAC, y por el OESTE: Con la Universidad Nacional Daniel Alcides Carrión

El hospital está Ubicado en la Av. Los Incas Sin Número, a los lados tiene dos grandes vías de acceso: por el este con la Av Daniel Alcides Carrión y el Norte por la Av. Los Incas.

El Bloque A: Tiene 2 piso y se encuentran los consultorios de:

1er Piso: Emergencia, admisión triaje y consultorios externo.

2do Piso: Servicio de Neonatología, Pediatría Medicina Traumatología, Cirugía Ginecoobstetricia Quirúrgico Sala de Operaciones

Fue diseñado y construido para albergar un promedio de 80 camas, pero por la demanda actualmente tiene 120 camas.

2.2. POBLACION

La población estuvo conformada por la totalidad de recién nacidos entre el 01 de enero y el 31 de Diciembre del 2013 que en total fueron 1600 recién nacidos.

Criterios de selección de la población.

Criterios de inclusión: Se incluyeron en el estudio:

- Recién nacido o neonato (0 a 28 días) a término.
- Nacidos en el Hospital de estudio.

Criterios de exclusión: se excluyeron del estudio:

- Neonatos con malformaciones congénitas.
- Neonatos fallecidos durante el periodo de estudio.

Ubicación de la población en el tiempo:

La duración del estudio estuvo comprendida entre los meses de julio a diciembre del 2014.

2.3. MUESTRA

Unidad de Análisis: Cada recién nacido.

Unidad de Muestreo: Unidad seleccionada igual que la unidad de análisis.

Marco Muestral: Estuvo conformada por un padrón nominal.

Tamaño Muestral:

Se consideró a toda la población, es decir una muestra no probabilística de 160 recién nacidos.

Tipo de Muestreo: Se consideró un muestro no probabilístico por conveniencia, teniendo en cuenta los criterios de inclusión y exclusión.

2.4. TIPO DE ESTUDIO

El estudio de investigación fue descriptivo y observacional porque se analizó cómo es y cómo se manifiesta un fenómeno y sus componentes; permitiendo

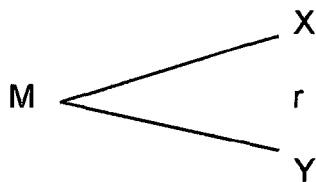
detallar el fenómeno estudiado básicamente a través de la medición de uno o más de sus atributos.

Según el tiempo de ocurrencia de los hechos y registros de la información, el estudio fue retrospectivo, porque se captó la información del pasado.

Según el periodo y secuencia del estudio; el estudio fue transversal, porque las variables involucradas se midieron en un solo momento.

2.5. DISEÑO DE INVESTIGACION

Para efecto de la investigación se consideró el diseño correlacional:



Donde:

M = Población Muestral

X = Variable Independiente

y = Variable Dependiente

r = La relación probable entre las variables

2.6. TECNICAS E INSTRUMENTO

3.6.1. Técnicas

La técnica a utilizarse fue:

- Documentación, que fue establecido para el registro de datos secundarios.

3.6.2. Instrumentos

Asimismo, el instrumento a utilizarse fue:

a. Ficha de análisis documental; estuvo compuesto de datos relacionados a los factores maternos biológicos, sociales y obstétricos, y de datos sobre factores del producto (ANEXO 01).

2.7. PROCEDIMIENTO.

Para el estudio se realizó los siguientes procedimientos:

- Solicitud de permiso a la Dirección del Hospital en estudio.
- Se procedió a identificar a los recién nacidos por medio de la revisión de las historias clínicas.
- Una vez identificadas las historias se procedió a observar las mismas y a clasificar a las participantes según los criterios de selección.
- Se aplicó los instrumentos para la toma de datos durante la investigación.
- Selección, cómputo, o tabulación y evaluación de datos.
- Se interpretó los datos según los resultados, confrontando con otros trabajos similares o con la base teórica disponible.
- Ejecución del informe final.

2.8. PLAN DE TABULACION Y ANALISIS DE DATOS

En el análisis descriptivo de los datos se utilizaron estadísticas de tendencia central y de dispersión como la media, desviación estándar y los porcentajes.

En la comprobación de la hipótesis se utilizó la Prueba de Chi cuadrada con el fin de buscar relación entre los factores de riesgo y bajo peso al

nacer, con un nivel de significancia al 0,05. En todo el procesamiento de los datos se utilizó el paquete estadístico SPSS versión 20,0.

CAPITULO III
RESULTADOS Y DISCUSION

3.1. RESULTADOS.

3.1.1. ANALISIS DESCRIPTIVO

A. CARACTERISTICAS BIOLOGICAS:

Tabla 01. Edad en años de madres de recién nacidos en estudio. Hospital Daniel Alcides Carrión – Cerro de Pasco 2014.

Edad en años	Frecuencia	%
Menor de 20	91	56,9
20 a 34	55	34,4
Mayor de 34	14	8,8
Total	160	100,0

Fuente: Guía de observación.

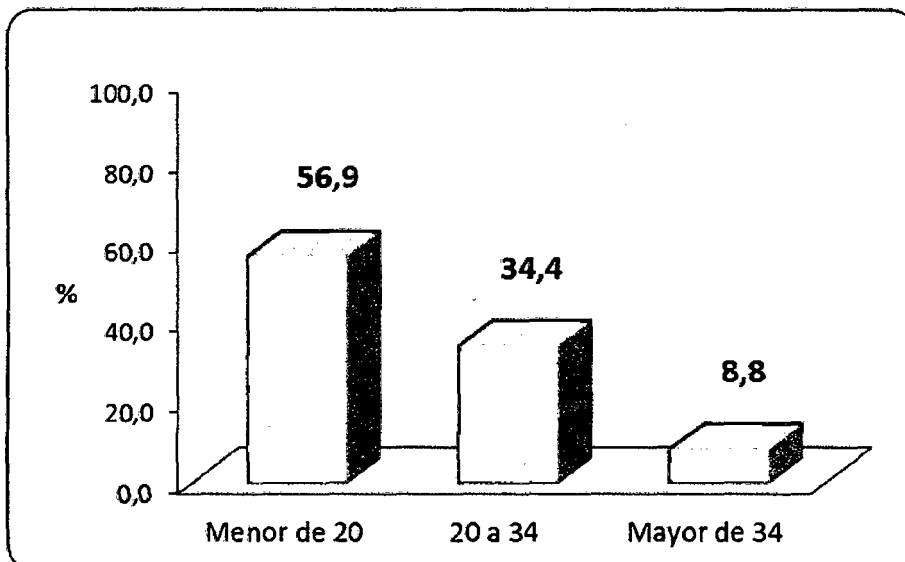


Gráfico 01. Porcentaje de madres en estudio según edad en años. Hospital Daniel Alcides Carrión – Cerro de Pasco 2014.

En cuanto a la edad en años, se encontró que el mayor grupo del 56,9% (91 madres) tuvieron menos de 20 años; seguidos del 34,4% con edades entre 20 a 34 años y el 8,8% pertenecieron a la edad de mayor de 34 años.

B. CARACTERISTICAS SOCIALES:

Tabla 02. Estado civil de madres de recién nacidos en estudio. Hospital Daniel Alcides Carrión – Cerro de Pasco 2014.

Estado civil	Frecuencia	%
Soltera	73	45,6
Conviviente	79	49,4
Casada	8	5,0
Total	160	100,0

Fuente: Guía de observación.

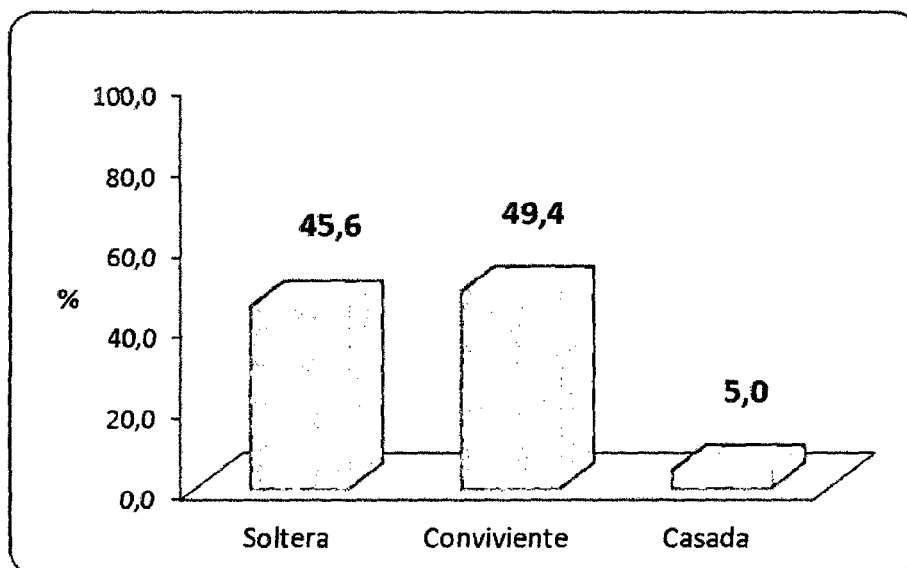


Gráfico 02. Porcentaje de madres en estudio según estado civil. Hospital Daniel Alcides Carrión – Cerro de Pasco 2014.

En relación al estado civil de las madres de recién nacidos en estudio, observamos que el 49,4% (79 madres) fueron de condición conviviente; el 45,6% se encontraban solteras y el 5,0% casadas.

Tabla 03. Grado de instrucción de madres de recién nacidos en estudio.
Hospital Daniel Alcides Carrión – Cerro de Pasco 2014.

Grado de instrucción	Frecuencia	%
Primaria incompleta	5	3,1
Secundaria incompleta	69	43,1
Secundaria completa	71	44,4
Universitario	15	9,4
Total	160	100,0

Fuente: Guía de observación.

