

UNIVERSIDAD TÉCNICA PARTICULAR DE LOJA
La Universidad Católica de Loja

Dirección de postgrados
Portada proyecto de tesis



UNIVERSIDAD TÉCNICA PARTICULAR DE LOJA

La Universidad Católica de de Loja

ESCUELA DE POSGRADOS DE MEDICINA.

**DIPLOMADO SUPERIOR EN GERENCIA Y CALIDAD EN
SERVICIOS DE SALUD**

**TEMA: FACTORES DE RIESGOS MATERNOS ASOCIADOS A
BAJO PESO EN LOS RECIEN NACIDOS A TÉRMINO DE LA
MATERNIDAD DE CRAPUNGO. MAYO DE 2010 A MAYO DE 2011**

Autoras: Liliana de los Ángeles Arce Miño.
Mónica Fernanda Jiménez Loayza
Patricia Marcela Ospina Calderón

Centro universitario: UTPL-Quito Ecuador

2011



UNIVERSIDAD TÉCNICA PARTICULAR DE LOJA

La Universidad Católica de Loja

Dirección de postgrados



UNIVERSIDAD TÉCNICA PARTICULAR DE LOJA

La Universidad Católica de de Loja

ESCUELA DE POSGRADOS DE MEDICINA.

**DIPLOMADO SUPERIOR EN GERENCIA Y CALIDAD EN
SERVICIOS DE SALUD**

**TEMA: FACTORES DE RIESGOS MATERNOS ASOCIADOS A
BAJO PESO EN LOS RECIEN NACIDOS A TÉRMINO DE LA
MATERNIDAD DE CRAPUNGO. MAYO DE 2010 A MAYO DE 2011**

Tesis de posgrado de diplomado.

Autoras: Liliana de los Ángeles Arce Miño.
Mónica Fernanda Jiménez Loayza
Patricia Marcela Ospina Calderón

Director: Rodrigo Aquiles Henríquez

Centro universitario: UTPL-Quito Ecuador

2011



Certificación del director de la tesis

UNIVERSIDAD TÉCNICA PARTICULAR DE LOJA

La Universidad Católica de Loja

Dirección de postgrados

Mgs. Rodrigo Aquiles Henríquez

DIRECTOR(A) DE LA TESIS

CERTIFICA:

Que el presente trabajo de investigación realizado por las estudiantes: Liliana de los Ángeles Arce Miño, Mónica Fernanda Jiménez Loayza Patricia Marcela Ospina Calderón., han sido orientadas y revisado durante su ejecución, ajustándose a las normas establecidas por la Universidad Técnica Particular de Loja; por lo que autorizo su presentación.

Quito, 10-13-2011

f)

DIRECTOR(A)



UNIVERSIDAD TÉCNICA PARTICULAR DE LOJA

La Universidad Católica de Loja

Dirección de postgrados

AUTORÍA

Nosotras Dra. Liliana de los Ángeles Arce Miño, Dra. Mónica Fernanda Jiménez Loayza. Obst. Patricia Marcela Ospina Calderón como autoras del presente trabajo de investigación .

Somos responsables de las ideas, conceptos, procedimientos y resultados vertidos en el mismo.

Liliana Arce Miño Fernanda Jiménez Loaiza Marcela Ospina Calderón
CI: 1711412419 CI: 1709186074 CI: 1708173990

AUTORAS DE LA TESIS

CESIÓN DE DERECHOS

Nosotras, Dra. Liliana Arce Miño, Dra. Fernanda Jiménez Loaiza, Obst. Patricia Marcela Ospina Calderón , declaramos ser autoras del presente trabajo y eximimos expresamente a la Universidad Técnica Particular de Loja y a sus representantes legales de posibles reclamos o acciones legales.

Adicionalmente declaramos conocer y aceptar la disposición del Art.67 del Estatuto Orgánico de la Universidad Técnica Particular de Loja que en su parte pertinente textualmente dice: "Forman parte del patrimonio de la Universidad la propiedad intelectual de investigaciones trabajos científicos o técnicos y tesis de grado que se realicen a través o con el apoyo financiero, académico o institucional (operativo) de la Universidad".

Quito,10-13-2011

Dra. Liliana Arce Mino

Dra. Fernanda Jiménez

Obst. Marcela Ospina



UNIVERSIDAD TÉCNICA PARTICULAR DE LOJA

La Universidad Católica de Loja

Dirección de postgrados

AGRADECIMIENTO

Nuestra eterna gratitud a quienes han apoyado esta etapa de crecimiento en nuestra formación profesional: padres, esposos, hermanos, familiares; comunidad educativa de la Universidad Técnica Particular de Loja a nuestro director de tesis; y, a nuestras amigas, amigos, compañeras y compañeros.

Dra. Lilina de los Angeles Arce Miño

Dra. Fernanda Jiménez Loayza

Obst. Marcela Ospina Calderón

DEDICATORIA

A mi hijo Kevin dedico este esfuerzo conjunto.

Y a quienes piensen que al evitar niños
de bajo peso ofrece alegría a las
familias y asegura al futuro del país
una mayor y mejor calidad de vida.

Marcela Ospina

A mi Hijo Gabriel, y a todos los niños y niñas que
Van a nacer, para que aportemos a que el naci-
miento sea el acto más sagrado del Universo

Fernanda Jiménez Loayza

A mi muñequita Samantha por permitirme cambiar
sus cuentos ...por mis libros, su tiempo por el mío,
sus amigos, por mis compañeras.....

Por permitirme cambiar las horas de juego por el
tiempo de estudios..... Gracias mi linda niña.

Liliana Arce Miño.



UNIVERSIDAD TÉCNICA PARTICULAR DE LOJA
La Universidad Católica de Loja

Dirección de postgrados
APÉNDICE 4

Portada caja del CD



UNIVERSIDAD TÉCNICA PARTICULAR DE LOJA

La Universidad Católica de de Loja

ESCUELA POSGRADOS DE MEDICINA

DIPLOMADO EN GERENCIA Y CALIDAD

EN SERVICIOS DE SALUD

**TEMA: Factores de Riesgos Maternos Asociados a Bajo Peso
en los Recién Nacidos a Termino de la Maternidad de Carapungo.
Mayo de 2010 a Mayo de2011**

Autoras : Liliana Arce Miño, Fernanda Jiménez Loayza. Marcela Ospina Calderón

Director: Aquiles Rodrigo Enríquez.

Centro universitario: UTPL, Quito -Ecuador

2011





UNIVERSIDAD TÉCNICA PARTICULAR DE LOJA

La Universidad Católica de Loja

Dirección de postgrados
PORTADA CD



UNIVERSIDAD TÉCNICA PARTICULAR DE LOJA

La Universidad Católica de de Loja

ESCUELA POSGRADOS DE MEDICINA

MAESTRÍA EN GERENCIA Y CALIDAD EN

SERVICIOS DE SALUD

**TEMA DE TESIS: Factores de Riesgos Maternos Asociados a Bajo Peso
en Los Recién Nacidos a Termino de la Maternidad de Carapungo
Mayo de 2010 a Mayo de 2011**

Tesis de diplomado previo la
obtención del título diplomado
En Gerencia Y Calidad

**Autoras: Liliana Arce Miño,
Fernanda Jiménez Loayza.
Marcela Ospina Calderón.**

Director: Rodrigo Enríquez.

Centro universitario: UTPL, Quito Ecuador

2011

INDICE DE CONTENIDOS

CAPITULO I	6
MARCCO TEORICO	6
1.1. Factores que Influencian en el Bajo Peso al Nacer	6
1.2. Causas de Bajo Peso al Nacimiento	8
1.3. Efectos del Bajo peso al Nacer	10
1.4. Identificación de Bajo Peso al Nacer	11
1.5. Tratamiento del Bajo Peso al Nacer	12
CAPITULO II	13
METODOLOGIA	13
2.1. Modalidad y tipos de Investigación	13
2.2. Población y Muestra	14
2.2.1. Procedimiento del Censo	15
2.3. Operacionalización de Variables	15
2.4. Recolección de Información	16
2.5. Procesamiento de Información	16
2.6. Hipótesis	16
2.7. Hipótesis Nula	17
2.8. Hipótesis Alternativa	17
CAPITULO III	18
RESULTADOS	18
3.1. Tabulación y Análisis de los Resultados	18
CAPITULO IV	36
ANALISISYPRUEBADEHIPOTESIS	36
4.1 Cruce de variables	36
4.1.1 Cruce peso –Edad gestacional con Etnia	36

4.1.2 Cruce de Peso- Edad gestacional con Estado Civil	38
4.1.3 Cruce Peso- Edad gestacional con Estudios	39
4.1.4 Cruce Peso- Edad gestacional con Embarazo Planificado	40
4.1.5 Cruce Peso- Edad gestacional con Fumar	41
4.1.6 Cruce Peso- Edad Gestacional con Alcohol	43
4.1.7 Cruce Peso- Edad Gestacional con Drogas	44
4.1.8 Cruce Peso – Edad Gestacional con Violencia	45
4.1.9 Cruce Peso- Edad Gestacional con Enfermedades en el Embarazo	46
4.1.10 Cruce Peso-Edad Gestacional con el Número de controle	47
4.1.11 Cruce Peso- Edad Gestacional con Sexo del Recién Nacido	48
4.1.12 Cruce Peso- Edad Gestacional con IMC medido	49
4.1.13 Cruce Peso- Edad Gestacional con Edad de las Madres	50
4.1.14 Cruce Peso- Edad Gestacional con Peso al Nacer	51
4.2 Prueba de Hipótesis	52
CAPITULO V	55
DISCUSION	55
CAPITULO VI	60
CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES	60

6.1 Conclusiones	60
6.2 Hallazgo	61
6.2. Recomendaciones	61
BIBLIOGRAFIA	63
Anexo	66
Anexo 1	67

INDICE DE CUADROS

TABLAS

Tabla 1 Operacionalización de las Variables	15
Tabla 2. Variable Edad	18
Tabla 3. Etnia	20
Tabla4. Estudios	21
Tabla5. Estado Civil	22
Tabla 6. Embarazo Planificado	23
Tabla 7. Fuma	24
Tabla 8. Alcohol	25

Tabla 9. Drogas	26
Tabla 10. Violencia	27
Tabla 11. Enfermedades en el Embarazo	28
Tabla 12. Número de Controles	29
Tabla 13. Sexo del Recién Nacido	31
Tabla 14. Peso/Edad Gestacional	32
Tabla 15. Índice de Masa Medido	33
Tabla 16. Peso al Nacer	34
Tabla 17. Edad Gestacional	35
Tabla 18. Cruce Peso/Edad Gestacional Etnia	36
Tabla 19. Cruce Edad Gestacional /Estado Civil	38
Tabla 20. Cruce Edad Gestacional/ Estudios	39
Tabla 21. Cruce Edad Gestacional/ Embarazo Planificado	40
Tabla 22. Cruce Peso Edad Gestacional / Fumar	41
Tabla 23. Cruce Peso Edad Gestacional / Alcohol	43
Tabla 24. Cruce Peso Edad Gestacional/ Drogas	44
Tabla 25. Cruce Peso Edad Gestacional/Violencia	45
Tabla 26. Cruce Peso Edad Gestacional/ Enfermedades en el Embarazo	46
Tabla 27. Cruce Peso Edad Gestacional/ Número de Controles	47
Tabla 28. Cruce Peso Edad Gestacional / Sexo del Recién Nacido	48

Tabla 29. Cruce Peso Edad Gestacional / IMC Medido	49
Tabla 30. Cruce Peso Edad Gestacional / Edad de la Madre	50
Tabla 31. Cruce Peso Edad Gestacional / Peso al Nacer	51
Tabla 32. Prueba del Chi Cuadrado	53

