

UNIVERSIDAD DE LAS REGIONES AUTÓNOMAS  
DE LA COSTA CARIBE NICARAGÜENSE  
(URACCAN)

*Trabajo Monográfico para optar al  
Título de Licenciada en Enfermería  
con mención en Epidemiología*

**TÍTULO**

PRINCIPALES FACTORES DE RIESGO  
ASOCIADOS AL BAJO PESO AL NACER EN  
DIFERENTES ETNIAS ATENDIDAS  
EN EL HOSPITAL NUEVO AMANECER  
BILWI - RAAN, 1999

Autora: *Enf. ALICE RAMÍREZ ELLIS*

Tutor: Dr. Juan Bautista Carrasco M.

Asesor: Dr. Pablo Antonio Cuadra

BILWI, ENERO DEL 2000

UNIVERSIDAD DE LAS REGIONES AUTÓNOMAS  
DE LA COSTA CARIBE NICARAGÜENSE  
(URACCAN)

*Trabajo Monográfico para optar al  
Título de Licenciada en Enfermería  
con mención en Epidemiología*

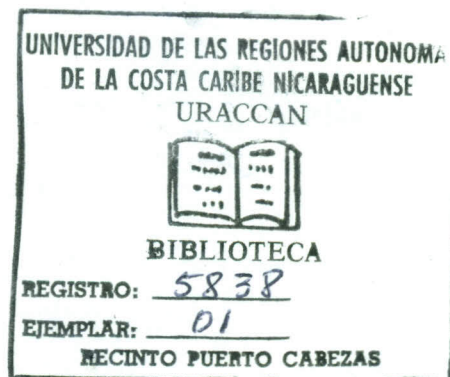
**TÍTULO**

**PRINCIPALES FACTORES DE RIESGO  
ASOCIADOS AL BAJO PESO AL NACER EN  
DIFERENTES ETNIAS ATENDIDAS  
EN EL HOSPITAL NUEVO AMANECER  
BILWI - RAAN, 1999**

**Autora:** *Enf. ALICE RAMÍREZ ELLIS*

**Tutor:** Dr. Juan Bautista Carrasco M.

**Asesor:** Dr. Pablo Antonio Cuadra



**BILWI, ENERO DEL 2000**

Registro: 369

## DEDICATORIA

*Dedico este trabajo a mi querido Esposo y a mis Hijos, por la paciencia y apoyo para conmigo durante el período de estudio.*

*Madre: Ambrozine Ellis*

*Esposo: Guillermo Fúnez Wade*

*Hermanas: Nola, Diana, Ercelina, Nidia Ramírez*

*Hijos: Ally Iván Ramírez Ellis*

*Farlington Alejandro Ramírez Ellis*

*Milford Roy Ramírez Ellis*

*Hija: Alison Funclin Fúnez Ramírez*

## AGRADECIMIENTO

En primer lugar, a Dios Todopoderoso por haberme concedido salud durante el período de estudio.

En segundo lugar, a URACCAN y el Ministerio de Salud por brindarme la oportunidad de estudiar.

Al Dr. Juan Bautista Carrasco M.

Dr. Pablo Cuadra

Lic. Joy Martin Patterson

Por brindarme apoyo desinteresadamente.

# INDICE

	<u>PÁGINA</u>
• INTRODUCCIÓN	5
• PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	7
• OBJETIVOS	8
• MARCO TEÓRICO	9
• DISEÑO METODOLOGICO	24
• RESULTADOS	28
• ANÁLISIS Y DISCUSIÓN DE RESULTADOS	38
• CONCLUSIONES	43
• RECOMENDACIONES	46
• BIBLIOGRAFÍA	48
• ANEXOS	50

## INTRODUCCIÓN

El bajo peso de los recién nacidos es un indicador de mayor riesgo de enfermedades y posibilidad de muerte durante la primera semana de vida, en este sentido es uno de los problemas más importantes de la Salud Pública asociados con la mayoría de las defunciones que ocurren en perinatología y con la gran cantidad de trastornos de desarrollo psicomotor.

En 1980 nacieron en el mundo 21 millones de niños de bajo peso, lo que correspondió al 17% del total de los nacimientos registrados en ese año y el 90% fueron en los países en desarrollo.

Según el Clap, entre 1976 y 1981 en 59 maternidades de 11 países latinoamericanos, la incidencia del bajo peso al nacer era del 4.6 al 14.8%, valores superiores a los encontrados en países desarrollados.

El niño pequeño es el mayor desafío en la obstetricia moderna, no sólo el bajo peso al nacer es el factor más importante en relación con la morbi-mortalidad perinatal, sino los trastornos físicos y mentales a corto y largo plazo en los supervivientes.

La mortalidad precoz en recién nacidos con muy bajo peso al nacer encontrados en hospitales latinoamericanos la informada en EEUU o Inglaterra, mientras en América Latina se ha encontrado que la asfixia severa al nacer es 6 veces mayor en los nacidos con bajo peso al nacer (BPN), cursan en las primeras seis horas con síndrome de dificultad respiratoria, debido a inmadurez pulmonar; estos bajos pesos al nacer están compuestos por nacidos pretérmino y por nacidos con datos de CIUR, la frecuencia, la asociación del bajo peso al nacer con la morbi-mortalidad y secuelas neurológicas invalidantes, hace que sea uno de los problemas más importantes de la Salud Pública Materno Infantil.

En nuestro país, según UNICEF en los años 1982 a 1993, el BPN correspondió al 15% del total de nacimientos, cifras que son de las más altas tasas de bajo peso al nacer, con los consecuentes problemas (más importantes) que esto conlleva en nuestro país, dadas las condiciones actuales tomando en cuenta el bajo nivel de instrucción poblacional en salud reproductiva; consideramos que es importante llevar a cabo este tipo de estudio para conocer el comportamiento de este problema en nuestro hospital, para así conocer los factores que predisponen a éste. Con este estudio reflexionaremos para sugerir pautas educativas en relación al problema (en salud reproductiva) y así disminuir la incidencia del bajo peso y la mortalidad asociada a ésta en la población que asiste a nuestro servicio.

**PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA**

¿ Cuáles son los principales factores de riesgo asociados con el bajo peso al nacer en mujeres atendidas en el Hospital Nuevo Amanecer, los meses de Febrero-Marzo de 1999 ?



## OBJETIVO GENERAL

- Determinar los factores de riesgo materno que inciden en el bajo peso al nacer en madres de las diferentes etnias atendidas en el Hospital Nuevo Amanecer durante Febrero - Marzo 1999.

## OBJETIVOS ESPECÍFICOS

1. Determinar los principales factores sociodemográficos de las madres con niños de bajo peso al nacer, por etnia, que dieron a luz en el Hospital Nuevo Amanecer durante Febrero - Marzo 1999.
2. Identificar los factores de riesgo de tipo orgánico-patológicos en las madres de las diferentes etnias atendidas en el Hospital Nuevo Amanecer durante Febrero - Marzo 1999.
3. Determinar los principales antecedentes obstétricos y hábitos que influyeron en el bajo peso al nacer en los niños de madres de las diferentes etnias atendidas en el Hospital Nuevo Amanecer durante Febrero - Marzo 1999.