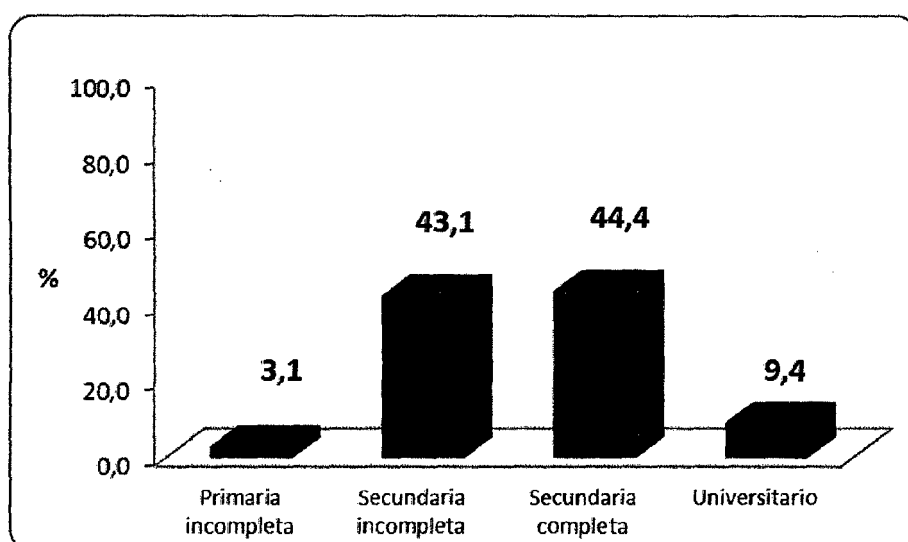


Gráfico 03. Porcentaje de madres en estudio según grado de instrucción.
Hospital Daniel Alcides Carrión – Cerro de Pasco 2014.

En razón al grado de instrucción de las madres de recién nacido en estudio, se encontró que el 44,4% tuvieron secundaria completa; el 43,1% secundaria incompleta; el 9,4% (15 madres) alcanzaron la educación universitaria y solo el 3,1% tuvieron la primaria incompleta.

C. CARACTERISTICAS OBSTETRICOS:

Tabla 04. Antecedentes de bajo peso de madres de recién nacidos en estudio.
Hospital Daniel Alcides Carrión – Cerro de Pasco 2014.

Antecedentes de bajo peso	Frecuencia	%
SI	30	18,8
NO	130	81,3
Total	160	100,0

Fuente: Guía de observación.

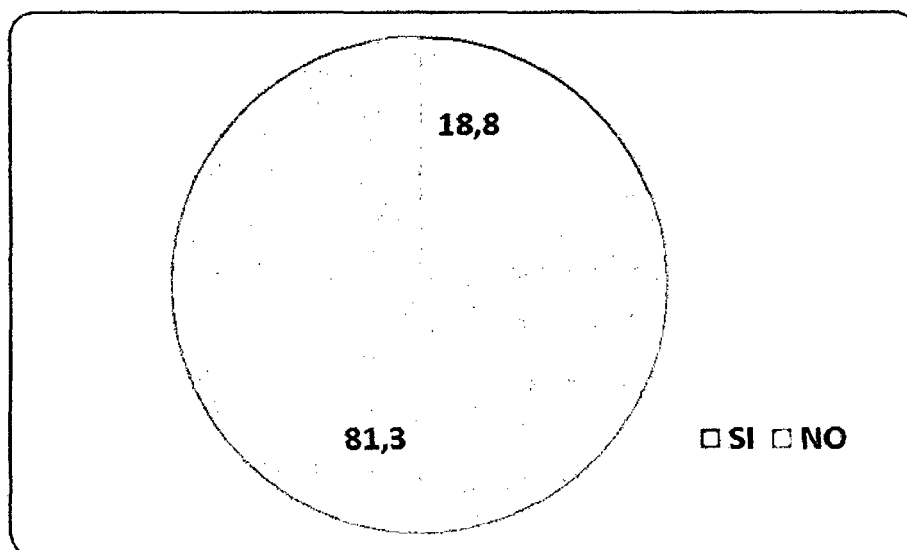


Gráfico 04. Porcentaje de madres en estudio según antecedentes de bajo peso.
Hospital Daniel Alcides Carrión – Cerro de Pasco 2014.

En cuanto a los antecedentes de bajo peso de las madres de recién nacido en estudio, se encontró que el 18,8% (30 madres) presentaron antecedentes de bajo peso y en cambio el 81,3% no tuvieron este tipo de antecedente.

Tabla 05. Paridad de madres de recién nacidos en estudio. Hospital Daniel Alcides Carrión – Cerro de Pasco 2014.

Paridad	Frecuencia	%
Sin hijos	111	69,4
1 hijo	19	11,9
2 y 3 hijos	18	11,3
4 y 5 hijos	4	2,5
6 y más hijos	8	5,0
Total	160	100,0

Fuente: Guía de observación.

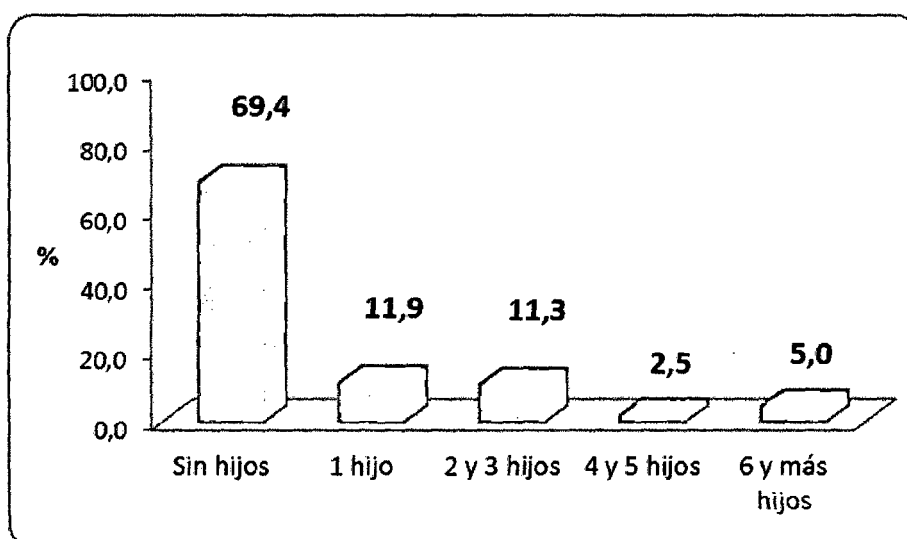


Gráfico 05. Porcentaje de madres en estudio según paridad. Hospital Daniel Alcides Carrión – Cerro de Pasco 2014.

Concerniente a la paridad de las madres de recién nacido en estudio, se encontró que el 11,9% (19 madres) tuvieron un hijo; el 11,3% de 2 y 3 hijos; el 5,0% tuvo de 6 y más hijos y 2,5% entre 4 y 5 hijos. Por otro lado, el 69,4% de las madres no tuvieron hijos.

Tabla 06. Intervalo intergenésico de madres de recién nacidos en estudio.
Hospital Daniel Alcides Carrión – Cerro de Pasco 2014.

Intervalo intergenésico	Frecuencia	%
Sin hijos	111	69,4
Menos de 12 meses	17	10,6
12 a 22 meses	8	5,0
23 y más meses	24	15,0
Total	160	100,0

Fuente: Guía de observación.

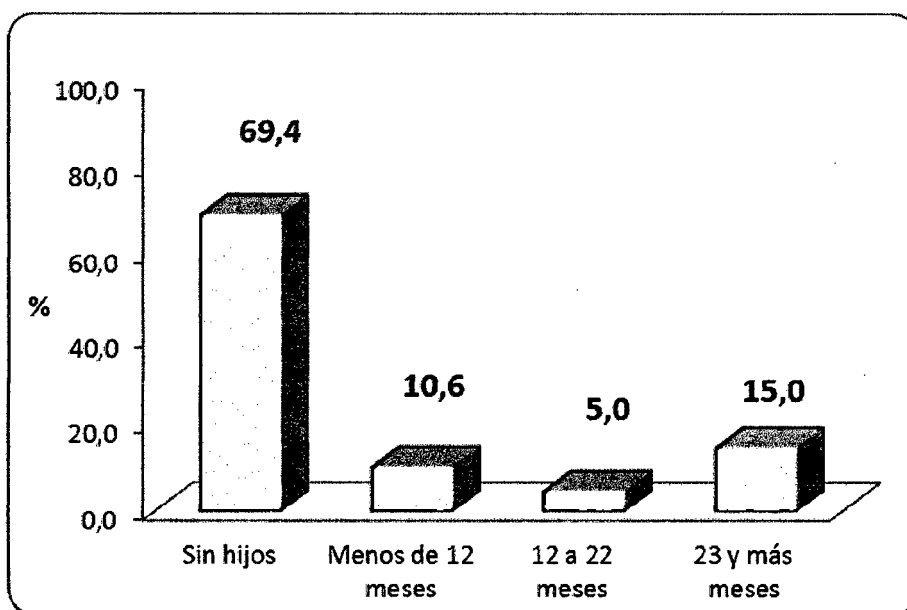


Gráfico 06. Porcentaje de madres en estudio según intervalo intergenésico.
Hospital Daniel Alcides Carrión – Cerro de Pasco 2014.

Con respecto al intervalo intergenésico de las madres de recién nacido en estudio, se observó que el 15,0% de las madres tuvieron intervalo de 23 y más meses; el 10,6% menos de 12 meses y 5,0% entre 12 a 22 meses. En cambio, el 69,4% (112 madres) no tuvieron hijos.

Tabla 07. Control prenatal de madres de recién nacidos en estudio. Hospital Daniel Alcides Carrión – Cerro de Pasco 2014.

Control prenatal	Frecuencia	%
SI	156	97,5
NO	4	2,5
Total	160	100,0

Fuente: Guía de observación.