INDICE DE GRAFICOS

GRAFICO

GRAFICO 1. Edad de las Pacientes	18
----------------------------------	----

GRAFICO 2. Etnia	20
GRAFICO 3. Estudios	21
GRAFICO 4. Estado Civil	22
GRAFICO 5. Embarazo no Planificado	23
GRAFICO 6. Fuma	24
GRAFICO 7. Alcohol	25
GRAFICO 8. Drogas	26
GRAFICO 9. Violencia	27
GRAFICO 10. Enfermedades en el Embarazo	28
GRAFICO 11. Número de Controles	29
GRAFICO 12. Sexo del Recién Nacido	31
GRAFICO 13. Peso / Edad Gestacional	32
GRAFICO 14. Indice de Masa Corporal Medido	33
GRAFICO 15. Peso al Nacer	34
GRAFICO 16. Edad Gestacional	35
GRAFICO 17. Cruce Peso/Edad gestacional con Etnia	36
GRAFICO 18. Cruce Edad Gestacional/ Estado Civil	38
GRAFICO 19. Cruce Edad Gestacional / Estudios	39
GRAFICO 20. Cruce Edad Gestacional /Embarazo Planificado	40
GRAFICO 21. Cruce Edad Gestacional /Fuma	41
GRAFICO 22. Cruce Edad Gestacional / Alcohol	43
GRAFICO 23. Cruce Edad Gestacional / Drogas	44
GRAFICO 24. Cruce Edad Gestacional / Violencia	45
GRAFICO 25. Cruce Edad Gestacional/ Enfermedades en el Embarazo	46
GRAFICO 26. Cruce Edad Gestacional/ Número de Controles	47

GRAFICO 27. Cruce Edad Gestacional / Sexo del Recién Nacido	48
GRAFICO 28. Cruce Edad Gestacional/ IMC Medido	49
GRAFICO 29. Cruce Edad Gestacional/ Edad de la Madre	50
GRAFICO 30. Cruce Edad Gestacional/ Peso al Nacer	51

RESUMEN

El presente es un estudio que se realizó en la *Maternidad de Corta Estancia de Carapungo* entre mayo 2010 a mayo 2011 en la ciudad de Quito, se incluyeron en este trabajo todos los neonatos a término, nacidos en este periodo, con el propósito de identificar las variables significativas que influyen en el bajo peso, los mismos que fueron tomados de los datos obtenidos del formulario 051-2008.

Las conclusiones que se obtuvieron fueron:

Que el mayor grupo de pacientes que aportó bajo peso estuvo comprendido entre las edades de 20 a 34 años, en las madres adultas; es decir no se concentra en madres adolescentes. Igualmente que el nivel de escolaridad que predominó en las mismas fue secundaria, Por lo que el nivel educativo no es un factor relevante.

Se apreció que en la mayoría de las embarazadas no tenían antecedentes patológicos personales; se observó además que la mayoría de las pacientes no fumaban.

Respecto al peso al nacer, se encontró que osciló entre 2.000 y 2.499 g, es decir menor a los 2.500g.

Se determinó a través de la prueba de hipótesis por el método estadístico de Chi cuadrado, que son multi factores los motivos para que los neonatos tengan bajo peso.

Finalmente en base a este análisis estadístico, se encontraron algunos problemas que se debe enfrentar, como son la implementación de la consulta pre concepcional y el control prenatal que permitan mejorar tanto la situación y calidad de vida de las madres y su control en el período de embarazo, brindando así una mejor atención a las pacientes.

INTRODUCCIÓN

El bajo peso al nacer es un término muy utilizado y difundido en la literatura mundial, fue adoptado por la OMS para definir al neonato que ha pesado menos de 2500g al nacer.¹

Los niños nacidos con bajo peso, muestran cifras significativamente más elevadas de morbi- mortalidad¹, ocasionando una desnutrición en el primer año de vida, déficit en el desarrollo psicomotor, intelectual, poco desarrollo de las células del pulmón, lo que les hace propensos a neumonías, bronquitis, un sistema inmunológico poco desarrollado y en algunas ocasiones hasta la muerte.

Las causas del bajo peso al nacer (BPN) pueden ser: Maternas, Fetales y Placentarias. Las más importantes se relacionan con la edad, menores de 16 o más de 35 años, fumadoras o con hábitos tóxicos como alcohol, padecimientos de hipertensión arterial, diabetes, malnutrición, fundamentalmente. El (BPN) tiene influencias sociales, psicológicas y ambientales como factores de orden genético¹.

El (BPN) constituye un importante problema de salud pública, sobre todo en los países subdesarrollados. La Organización Mundial de la Salud (OMS) calcula que actualmente nacen en el mundo 15 millones de niños con bajo peso, constituyendo el 17% de todos los nacimientos.²

Así tenemos que para Latinoamérica la UNICEF destaca las siguientes cifras de (BPN) en el 2004; Haití 24.6 %, Ecuador 16.1 %, Perú 11.2%, Venezuela 8.8%, Colombia 8.7%, Brasil 8.2%, Argentina 7.3%, Chile 5.7%, Cuba 5.4%..³

En la maternidad de Carapungo se observó que las pacientes que acuden para la atención del parto no visitan al médico para obtener cuidados prenatales en forma regular y oportuna por tanto las mujeres no pueden aprender a cuidar su salud y a prevenir enfermedades y reducir riesgos de tener niños de bajo peso, no aprenden buenos hábitos de nutrición y a evitar comportamientos de riesgo como fumar beber alcohol y tomar drogas.

¹Aliño Santiago M (2008)Parto Pretermino. *Consulta Médica* Granma-Cuba .

² Herrera Alcázar V.(2008) Atención Prenatal. La Habana, Editorial Ciencias Médicas.

³ www.Unicef.org Indicadores de Bajo Peso al nacer. 2004.

En la Maternidad de Carapungo en el período comprendido entre mayo del 2010 a mayo 2011 hemos encontrado que la incidencia de niños con (BPN), es del 11,2 %.

DESCRIPCION

En el período comprendido entre mayo del 2010 hasta mayo 2011 en la Maternidad de Corta estancia de Carapungo, se ha observado el incremento de nacimientos de niños con bajo peso, número que nos ha llamado la atención porque supera la media nacional del 10 % según el SIISE del 2009 y nos preocupan las posibles complicaciones a futuro que tienen estos niños y en lo importante de la detección temprana⁴

ANTECEDENTES

Los recién nacidos con bajo peso constituyen un problema de salud pública a nivel mundial tanto es así que la OMS dentro de los objetivos del milenio toma en cuenta esta patología por su repercusión a largo plazo en la salud de la población infantil y general.

En el Ecuador no existen datos estadísticos generales sobre el bajo peso, los datos existentes son expuestos de acuerdo a la realidad local de donde han sido tomados.

Así según el INEC de 1984 arroja cifras del 8.7%, mientras que el SIISE arroja cifras del 10%. Aun así estas cifras siguen siendo altas inclusive si las relacionamos con otros países como Venezuela 8.8%, Chile 5.7%, Cuba 5.4%.⁵

Estas cifras son las que nos motivan a describir los factores de riesgo maternos asociados a peso bajo en la Maternidad de corta estancia de Carapungo.

JUSTIFICACIÓN

En los últimos meses, se ha observado un incremento de Recién Nacidos con Bajo Peso, en la Maternidad de Corta Estancia de Carapungo, por lo que resulta preocupante por las consecuencias que presentan estos niños en su crecimiento, debido a que en muchas ocasiones no alcanzan un peso adecuado fuera del vientre materno, ocasionando una desnutrición en el primer año de vida, con las

⁴ www.undp.org.ec/Informe nacional de los objetivos del milenio 2007.

⁵ www.bancomundial.org Tabla de niños con bajo peso al nacer 2007.

siguientes consecuencias como son déficit en el desarrollo psicomotor, intelectual, y de talla, poco desarrollo de las células del pulmón los neumocitos, lo que les hace propensos a Neumonías, bronquitis, un sistema inmunológico poco desarrollado y en algunas ocasiones hasta la muerte.⁶

Además las investigadoras han constatado que el llenado de las historias clínicas son incompletas como también en algunos casos son mal llenadas, lo que en definitiva no permiten un adecuado monitoreo de las pacientes, por lo que no permite anticipar complicaciones durante la labor de parto y en especial con los niños que tiene bajo peso al nacer, donde su salud está en mayor riesgo que un niño de peso adecuado.

Las investigadoras piensan que realizando un adecuado control prenatal, en donde se debe promover la importancia que tienen la alimentación, la educación sexual de la pareja y un entorno familiar armónico, producirá una gestación normal y una reducción el índice de bajo peso.

Esta investigación busca contribuir en identificar las posibles factores que incidan negativamente en las mujeres embarazadas para que ellas tengan niños de bajo peso, lo que puede perjudicar la salud y calidad de vida del recién nacido, asumiendo el Estado en un futuro sus complicaciones y rehabilitación , por lo que se puede concluir que resulta mejor invertir en un buen control prenatal y educación a la madre embarazada sobre estos riesgos y la forma de prevenirlos que destinar fondos para la rehabilitación de las enfermedades que podrían generarse con los niños de bajo peso.

FACTIBILIDAD

Las investigadoras tuvieron acceso a toda la información disponible en la Maternidad de Corta Estancia Carapungo tanto con el personal médico como con el administrativo, este último permitió consultar las historias clínicas de las

⁶ Domínguez Domínguez, I. (2010). Estudio de bajo peso al Nacer en Cayo Hueso. *Revista Habana de Ciencias Médicas*. Vol 9, 588-594.

pacientes que ingresaron con un embarazo a término y en labor de parto a través del formulario 051-2008.

OBJETIVO GENERAL

- Identificar los principales factores de riesgo maternos asociados a Bajo Peso al nacer de los Recién Nacidos a término de la maternidad de Carapungo de Mayo 2010 a Mayo 2011.

OBJETIVO ESPECIFICO

- Determinar si los controles prenatales menores a 5 producen Recién Nacidos con Bajo Peso al nacer.
- Describir si el nivel de educación de la madre influye en el Bajo Peso al nacer
- Identificar si el ser madre adolescente contribuye en el Bajo Peso al nacer.
- Analizar si el embarazo planificado influye en el Bajo Peso al nacer.

CAPITULO I

MARCO TEÓRICO

1.1.- FACTORES QUE INFLUYEN EN EL BAJO PESO AL NACER

El bajo peso de nacimiento ocurre cuando un niño pesa menos de 2.500 gramos en el momento de nacer. Un peso de nacimiento menos de 3 libras y 4 onzas (1.500 gramos) se considera extremadamente bajo. ¹

Hay dos categorías de recién nacidos de bajo peso:

- Los recién nacidos antes de tiempo (también llamados niños-niñas prematuros), que son aquellos que nacen antes de la semana 37 del embarazo. Más del 60 por ciento de los recién nacidos que nacen con peso bajo son prematuros. Cuanto antes nace un niño, menos probable es que pese lo suficiente y mayor es el riesgo de que tenga problemas de salud.¹
- Los niños pequeños para su edad (pequeños para su edad de gestación o de crecimiento retardado) son los que nacen al terminar el ciclo de gestación, pero pesan menos de lo normal. Este problema es debido a un crecimiento inadecuado dentro del vientre.

Hay algunos niños que son prematuros y también de crecimiento retrasado. Estos niños corren el riesgo de experimentar muchos problemas vinculados a su bajo peso. ²

El peso al nacer es uno de los factores principales que determinan la probabilidad que tiene un neonato de sobrevivir.