## MARCO TEÓRICO

### **EL BAJO PESO AL NACER**

El Bajo Peso al Nacer (BPN) es un término que fue adoptado por la Organización Mundial de la Salud (OMS), y define al neonato que ha pesado menos de 2500 gramos al nacer.

Se cuenta con estadísticas referente a este valor en muchas regiones del planeta. Se puede establecer que nacen anualmente en el mundo 15 millones de niños de bajo peso al nacer, que constituye el 17% de todos los nacimientos. Esta incidencia varía según las poblaciones entre el 4 y el 45%.

Los nacidos en países en desarrollo representan un 90% de los BPN.

Estos niños muestran cifras significativamente más elevadas de mortalidad, morbilidad y secuelas en su desarrollo físico e intelectual.

Su alta incidencia y sus importantes consecuencias permiten afirmar que el BPN, constituye uno de los problemas más serios que se afrontan en Salud Pública.(2)

## RECIÉN NACIDOS DE BAJO PESO AL NACER

La prematuridad y el bajo peso al nacer son normalmente concomitantes, sobre todo los niños que pesan 1500 gr o menos al nacer, y ambos se asocian a un aumento de la morbilidad y mortalidad neonatal.

Ya que la duración de la gestación normal es prácticamente la misma en todas las razas humanitarias, la definición anterior puede aplicarse universalmente. Sin embargo, el peso de los niños nacidos a término varía de un grupo de población a otro. Por ello, la definición de recién nacidos con bajo peso debe limitarse a grupos particulares de población que sean lo más homogéneas posibles tanto genética como ambientalmente.

El concepto general de bienestar de la mujer embarazada se está comenzando también a reconocer y extender al feto y al recién nacido inmediato.

También preocupan cada día más los elevados costos financieros que se generan de la aplicación de cuidados especiales a los nacidos con problemas, en particular desde muy bajo peso.

Estos recién nacidos de bajo peso (BPN) son un importante indicador socioeconómico y de la capacidad reproductiva de las mujeres. (7,10)

El crecimiento embrio-fetal normal puede ser definido como aquel que resulta de una división y crecimiento celular sin interferencia, y da como producto final en recién nacido de término en el cual se ha expresado totalmente su potencial genético.

### **RETARDO DE CRECIMIENTO INTRAUTERINO**

Un feto con RCIU, tiene un peso al nacer menor que el valor del percentil de los patrones normales de peso neonatal, de acuerdo a la edad gestacional según las curvas de crecimiento intrauterino.

El RCIU tiene una tasa de mortalidad perinatal 8 veces mayor que cuando el peso al nacer es adecuado para la edad gestacional, el riesgo de asfixia intraparto está aumentando 7 veces y es aún mayor si el RCIU se presenta en un recién nacido pretérmino. Los pequeños para la edad gestacional presentan con frecuencia: hipoglucemia, policitemia y dificultad de aprendizaje.

Para el diagnóstico del RCIU la historia obstétrica y la altura del fondo uterino son los métodos más usuales de valoración. Si el crecimiento uterino se retrasa se deben realizar estudios ultrasonográficos repetidos y estudios endocrinológicos.

Con la ultrasonografía se puede estimar el tamaño fetal sobre la base de diámetro biparietales seriados, razón, cabeza-tronco y volumen intrauterino total.

Cerca del 80% de casos con RCIU, presentarán un diámetro biparietal por debajo del tercer percentil para su edad.

La exactitud de esta medida es superior antes de las 24 semanas que posterior a ellas.

## **VALORACIÓN ENDOCRINOLÓGICA**

Los niveles plasmáticos maternos de estriol o la estrioluria de 24 horas son bajo en presencia de RCIU, la reducción de la superficie trofoblástica limita la conversión del sulfato de dihidroepiandrosterona en estriol.

También el lactógeno placentario humano se correlaciona con el peso de la placenta, al igual que sucede con el estriol hay un 30% que tiene niveles normales.(10)

Factores que se asocian con mayor frecuencia al RCIU:

- a. RCIU en embarazo anterior
- b. Hábito de fumar
- c. Consumo de alcohol
- d. Desnutrición materna
- e. Insuficiente aumento ponderal durante la gestación
- f. Hipertensión previa o inducida por el embarazo (produce vasoconstricción a nivel de vasos placentarios, alterando el transporte de nutrientes hacia el feto)
- g. Embarazo múltiple
- h. Anemia materna
- i. Placenta previa
- j. Diabetes con vasculopatía
- k. Defectos congénitos
- l. Infecciones intrauterinas. (1,3).

## EVALUACIÓN DE LA EDAD GESTACIONAL EN EL NACIMIENTO

Ciertos signos físicos y neurológicos pueden ser empleados para distinguir a los lactantes de menos de 2500 gr. que son de peso apropiados según su edad de gestación de aquellos que han experimentado un retraso en el crecimiento. Aunque tanto los lactantes de un grupo como del otro pueden estar algo faltos de grasa subcutánea, el lactante que ha sufrido un retraso en su crecimiento tiende a tener menos que lo esperado según su edad gestacional y parece presentar una cabeza desproporcionadamente más grande en relación al tamaño del cuerpo que el lactante prematuro nacido con el peso apropiado. El crecimiento del cerebro generalmente está menos afectado que el crecimiento lineal o de otros órganos por factores que influyan de forma adversa en el crecimiento intrauterino; las infecciones no bacterianas fetales crónicas y ciertas anomalías cromosómicas representan las excepciones a esta asertación general. De forma semejante, el desarrollo funcional del sistema nervioso del feto continúa correlacionados con la edad de gestación de éste, hecho que puede emplearse para la evaluación de la edad gestacional, según se indica en la que los signos físicos sean útiles en la estimación de la edad gestacional en el momento del nacimiento. Hasta la semana 36 de gestación hay sólo 1 ó 2 arrugas transversales en la parte anterior de la planta del pie. Hacia las semanas 37 ó 38 han aparecido ya más arrugas y alrededor de la semana 40 hay una serie complicada de arrugas cruzadas que cubren

toda la planta. El tamaño de los nódulos de las mamas se relaciona comúnmente con la edad gestacional. Por lo general no es palpable a las 33 semanas, a las que no es superior a 33 mm y tiene de 4 a 10 mm en los niños a término. El cuero cabelludo tiende a ser corto y veloso hacia las 34 semanas, pero está formado primordialmente por mechones sedosos a la semana 40.

El desarrollo cartilaginoso del lóbulo auricular que forma los pliegues del hélix y el antihélix avanza, y ocurre entre las semanas 30 y 40. A la semana 36 los testículos por lo general no han descendido completamente y el manto escrotal está limitado a las caras anteriores e inferior del escroto; hacia la semana 40 los testículos ya han descendido y el manto cubre toda la superficie escrotal.

Se sospechará que un lactante presenta un alto riesgo de mortalidad o bien de morbilidad si existe una discrepancia entre la estimación de su edad gestacional mediante el examen físico, la fecha estimada por la madre de su último período menstrual o la evaluación fetal.