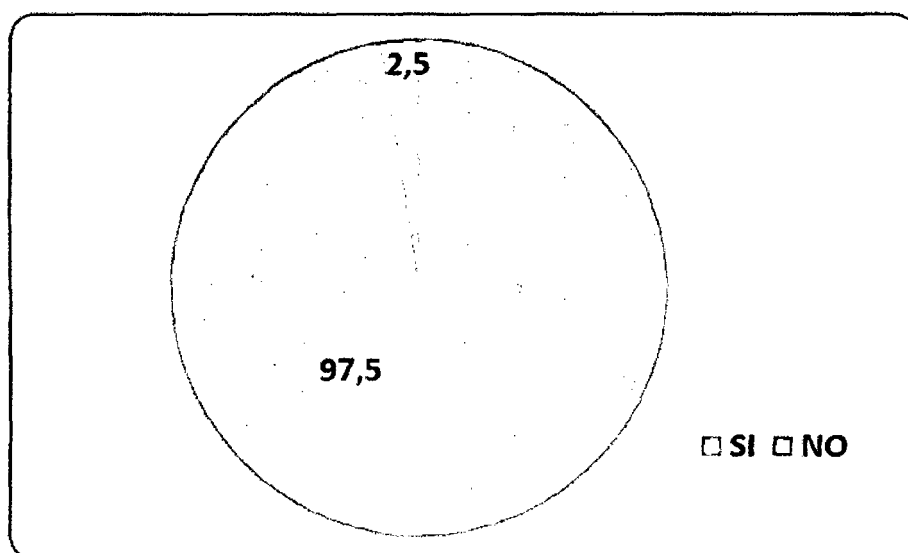


Gráfico 07. Porcentaje de madres en estudio según control prenatal. Hospital Daniel Alcides Carrión – Cerro de Pasco 2014.

En cuanto al control prenatal de las madres de recién nacido en estudio, se encontró que la gran mayoría del 97,5% (156 madres) tuvieron control prenatal y sin embargo el 2,5% no tuvieron control prenatal.

Tabla 08. Antecedentes personales de tipo médico de madres de recién nacidos en estudio. Hospital Daniel Alcides Carrión – Cerro de Pasco 2014.

Antecedentes personales de tipo médico	Frecuencia	%
SI	9	5,6
NO	151	94,4
Total	160	100,0

Fuente: Guía de observación.

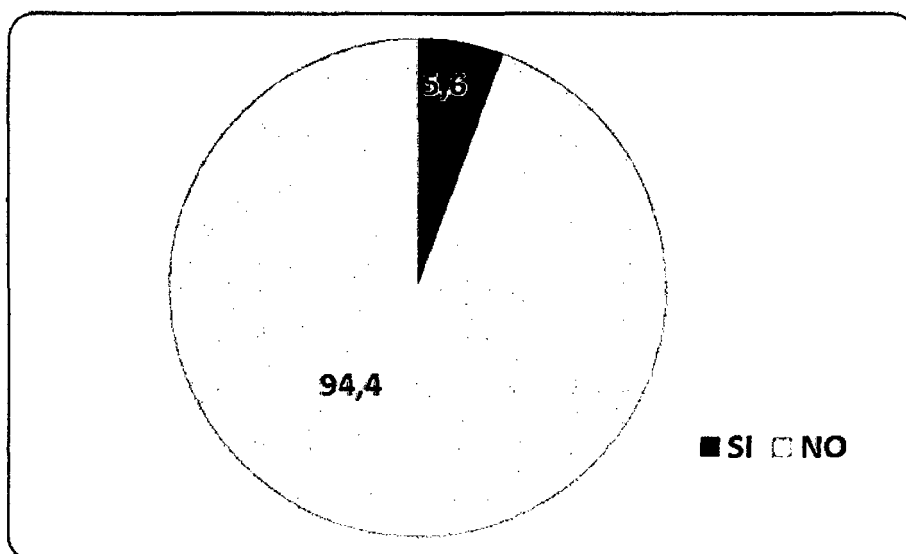


Gráfico 08. Porcentaje de madres en estudio según antecedentes personales de tipo médico. Hospital Daniel Alcides Carrión – Cerro de Pasco 2014.

Respecto a los antecedentes personales de tipo médico de las madres de recién nacido en estudio, se encontró que el 5,6% tuvo dicho antecedente y el 94,4% de madres no presentaron dicho antecedente.

Tabla 09. Antecedentes médicos en la última gestación de madres de recién nacidos en estudio. Hospital Daniel Alcides Carrión – Cerro de Pasco 2014.

Antecedentes médicos en la última gestación	Frecuencia	%
SI	72	45,0
NO	88	55,0
Total	160	100,0

Fuente: Guía de observación.

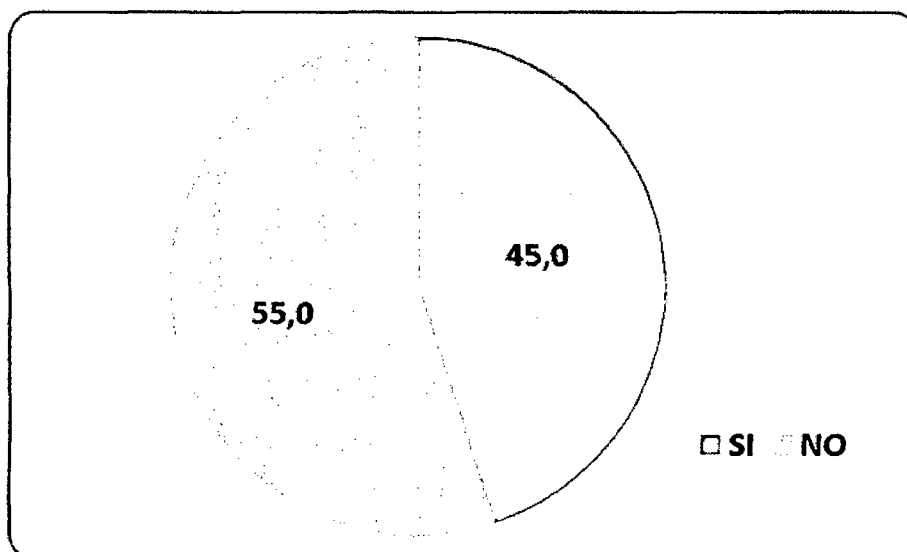


Gráfico 09. Porcentaje de madres en estudio según antecedentes médicos en la última gestación. Hospital Daniel Alcides Carrión – Cerro de Pasco 2014.

Con respecto a los antecedentes médicos en la última gestación de las madres de recién nacido en estudio, observamos que el 45,0% (72 madres) presentaron antecedentes médicos en la última gestación y en cambio el 55,0% de las madres no lo presentaron.

D. CARACTERISTICAS DEL RECIEN NACIDO:

Tabla 10. Edad gestacional de recién nacidos en estudio. Hospital Daniel Alcides Carrión – Cerro de Pasco 2014.

Edad gestacional	Frecuencia	%
Menos de 37 semanas	22	13,8
37 a 42 semanas	138	86,3
Más de 42 semanas	0	0,0
Total	160	100,0

Fuente: Guía de observación.

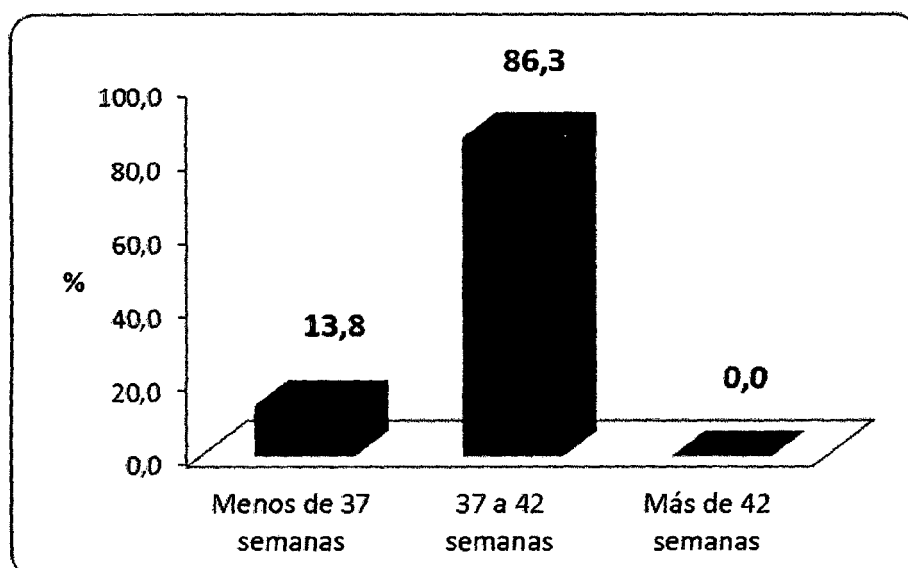


Gráfico 10. Porcentaje de recién nacido en estudio según edad gestacional. Hospital Daniel Alcides Carrión – Cerro de Pasco 2014.

En razón a la edad gestacional de recién nacido en estudio, se encontró que el 86,3% (138 neonatos) tuvieron la edad gestacional entre 37 a 42 semanas y el 13,8% de los neonatos fueron prematuros.

Tabla 11. Sexo de recién nacidos en estudio. Hospital Daniel Alcides Carrión – Cerro de Pasco 2014.

Sexo	Frecuencia	%
Masculino	103	64,4
Femenino	57	35,6
Total	160	100,0

Fuente: Guía de observación.