Recientemente se seleccionó la incidencia de bajo peso al nacer como uno de los indicadores empleados para monitorear las metas de salud establecidas en la cumbre mundial a favor de la infancia y se determinó reducir al 10 % o menos la incidencia de bajo peso al nacer.⁴

Se considera que la mortalidad durante el primer año de vida es 40 veces mayor en los niños con bajo peso que en los niños que nacen con un peso normal a término.⁶

Los neonatos con bajo peso tienen habitualmente múltiples problemas posteriores, tanto en el período perinatal, como en la niñez y aun en la edad adulta.

Así tenemos que entre estos problemas se encuentran una mala adaptación al medio ambiente, como diferentes impedimentos físicos y mentales que se hacen evidentes al llegar a la edad escolar.⁷

Si la causa del bajo peso ha sido un retardo del crecimiento intrauterino éste puede hacerse irreversible después del nacimiento y acompañarse de funciones mentales inferiores a las normales y de secuelas neurológicas e intelectuales.

Todo esto hace que el problema del bajo peso al nacer constituya una preocupación mundial, y sea más frecuente en los países subdesarrollados.

Así tenemos que en la publicación Estado Mundial de la Infancia, de la UNICEF, 1996, se muestran grandes diferencias entre países en cuanto al bajo peso: 4 % en Irlanda, Finlandia y Noruega y hasta el 50 % en Bangladesh.³

En Cuba, el índice de bajo peso mostró un descenso paulatino, hasta llegar a 7,3 % en 1989. En 1990, por las condiciones económicas a la que se enfrentó el país, las cuales repercutieron en las posibilidades de nutrición de la población, el índice de bajo peso presentó un incremento que alcanzó en 1993, su cifra máxima de 9,0 %. Esto implicó que se diseñaran estrategias encaminadas a mejorar el estado nutricional de la mujer embarazada, basadas en un nuevo enfoque en el funcionamiento de los hogares maternos y en el apoyo de la comunidad. Estas intervenciones tuvieron un rápido impacto y revertieron favorablemente la situación en los índices de bajo peso que para 1996 fue ya de 7,3 %, y en 1999 de 6,5. Y en el 2004 de 5.4%⁸

⁷ Velez Gómez, MP. Barros, FC. Echavarría Retrepo, LG. (2006). Prevalencia de Bajo Peso al nacer y Factores Maternos asociados. *Revista Colombiana Obstetricia y Ginecología*, 57, 264-270.

⁸ Rodríguez Domínguez, PL. Hernández Cabrera, J.(2005). Bajo Peso al Nacer, Algunos factores asociados a la madre. *Revista Cubana de Obstetricia Ginecología*, 1, 1-20.

Otros país como Argentina, que en el año 1993 presentó un índice entre 10 y 14 % y en Chile de 6,9 %.⁷ En cambio en países desarrollados como Austria (5,7 %), Canadá (6,4 %), Inglaterra (6,9 %) y EE.UU. (7,1 %), Mientras tanto en Ecuador, de acuerdo con el SIISE alcanza el 10%.⁴

1.2.- CAUSAS DE PESO BAJO AL NACIMIENTO.

Algunas de las razones por las que algunos niños son demasiado pequeños o nacen demasiado pronto se conocen, pero no todas. Las malformaciones fetales resultantes de enfermedades hereditarias o de factores medioambientales pueden limitar el desarrollo normal. Los embarazos múltiples (mellizos, trillizos, etc.) muchas veces resultan en niños de bajo peso al nacer, aun cuando nacen al final del ciclo de gestación. Cuando la placenta no es normal, es posible que un feto no crezca de la manera adecuada.

Los problemas médicos de la madre tienen influencia en el peso de nacimiento, especialmente si ésta sufre de alta presión arterial, diabetes, ciertas infecciones o problemas del corazón, los riñones o los pulmones. Un útero o cuello de útero anormal pueden incrementar el riesgo de que la madre dé a luz a un niño de peso bajo.

La conducta de la madre-antes y durante el embarazo-puede afectar al peso de su hijo. Toda mujer embarazada debe hacer lo siguiente:⁹

- Obtener cuidados prenatales regulares desde temprano, un factor importante de prevención contra el bajo peso de nacimiento.
- Consumir 1 miligramo de ácido fólico por día (la cantidad que contiene la mayoría de las multivitaminas) antes de quedar embarazada y durante los primeros 3 meses de gestación.
- Seguir una dieta equilibrada. Dado que la nutrición del feto depende de lo que come la madre, el niño puede sufrir daños si la madre no se alimenta adecuadamente.

⁹ http://www.umm.edu/pregnancy_spanish/000142.htm

- Aumentar de peso suficientemente. Los profesionales de la salud recomiendan que una mujer de peso normal aumente entre 9 y 12 kilos.
- No fumar. Las mujeres que fuman tienen niños más pequeños que las que no lo hacen. La exposición al humo de otros fumadores también puede reducir el peso de nacimiento del recién nacido.
- Evitar las bebidas alcohólicas y las drogas ilícitas, como también todo tipo de droga que no haya sido recomendada por un médico que sepa que está embarazada. El uso de drogas y de alcohol limita el crecimiento fetal y puede provocar defectos de nacimiento.

Algunos factores socioeconómicos como los bajos ingresos y la falta de educación también tienen relación con el incremento del riesgo de tener un recién nacido de peso demasiado bajo, si bien no se conocen las razones subyacentes a este fenómeno. Aparentemente, a veces este incremento puede atribuirse a la infección bacteriana del aparato reproductivo. Las madres con bajos ingresos puede que no sean capaces de afrontar los costos de una nutrición y un seguimiento médico adecuados. Las mujeres con mayor riesgo de tener niños de peso bajo son las que tienen menos de 17 o más de 35 años de edad, las que no están casadas y las que han tenido varios hijos seguidos. Las adolescentes pueden no tener buenos hábitos de salud. Las mujeres que experimentan demasiado estrés y otros problemas sociales, económicos y psicológicos y las que son víctima de abusos domésticos o de otro tipo, también pueden tener mayor riesgo de dar a luz un niño de peso demasiado bajo.¹⁰

¿Es posible prevenir el bajo peso de nacimiento?

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 niño 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.

¹⁰ www.geosalud.com/bajopesoalnacer/factores.

Un estudio reciente sugiere que el consumo de 1 miligramo de ácido fólico durante el embarazo puede reducir el riesgo de tener un recién nacido 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 niño de bajo peso al nacer.

1.3.- EFECTOS DEL BAJO PESO AL NACER

Los recién nacidos (RN) con peso bajo son más proclives que los niños de peso normal a tener problemas médicos y complicaciones del desarrollo. Un recién nacido prematuro y de peso bajo corre un riesgo mayor de desarrollar problemas de respiración. Anualmente, alrededor de 40.000 (RN) la mayoría de los cuales, nace antes de la semana 34 de gestación-sufren del síndrome de dificultad respiratoria (RDS: Respiratory Distress Syndrome), una de las causas más importantes de muerte e incapacidad entre recién nacidos prematuros. A estos RN les falta una sustancia química llamada surfactante, por eso no consiguen acumular suficiente oxígeno en la sangre o despojarse del dióxido de carbono de manera adecuada. El uso extendido y reciente de surfactante artificial o de surfactante animal purificado está contribuyendo a salvar a muchos de estos RN.¹¹

Algunos RN con peso bajo poseen un desequilibrio en la cantidad de sales o de agua, o insuficiente cantidad de azúcar en la sangre (hipoglicemia), que pueden causar daños cerebrales. Los RN prematuros son más proclives a desarrollar ictericia y a ponerse amarillos porque su hígado puede tardar en comenzar a funcionar independientemente. Si el problema es grave puede causar daños cerebrales.

Un RN prematuro puede ser anémico (no tener suficientes glóbulos rojos). Lo normal es que un feto vaya almacenando hierro durante el embarazo y lo utilice después de nacer para producir glóbulos rojos. Los RN que nacen antes de tiempo, pueden no haber tenido tiempo suficiente como para almacenar hierro.

¹¹ Luque Fernández, MA (2005). *Riesgo de Mortalidad Fetal tardía, prematuridad y bajo peso al nacer*. Madrid: Morata.

Los niños de bajo peso al nacer pueden no poseer suficiente grasa como para mantener la temperatura normal del cuerpo. La baja temperatura del cuerpo puede a su vez causar cambios bioquímicos en la sangre y provocar crecimiento más lento.

Alrededor de un tercio de los niños nacidos con un peso extremadamente bajo, experimentan hemorragias cerebrales que pueden conducir a daños cerebrales o a la muerte. Los niños que sobreviven suelen tener problemas de comportamiento y de aprendizaje más adelante.

Los RN prematuros pueden tener un problema cardíaco grave. Antes de nacer, el feto tiene una gran arteria llamada el ductus arteriosos que hace que la sangre no pase por los pulmones (que no funcionan). Esta arteria debe cerrarse cuando nace el RN, pero esto a veces no ocurre en los RN prematuros, provocando defectos cardíacos.¹²

Algunos RN prematuros tienen enterocolitis necrótica, una inflamación del intestino potencialmente fatal. La retinopatía propia de su condición prematura, que consiste en el crecimiento anormal de vasos sanguíneos del ojo, puede provocar defectos en la visión e inclusive la ceguera.

1.4.- IDENTIFICACION DEL BAJO PESO AL NACER.

La atención prenatal es muy importante, ya que pocas mujeres embarazadas cuyo feto presenta retardo del crecimiento experimentan algún síntoma. El síntoma más común es simplemente una sensación de que el feto no es tan grande como debería. Debido a esta ausencia de síntomas, su proveedor de atención en salud debe medir cuidadosamente su abdomen durante cada visita prenatal. Si las medidas no aumentan lo suficiente con el tiempo, es muy probable que el examen de seguimiento incluya un ultrasonido. El ultrasonido puede determinar con mayor precisión la edad gestacional de su feto y si existe o no retardo del crecimiento intrauterino.

¹² Matiajasevich, A. Barros, FC. Díaz Resello, JL. (2009). Factores de riesgo para muy bajo peso al nacer entre 1500-2499 gramos. *Arch Pediatría Uruguay*, 1, 1-10

El índice de bajo peso al nacer también se diagnostica cuando se examina al recién nacido después del parto. Si el peso y longitud del RN se encuentran por debajo del décimo percentil para su edad, entonces es considerado de bajo peso al nacer.

1.5.- TRATAMIENTO 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 niños prematuros que, de otro modo, podrían no sobrevivir. Los RN que tienen problemas para respirar pueden necesitar oxígeno adicional y asistencia mecánica para mantener expandidos sus pulmones.¹²

Algunos niños necesitan la asistencia temporal de un respirador. Durante el tratamiento de problemas respiratorios, los niveles de oxígeno de un RN deben ser cuidadosamente controlados porque el oxígeno en demasiada cantidad contribuye a provocar la retinopatía de los niños prematuros.¹²

CAPITULO II

METODOLOGÍA

2.1.- MODALIDAD Y TIPOS DE INVESTIGACIÓN

Se realizó un estudio descriptivo observacional, de una muestra aleatoria de historias clínicas, de madres cuyo parto considerado a término fue atendido en la Maternidad de Corta Estancia de Carapungo, en la ciudad de Quito, Ecuador, durante el período de mayo 2010 a mayo 2011.

2.1.2.- Tipo de Investigación

2.1.2.1.- De Campo

La investigación realiza trabajo de campo porque se realiza exclusivamente en las instalaciones Maternidad de Corta Estancia de Carapungo que pertenece al área 21 de Calderón del Ministerio de Salud Pública.