## **IMPORTANCIA DEL BAJO PESO AL NACER EN LA SALUD MATERNO INFANTIL**

Los nacidos con bajo peso, representan en la actualidad, uno de los problemas más importantes de la Salud Pública, asociado con la mayoría de las defunciones que ocurren en el período neonatal y con la gran mayoría de los trastornos del desarrollo neuro-psíquico. En 1980 nacieron en el mundo 21 millones de niños con bajo peso, o sea el 17% del total de los nacimientos registrados ese año; cabe destacar que más del 90% de los nacidos con bajo peso correspondieron a los países en desarrollo.

### **Incidencia de Bajo Peso al Nacer**

Tiene un valor de 9% y el muy bajo peso al nacer (cuando se pesa menos de 1500 gr. en las primeras horas de vida) con un valor medio de 1.2%.

### **Mortalidad según Peso al Nacer**

Las tasas de mortalidad en América Latina son muy superiores a las notificaciones por los países desarrollados. En 56 centros de América Latina entre 1976 y 1981, la tasa llega a 610 x 1000 y la mortalidad neonatal es marcadamente superior en las maternidades latinoamericanas cuando el peso al nacer oscila entre 1000 y 2499 gramos.

Además del 78% de las muertes neonatales se asocia con nacidos de bajo peso y casi la mitad (947%) con los de muy bajo peso.

### Mortalidad de los Recién Nacidos de Bajo Peso

La asfixia severa al nacer (puntaje 0-3 al primer minuto) es seis veces mayor en los nacidos con bajo peso (13%) que en los de peso mayor o igual a 2500 gramos (2%).

Por otra parte, entre un 10% y un 30% de los bajo peso al nacer de vida, un cuadro de dificultad respiratoria (SRD) provocado por inmadurez pulmonar.

En el RCIU las causas llevan a menos peso, volumen y tamaño de la placenta y presencia de mayor número de infarto, trombosis intervellosas, corioangiomas y la ausencia de una arteria umbilical. También es más frecuente la rotura prematura de las membranas ovulares; 20% de los RCIU modifican de diversa manera el tejido placentario, pudiéndose encontrar tanto hipo como hiperplasia del trofoblasto (tanto del coito como del sinciciotrofoblasto), aumento del tejido sinsicial y edema del estroma. También se ve mayor número de membranas vasculares para la edad gestacional, vasodilatación vellositaria, mayor número de vellosidades a vasculares y procesos inflamatorios localizados "Villitis" de etiología y fisiopatogenia aún no bien conocidas.

Las alteraciones del árbol fetal vascular vellositario (endarteritis obliterante) conllevaría a una mayor dificultad en los intercambios fetomaternos, por disminución del flujo placentario fetal.

Diversas modificaciones enzimáticas vinculadas a las funciones de la placenta como órgano de los intercambios han sido señaladas en el RCIU, fundamentalmente en las madres fumadoras e hipertensas.

En la prematura 27% de las placentas son macroscópicamente patológico (mala inserción del cordón umbilical en la placenta, o de la placenta en la pared uterina, involución prematura de la placenta basal, ausencia de una arteria umbilical).

Del punto de vista macroscópico, 50% de las mismas son patológicas (hiperpropulsión del trofoblasto, hipertrofia o hiperplasia del mismo, presencia de edema vellositario). La presencia de los hechos patológicos en el parto prematuro se asocia con mayor depresión neonatal.

Varias de estas observaciones de la placenta del parto prematuro, se conoce como "madurez precoz placentario y son similares a los que se encontrarían en placentas de mayor edad gestacional".

Estos cambios se anticipan a los cambios crono-biológicos y puede indicar que en algunas amenazas de partos prematuros, la placenta ha logrado "a esa edad su grado de madurez del término".

Las muertes perinatales ocurren más frecuentemente entre los partos prematuros cuando a la presencia de cambios anticipados crono-biológicos de 16 semanas hechos patológicos (como ejemplo: hemorragia intervellosa, edema vellositario, vellosidades avasculares).

### **FACTORES MATERNOS QUE CONTRIBUYEN AL CRECIMIENTO FETAL ANORMAL**

Medio físico, ciertas madres normales en otros aspectos suelen presentar tendencia a tener partos repetidos de neonatos Pequeños para la Edad Gestacional (PEG). Muchas de estas mujeres a su vez fueron PEG, sufriendo la posibilidad de transmisión horizontal genética de un regulador físico del crecimiento fetal. Una proporción de estas mujeres también son pequeños durante su vida y se identifican por el bajo peso y estatura antes del embarazo. Estas mujeres pueden ejercer alguna restricción sobre el crecimiento fetal, mediante algún regulador desconocido posiblemente relacionado con su propia estatura o capacidad uterina. Un efecto restrictivo puede ser ejercido durante las gestaciones múltiples, ya que el crecimiento fetal disminuye cuando aumenta el número de fetos. En las gestaciones múltiples la restricción uterina se producirá cuando el peso combinado se aproxima a los 3 kg.

Los abortos así como un bajo peso al nacer, están profundamente influidos por la clase social materna, por su edad y en particular, por su estatura. Estos factores están interrelacionados y se presentan como aditivos cuando se lleva a cabo un análisis estadístico. Podemos encontrarnos con una paciente (madre), adolescente, soltera o quizás una mujer algo mayor, multípara (más de cinco embarazos previos), casada con un trabajador sin cultura alguna y que por diversas razones a menudo está sin trabajo. Las mujeres que se hallan en estas y parecidas situaciones son las que con más posibilidad que nadie, tienen niños con bajo peso al nacer que no pueden sobrevivir a la experiencia perinatal o lo hacen con alguna irregularidad. La asociación de talla corta y pronóstico fetal desfavorable, es sin duda de tipo indirecto. A excepción de la talla corta, en cualquier clase social determinada genéticamente, la asociación observada repetidamente entre la talla y la clase social, sugiere que la talla corta es en parte, el resultado de una mal nutrición adquirida durante el período de crecimiento de la infancia. Se desprende de aquí que una pequeña estatura traduce simplemente las numerosas circunstancias desfavorables que caracterizan la pobreza.

### Toxemia

La toxemia del embarazo (preeclampsia - eclampsia) es una afección materna que cita frecuentemente como causa de retraso del crecimiento intrauterino. No se conoce la causa de la Toxemia en el mecanismo por el

cual se afecta al feto. Sin embargo, se admite que la Toxemia es una afección vascular degenerativa, en la cual una disminución del flujo sanguíneo uterino y placentario, lesiona la función de este último órgano. Algunas pruebas sugieren que la mala nutrición materna predispone a la Toxemia. Entre los hijos de madres toxémicas existe una mortalidad aumentada.

La alteración principal en la mayoría de los niños que han muerto, es la de un crecimiento escaso en relación con la época de la gestación, por otra parte, no se han encontrado tipos característicos de alteraciones morfológicas. Un retraso del crecimiento es probablemente función de la mala nutrición fetal, en la cual las alteraciones celulares se caracterizan por una disminución de la masa citoplasmática en la mayoría de los órganos, sobre todo el hígado y en las suprarrenales. El aspecto macroscópico y microscópico de los tejidos de estos niños recuerdan mucho al de los que han muerto durante el primer año de vida por una mal nutrición adquirida en este período.