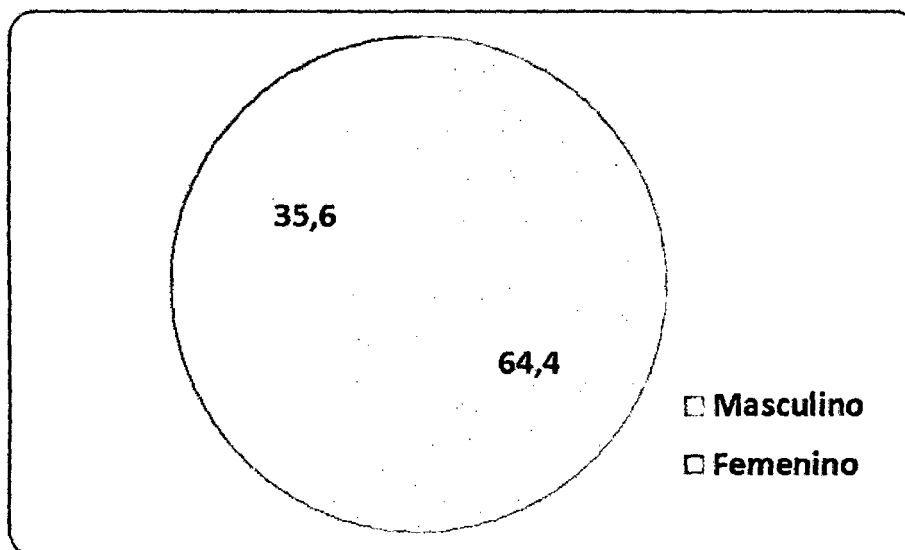


Gráfico 11. Porcentaje de recién nacido en estudio según sexo. Hospital Daniel Alcides Carrión – Cerro de Pasco 2014.

Con respecto al sexo de recién nacido en estudio, se encontró que el 64,4% (103 neonatos) fueron del sexo masculino y el 35,6% (57 neonatos) fueron del sexo femenino.

E. FACTORES MATERNOS:

Tabla 12. Edad materna menor de 20 y mayor de 34 años de madres de recién nacidos en estudio. Hospital Daniel Alcides Carrión – Cerro de Pasco 2014.

Edad materna menor de 20 y mayor de 34 años	Frecuencia	%
SI	105	65,6
NO	55	34,4
Total	160	100,0

Fuente: Guía de observación.

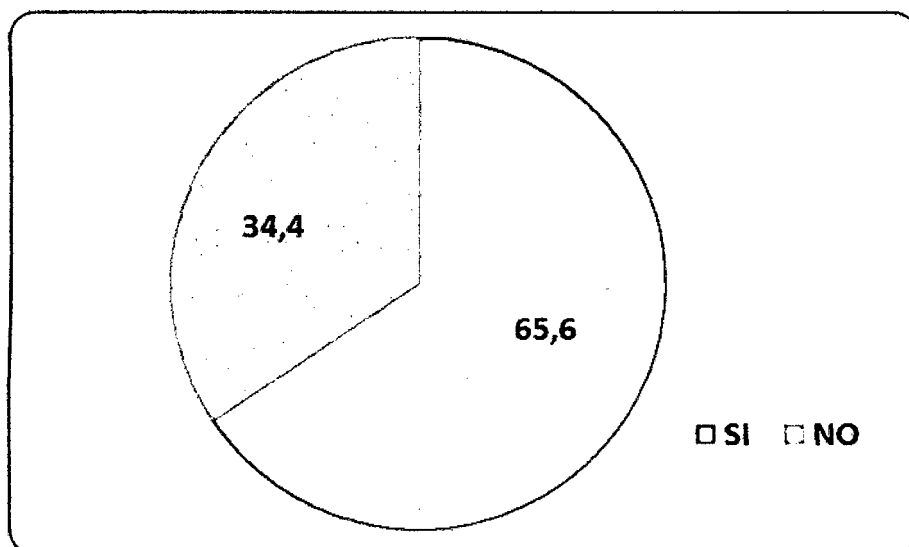


Gráfico 12. Porcentaje de madres en estudio según edad materna menor de 20 y mayor de 34 años. Hospital Daniel Alcides Carrión – Cerro de Pasco 2014.

Con referencia a la edad materna menor de 20 y mayor de 34 años de las madres de recién nacido en estudio, se encontró que el 65,6% de las madres tuvieron una edad menor de 20 y mayor de 34 años.

Tabla 13. Factores de riesgo maternos sociales de madres de recién nacidos en estudio. Hospital Daniel Alcides Carrión – Cerro de Pasco 2014.

Factores de riesgo maternos sociales	Frecuencia (n=160)	%
Madre soltera		
SI	73	45,6
NO	87	54,4
Baja escolaridad materna		
SI	5	3,1
NO	155	96,9

Fuente: Guía de observación.

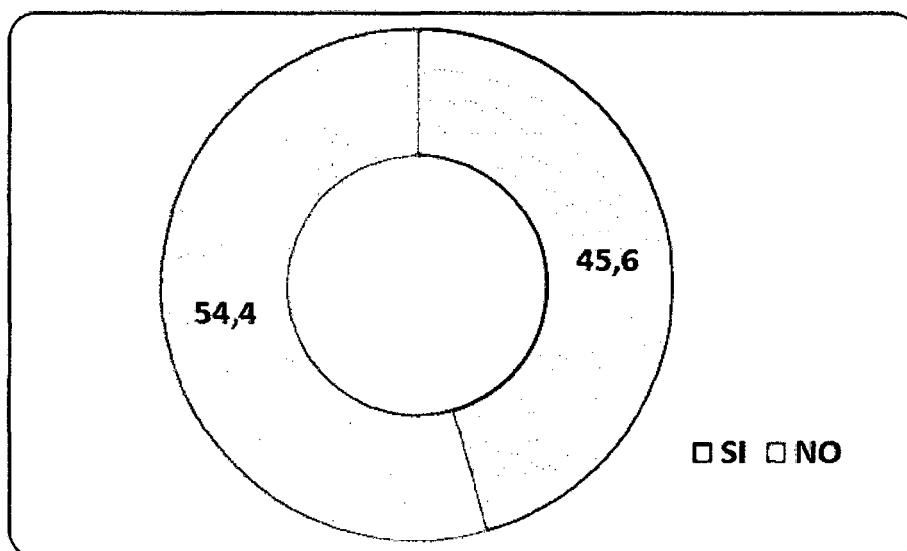


Gráfico 13. Porcentaje de madres en estudio según madre soltera. Hospital Daniel Alcides Carrión – Cerro de Pasco 2014.

Con respecto a los factores de riesgo maternos sociales de las madres de recién nacido en estudio, se encontró que el 45,6% de las madres fueron solteras y el 3,1% de las madres se encontraban con baja escolaridad.

Tabla 14. Factores de riesgo maternos obstétricos de madres de recién nacidos en estudio. Hospital Daniel Alcides Carrión – Cerro de Pasco 2014.

Factores de riesgo maternos obstétricos	Frecuencia (n=160)	%
Antecedentes de bajo peso		
SI	30	18,8
NO	130	81,3
Paridad de 4 a más hijos		
SI	12	7,5
NO	148	92,5
Intervalo intergenésico corto		
SI	24	15,0
NO	136	85,0
Control prenatal inadecuado		
SI	4	2,5
NO	156	97,5
Antecedentes personales de tipo médico		
SI	9	5,6
NO	151	94,4
Antecedentes médicos en la última gestación		
SI	72	45,0
NO	88	55,0

Fuente: Guía de observación.

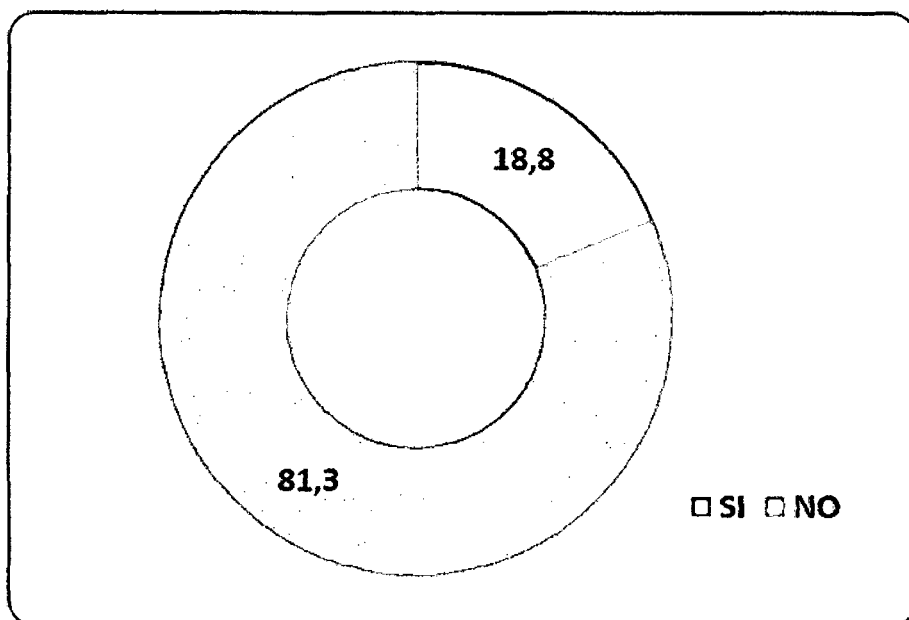


Gráfico 14. Porcentaje de madres en estudio según antecedentes de bajo peso. Hospital Daniel Alcides Carrión – Cerro de Pasco 2014.

En afinidad a los factores de riesgo maternos obstétricos de las madres de recién nacido en estudio, se encontró que el 18,8% de las madres presentaron antecedentes de bajo peso; el 7,5% paridad de 4 a más hijos; el 15,0% de intervalo intergenésico corto; el 2,5% de falta de control prenatal; el 5,6% tuvo antecedentes personales de tipo médico y el 45,0% también tuvo antecedentes médicos en la última gestación.

3.1.2. ANALISIS INFERENCIAL

Tabla 15. Relación entre edad materna menor de 20 y mayor de 34 años y bajo peso al nacer de recién nacidos en estudio. Hospital Daniel Alcides Carrión – Cerro de Pasco 2014.