2.1.2.2.- Investigación exploratoria

La investigación exploratoria es apropiada para las etapas iniciales del proceso de toma de decisiones. Usualmente esta investigación está diseñada para obtener un análisis preliminar de la situación, se caracteriza por la flexibilidad para estar sensible ante lo inesperado y para descubrir otra información no identificada previamente; la investigación exploratoria se realizará en base a la observación hecha exclusivamente en la Maternidad de Corta Estancia de Carapungo que pertenece al área 21 de Calderón del Ministerio de Salud Pública.

2.1.2.3.- Concluyente

Este tipo de investigación se caracteriza por tener procedimientos formales de investigación y necesidades de información claramente definidos. Para la presente investigación se utilizó el formulario 051 del 2008, ("historias clínica perinatal) para recopilar la información relevante respecto a la madre y al neonat

2.1.4.- TIPO DE ESTUDIO

El método a utilizarse en la presente investigación, en parte será, deductivo, por que partirá de datos obtenidos en el formulario 051-2008, como modelo para aplicarlas en forma particular para la base de datos utilizado en el programa estadístico SPSS19. También la utilización del método inductivo, que partiendo de datos particulares tomados de los formularios 051-2008, se determinará en términos generales, los factores relevantes para el bajo peso.

Con el método de análisis y síntesis, permitirán inferir en forma concluyente la valoración de las hipótesis tanto de ser afirmativas como de no serlo, generando así un conocimiento científico.

2.1.5.- TÉCNICAS E INSTRUMENTOS

Para desarrollar la presente investigación, se recurrirá a:

Fuentes Primarias: Se realizará a través del formulario 051 las historias clínicas perinatales

(VER ANEXO 1 Modelo de Formulario.051.)

Fuentes Secundarias: Para complementar la información obtenida a través de las fuentes de información primarias, se va a recolectar información de fuentes bibliográficas como: publicaciones médicas, folletos, revistas, libros, enciclopedias, Tesis de Grado, Internet, para conocer más sobre el tema de investigación.

2.2.- POBLACIÓN Y MUESTRA

La población objeto de estudio comprende exclusivamente a las mujeres embarazadas que fueron atendidas en período de labor de parto en la Maternidad de Corta Estancia de Carapungo entre mayo2010 a mayo2011 en la ciudad de Quito. Que en base a los datos obtenidos (formulario 051-2008) en el Departamento de Estadística de la Maternidad de Corta Estancia de Carapungo, de estos archivos se tomaron 382, que correspondieron al periodo de mayo 2010 hasta mayo 2011, de los cuales se descartaron 10 porque no contaban con la información completa que impedía una adecuada tabulación de los resultados;

quedando habilitados 372 formularios que corresponden al universo de la población a ser investigada.

2.2.1.- Procedimiento del Censo

Por realizarse una investigación a toda la población, es decir a las historias clínicas, que corresponde al formulario 051-2008; se basó y estructuró en las preguntas propias del formulario y las adecuó para crear la base de datos para el programa estadístico SPSS 19¹³, como se aprecia en el siguiente cuadro:.

2.3.- OPERACIONALIZACIÓN DE LAS VARIABLES.

TABLA No.1

VARIABLE	INDICADOR
1.- Edad	1.1. – De 15 a 19 adolescente 1.2.-De 20 a 35 adultas 1.3.-36 en adelante, añosas
2.- Etnia	2.1.- Indígena 2.2.- Mestiza 2.3- Negra
3.- Estudios	3.1.- Ninguna 3.2.- Primaria 3.3.- Secundaria 3.4.- Universitario
4.- Estado Civil	4.1.- Soltera 4.2.- Casada 4.3.- Unión estable
5.- Embarazo Planificado	5.1.- Si 5.2.- No
6.- Fuma	6.1.- Si 6.2.- No
7.- Alcohol	7.1.- Si 7.2.- No
8.- Drogas	8.1.- Si 8.2.- No
9.- Violencia Intrafamiliar	9.1 SI 9.2 NO
10.- Número de Controles	10.1 <5 10.2 >5
11.- Enfermedades de la madre durante el embarazo	11.1 HTA Inducida por el embarazo 11.2 HTA previa

¹³ Rosales, J. (2006). *Estadística con SPSS para Windows*, Méjico: Alfa omega.

	11.3 IVU 11.4 Nefropatía 11.5 Otros 11.6 Ninguna
12.- Índice de masa corporal medido de la madre	12.1 Medido 12.2 No medido
13.- Sexo del recién nacido	13.1.-Masculino 13.2.- Femenino
14.- Peso del recién nacido	14.1 <2500 14.2. 2500- 4000 14.3 > 4000
15.- Peso para la edad gestacional	15.1.- Adecuado 15.2.-Pequeño 15.3.- Grande

FUENTE: FORMULARIO 051

ELABORADO POR LAS AUTORAS

2.4.- RECOLECCIÓN DE LA INFORMACIÓN

Se recolectó la información referente al formulario 051-2008, correspondiente a las mujeres que ingresaron a la maternidad con un embarazo a término en labor de parto, la que se realizó todo el mes de agosto de 2011.

2.5.- PROCESAMIENTO DE LA INFORMACIÓN

Para el procesamiento de la información se utilizó el programa estadístico SPSS 19, en el cual las historias clínicas fueron debidamente codificadas e ingresadas en su base de datos para obtener tablas de frecuencia y gráficos de tipo pastel, para su respectivo análisis. Luego se realizó un cruce de variables, en busca de resultados concluyentes en base a las hipótesis planteadas

En cuanto a las entrevistas se realizó un modelo de cuestionario, que guió el proceso de entrevista a los médicos y obstetrices, resumiendo e interpretando las conversaciones obtenidas para sintetizarlas en forma de opinión concluyente sobre las preguntas desarrolladas en el cuestionario planteado

2.6.- HIPOTESIS

2.6.1.- HIPOTESIS NULA (Ho)

No existen diferencias significativas en las variables analizadas para el bajo peso observado en la Maternidad de Corta Instancia de Carapungo.

2.6.2.- HIPOTESIS ALTERNA (HA)

Existen diferencias significativas en las variables analizadas para el bajo peso observado en la Maternidad de Corta Instancia de Carapungo.

CAPITULO III

RESULTADOS

3.1.- TABULACIÓN Y ANALISIS DE LOS RESULTADOS

Se ha registrado en una base de datos generado por el programa SPSS19, el cual permitió la tabulación de los resultados a través de tablas de frecuencia y gráficos tipo pastel, propios de este sistema como se aprecia a continuación

VARIABLE: EDAD

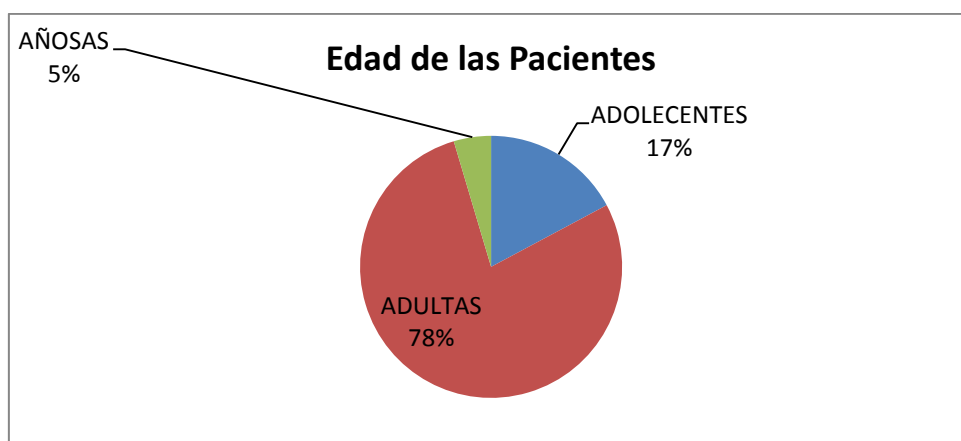
TABLA No.2.

VARIABLE	FRECUENCIA	PORCENTAJE
ADOLECENTES	64	17,2
ADULTAS	291	78,2
AÑOSAS	17	4,6
SUMAN	372	100

FUENTE: FORMULARIO 051

REALIZADO POR LAS AUTORAS

GRÁFICO No.1.



FUENTE: FORMULARIO 051

REALIZADO POR LAS AUTORAS

ANÁLISIS

Pacientes cuyas edades están comprendidas entre los 15 y 19 años, las cuales para este estudio se llamaran adolescentes; representan conjuntamente el 17,20% del total. El segundo grupo corresponde a las pacientes cuyas edades están comprendidas entre los 20 a 35 años, se las denomina adultas y representan el 78,20% finalmente aquellas pacientes con edades mayores a 36 años, a las cuales se las denominará como “añosas”, les corresponden el restante 4.6%.

VARIABLE: ETNIA

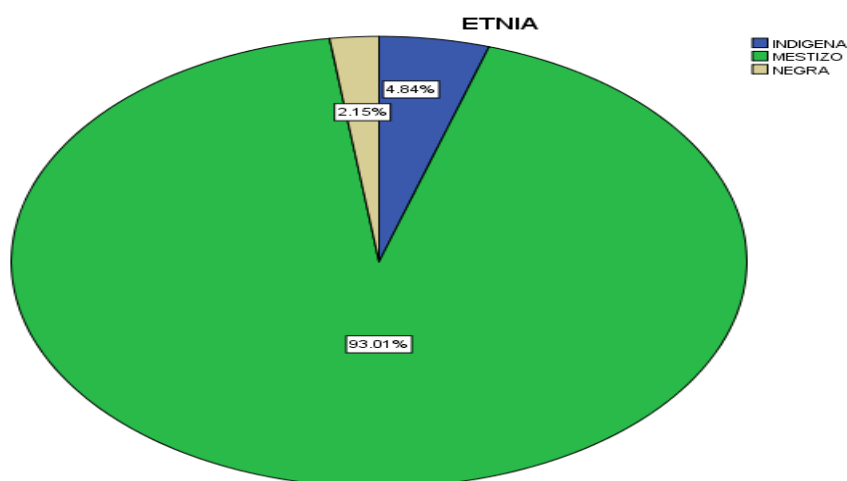
TABLA No.3

		ETNIA			
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	INDIGENA	18	4.8	4.8	4.8
	MESTIZO	346	93.0	93.0	97.8
	NEGRA	8	2.2	2.2	100.0
	Total	372	100.0	100.0	

FUENTE: FORMULARIO 051

REALIZADO CON EL PROGRAMA ESTADISTICO SPSS 19

GRÁFICO No.2.



ANÁLISIS

Las pacientes pertenecen en su mayoría a la etnia mestiza, que representan el 93%, en segundo lugar ocupa la etnia indígena con el 4.8% y finalmente la etnia afroecuatoriana con el restante 2.2%. Por lo que se puede concluir que las etnias minoritarias son la india y afroecuatoriana que conjuntamente representan el 7% de las pacientes. Porcentajes que representan la composición étnica propia del país.

VARIABLE: ESTUDIOS

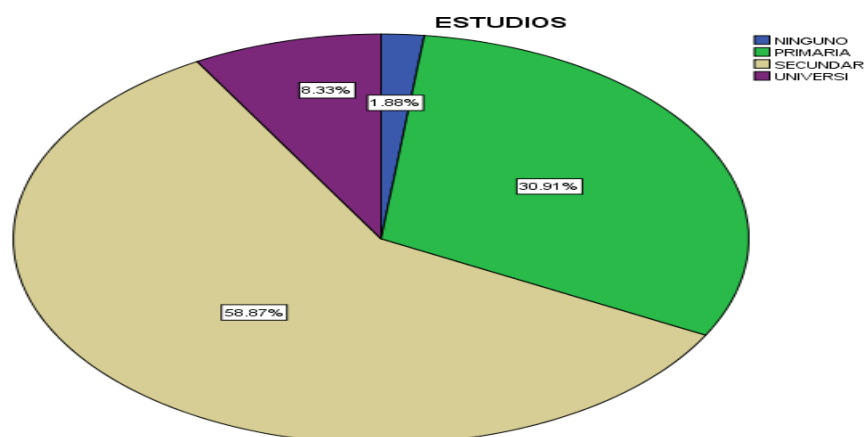
TABLA No.4

		ESTUDIOS			
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	NINGUNO	7	1.9	1.9	1.9
	PRIMARIA	115	30.9	30.9	32.8
	SECUNDAR	219	58.9	58.9	91.7
	UNIVERSI	31	8.3	8.3	100.0
	Total	372	100.0	100.0	

FUENTE: FORMULARIO 051

REALIZADO CON EL PROGRAMA ESTADISTICO SPSS 19

GRÁFICO No.3.