### **Hipertensión y Nefropatía Crónica**

Influyen sobre el crecimiento fetal en forma similar a como lo hace la Toxemia.

## Diabetes

(Avanzada), la mayoría de las madres diabéticas dan a luz niños de mayor tamaño al que corresponde a su edad gestacional, que pueden sin embargo, haber nacido prematuramente. No obstante, la Diabetes avanzada en la madre implica la existencia de una alteración vascular generalizada que impide que el flujo sanguíneo a través de la placenta se realice con normalidad.

## Malnutrición Materna

El peso pre-embarazo y la ganancia de peso durante el mismo son 2 variables independientes importantes que afectan el crecimiento fetal. El aumento de peso durante el embarazo en pacientes no obesas se correlaciona significativamente con el peso de nacimiento. Es raro que las mujeres obesas den a luz niños PEG, lo que podría estar relacionado con los grandes depósitos nutricionales maternos los aspectos del estado nutricional materno durante el crecimiento fetal son mínimos durante el primer trimestre de gestación. A medida que aumenta el crecimiento fetal, los requerimientos aumentan y pueden ser insuficientes cuando la dieta materna es inadecuada.

### Consumo de Tabaco

En varios estudios se comprobó una reducción media del peso al nacer comprendida entre 115 y 500 gr. en neonatos de mujeres que fumaban durante el embarazo. En otro estudio se demostró una asociación entre el tabaquismo materno y la mayor incidencia de abortos y mortinatos. Los efectos adversos del consumo de cigarrillos sobre el peso al nacer y la mortalidad perinatal no depende de la edad, paridad, ni factores socioeconómicos de la madre. Las madres que fuman 5 cigarrillos diarios o más, corren un riesgo mucho mayor a partir del cuarto mes del embarazo. Hace poco se comprobó que los hijos de madres fumadoras siguen exhibiendo cierto retardo del crecimiento hasta la edad de 11 años.

### Marihuana

Ejerce al crecimiento fetal una influencia similar a la del tabaco.

### Alcohol

La ingesta irónica de éste, produce el llamado síndrome de alcohol fetal y consiste en retraso del crecimiento, microcefalia, apertura palpebral disminuido, labio superior estrecho, barbilla pequeña y un aplanamiento medial de la cara, y también anomalías cardíaca en un 70%. Presentan coeficientes mentales promedio entre 60 y 70, éste se produce en madres que ingieren 2 a 3 onz. diarias.



## DISEÑO METODOLÓGICO

El presente estudio se llevó a cabo en el Hospital Nuevo Amanecer "Nancy Bach", el que presta servicios de atención médica en las 4 áreas básicas como: Medicina, Cirugía, Gineco-Obstetricia y Pediatría.

Este estudio es de tipo retrospectivo y de corte transversal. El período de ejecución es de Febrero - Marzo de 1999.

El **universo** lo constituyeron todas las mujeres que asistieron a atender sus partos en el Hospital Nuevo Amanecer de Bilwi, Región Autónoma Atlántico Norte.

**Muestra:** Todas las mujeres que ingresaron al Quirófano, Labor y Parto y que tuvieron hijos con bajo peso al nacer.

**Instrumentos de recolección de la información:** Se recolectó de fuente directa o primaria, a través de una encuesta con aplicación y llenado de formularios y de forma secundaria a través de los expedientes maternos y de los recién nacidos en el servicio de Neonatología.

**Variables**

1. Etnia
2. Edad
3. Escolaridad
4. Procedencia
5. Estado civil
6. Ocupación
7. Patología materna
8. Edad gestacional
9. Paridad
10. Control prenatal
11. Hábitos maternos.

**Operacionalización de las Variables**

Existen dos grandes variables que son el bajo peso al nacer y los factores de riesgo. Operacionalizándose estos últimos individualmente, pero relacionándolos (por etnias) directo como motivo principal del estudio.

**Variables**

Etnia

**Escala**

Miskita

Mestiza

Creole

Edad	< 18 años 18 - 24 años 25 - 34 años μ 35 años
Escolaridad	Ninguna Primaria Secundaria Universitaria
Procedencia	Urbano Rural
Estado Civil	Casada Soltera
Ocupación	Doméstica Comerciante Estudiante Técnico/Profesional
Patología asociado al embarazo	IVU Hipertensión arterial crónica Diabetes

Sd hipertensión gestacional

Tuberculosis pulmonar

Edad gestacional

28 - 31

32 - 36

37 - 40

41 - 42

Paridad

Primigesta

Bigesta

Trigesta

Multigesta

Control prenatal

1 - 3

4 - 6

> 6

Ninguno

Valor

Hábitos de la madre

Fuma: Si No

Café: Si No

Licor: Si No

## RESULTADOS

TABLA No. 1

Principales Factores de Riesgo Asociados al BPN  
Según Edad y Etnia Materna  
Hospital Nuevo Amanecer, Febrero - Marzo 1999

Grupo Etáreo	ETNIA						Total	
	Mestiza		Miskita		Creole			
	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%
Menor a 18	1	33.3	3	20			4	20
18-24	2	66.6	7	46.6	1	50	10	50
25-34			2	13.3	1	50	3	15
Mayor a 34			3	20			3	15
<b>TOTAL</b>	<b>3</b>	<b>100</b>	<b>15</b>	<b>100</b>	<b>2</b>	<b>100</b>	<b>20</b>	<b>100%</b>

Fuente: Encuesta

En el presente cuadro se puede evidenciar el predominio del grupo etáreo de 18-24 años en todas las etnias (50 %), es de considerar que en la etnia Mestiza los 2 casos existentes en este grupo representan el 66.6%; en el Creole (1) representa el 50%, en cambio en la etnia Miskita 7 casos representan el 46.6%. Es de recalcar que el porcentaje de Mestizas y Creoles presenta amplias modificaciones por el número total de casos arrojados en el estudio, siguiéndole el grupo menor de 18 años con un 33.3% (1) en Mestizas y 20% (3) en Miskitas.

**TABLA No. 2**

**Principales Factores de Riesgo Asociados al BPN  
Según Escolaridad y Etnia de la Madre  
Hospital Nuevo Amanecer, Febrero - Marzo 1999**

Escolaridad	ETNIA						Total	
	Mestiza		Miskita		Creole			
	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%
Analfabeta	1	33.3	2	13.33			3	15
Primaria	2	66.6	8	53.3	2	100	10	50
Secundaria			3	20	2	100	5	25
Universitaria			2	13.3			2	10
<b>TOTAL</b>	<b>3</b>	<b>100</b>	<b>15</b>	<b>100</b>	<b>2</b>	<b>100</b>	<b>20</b>	<b>100%</b>

Fuente: Encuesta

Se puede constatar el predominio de escolaridad en primer lugar con un 50 % sobre saliendo un porcentaje de 66.6 % que equivale a dos casos en etnia mestiza, siguiéndole en esta escolaridad el 53.3 % (8) madres miskitas, en la escolaridad secundaria con 2 % miskita (3) y el 100 % creoles con (2) casos.