Edad materna menor de 20 y mayor de 34 años	Bajo peso al nacer				Total		Prueba Chi cuadrada	Significancia
	SI		NO		Nº	%		
	Nº	%	Nº	%				
SI	18	11,3	87	54,4	105	65,6		
NO	0	0,0	55	34,4	55	34,4	10,62	0,001
Total	18	11,3	142	88,8	160	100,0		

Fuente: Guía de observación.

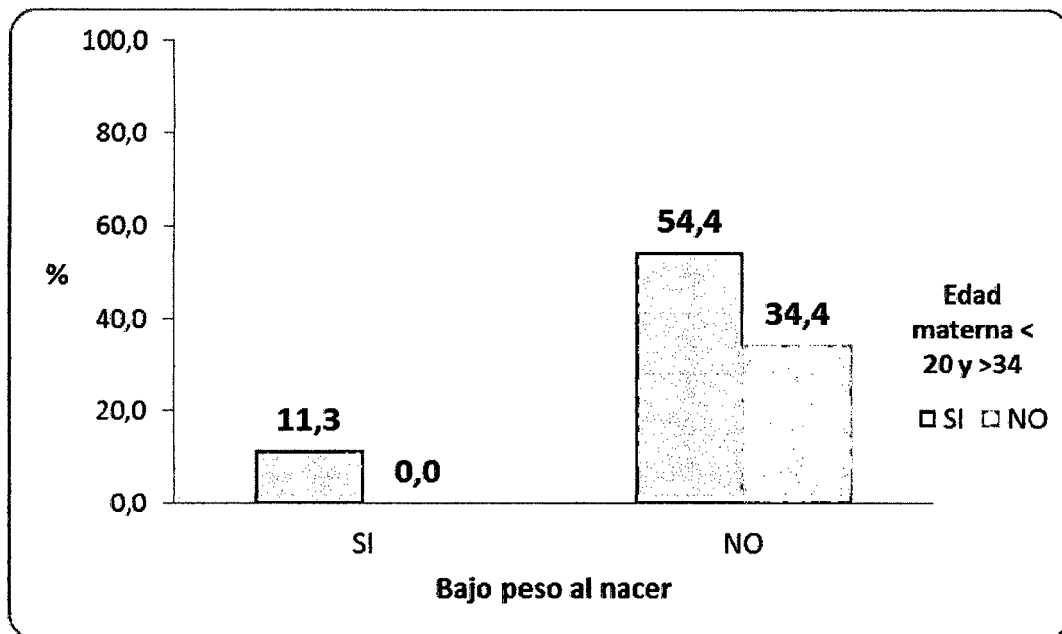


Gráfico 15. Porcentaje de recién nacidos en estudio según edad materna menor de 20 y mayor de 34 años y bajo peso al nacer. Hospital Daniel Alcides Carrión – Cerro de Pasco 2014.

Respecto a la relación entre la edad materna menor de 20 y mayor de 34 años y bajo peso al nacer en estudio, observamos que el 11,3% tuvieron bajo peso al nacer y a la vez presentaron edad materna menor de 20 y mayor de 34 años. Mediante la Prueba de Chi cuadrado ($\chi^2=10,62$; $P\leq 0,001$) resultó significativo estadísticamente; es decir la edad materna menor de 20 y mayor de 34 años se relaciona significativamente con el bajo peso al nacer en el Hospital Daniel Alcides Carrión – Cerro de Pasco.

Tabla 16. Relación entre factores de riesgos maternos sociales y bajo peso al nacer de recién nacidos en estudio. Hospital Daniel Alcides Carrión – Cerro de Pasco 2014.

Factores de riesgo maternos sociales	Bajo peso al nacer				Prueba Chi cuadrada	Significancia
	SI		NO			
	Nº	%	Nº	%		
Madre soltera						
SI	7	4,4	66	41,3	0,37	0,542
NO	11	6,9	76	47,5		
Baja escolaridad materna						
SI	3	1,9	2	1,3	12,29	0,000
NO	15	9,4	140	87,5		

Fuente: Guía de observación.

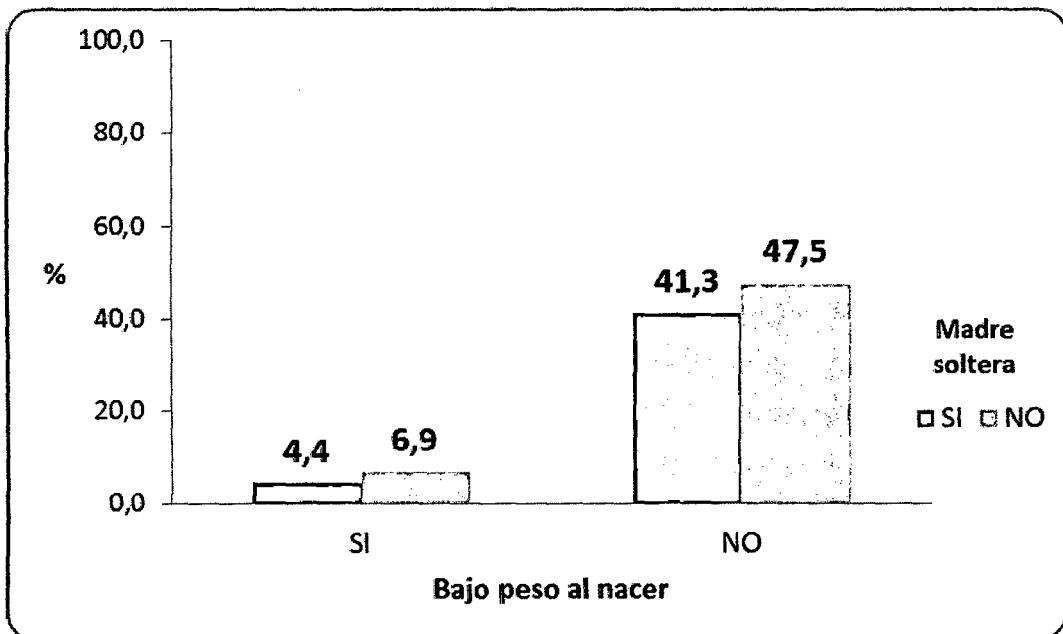


Gráfico 16. Porcentaje de recién nacidos en estudio según madre soltera y bajo peso al nacer. Hospital Daniel Alcides Carrión – Cerro de Pasco 2014.

Con respecto a la relación entre factores de riesgos maternos sociales y bajo peso al nacer en estudio, observamos que el 4,4% tuvieron bajo peso al nacer y a la vez fueron madres solteras. Mediante la Prueba de Chi cuadrado ($\chi^2=0,37$; $P\leq 0,542$) no resultó significativo estadísticamente; es decir la condición de madre soltera no se relaciona significativamente con el bajo peso al nacer.

Por otro lado, el 1,9% tuvieron bajo peso al nacer y a la vez presentaron baja escolaridad. Mediante la Prueba de Chi cuadrado ($\chi^2=12,29$; $P\leq 0,000$) resultó significativo estadísticamente; es decir la la baja escolaridad materna se relaciona significativamente con el bajo peso al nacer.

Tabla 17. Relación entre factores de riesgos maternos obstétricos y bajo peso al nacer de recién nacidos en estudio. Hospital Daniel Alcides Carrión – Cerro de Pasco 2014.

Factores de riesgo maternos obstétricos	Bajo peso al nacer				Prueba Chi cuadrada	Significancia
	SI		NO			
	Nº	%	Nº	%		
Antecedentes de bajo peso						
SI	7	4,4	23	14,4	5,40	0,020
NO	11	6,9	119	74,4		
Paridad de 4 a más hijos						
SI	2	1,3	10	6,3	0,38	0,537
NO	16	10,0	132	82,5		
Intervalo intergenésico corto						
SI	1	0,6	23	14,4	1,42	0,234
NO	17	10,6	119	74,4		
Control prenatal inadecuado						
SI	2	1,3	2	1,3	6,17	0,013
NO	16	10,0	140	87,5		
Antecedentes personales de tipo médico						
SI	2	1,3	7	4,4	1,15	0,284
NO	16	10,0	135	84,4		
Antecedentes médicos en la última gestación						
SI	14	8,8	58	36,3	8,80	0,003
NO	4	2,5	84	52,5		

Fuente: Guía de observación.

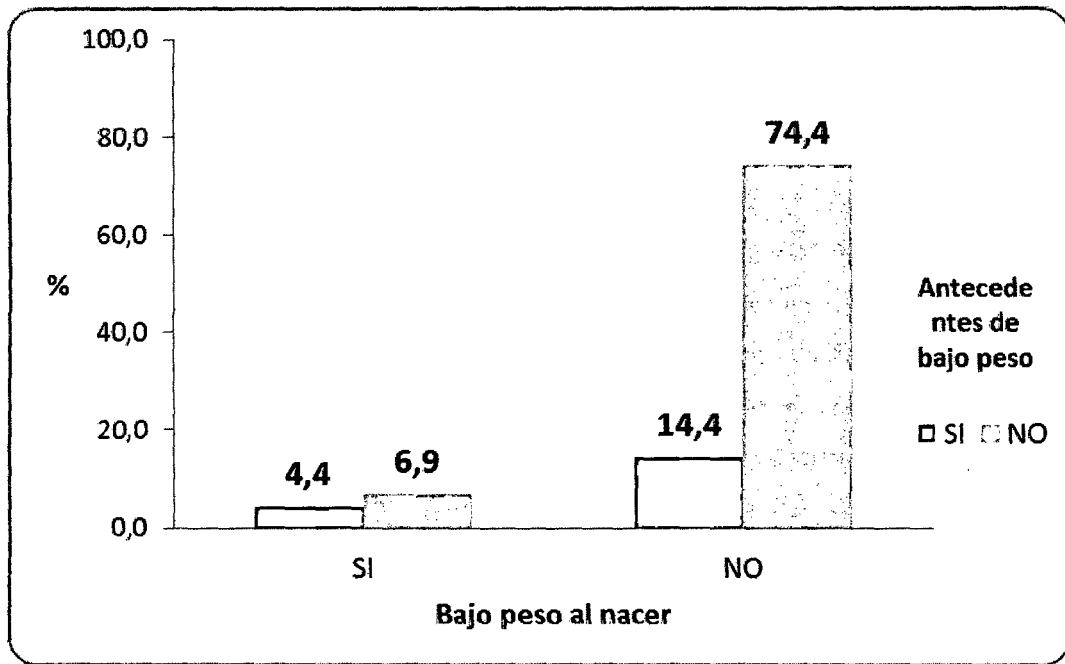


Gráfico 17. Porcentaje de recién nacidos en estudio según antecedentes de bajo peso y bajo peso al nacer. Hospital Daniel Alcides Carrión – Cerro de Pasco 2014.