ANÁLISIS

Por orden de importancia de mayor a menor los resultados obtenidos son:

- 1.- Pacientes con educación secundaria, con el 58,9%
- 2.- Pacientes con educación primaria, 30,9%.
- 3.- Pacientes con educación universitaria, 8.3%
- 4.- Pacientes que no registran educación, 1,9%.

Porcentajes que representan la composición educativa propia del país.

VARIABLE: ESTADO CIVIL

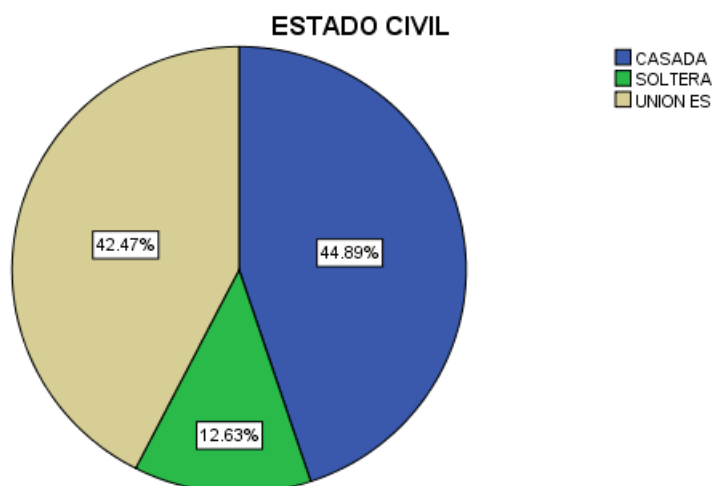
TABLA No.5

ESTADO CIVIL					
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	CASADA	167	44.9	44.9	44.9
	SOLTERA	47	12.6	12.6	57.5
	UNION ES	158	42.5	42.5	100.0
	Total	372	100.0	100.0	

FUENTE: FORMULARIO 051

REALIZADO CON EL PROGRAMA ESTADISTICO SPSS 19

GRÁFICO No.4.



ANÁLISIS

Por orden de importancia de mayor a menor los resultados obtenidos son:

- 1.- Estado civil casadas, 44,9%
- 2.- Estado unión estable, 42,5%
- 3.- Estado solteras, 12,6%.

Agrupando los resultados de las mujeres con estado civil casadas y con unión libre representan 87,40%; lo que se puede concluir que la mayoría de embarazos están correlacionados con la convivencia de pareja.

VARIABLE: EMBARAZO PLANIFICADO

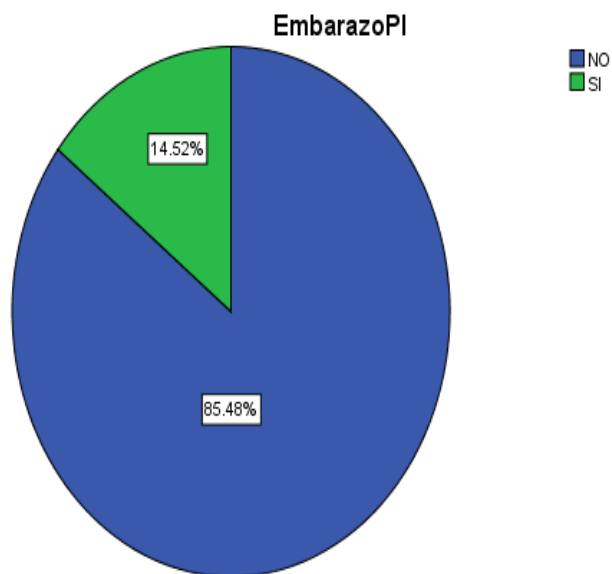
TABLA No.6.

		EmbarazoPI			
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	NO	318	85.5	85.5	85.5
	SI	54	14.5	14.5	100.0
Total		372	100.0	100.0	

FUENTE: FORMULARIO 051

REALIZADO CON EL PROGRAMA ESTADISTICO SPSS 19

GRÁFICO No.5.



ANÁLISIS

La mayoría de las pacientes es decir el 85,5%, no tuvieron un embarazo planificado, mientras que el restante 14,5% si lo planificó. Por lo que se concluye que hace falta una educación sexual en la pareja; como también con la práctica de la consulta pre concepcional.

VARIABLE: FUMA

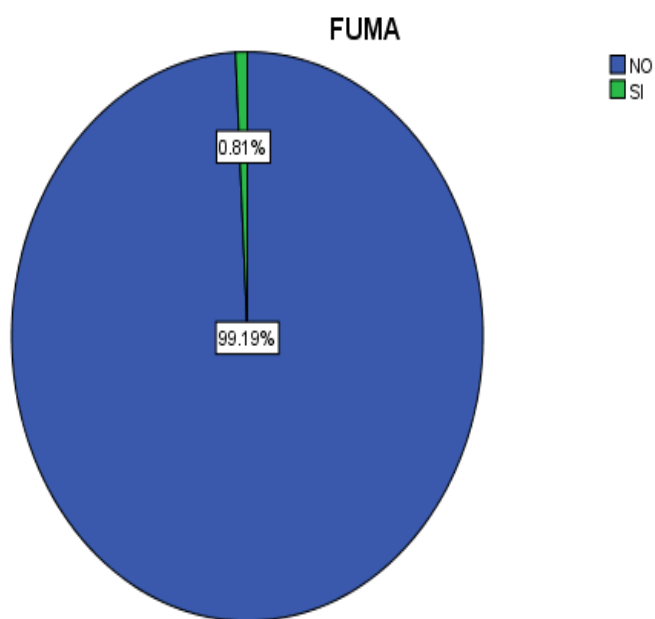
TABLA No.7.

		FUMA			
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	NO	369	99.2	99.2	99.2
	SI	3	.8	.8	100.0
Total		372	100.0	100.0	

FUENTE: FORMULARIO 051

REALIZADO CON EL PROGRAMA ESTADISTICO SPSS 19

GRÁFICO No.6



ANÁLISIS

La mayoría de las pacientes es decir el 99,2%, no fuman, mientras que el restante 0,8% si lo hace, por lo que esta variable no tiene un valor significativo para esta investigación.

VARIABLE: ALCOHOL

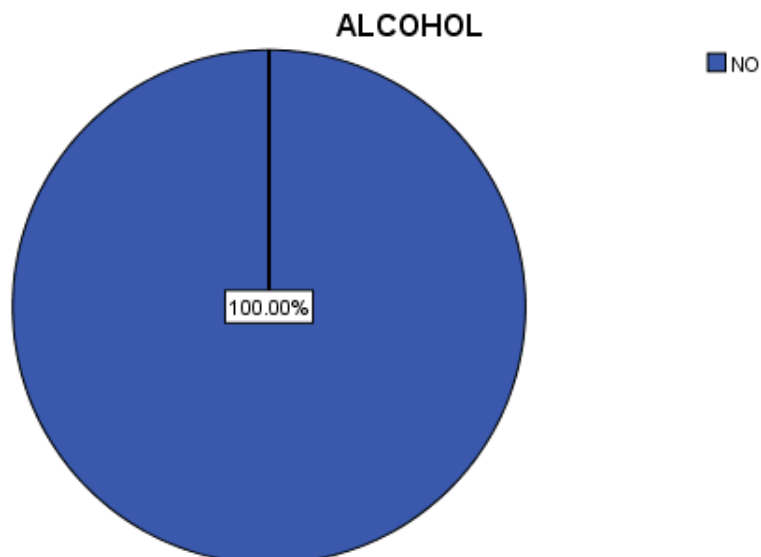
TABLA No.8.

ALCOHOL				
	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos NO	372	100.0	100.0	100.0

FUENTE: FORMULARIO 051

REALIZADO CON EL PROGRAMA ESTADISTICO SPSS 19

GRÁFICO No.7.



ANÁLISIS

Todas las pacientes es decir el 100%, no consumen bebidas alcohólicas, por lo que esta variable no tendría importancia para el estudio.

VARIABLE: DROGAS

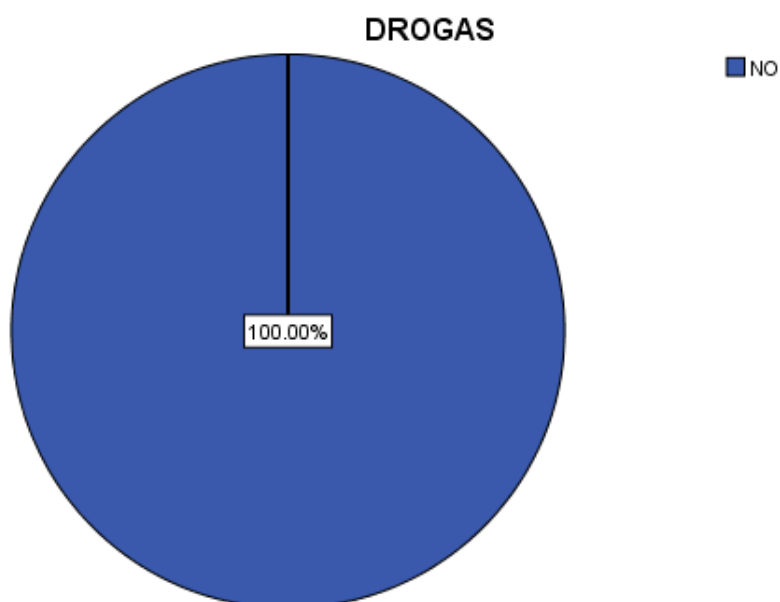
TABLA No.9.

DROGAS				
	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos NO	372	100.0	100.0	100.0

FUENTE: FORMULARIO 051

REALIZADO CON EL PROGRAMA ESTADISTICO SPSS 19

GRÁFICO No.8.



ANÁLISIS

Todas las pacientes es decir el 100%, no consumen drogas, por lo que esta variable no tendría importancia para el estudio.

VARIABLE: VIOLENCIA

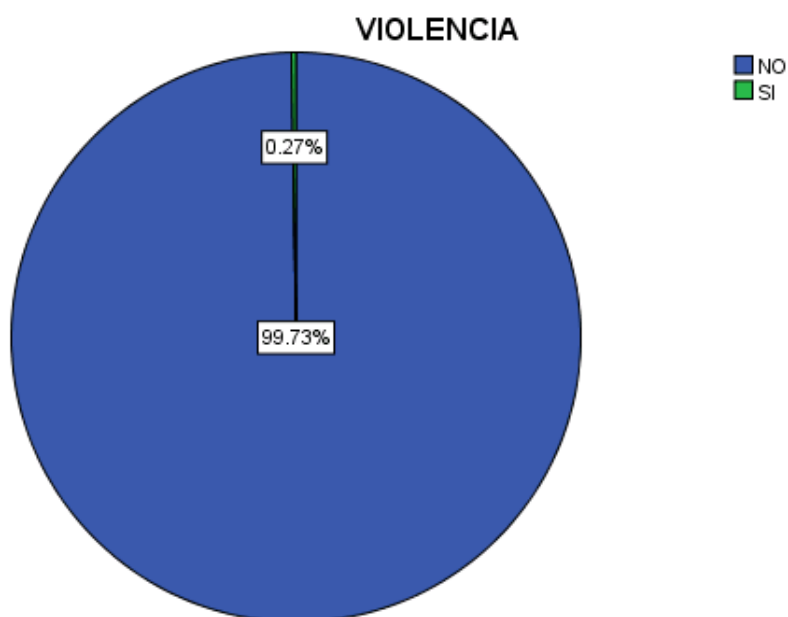
TABLA No.10.