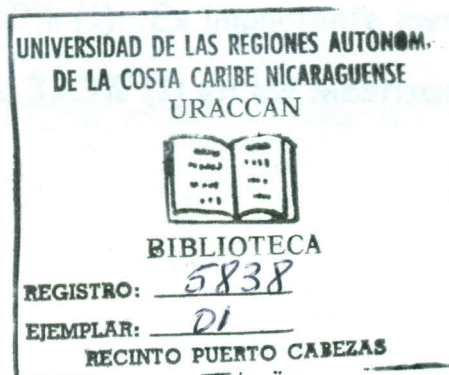
**TABLA No. 3**

**Principales Factores de Riesgo Asociados al BPN  
Según Procedencia y Etnia de la Madre  
Hospital Nuevo Amanecer, Febrero - Marzo 1999**

Procedencia	ETNIA						Total	
	Mestiza		Miskita		Creole			
	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%
Urbano	1	33.3	6	40	2	100	9	45
Rural	2	66.6	9	60			11	55
<b>TOTAL</b>	3	100	15	100	2	100	20	100%

Fuente: Encuesta

Indica la procedencia y etnia de las madres, se aprecia el predominio de procedencia rural de forma global con un 55 %, refleja en la etnia Creole un 100%, seguido de la etnia Miskita con 40% y la Mestiza con 33.3% correspondiente a urbano, y lo que corresponde a la procedencia rural, la etnia Mestiza con 66.6% (2) y la etnia Miskita con 60%.



**TABLA No. 4**

**Principales Factores de Riesgo Asociados al BPN  
Según Estado Civil y Etnia de la Madre  
Hospital Nuevo Amanecer, Febrero - Marzo 1999**

Estado Civil	E T N I A						Total	
	Mestiza		Miskita		Creole			
	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%
Casada	1	33.3	3	20			4	20
Soltera			4	26.6	1	50	5	25
Unión Libre	2	66.6	8	53.3	1	50	11	55
<b>TOTAL</b>	<b>3</b>	<b>100</b>	<b>15</b>	<b>100</b>	<b>2</b>	<b>100</b>	<b>20</b>	<b>100%</b>

Fuente: Encuesta

**Cuadro No. 4**

Podemos observar el predominio del estado civil unión libre en todas las etnias (55%), en orden de porcentos suficientes, Mestizas 66.6% (2), Miskitas 53.3% (8) y Creole con 50% (1). Es importante mencionar que las casadas alcanzaron únicamente 33.3% (1) en las Mestizas y 20% en las Miskitas (3).



**TABLA No. 5**

**Principales Factores de Riesgo Asociados al BPN  
Según Ocupación y Etnia de la Madre  
Hospital Nuevo Amanecer, Febrero - Marzo 1999**

Ocupación	ETNIA						Total	
	Mestiza		Miskita		Creole			
	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%
Doméstica			1	20			1	5
Ama de Casa	2	66.6	8	53.3	1	50	11	55
Estudiante	1	33.3	4	26.6		50	5	25
Profesional			2	13.3	1		3	15
<b>TOTAL</b>	<b>3</b>	<b>100</b>	<b>15</b>	<b>100</b>	<b>2</b>	<b>100</b>	<b>20</b>	<b>100%</b>

Fuente: Encuesta

El presente cuadro nos muestra que la ocupación mayoritaria de las madres es de ama de casa con 55%, desglosado de la siguiente manera: (2) Mestizas con 66.6%, un 53.3% (8) en Miskitas y 50% (1) Creole. Siguiéndole la ocupación estudiante con 33.3% (1) en las Mestizas y 26.6% (4) en las Miskitas. En la ocupación profesional, únicamente la etnia Miskita con 13.3% y el Creole 50% (1) presentaron este tipo de ocupación.

**TABLA No. 6**

**Principales Factores de Riesgo Asociados al BPN  
Según Patología y Etnia de la Madre  
Hospital Nuevo Amanecer, Febrero - Marzo 1999**

Patología Materna	E T N I A						Total	
	Mestiza		Miskita		Creole			
	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%
S. Patología			2	13.3	1	50	3	15
I.V.U.	2	66.6	6	40	1	50	9	45
H.T.A.			3	20			3	15
Malaria			1	6.6			1	5
Hipertensión Gestacional	1	33.3	3	20			4	20
<b>TOTAL</b>	<b>3</b>	<b>100</b>	<b>15</b>	<b>100</b>	<b>2</b>	<b>100</b>	<b>20</b>	<b>100%</b>

Fuente: Encuesta

Sobresale en este cuadro como patología materna más frecuente asociado al bajo peso de todas las etnias la infección de vías urinarias (45%); con un 66.6% (2) en la etnia Mestiza, un 40% (6) en Miskitas y un 50% (1) en la etnia Creole; siguiéndole la hipertensión del embarazo con 33.3% (1) en las Mestizas, 20% (3) en las Miskitas, luego 13.3% (2) en la etnia Miskita únicamente.

**TABLA No. 7**

**Principales Factores de Riesgo Asociados al BPN  
Según Edad Gestacional y Etnia Materna  
Hospital Nuevo Amanecer, Febrero - Marzo 1999**

Edad Gestacional	E T N I A						Total	
	Mestiza		Miskita		Creole			
	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%
28 - 31 S	1	33.3	2	13.3			3	15
32 - 36 S			4	26.6			4	20
37 - 40 S	2	66.6	9	60	2	100	13	65
41 - 42 S								
<b>TOTAL</b>	<b>3</b>	<b>100</b>	<b>15</b>	<b>100</b>	<b>2</b>	<b>100</b>	<b>20</b>	<b>100%</b>

Fuente: Encuesta

En este cuadro se evidencia de forma global que existe un predominio en la edad gestacional en el grupo de 37-40 semanas, para un 65% distribuyéndose en 66.6% (2) en la etnia Mestiza, un 60% (9) en la etnia Miskita y 100% en la etnia Creole, siguiéndole únicamente 4 madres Miskitas con un 26.6% en el grupo de 32.36 s, únicamente un 13.3% (2) de la etnia Miskita, un 33.3% (1) de la etnia Mestiza resultaron en el grupo de 21.31 semanas.

**TABLA No. 8**

**Principales Factores de Riesgo Asociados al BPN  
Según Paridad y Etnia de la Madre  
Hospital Nuevo Amanecer, Febrero - Marzo 1999**

Paridad	ETNIA						Total	
	Mestiza		Miskita		Creole			
	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%
Primigesta	2	66.6	4	26.6	1	50	7	35
Bigesta	1	33.3	5	33.3	1	50	7	35
Trigesta			3	20			3	15
Multigesta			3	20			3	15
<b>TOTAL</b>	<b>3</b>	<b>100</b>	<b>15</b>	<b>100</b>	<b>2</b>	<b>100</b>	<b>20</b>	<b>100%</b>

Fuente: Encuesta

Se puede apreciar en este cuadro que la mayoría de las madres de todas las etnias presentaron una paridad de primigesta y bigesta que equivale a 35% en orden porcentual, presentando el 66.6% (2) Mestizas de primigestas y el 26.6% (4) las Miskitas; en la paridad bigesta las dos etnias aportan 33.3% con 1 y 5 casos respectivamente. Al igual en la etnia Creole los 2 casos existentes estuvieron distribuidos en estos dos tipos de paridad, pero es de considerar que únicamente en la etnia miskita existió paridad de trigesta y multigesta con 20% (3) en ambos grupos.