En lo que respecta a la relación entre factores de riesgos maternos obstétricos y bajo peso al nacer en estudio, observamos que el 4,4% tuvieron bajo peso al nacer y a la vez presentaron antecedentes de bajo peso. Mediante la Prueba de Chi cuadrado ($\chi^2=5,40$; $P\leq 0,020$) resultó significativo estadísticamente; es decir los antecedentes de bajo peso se relaciona significativamente con el bajo peso al nacer.

Asimismo, el 1,3% tuvieron bajo peso al nacer y a la vez no asistieron al control prenatal. Mediante la Prueba de Chi cuadrado ($\chi^2=6,17$; $P\leq 0,013$) resultó significativo estadísticamente; es decir la falta de control prenatal se relaciona significativamente con el bajo peso al nacer.

Y, el 8,8% tuvieron bajo peso al nacer y a la vez también antecedentes médicos en la última gestación. Mediante la Prueba de Chi cuadrado ($\chi^2=8,80$; $P\leq 0,003$) resultó significativo estadísticamente; es decir lo antecedentes

médicos en la última gestación se relaciona significativamente con el bajo peso al nacer.

Tabla 18. Relación entre factores de riesgo del producto y bajo peso al nacer de recién nacidos en estudio. Hospital Daniel Alcides Carrión – Cerro de Pasco 2014.

Factores de riesgo del producto	Bajo peso al nacer				Prueba Chi cuadrada	Significancia
	SI		NO			
	Nº	%	Nº	%		
Prematuridad						
SI	9	5,6	13	8,1	22,47	0,000
NO	9	5,6	129	80,6		
Sexo masculino						
SI	9	6,2	94	64,4	1,83	0,176
NO	9	6,2	48	32,9		

Fuente: Guía de observación.

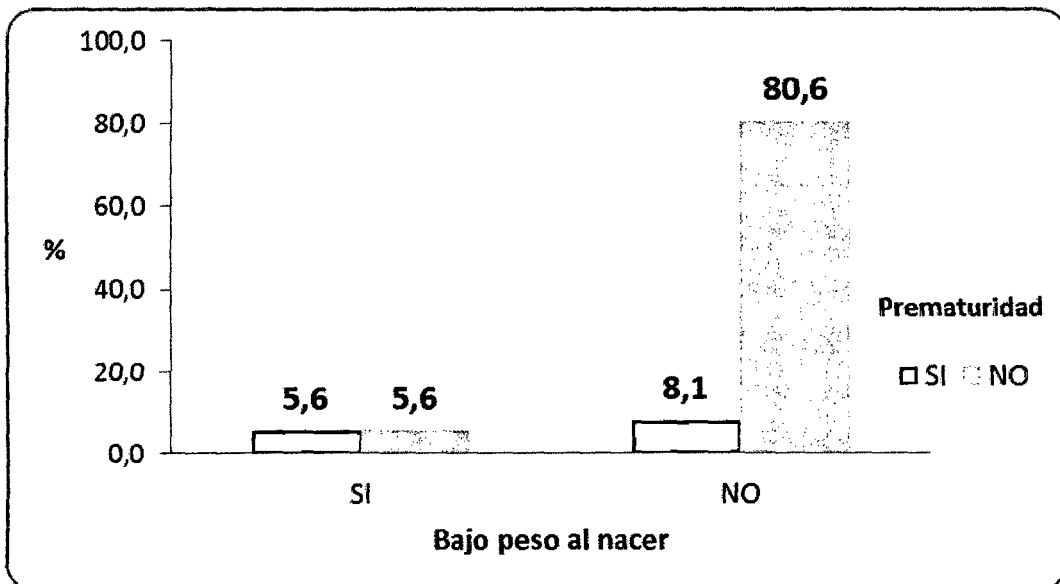


Gráfico 18. Porcentaje de recién nacidos en estudio según prematuridad y bajo peso al nacer. Hospital Daniel Alcides Carrión – Cerro de Pasco 2014.

Y, en cuanto a la relación entre factores del producto y bajo peso al nacer en estudio, observamos que el 5,6% tuvieron bajo peso al nacer y a la vez presentaron prematuridad. Mediante la Prueba de Chi cuadrado ($X^2=22,47$; $P\leq 0,000$) resultó significativo estadísticamente; es decir la prematuridad se relaciona significativamente con el bajo peso al nacer.

En cambio, el 6,2% tuvieron bajo peso al nacer y a la vez fueron de sexo masculino. Mediante la Prueba de Chi cuadrado ($X^2=1,83$; $P\leq 0,176$) no resultó significativo estadísticamente; es decir el sexo masculino no se relaciona significativamente con el bajo peso al nacer.

3.2. DISCUSION.

El bajo peso al nacer es un grave problema de salud pública, quizá el problema de salud más serio en países en desarrollo y que constituye una de las principales causas de morbilidad y mortalidad fetal y neonatal. Entre ellas se encuentran los índices de crecimiento y desarrollo neurológicos postnatales anormales, que son más altos que en el grupo de los niños de peso normal al nacer. También está asociado al bienestar o no del binomio madre-hijo en la etapa post-parto. Existe además un impacto muy significativo sobre la mortalidad post neonatal y la infantil global, ya que los recién nacidos con bajo peso tienen cinco veces más probabilidades de morir entre el mes y el año de vida, que los recién nacidos de peso normal; y conforman el 20% de la mortalidad post neonatal y el 50% de la mortalidad infantil (35).

El peso de nacimiento, como expresión del mismo es un buen indicador de salud prenatal y se ha constituido a la vez en predictor del crecimiento y desarrollo postnatal, tanto por lo que respecta a la morfología como a los aspectos cognitivos, motores, sicolingüísticos y comportamentales (36).

En nuestra investigación encontramos como factores maternos a la edad materna menor de 20 y mayor de 34 años, baja escolaridad materna, antecedentes de bajo peso, control prenatal inadecuado y antecedentes médicos en la última gestación que se relacionaron significativamente con el bajo peso al nacer de recién nacidos en estudio ($p \leq 0,05$). Y, dentro de los factores del producto fue la prematuridad que se relacionó significativamente con bajo peso al nacer ($p \leq 0,05$).

Al respecto, Mayo, López y García (37) encontraron que los factores asociados con el bajo peso al nacer fueron: la edad materna, el bajo nivel escolar, hábitos

tóxicos como fumar y consumir alcohol, la sepsis vaginal, la ganancia insuficiente de peso durante el embarazo, así como factores socioeconómicos no favorables.

Ramírez, Sánchez y Silva (38) demostraron como principales factores de riesgo del bajo peso al nacer, con predominio del embarazo en la adolescencia, la desnutrición materna, la ganancia ponderal insuficiente durante la gestación, el hábito de fumar y los antecedentes de niños con bajo peso. También se han descrito diferencias sistemáticas del crecimiento fetal asociadas con el tamaño de la madre, el peso de hermanos, el consumo de tabaco por la madre, entre otros.

Zhou, Sorensen y Olsen (39) han identificado muchos de ellos como antecedentes de partos anteriores con BPN; abortos espontáneos o inducidos; hipertensión arterial durante el embarazo; cuidados médicos prenatales inadecuados; hábito de fumar de la madre durante el embarazo; edad materna menor de 20 años o mayor de 35; bajo nivel cultural materno; poco aumento de peso durante el embarazo, sobre todo en madres adolescentes; tres o más partos anteriores; anemia, y déficit de hierro pregestacional o durante la gestación.

Prado, Ramírez y Vaillant (40) mencionan que una de las causas predisponentes a tener en cuenta es la edad materna, pues se ha demostrado que antes de los 20 años, los órganos femeninos no han alcanzado la madurez total, de modo que le permita llevar a feliz término y con menor riesgo la gestación.

Asimismo, Fuentes y Lurie (41) han investigado ampliamente a qué edad materna es más probable que el embarazo tenga un desenlace favorable. Las

edades inferiores a los 19–20 años y superiores a los 35–36 años se han identificado como factores de riesgo de BPN.

Por otro lado, Arias, Torres, Pérez y Milián (42) demostraron que en el nacimiento de neonatos con bajo peso también incide la multiparidad, que asociada con la edad materna constituye un factor primordial, pues una multípara sufre múltiples degeneraciones puerperales que provocan fibrosis endometrial, lo que implica cambios placentarios que en ocasiones son insuficientes para mantener un desarrollo fetal normal.

Mota et al. (43) expresa que las infecciones durante el embarazo, como las urinarias y la sífilis son otro factor de riesgo asociado al nacimiento con bajo peso, la infección urinaria puede desencadenar el trabajo de parto y parto prematuro y obtener así un recién nacido de bajo peso.