		VIOLENCIA			
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	NO	371	99.7	99.7	99.7
	SI	1	.3	.3	100.0
Total		372	100.0	100.0	

FUENTE: FORMULARIO 051

REALIZADO CON EL PROGRAMA ESTADISTICO SPSS 19

GRÁFICO No.9.



ANÁLISIS

La mayoría de las pacientes es decir el 99,7%, no han sufrido violencia intrafamiliar, mientras que el restante 0,3% si lo ha tenido, por lo que esta variable no tendría relevancia para el estudio.

VARIABLE: ENFERMEDADES EN EL EMBARAZO.

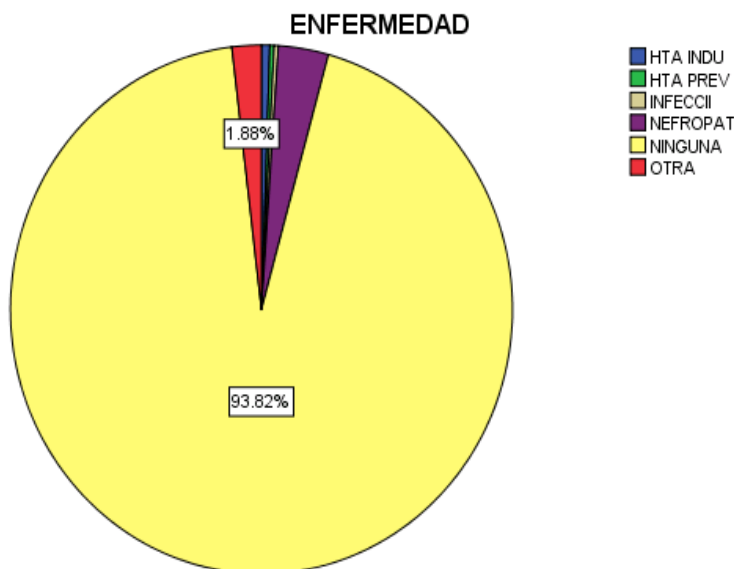
TABLA No.11.

		ENFERMEDAD			
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	HTA INDU	2	.5	.5	.5
	HTA PREV	1	.3	.3	.8
	INFECCII	1	.3	.3	1.1
	NEFROPAT	12	3.2	3.2	4.3
	NINGUNA	349	93.8	93.8	98.1
	OTRA	7	1.9	1.9	100.0
	Total	372	100.0	100.0	

FUENTE: FORMULARIO 051

REALIZADO CON EL PROGRAMA ESTADISTICO SPSS 19

GRÁFICO No.10.



ANÁLISIS

La mayoría de las pacientes es decir el 93,87%, no han sufrido ningún tipo de enfermedad, mientras que el restante 6,13% si lo ha tenido. Sin embargo se puede comentar que al no haber adecuados controles prenatales, se podría pensar que existe un sub registro de las mismas.

VARIABLE: NÚMERO DE CONTROLES

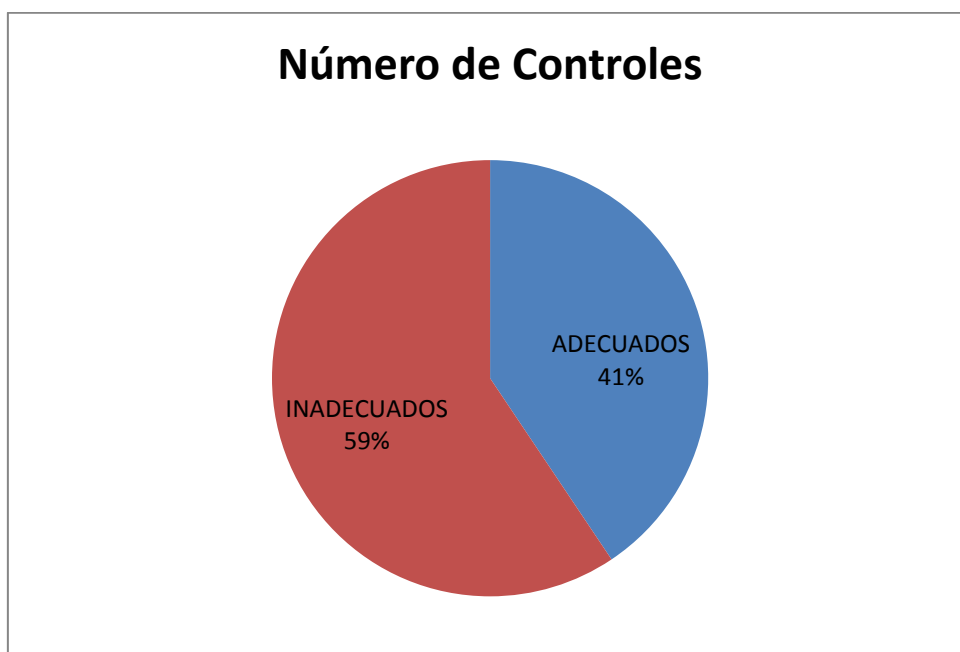
TABLA No.12.

		NumeroDeCo			
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	0	67	18.0	18.0	18.0
	1	12	3.2	3.2	21.2
	2	25	6.7	6.7	28.0
	3	34	9.1	9.1	37.1
	4	47	12.6	12.6	49.7
	5	36	9.7	9.7	59.4
	6	49	13.2	13.2	72.6
	7	36	9.7	9.7	82.3
	8	35	9.4	9.4	91.7
	9	23	6.2	6.2	97.8
	10	8	2.2	2.2	100.0
	Total	372	100.0	100.0	

FUENTE: FORMULARIO 051

REALIZADO CON EL PROGRAMA ESTADISTICO SPSS 19

GRÁFICO No.11.



ELABORADO POR: LAS AUTORAS

ANÁLISIS

Agrupando el número de controles menores o iguales a 5, a los cuales se les considera como inadecuados, conjuntamente representan el 59,4%, mientras el restante el 40,6% han tenido más de 6 controles, es decir el número adecuado. Siendo esta variable relevante para esta investigación.

VARIABLE: SEXO DEL RECIEN NACIDO

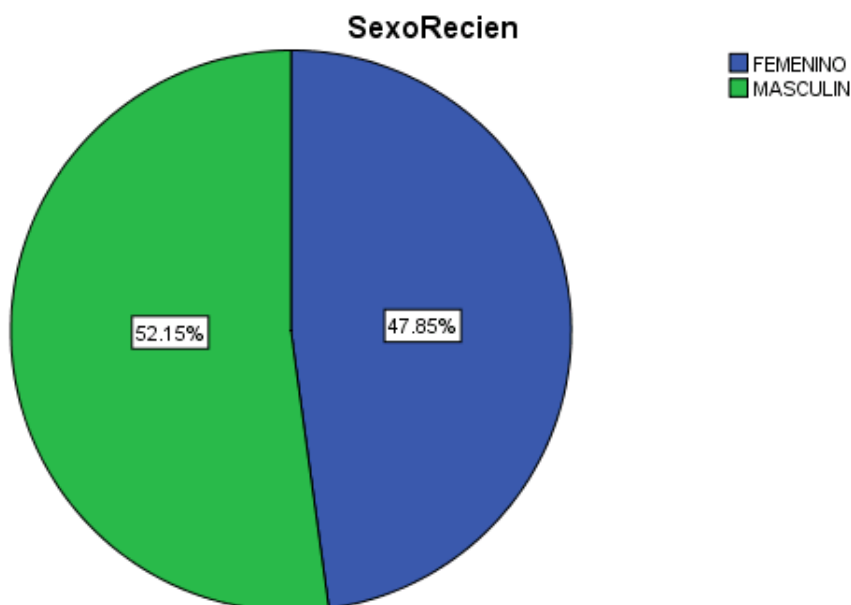
TABLA No.13.

Sexo Recién				
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje
			válido	acumulado
Válidos	FEMENINO	178	47.8	47.8
	MASCULIN	194	52.2	100.0
Total		372	100.0	100.0

FUENTE: FORMULARIO 051

REALIZADO CON EL PROGRAMA ESTADISTICO SPSS 19

GRÁFICO No.12.



ANÁLISIS

El sexo masculino de los recién nacidos representa el 52,15%, mientras que el femenino el restante 47,85%, porcentajes que concuerdan con la relación que existe en el país entre ambos sexos, donde el sexo masculino es ligeramente superior

VARIABLE: PESO/ EDAD GESTACIONAL

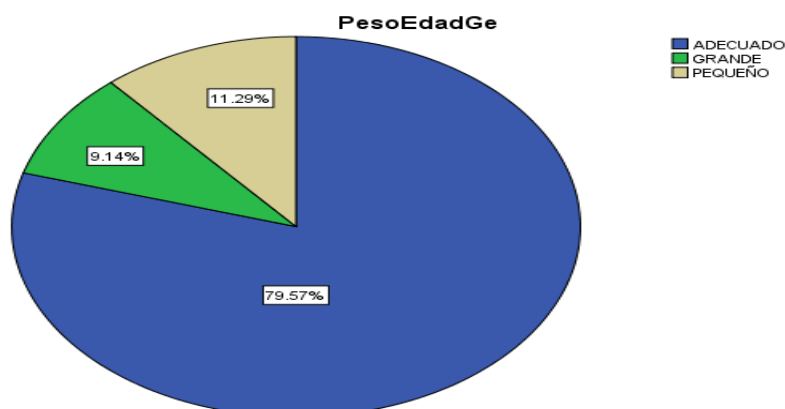
TABLA No.14.

		Peso/ Edad Gestacional			
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	ADECUADO	296	79.6	79.6	79.6
	GRANDE	34	9.1	9.1	88.7
	PEQUEÑO	42	11.3	11.3	100.0
	Total	372	100.0	100.0	

FUENTE: FORMULARIO 051

REALIZADO CON EL PROGRAMA ESTADISTICO SPSS 19

GRÁFICO No.13.



ANÁLISIS

Agrupando los resultados de mayor a menor frecuencia, se tiene:

1.- Peso Adecuado, 79,6%

2.- Peso Pequeño, 11,3%

3.-Peso Grande, 9.1%

Como se puede apreciar los recién nacidos con peso pequeño para la edad gestacional representan el 11,3%, el cual es ligeramente superior a la media nacional que según el SISE del 2008 es del 10%.