**TABLA No. 9**

**Principales Factores de Riesgo Asociados al BPN  
Según Control Prenatal y Etnia de la Madre  
Hospital Nuevo Amanecer, Febrero - Marzo 1999**

Control Prenatal	E T N I A						Total	
	Mestiza		Miskita		Creole			
	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%
Ninguna			3	20			3	15
1 - 3	2	66.6	6	40	2	100	10	50
4 - 6	1	33.3	4	25.6			5	25
6 - 7			2	13.3			2	10
<b>TOTAL</b>	<b>3</b>	<b>100</b>	<b>15</b>	<b>100</b>	<b>2</b>	<b>100</b>	<b>20</b>	<b>100%</b>

Fuente: Encuesta

En este cuadro cuantitativo se evidencia el comportamiento de los controles prenatales, en donde la mayoría de la totalidad de las etnias obtuvieron al menos 1 control y máximo de 3 para un 50%; con un 66.6% (2) de la etnia mestiza, siguiéndole la etnia Miskita y el 100% (2) de los Creoles; es importante mencionar que le sigue en importancia de 4-6 controles con el 33.3% (1) en Mestizas, y un 25.6% (4) en Miskitas. Unicamente la etnia Miskita presentó un 20% (3) sin ningún control prenatal, es de recalcar que el control prenatal por norma establece cumplir de 4-5 controles para que sea óptimo.

**TABLA No. 10**

**Principales Factores de Riesgo Asociados al BPN  
Según Hábitos y Etnia de la Madre  
Hospital Nuevo Amanecer, Febrero - Marzo 1999**

Hábitos Maternos	ETNIA						Total	
	Mestiza		Miskita		Creole			
	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%
Licor								
Fuma	2	66.6	12	80	2	100	16	80
Café	1	33.3	3	20			4	20
<b>TOTAL</b>	<b>3</b>	<b>100</b>	<b>15</b>	<b>100</b>	<b>2</b>	<b>100</b>	<b>20</b>	<b>100%</b>

Fuente: Encuesta

Se presenta en el presente cuadro que el hábito de fumar con un 80 % durante el embarazo, el de mayor importancia de forma general se distribuye en un 80% (12) madres de la etnia Miskita, las Mestizas con 66.6% (2) y las Creoles con un 100% (2), siguiéndole en la importancia el hábito de tomar café con 33.3% (1) madre Mestiza, y 20% (3) de la etnia Miskita.

## ANÁLISIS Y DISCUSIÓN DE RESULTADOS

Entre los factores de riesgo asociados al BPN en relación a los elementos sociodemográficos, específicamente en lo que respecta a las edades, en este estudio existió un predominio en las edades de 18-24 años de forma general, siguiéndole el grupo menor de 18 años; según la literatura el BPN es más frecuente en las edades extremas menor de 18 y mayor de 35 años, por lo cual se puede considerar que en nuestra zona están incidiendo otros factores específicos que están haciendo prevalecer este grupo teóricamente desde un rango menor.

Se comprobó que existe un predominio de madres con nivel de escolaridad de primaria, pero además es importante mencionar que probablemente la mayoría fueron inconclusa, tomando en cuenta el nivel de desarrollo del Ministerio de Salud o Sistema Educativo formadora del área rural. Fue la mayoría de las madres con niños de bajo peso al nacer; tomando en cuenta el predominio laboral ama de casa, que fue predominante factor de dificultad para tal efecto. Se puede considerar que la etnia Miskita es la más afectada ya que además presentó un 13.3% (2) de analfabetismo, siguiéndole la etnia Mestiza con 33.3% (1), lo cual representa un hallazgo preocupante ya que el analfabetismo y la baja escolaridad le impide a tener información escrita y es un impedimento para la búsqueda de opciones para mejorar el nivel educacional y preparación. (Ver Cuadro No. 2).

El estado civil de las madres significó un dato importante, ya que existe un predominio de la unión libre de forma general, en la etnia Mestiza con 66.6% (2) y la Miskita con 53.3% (8). Además de este dato se corroboró que fue importante el estado civil de soltera, siempre predominando la etnia Miskita, únicamente 4 casos para 26.6%, aunque los Creoles alcanzaron un 50% (1) lo que representa un factor de riesgo considerable que ante la inseguridad lo que produce es agravar su situación, añadida a los otros factores, poniendo en riesgo la evaluación o curso normal del embarazo. (Ver Tabla No. 3).

Si a esto le sumamos la ocupación de las madres, que fundamentalmente son ama de casa, 66.6% (2) Mestizas, 53.3% (8) Miskitas, le sumamos el estado de gravidez, un factor de riesgo particular alrededor de actividades intra y extradomiciliar, tomando en cuenta el área rural como procedencia predominante en el estudio.

Muchas veces el trabajo doméstico de este tipo requiere de mucho esfuerzo físico, pero si es llamativo que le prosigue como segunda ocupación, el ser estudiante con un 33.3% (1) Mestizas, 26.6% (4) Miskitas; esto lo podemos relacionar probablemente a los grupos etáreos afectados menor de 18 años, el porcentaje alcanzado en la prevalencia como urbano de un 100%, rural de 40% (6) Miskitas y 33.3% (1) Mestizas, teóricamente tomando en cuenta los servicios de salud en nuestro país y región.



Las áreas rurales están desprotegidas y es un factor de riesgo importante para la atención sostenida, existen barreras en el acceso a los servicios de salud, lo que muchas veces le impide buscar atención en el momento oportuno. (Ver Cuadro 5). El predominio de las infecciones en las vías urinarias encontradas en las madres en estudio concuerda con la teoría, en relación a este predominio en el embarazo afectando simultáneamente de forma general a las tres etnias, 66.6% (2) Mestizas, 40% (6) Miskitas, 50% (1) Creole.

Llama la atención que el síndrome de hipertensión gestacional fue la segunda causa más frecuente encontrada, teniendo estas dos patologías una relación directa con un manejo previo al parto, o sea establecen control de esta patología mediante un control prenatal eficaz, llamando la atención que en forma general se encontraron controles prenatales que abarcan incluso cantidades mayor de cuatro controles, 33.3% (1) en las Mestizas y 38.9% en la etnia Miskita. Aunque predominó de 1-3 controles con 66.6% (2) Mestizas, 40% (6) Miskitas, 100% Creoles, lo que podría reflejar la existencia de un número considerable de estas patologías en el control prenatal o una mala calidad del control prenatal que podría indagarse en otro estudio. (Ver Cuadro No. 7).