Finalmente, el perfil de riesgo materno de bajo peso al nacer es útil para los servicios de salud, pues se trata de factores de riesgo iniciadores que podrían representar señales de alarma para los servicios de salud, a fin de identificar e intervenir tempranamente en las embarazadas con riesgo de tener un hijo con bajo peso al nacer; la identificación de estos factores permite tamizar a las gestantes de mayor riesgo.

CONCLUSIONES

Se llegaron a las siguientes conclusiones:

- Se encontró como factores de riesgo maternos asociados a bajo peso al nacer a la edad materna menor de 20 y mayor de 34 años ($p=0,001$), baja escolaridad materna ($p=0,000$), antecedentes de bajo peso ($p=0,020$), control prenatal inadecuado ($p=0,013$) y antecedentes médicos en la última gestación ($p=0,003$).
- Y, dentro de los factores de riesgo del producto asociados a bajo peso al nacer fue la prematuridad ($p=0,000$).

RECOMENDACIONES

Se recomiendan lo siguiente:

- Continuar investigando el tema de estudio con nivel de investigación explicativo.
- Implantar políticas de promoción y prevención específicas para la población en riesgo.
- Mayor seguimiento en la consulta prenatal a las gestantes que tienen antecedentes de hijos con bajo peso, para realizar una vigilancia más estrecha.
- Intensificar la información de un adecuado control prenatal, lo que ayuda a identificar a las pacientes de riesgo con alto potencial de tener hijos con bajo peso al nacimiento.
- Mejoramiento de los sistemas de vigilancia epidemiológica que deben estar atentas a la identificación de las variables susceptibles de ser intervenidas a favor de la salud materno-infantil.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS.

1. Aust N Z J. Fetal growth restriction and other factors associated with at neonatal death in New Zealand. *Obstet Ginecol*. 2007 Dec; 47(6):457-63.
2. Situación de salud en las Américas. Indicadores Básicos 2006. Programa Especial de Análisis de Salud. Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud. Enero 2006. Consultado, 3 de mayo de 2006.
3. DANE. Documento de metodología de las estadísticas vitales EEVV. Colección documentos - Actualización 2009. Bogotá; 2009;82.
4. Abeyá Gilardon E. La mortalidad infantil en la Argentina: necesidad de focalizar acciones por riesgo social y biomédico. *Arch argent pediatr* 5. 2010;(91):291-9.
5. Restrepo Mesa Sandra L, Parra Sosa B E. Implicaciones del estado nutricional materno en el peso al nacer del neonato. *Perspectivas en Nutrición Humana* [Internet]. 2009 [citado 12 Ene 2014];11(2). Disponible en: <http://revinut.udea.edu.co/>
6. Encuesta Demográfica y de Salud Familiar-ENDES. Indicadores de Resultado Identificados en los Programas Estratégicos 2000 Primer Semestre 2011. Lima, agosto 2011.
7. Ticona Rendón M, Huanco Apaza D. Factores de riesgo de la mortalidad perinatal en hospitales del Ministerio de Salud del Perú. *Rev Cubana Obstet Ginecol* [Internet]. 2011 Sep [citado 4 Feb 2014];37(3): 432-43. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0138-600X2011000300017&lng=es

8. González Y; Álvarez A. Comportamiento del bajo peso al nacer en la parroquia "Castor Nieves Ríos".Venezuela. Rev Cubana Med Gen Integr. 2010; 26 (3): 5-7.
9. Mattia FR, Regnier EA. Chronic physiologic instability is associated with neurodevelopment Mobility at one and two years in extremely premature infants. Pediatrics 2002; (3): 35.
10. Bortman M. Factores de riesgo de bajo peso al nacer. Rev Panam Salud Pública. 2008;3:314–21.
11. Cabero LR. Riesgo Elevado Obstétrico. Ed. Masson S.A. Barcelona, España. 2000. Capítulo 8: 199-213.
12. Augusto E, Medina P. Factores de riesgo maternos asociados a recién nacidos con bajo peso al nacer. Rev Méd Hondur. 2008;76(1):32-9.
13. Ministerio de Salud Pública. Dirección Nacional de Registros Médicos y Estadísticas de Salud. Anuario Estadístico de Salud. [citado 13 Sep 2012].
14. Prado Olivares L, Ramírez Rosales MA, Vaillant Suárez G. Bajo peso al nacer: enfoque clínico epidemiológico y social. Rev Cubana Med Gen Integr [Internet]. 1996 Jun [citado 5 Mar 2013];12(3). Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-21251996000300006&lng=es.
15. Herrera Santi PM. La familia funcional y disfuncional un indicador de salud Rev Cubana Med Gen Integr [Internet]. 1997 Nov-Dic [citado 24 Jun 2012];13(6). Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-21251997000600013&lng=es&nrm=iso&tlng=es

16. Gala H, Crespo E, García R, Bertrán J, Valón AO. Factores de riesgo asociados al bajo peso al nacer en una comunidad venezolana. MEDISAN Cuba. 2010;14(2):207.
17. Soto E, Ávila JF, Gutiérrez VM. Factores de riesgo asociados al bajo peso al nacer. Arch Inv Mat Inf 2010;II(3):117-122.
18. Scarinci GP, Suárez MS. Factores de riesgo asociado con el bajo peso al nacer en la maternidad Martín de la Ciudad de Rosario, Provincia de Santa Fe. Actualización en Nutrición 2007; 8: 52-55.
19. Pereira JJ, Guimarães RA, Medina MG, Pinto LL, Mota E. Análisis multifactorial de los factores de riesgo de bajo peso al nacer en Salvador, Bahia. Rev Panam Salud Publica/Pan Am J Public Health. 1997;2(1)1-6.
20. Ticona M, Huanco D, Ticona M. Incidencia y factores de riesgo de bajo peso al nacer en población atendida en hospitales del Ministerio de Salud del Perú. Ginecol Obstet Mex 2012;80(2):51-60.
21. Esquivel, J. Factores de riesgo materno que influyen en el bajo peso del recién nacido. Tesis. Trujillo, 2007.
22. Yovera, G. Factores maternos que se asocian al Bajo Peso del Recién Nacido. Chulucanas, 2004.
23. Romero FM, Lozano E, Lombardi S. Factores de riesgo materno que influyen en el bajo peso del recién nacido a término en el centro de salud de Huacar de julio 2009 A JULIO 2010. [Tesis]. Huánuco-Perú; Universidad Nacional "Hermilio Valdizán" Huánuco; 2012.
24. Romero, R. Factores e incidencia que condicionan el Parto Prematuro. Huánuco, 1990.

25. Alonso C, Reyes C. El bajo peso. *Rev Cubana Obstet Ginecol* 1995; 11(2):142-50.
26. Avery G. *Tratado de Neonatología*. 7ma Ed. Editorial Med. Panam, S.A. Argentina – Buenos Aires 2000.
27. Gillam MW, Rifas-Shiman S, Berkey CS, Field AE, Colditz GA. Maternal gestational diabetes, birth weight, and adolescent obesity. *Pediatrics* 2003; 111(3):221-6.
28. Annath CV, Drmissie K, Smulian JC, Vintzileos AM. Relationship among placenta previa, fetal growth restriction, and preterm delivery: a population-based study. *Obstet Gynecol* 2001; 98: 299-306.
29. Russell RB, Petrini JR, Damus K, Mattison DR, Schwarz RH. The changing epidemiology of multiple births in the United States. *Obstet Gynecol* 2003; 101:129-35.
30. Gortzak Uzan L, Hallak M, Press F, Katz M, Schoham Vardi I. Teenage pregnancy: risk factors for adverse perinatal outcome. *J Matern Fetal Med* 2001; 10(6):393-7.
31. Scholl TO, Hediger ML, Huang J, Johnson FE, Smith W, Ances IG. Young maternal age and parity. Influences on pregnancy outcome. *Ann Epidemiol* 2002; 2(5):565-75.
32. Honest H, Bachmamm LM, Ngai C, Gupta JK, Kleijnen J, Khan KS. The accuracy of maternal anthropometry measurements as predictors for spontaneous preterm birth a systematic review. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol* 2005; 119(1):11-20.

33. Thompson JM, Irgens LM, Rasmussen S, Daltveit AK. Secular trends in socio-economic status and the implications for preterm birth. *Paediatr Perinat Epidemiol* 2006; 20(3):182-7.
34. Alonso A, Cano J, Giron A, Yep G, Sánchez M. Peso al nacimiento y tabaquismo familiar. *An Pediatr* 2005; 63(2):116-9.
35. Meneghello J, Fantan E, Grau A, Blanco O. *Pediatría Práctica en Dialogo*. Editorial Panamericana. 2006.
36. Soriano T, Juarranz M, Valero de Bernabé J, Martínez D, Calle M, Domínguez V. Principales factores de riesgo del bajo peso al nacer. Análisis multivariante. *Revista de la SEMG*, 2003;53:263-270.
37. Mayo RC, López K, García AB. Factores influyentes en el bajo peso al nacer en el área salud "Camilo Cienfuegos" de Chambas, 2007-2008. *MEDICIEGO* 2011; 17(2).
38. Ramírez V, Sánchez C, Silva N. Factores psicosociales en el bajo peso al nacer. *Rev Cubana Obstet Ginecol* 2005; 16(2):220-6.
39. Zhou W, Sorensen HT, Olsen J. Induced abortion and low birth weight in the following pregnancy. *Int J Epidemiol* 2005; 29(1):100–106.
40. Prado O, Ramírez R, Vaillant S. Bajo peso al nacer. Enfoque clínico, epidemiológico y social. *Rev Cubana Med Gen Integr* 2003; 12 (3):243-7.
41. Fuentes-Afflick E, Lurie P. Low birth weight and Latino ethnicity: examining the epidemiologic paradox. *Arch Pediatr Adolesc Med* 2007;151:665–674.
42. Arias G, Torres MR, Pérez N, Milián M. Factores prenatales relacionados con la prematuridad. *Rev Cubana Pediatr* 2001; 73 (1):11-5.