VARIABLE: INDICE DE MASA MEDIDO

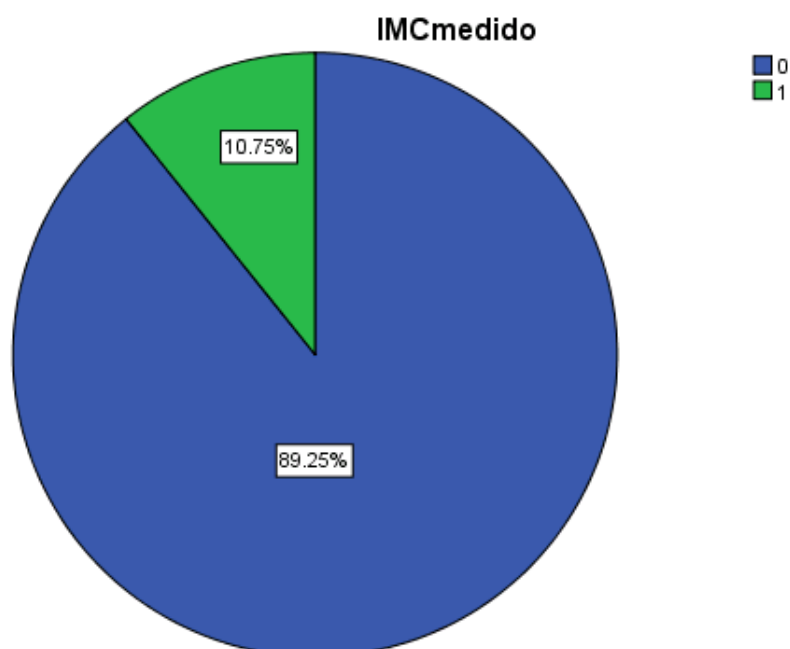
TABLA No.15.

		IMCmedido			
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	0	332	89.2	89.2	89.2
	1	40	10.8	10.8	100.0
	Total	372	100.0	100.0	

FUENTE: FORMULARIO 051

REALIZADO CON EL PROGRAMA ESTADISTICO SPSS 19

GRÁFICO No.14.



ANÁLISIS

En este índice de masa se obtuvo con el peso y talla al ingreso a la maternidad, sin embargo no se pudo obtener el peso previo al embarazo ni el incremento ponderal. Además el 89,20%, no se realizó estas mediciones **por no contar con el personal suficiente para hacerlo** y por eso fue únicamente medido al 10,8 % de las pacientes.

VARIABLE: PESO AL NACER

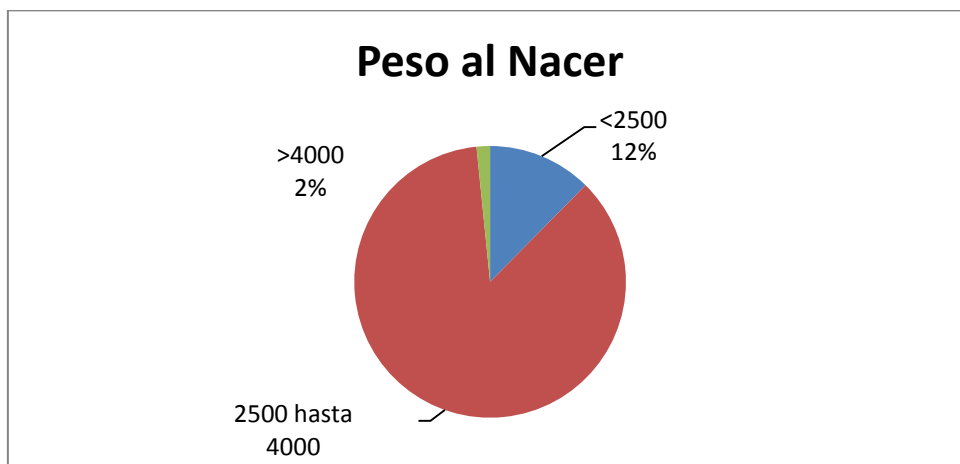
TABLA No.16.

VARIABLE	FRECUENCIA	PORCENTAJE
<2500	46	12,4
2500 hasta 4000	320	86
>4000	6	1,6
SUMAN	372	100

FUENTE: FORMULARIO 051

REALIZADO CON EL PROGRAMA ESTADISTICO SPSS 19

GRÁFICO No.15.



ELABORADO POR: LAS AUTORAS

ANÁLISIS

La mayoría de los niños están en un rango entre 2.500 hasta 4.000 gramos, es lo óptimo y representa el 86%. Mientras que los niños de menos de 2.500 gramos son el 12.2% y porcentaje es mayor a la media nacional que se determinó en 10%.

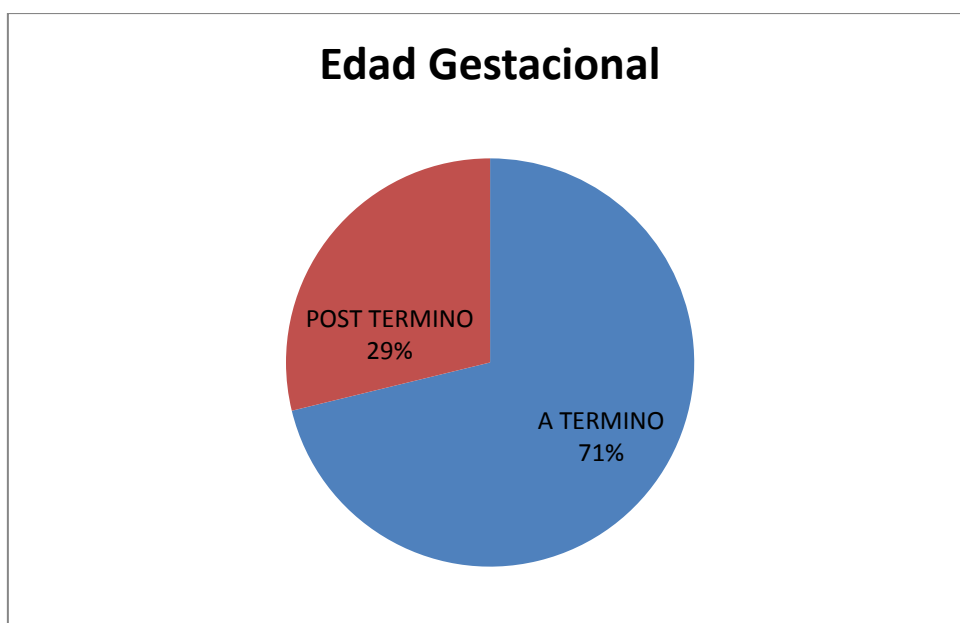
VARIABLE: EDAD GESTACIONAL

TABLA No.17.

VARIABLE	FRECUENCIA	PORCENTAJE
A TERMINO	265	71,2
POST TERMINO	107	28,8
SUMAN	372	100

FUENTE: FORMULARIO 051
ELABORADO POR: LAS AUTORAS

GRÁFICO No.16



ELABORADO POR: LAS AUTORAS

ANÁLISIS

Como se aprecia siete de cada diez de los partos asistidos en la maternidad son a término, sin embargo tres de cada diez niños son posttérmino, que es un comportamiento esperado.

CAPITULO IV

ANÁLISIS Y PRUEBA DE HIPÓTESIS

4.1.- CRUCE DE VARIABLES

4.1.1.- CRUCE PESO /EDAD GESTACIONAL CON ETNIA

TABLA No.18

Tabla de contingencia PesoEdadGe * ETNIA

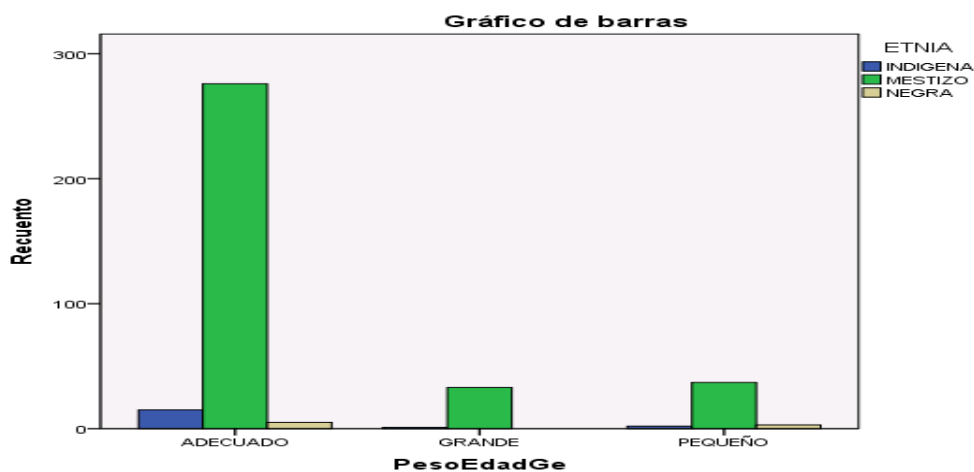
Recuento

		ETNIA			Total
		INDIGENA	MESTIZO	NEGRA	
PesoEdadGe	ADECUADO	15	276	5	296
	GRANDE	1	33	0	34
	PEQUEÑO	2	37	3	42
Total		18	346	8	372

FUENTE: FORMULARIO 051

REALIZADO CON EL PROGRAMA ESTADISTICO SPSS 19

GRÁFICO No.17.



ANÁLISIS

La etnia que mayor número de frecuencia de casos tienen, peso “adecuado” como “pequeño” es la mestiza debido a que en el sector de Carapungo y en general en el

Ecuador es la etnia predominante. Por lo que concluye que esta variable no es un factor influyente para el peso bajo..

4.1.2.- CRUCE : PESO/ EDAD GESTACIONAL CON ESTADO CIVIL

TABLA No.19.

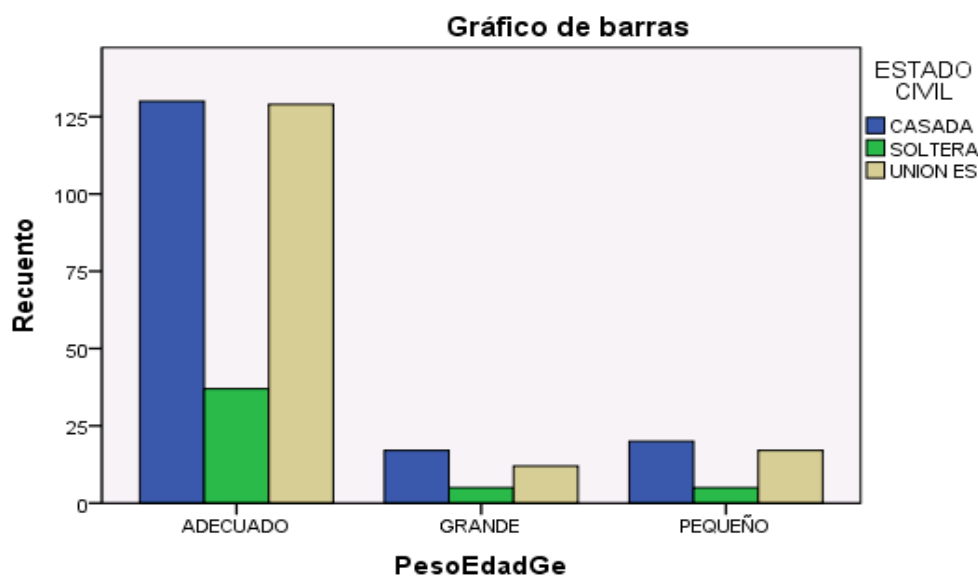
Tabla de contingencia Peso Edad Ges * ESTADO CIVIL

Recuento		ESTADO CIVIL			Total
		CASADA	SOLTERA	UNION ES	
Peso Edad Ge	ADECUADO	130	37	129	296
	GRANDE	17	5	12	34
	PEQUEÑO	20	5	17	42
Total		167	47	158	372

FUENTE: FORMULARIO 051

REALIZADO CON EL PROGRAMA ESTADISTICO SPSS 19

GRÁFICO No.18.



ANÁLISIS

De los 42 casos registrados , 20 pertenecen a mujeres casadas y 17 aquellas que tienen unión libre; lo cual se puede explicar porque estas mujeres asumen los trabajos del hogar, como cuidado de niños, arreglo de la casa, etc, que le impide alimentarse adecuadamente y no acudir al control prenatal.

4.1.3.-CRUCE: PESO /EDAD GESTACIONAL CON ESTUDIOS

TABLA No.20.