A pesar de esta problemática, se evidencia que la mayoría de los nacimientos estuvieron comprendidos en una edad gestacional de 37-40 semanas, o sea a término, 100% (2) Creoles, 66.6% (2) Mestizas, 60% (9)

Miskitas, tomando en cuenta que las semanas son muy importantes para la sobrevivencia del producto, prácticamente a pesar de su estado a término presentaron bajo peso, por lo que podrían tener asociación con el resto de factores de riesgos y no necesariamente con patología específica que agudizaron el riesgo específico para hacer predominar; por ejemplo, el tabaquismo, la desnutrición, patologías crónicas entre otras. (Ver Tabla No. 10).

Según la literatura el BPN se presenta predominantemente en las primigestas y multigestas, sin embargo en este estudio, además del grupo predominante de primigestas y multigestas, 66.6% (2) Mestizas, 26.6% (4) Miskitas, 50% (1) Creole, la paridad bigesta también fue importante, 50% (1) Creole, 33.3% (5) Miskitas y 33.3% (1) Mestiza. Pero hay que considerar que únicamente la etnia Miskita presentó madres en trigestas y multigestas, con un 20% (3) cada uno respectivamente.

Es importante considerar que así como hay otros grupos etáneos afectados que, teóricamente tienen menos riesgos (18-24 años), en este caso las bigestas también representan un factor de riesgo importante en la zona.

Como habíamos mencionado, las actividades de salud occidental o del Ministerio de Salud tienen mayor oportunidad en el área urbano, podría considerar por lo tanto que, aunque los controles prenatales

predominaron entre 1-3 y de 4-6, la menor cantidad de éstos, o sea rangos inferiores, fueron del área rural, saliendo a relucir al mismo tiempo la necesidad de indagar sobre la calidad, ya que se encontró que únicamente 20% (3) de la etnia Miskita no tuvieron control prenatal; la calidad del mismo representa una garantía de una adecuada evolución del embarazo; educando a las madres por lo tanto significa la reducción de otros factores de riesgos.

En relación a los hábitos maternos por etnia, es de considerar que los porcentajes en los hábitos de fumado fue considerablemente elevado, representando un factor de riesgo a tomar en cuenta para incidir educacionalmente en este tipo de afectación.

## CONCLUSIONES

1. Los grupos de edades extremos menor de 18 y mayor de 34 años no prevalecieron como factores de riesgos principales en asociación con el bajo peso al nacer.
2. Existió un predominio general de riesgos en las madres con niños de bajo peso al nacer en escolaridad primaria, procedencia rural, estado civil de unión libre y ocupación ama de casa.
3. La etnia Miskita fue el único grupo de estudio que presentó casos de madres con niños de bajo peso al nacer en ambos grupos de edades extremas, menor de 18 y mayor de 34 años, ambos como factores de riesgo teórico.
4. Las etnias Mestiza y Miskita fueron los dos grupos de estudio de madres con niños de bajo peso al nacer, presentando mayor porcentaje en la escolaridad analfabeta y primaria como factores de riesgo teórico.
5. Las etnias Miskita y Creole fueron los dos grupos de estudio que presentaron casos de madres con bajo peso al nacer con porcentajes importantes en el estado civil soltera como principal factor de riesgo para las madres con niños de bajo peso al nacer.

6. La etnia Miskita fue el grupo de estudio que presentó madres con porcentaje importante de ocupación doméstica y ama de casa, como factor de riesgo para niños con bajo peso al nacer.
7. Las etnias Miskita y Mestiza representaron los grupos de estudio con mayor predominio porcentual con predominio rural, como factor de riesgo importante teórico para niños con bajo peso al nacer.
8. La patología como factor de riesgo encontradas en asociación con el bajo peso al nacer de forma general, fueron las infecciones de vías urinarias y el síndrome de hipertensión gestacional, siendo las etnias más afectadas en relación a las patologías como factor de riesgo al bajo peso al nacer, la Mestiza y Miskita, factor de riesgo teóricamente detectable y modificable mediante control prenatal.
9. La influencia de los múltiples factores de riesgos fue significativa a pesar de la edad gestacional adecuada.
10. Los controles de las madres que tuvieron niños con bajo peso al nacer, predominaron tres o menos, cantidad relativamente inadecuado.

11. Los controles prenatales son de calidad insuficiente a determinar, tomando en cuenta la presencia de patologías modificables que estuvieron en relación al bajo peso al nacer.

12. La etnia miskita fue el único grupo racial que presentó madres con niños de bajo peso al nacer sin controles prenatales.

13. De forma general, el hábito de fumar durante el embarazo fue un factor de riesgo importante asociado al bajo peso al nacer.

## RECOMENDACIONES

1. *Quiero* Priorizar la divulgación de la situación real del problema del bajo peso al nacer de forma escalonada, el personal de salud, instituciones estatales, estructuras organizadas relacionadas a salud, Consejo Regional de Salud, Gobierno Autónomo, Secretaría de Salud del Gobierno, población, etc.
2. *Quiero* Implementar un plan de coordinación intersectorial que incluya al Ministerio de Educación, organizaciones civiles, comunitarios, organizaciones de mujeres, ONG's, etc., encaminados a promover la reducción de los factores de riesgos relacionados al bajo peso al nacer.
3. Ejecución de plan coordinado entre MINSA y actores sociales sobre educación, que incluya salud reproductiva y preventiva del bajo peso al nacer, priorizando el área rural.
4. Realizar supervisiones al Programa de Control Prenatal, manteniendo el control de calidad de parte del SILAIS y Unidades de Salud.
5. Realizar estudios de satisfacción del usuario de los servicios de control prenatal.

6. Realizar curso de capacitación, actualización de personal, adecuación del recurso humano en el programa, implementar educación permanente en las Unidades y Area de Salud.

7. Priorizar la realización, asignación y cumplimiento adecuado de la programación de los insumos médicos para el Programa de Control Prenatal.

8. Lograr que el 100% de las mujeres embarazadas tengan un control óptimo en el primer nivel de atención y clasificación a todas las gestantes con alto riesgo obstétrico; referir al segundo nivel de atención para su debido seguimiento.

9. Desarrollar campaña por los diferentes medios de comunicación y en los centros educativos sobre cómo evitar y detectar oportunamente un embarazo de alto riesgo.

*difícil*

*Para Hospital ?*

*3017*  
*3045*



## BIBLIOGRAFÍA

1. BEHERMAN R.E. VAUGHAN V. NELSON. Tratado de Pediatría 13<sup>a</sup> Edición. Editorial Interamericana. México D.F. 1985. Pág. 395-405.
2. BELIZAN J. Y VILLAR J. Publicación Científica. Crecimiento y Desarrollo. OPS.
3. BEHERMAN, FANAROFF, MARTIN. Enfermedades del Feto y del Recién Nacido. Perinatología y Neonatología. Editorial Médica Panamericana, 1985. Pág. 251-255.
4. BOTERO V.J., JUBIZ H. ALFONSO. Obstetricia y Ginecología. Editorial Carvajal S.A. Colombia. Pág. 447-448.
5. BOTELLA LLUSIA, J. M.D. Y CLAVERO NÚÑEZ, J. M.D. Patología Obstetricia. Tomo II, 12<sup>a</sup> Edición. Editorial Científico Médico. Barcelona España. Pág. 295-302. 1981.
6. JACK A. PRICHARD WILLIAMS. Obstetricia 3<sup>a</sup> Edición. Editorial Salvat. Barcelona España, 1987. Pág. 735-739.
7. MAFALDA R. Prematuridad y Bajo Peso de Nacimiento. Pediatría. Menegheullo 4<sup>a</sup> Ed. Santiago de Chile, Editorial Mediterráneo, 1991.