43. Mota V, Salazar C, Neri M, Granja E, y col. Relación entre los antecedentes maternos patológicos y el diagnóstico de peso al nacer. Ginecol Obstet Méx 2004; 72(11):561-569.

ANEXOS

Nº ficha:

Fecha: / /

ANEXO 01

FICHA DE ANALISIS DOCUMENTAL

TITULO DE LA INVESTIGACIÓN: Factores de riesgo del bajo peso al nacer en el Hospital Cerro de Pasco 2014.

INSTRUCCIONES. Estimado Sr. A continuación Ud. tendrá una serie de observaciones relacionadas con los factores de riesgo relacionados a bajo al nacer, para ello coloque la respuesta de acuerdo a lo revisado y observado.

GRACIAS.

I. DATOS SOBRE FACTORES MATERNOS

A. BIOLÓGICOS:

1.1. Edad:

Menor de 20 años ()

20 a 34 años ()

Mayor de 34 años ()

B. SOCIALES:

1.2. Estado civil:

Soltera ()

Conviviente ()

Casada ()

Divorciada ()

Viuda ()

1.3. Grado de instrucción:

Sin estudios ()

Primaria Incompleta ()

Primaria completa ()

Secundaria incompleta ()

Secundaria Completa ()

Universitario ()

C. OBSTÉTRICOS:

1.4. Antecedentes de bajo peso en otros hijos:

SI ()

NO ()

1.5. Paridad

Sin hijos ()

1 hijo ()

- 2 y 3 hijos ()
- 4 y 5 hijos ()
- 6 y más hijos ()

1.6. Intervalo intergenésico:

- Sin hijos ()
- Menos de 12 meses ()
- 12 a 22 meses ()
- 23 y más meses ()

1.7. Control pre-natal:

- SI ()
- NO ()

En caso SI, número de controles: _____

1.8. Antecedentes personales de tipo médico:

- Enfermedad renal ()
- Hipertensión arterial ()
- Fiebre reumática ()
- Enfermedad venérea ()
- Disfunción ginecológica ()

Otros. Especifique: _____

1.9. Antecedentes médicos en la última gestación:

- Sangrado específico ()
- Infección vaginal ()
- Edema ()
- Molestias urinarias ()
- Accidentes ()

Otros. Especifique: _____

II. DATOS SOBRE FACTORES DEL PRODUCTO

2.1. Edad Gestacional:

- Menos de 37 semanas ()
- 37 a 42 semanas ()
- Más de 42 semanas ()

2.2. Sexo:

- Masculino ()
- Femenino ()

III. DATOS SOBRE BAJO PESO AL NACER:

3.1. Bajo peso al nacer:

- SI ()
- NO ()



**ACTA DE SUSTENTACIÓN DE TESIS PARA OBTENER EL
TÍTULO DE ESPECIALISTA EN ENFERMERIA EN CUIDADOS
INTENSIVOS - NEONATOLOGIA**

En la ciudad universitaria de Cayhuayna, a los veinte días del mes de agosto de 2015, siendo las dieciocho horas, de acuerdo al Reglamento de Grados y Títulos, se reunieron en los ambientes del Laboratorio de Enfermería de la UNHEVAL, los miembros integrantes del Jurado Calificador, nombrados mediante la Resolución Nº 0416-2015-UNHEVAL-D-FEN, para proceder con la evaluación de la Tesis titulada: **FACTORES DE RIESGO DEL RECIEN NACIDO DE BAJO PESO AL NACER EN EL HOSPITAL DANIEL ALCIDES CARRION - CERRO DE PASCO 2014**, de la Licenciada en Enfermería: **Edith Madeleyne POSADAS ASCANOA**

El Jurado Calificador está integrada por las siguientes docentes:

- Mg. Maruja Manzano Tarazona **PRESIDENTA**
- Dra. Violeta Rojas Bravo **SECRETARIA**
- Mg. Luis Laguna Arias **VOCAL**
- Mg. René Castro Bravo **ACCESITARIA**

Finalizado el acto de sustentación, los miembros del jurado procedieron a deliberar y verificar los calificativos, habiéndose obtenido el resultado siguiente: Aprobado..... por Unanimidad....., con el calificativo cuantitativo de 16..... y cualitativo de Bueno....., quedando Apto..... para que proceda con los trámites necesarios, con la finalidad de obtener **EL TÍTULO DE ESPECIALISTA EN ENFERMERIA EN CUIDADOS INTENSIVOS - NEONATOLOGIA**.

Con lo que se dio por concluido el acto de Sustentación de Tesis, en fe de lo cual firmamos.

PRESIDENTE (A)

SECRETARIO (A)

VOCAL

Deficiente (11, 12, 13)
Buena (14, 15, 16)
Muy Buena (17, 18)
Excelente (19, 20)



"AÑO DE LA DIVERSIFICACIÓN PRODUCTIVA Y DEL FORTALECIMIENTO DE LA EDUCACIÓN"
UNIVERSIDAD NACIONAL HERMILO VALDIZAN
HUANUCO PERU



FACULTAD DE ENFERMERIA

Av. Universitaria Nº 601 - 607 Pabellón 3, 2do.Piso-Cayhuayna - Teléfono 59-1076

**ACTA DE SUSTENTACIÓN DE TESIS PARA OBTENER EL
TÍTULO DE ESPECIALISTA EN ENFERMERIA EN CUIDADOS
INTENSIVOS - NEONATOLOGIA**

En la ciudad universitaria de Cayhuayna, a los veinte días del mes de agosto de 2015, siendo las dieciocho horas, de acuerdo al Reglamento de Grados y Títulos, se reunieron en los ambientes del Laboratorio de Enfermería de la UNHEVAL, los miembros integrantes del Jurado Calificador, nombrados mediante la Resolución N° 0416-2015-UNHEVAL-D-FEN, para proceder con la evaluación de la Tesis titulada: **FACTORES DE RIESGO DEL RECIEN NACIDO DE BAJO PESO AL NACER EN EL HOSPITAL DANIEL ALCIDES CARRION - CERRO DE PASCO 2014**, de la Licenciada en Enfermería: **Leeiner Esther MUÑOZ VASQUEZ**

El Jurado Calificador está integrada por las siguientes docentes:


- | | |
|-------------------------------|--------------------|
| • Mg. Maruja Manzano Tarazona | PRESIDENTA |
| • Dra. Violeta Rojas Bravo | SECRETARIA |
| • Mg. Luis Laguna Arias | VOCAL |
| • Mg. René Castro Bravo | ACCESITARIA |

Finalizado el acto de sustentación, los miembros del jurado procedieron a deliberar y verificar los calificativos, habiéndose obtenido el resultado siguiente: *Aprobado* por *Unanimidad*, con el calificativo cuantitativo de *16* y cualitativo de *Bueno*, quedando *Acto* para que proceda con los trámites necesarios, con la finalidad de obtener **EL TÍTULO DE ESPECIALISTA EN ENFERMERIA EN CUIDADOS INTENSIVOS - NEONATOLOGIA**.

Con lo que se dio por concluido el acto de Sustentación de Tesis, en fe de lo cual firmamos.


.....
PRESIDENTE (A)


.....
SECRETARIO (A)


.....
VOCAL

Deficiente (11, 12, 13)
Bueno (14, 15, 16)
Muy Bueno (17, 18)
Excelente (19, 20)



"AÑO DE LA DIVERSIFICACIÓN PRODUCTIVA Y DEL FORTALECIMIENTO DE LA EDUCACIÓN"
UNIVERSIDAD NACIONAL HERMILIO VALDIZÁN
HUANUCO PERU
FACULTAD DE ENFERMERIA

Av. Universitaria N° 601 - 607 Pabellón 3, 2da. Piso-Cayhuayna - Teléfono 59-1076



**ACTA DE SUSTENTACIÓN DE TESIS PARA OBTENER EL
TÍTULO DE ESPECIALISTA EN ENFERMERIA EN CUIDADOS
INTENSIVOS - NEONATOLOGIA**

En la ciudad universitaria de Cayhuayna, a los veinte días del mes de agosto de 2015, siendo las dieciocho horas, de acuerdo al Reglamento de Grados y Títulos, se reunieron en los ambientes del Laboratorio de Enfermería de la UNHEVAL, los miembros integrantes del Jurado Calificador, nombrados mediante la Resolución N° 0416-2015-UNHEVAL-D-FEN, para proceder con la evaluación de la Tesis titulada: **FACTORES DE RIESGO DEL RECIEN NACIDO DE BAJO PESO AL NACER EN EL HOSPITAL DANIEL ALCIDES CARRION - CERRO DE PASCO 2014**, de la Licenciada en Enfermería: **Edith Rosa HUERTA PAREDES**

El Jurado Calificador está integrada por las siguientes docentes:

- | | |
|-------------------------------|--------------------|
| • Mg. Maruja Manzano Tarazona | PRESIDENTA |
| • Dra. Violeta Rojas Bravo | SECRETARIA |
| • Mg. Luis Laguna Arias | VOCAL |
| • Mg. René Castro Bravo | ACCESITARIA |

Finalizado el acto de sustentación, los miembros del jurado procedieron a deliberar y verificar los calificativos, habiéndose obtenido el resultado siguiente: Aprobado..... por Unanimitad, con el calificativo cuantitativo de 16..... y cualitativo de Buena, quedando apto..... para que proceda con los trámites necesarios, con la finalidad de obtener **EL TÍTULO DE ESPECIALISTA EN ENFERMERIA EN CUIDADOS INTENSIVOS - NEONATOLOGIA**.

Con lo que se dio por concluido el acto de Sustentación de Tesis, en fe de lo cual firmamos.


.....
PRESIDENTE (A)


.....
SECRETARIO (A)


.....
VOCAL

Deficiente (11, 12, 13)
Bueno (14, 15, 16)
Muy Bueno (17, 18)
Excelente (19, 20)