8. MARTÍNEZ GUILLÉN F. Normas Nacionales de Neonatología. 1990.
9. MARTÍNEZ GUILLÉN F. Morbimortalidad Perinatal Neonatal y su Tendencia. Estudio comparativo 1982-1989. H.F.V.P. Managua.
10. MARTIN L. PERNOLL, M.D., RALPH C. BENSON M.D. Y COLS. Editorial El Manual Moderno, 1989. 5ª Edición. Pág. 319-326.
11. SCHAFFER. Enfermedades del Recién Nacido. 5ª Edición. Editorial Interamericana S.A. México DF. 1988. Pág. 13-14.
12. SCHWARCZ R. CARLOS A., DÍAZ G. DESCINA R. Obstetricia. El Ateneo. 1987. Pág. 192-203.
13. SCHWARCZ R. DÍAZ Y COLS. Atención Prenatal y del Parto de Bajo Riesgo. CLAP - OPS - OMS. Publicación No. 1205. 1990.
14. SCHWARCZ R. Importancia del Bajo Peso al Nacer en la Salud Materno Infantil. IX Congreso Uruguayo de Ginecología. CLAP-OPS - OMS. Publicación Científica No. 1112. Montevideo. 1986.
15. UNICEF. Estado Mundial de la Infancia. 1987.

TABLA 16.1

Estudio de Factores de Pliego Agrario y  
Logia Sano y Etico de 1941  
Cuerpo Nuevo Amador, Feb. a 1.º de marzo de 1941

SEXO Y Edad	ETICA		No	%
	Mujeres	Hombres		
3	100	15	100	100
2	100	15	100	100

# ANEXOS

**TABLA No. 11**

**Principales Factores de Riesgo Asociados al BPN  
Según Sexo y Etnia del RN  
Hospital Nuevo Amanecer, Febrero - Marzo 1999**

SEXO DEL RN	E T N I A					
	Mestiza		Miskita		Creole	
	No.	%	No.	%	No.	%
Masculino	1	33.3	6	40		
Femenino	2	66.6	9	60	2	100
<b>TOTAL</b>	<b>3</b>	<b>100</b>	<b>15</b>	<b>100</b>	<b>2</b>	<b>100</b>

Fuente: Encuesta

**TABLA No. 12**

**Principales Factores de Riesgo Asociados al BPN  
Según Peso al Nacer y Etnia del RN  
Hospital Nuevo Amanecer, Febrero - Marzo 1999**

PESO DEL RN	E T N I A					
	Mestiza		Miskita		Creole	
	No.	%	No.	%	No.	%
1000 - 1249	1	33.3	2	13.3		
1250 - 1499						
1500 - 1749						
1750 - 1999						
2000 - 2249	2	66.6	3	20	1	50
2250 - 2299			9	60	1	50
<b>TOTAL</b>	<b>3</b>	<b>100</b>	<b>15</b>	<b>100</b>	<b>2</b>	<b>100</b>

Fuente: Encuesta

**TABLA No. 13**

**Principales Factores de Riesgo Asociados al BPN  
Según APGAR al 5to. Minuto y Etnia del RN  
Hospital Nuevo Amanecer, Febrero - Marzo 1999**

APGAR AL 5TO. MINUTO	ETNIA					
	Mestiza		Miskita		Creole	
	No.	%	No.	%	No.	%
0 - 3			2	13.3		
4 - 5						
7 - 10	3	100	13	86.6	2	100
<b>TOTAL</b>	<b>3</b>	<b>100</b>	<b>15</b>	<b>100</b>	<b>2</b>	<b>100</b>

Fuente: Encuesta

**TABLA No. 14**

**Principales Factores de Riesgo Asociados al BPN  
al Nacer y Causa de Muerte por Etnia  
Hospital Nuevo Amanecer, Febrero - Marzo 1999**

CAUSA DE MUERTE	ETNIA					
	Mestiza		Miskita		Creole	
	No.	%	No.	%	No.	%
Shock Séptico						
Sd de Destrés Respiratorio			2	100		
Insuficiencia cardíaca						
<b>TOTAL</b>			<b>2</b>	<b>100</b>		

Fuente: Encuesta

**TABLA No. 15**

**Principales Factores de Riesgo Asociados al BPN  
Según Etnia y Peso del RN  
Hospital Nuevo Amanecer, Febrero - Marzo 1999**

ETNIA	PESO DEL RECIÉN NACIDO							
	BP	%	NP	%	SP	%	TOTAL	%
Mestiza	3	15	14	70	3	15	20	100
Miskita	15	13.5	89	80.1	7	4.5	111	100
Creole	2	22.2	5	55.5	2	22.2	9	100
<b>TOTAL</b>	<b>20</b>	<b>14.2</b>	<b>108</b>	<b>77.1</b>	<b>12</b>	<b>8.5</b>	<b>140</b>	<b>100</b>

Fuente: Encuesta

BP = Bajo Peso

PN = Normo Peso

SP = Sobre Peso



## FORMULARIO DE RECOLECCIÓN DE DATOS

DATOS DE LA MADRE: TALLA: \_\_\_\_\_

ETNIA: \_\_\_\_\_

NOMBRE Y APELLIDO: \_\_\_\_\_

No. EXPEDIENTE: \_\_\_\_\_ EDAD: \_\_\_\_\_

ESCOLARIDAD: \_\_\_\_\_ ESTADO CIVIL: \_\_\_\_\_

OCUPACIÓN: \_\_\_\_\_ PROCEDENCIA: \_\_\_\_\_

PESO: \_\_\_\_\_

### ANTECEDENTES OBSTÉTRICOS

GESTAS: \_\_\_\_\_

CPN: \_\_\_\_\_ SEMANAS DE GESTACIÓN: \_\_\_\_\_

### HÁBITOS DE LA MADRE

FUMA: \_\_\_\_\_ CAFÉ: \_\_\_\_\_ ALCOHOL: \_\_\_\_\_

OTROS: \_\_\_\_\_

### PATOLOGÍAS ASOCIADOS AL EMBARAZO

IVU: \_\_\_\_\_ HTA: \_\_\_\_\_ DIABETES: \_\_\_\_\_ TORCH: \_\_\_\_\_

SHG: \_\_\_\_\_ MALARIA: \_\_\_\_\_ TBP: \_\_\_\_\_ ANEMIA: \_\_\_\_\_

OTRAS: \_\_\_\_\_

SHG: Shigelosis

TBP: TB Pulmonar

TORCH: Toxoplasmosis Rubeola Citomegalovirus Herpes Virus

IVU: Infección de Vías Urinarias

HTA: Hipertensión Arterial.