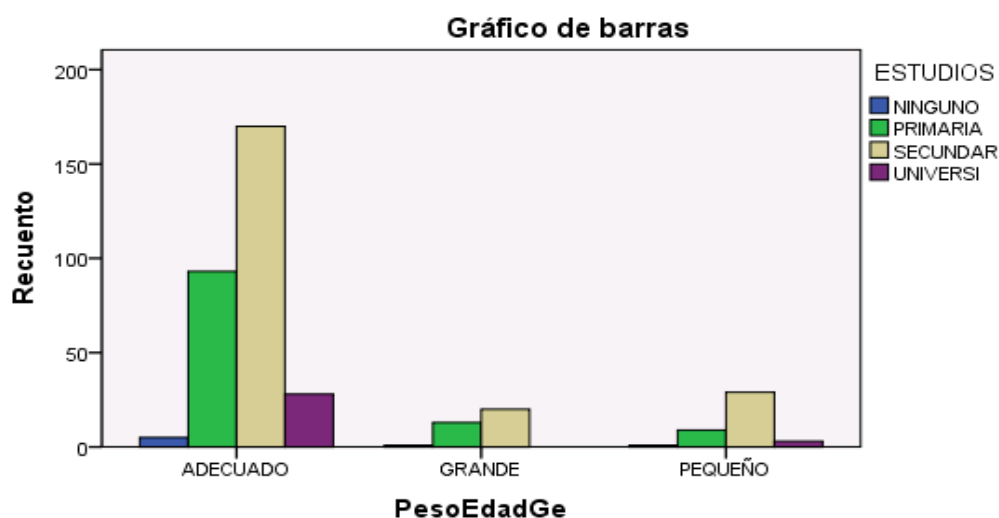
Tabla de contingencia Peso Edad Gestacional * ESTUDIOS

Recuento		ESTUDIOS				Total
		NINGUNO	PRIMARIA	SECUNDAR	UNIVERSI	
Peso Edad Ges	ADECUADO	5	93	170	28	296
	GRANDE	1	13	20	0	34
	PEQUEÑO	1	9	29	3	42
Total		7	115	219	31	372

FUENTE: FORMULARIO 051

REALIZADO CON EL PROGRAMA ESTADISTICO SPSS 19

GRÁFICO No.19.



ANÁLISIS

De los 42 casos registrados, 29 pertenecen a mujeres que tienen educación secundaria y segundo lugar 9 con educación primaria. Mientras que las que tienen menos casos son aquellas mujeres con educación universitaria. Lo que se puede concluir que las mujeres con educación superior están mejor preparadas para llevar un embarazo, porque asisten regularmente a los controles prenatales.

4.1.4.- CRUCE: PESO /EDAD GESTACIONAL CON EMBARAZO PLANIFICADO

TABLA No.21.

Tabla de contingencia PesoEdadGe * EmbarazoPI

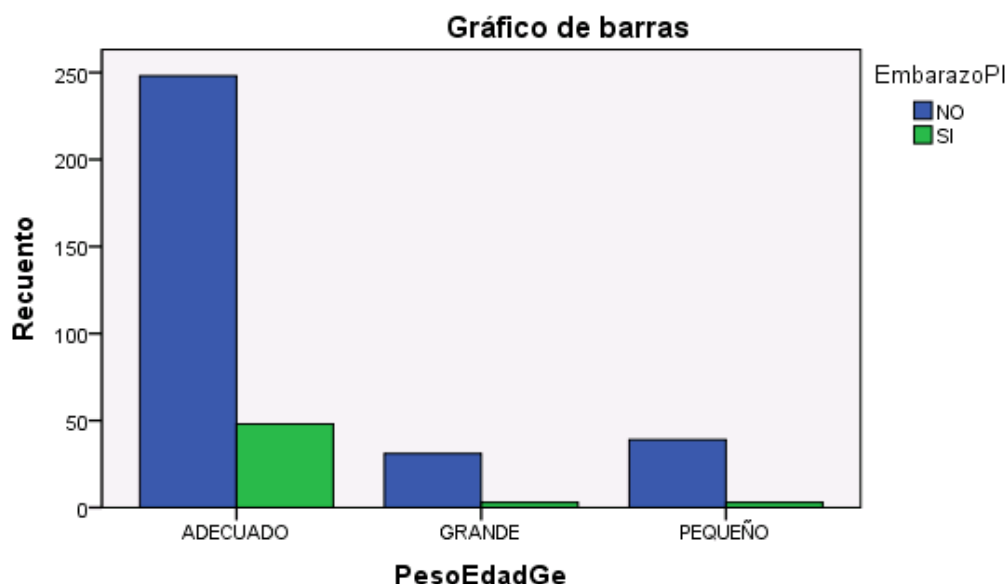
Recuento

		EmbarazoPI		Total
		NO	SI	
PesoEdadGe	ADECUADO	248	48	296
	GRANDE	31	3	34
	PEQUEÑO	39	3	42
Total		318	54	372

FUENTE: FORMULARIO 051

REALIZADO CON EL PROGRAMA ESTADISTICO SPSS 19

GRÁFICO No.20.



ANÁLISIS.

De los 42 casos registrados, 39 pacientes no tuvieron un embarazo planificado. Con lo que se puede concluir que las mujeres no planifican sus embarazos y pueden tener neonatos con bajo peso, porque no asisten a los controles que previenen esta patología.

4.1.5.- CRUCE : PESO /EDAD GESTACIONAL CON FUMAR

TABLA No.22.

Tabla de contingencia Peso Edad Gestacional * FUMA

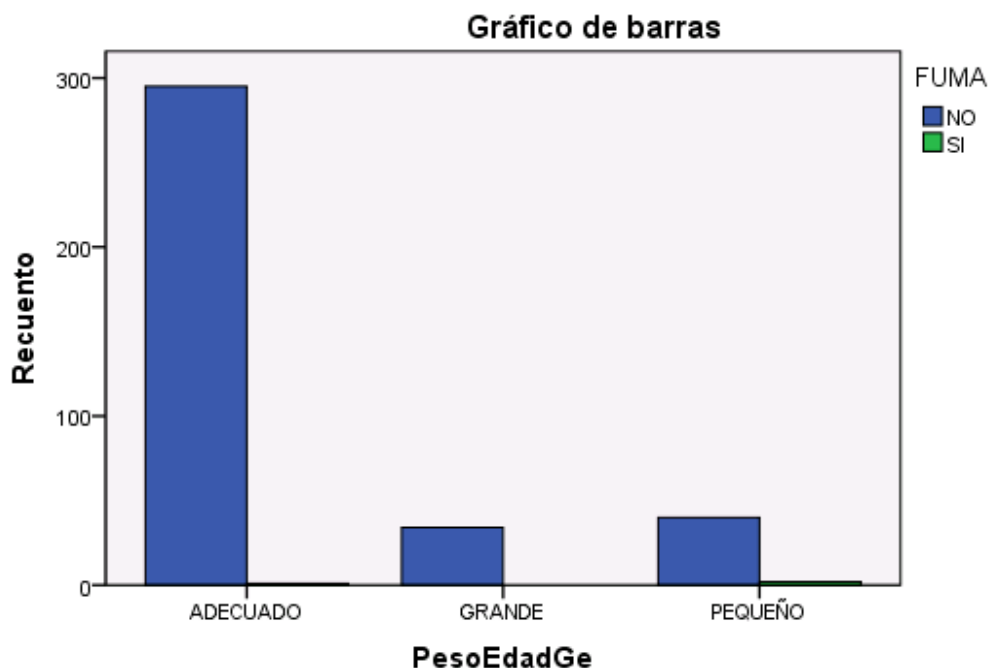
Recuento

		FUMA		Total
		NO	SI	
Peso Edad Ge	ADECUADO	295	1	296
	GRANDE	34	0	34
	PEQUEÑO	40	2	42
Total		369	3	372

FUENTE: FORMULARIO 051

REALIZADO CON EL PROGRAMA ESTADISTICO SPSS 19

GRÁFICO No.21.



ANÁLISIS

De los 42 casos registrados, únicamente 2 fuman y además tienen hijos con bajo peso. Sin embargo ya que el número de casos es bajo en relación a la población; la coincidencia de los dos casos con bajo peso, concuerda con investigaciones

realizadas que indican la relación directa entre fumar y recién nacidos con bajo peso.

4.1.6.- CRUCE: PESO/ EDAD GESTACIONAL CON ALCOHOL

TABLA No.23.

Tabla de contingencia Peso Edad Ge * ALCOHOL

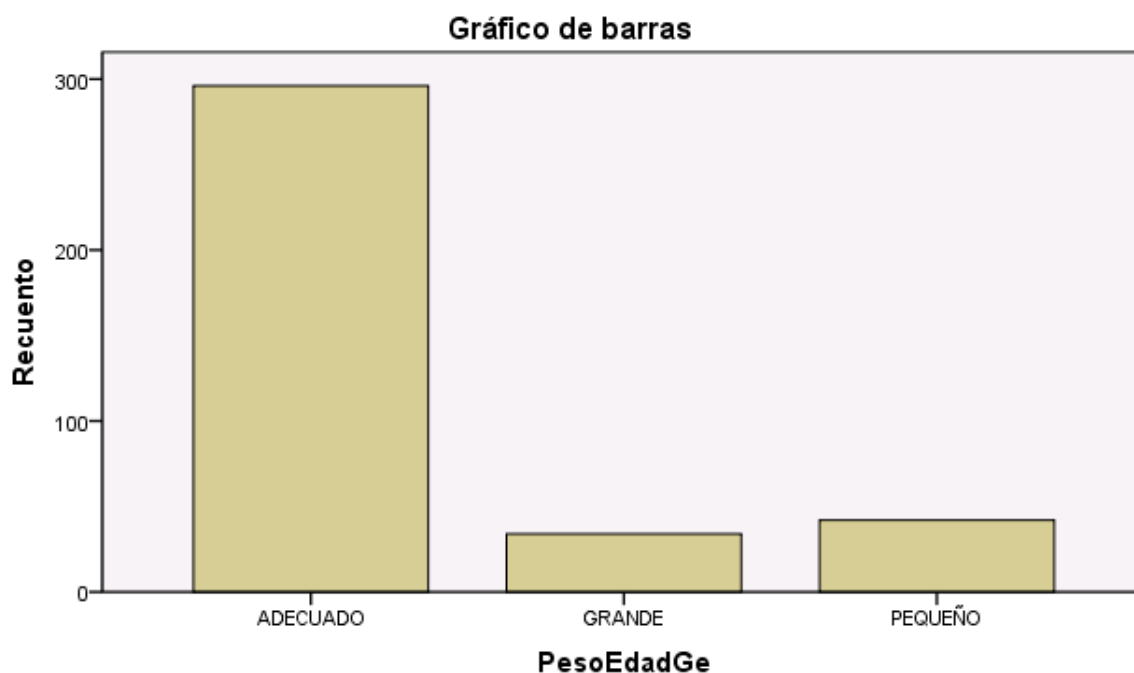
Recuento

		ALCOHOL	
		NO	Total
PesoEdadGe	ADECUADO	296	296
	GRANDE	34	34
	PEQUEÑO	42	42
Total		372	372

FUENTE: FORMULARIO 051

REALIZADO CON EL PROGRAMA ESTADISTICO SPSS 19

GRÁFICO No.22. Peso/ alcohol.



ANÁLISIS

De los 42 casos registrados, ninguno contabiliza como factor el consumo de alcohol para el bajo peso al nacer, por lo que no existe correlación entre estas dos variables.

4.1.7.- CRUCE : PESO /EDAD GESTACIONAL CON DROGAS

TABLA No.24.

Tabla de contingencia Peso Edad Ge * DROGAS

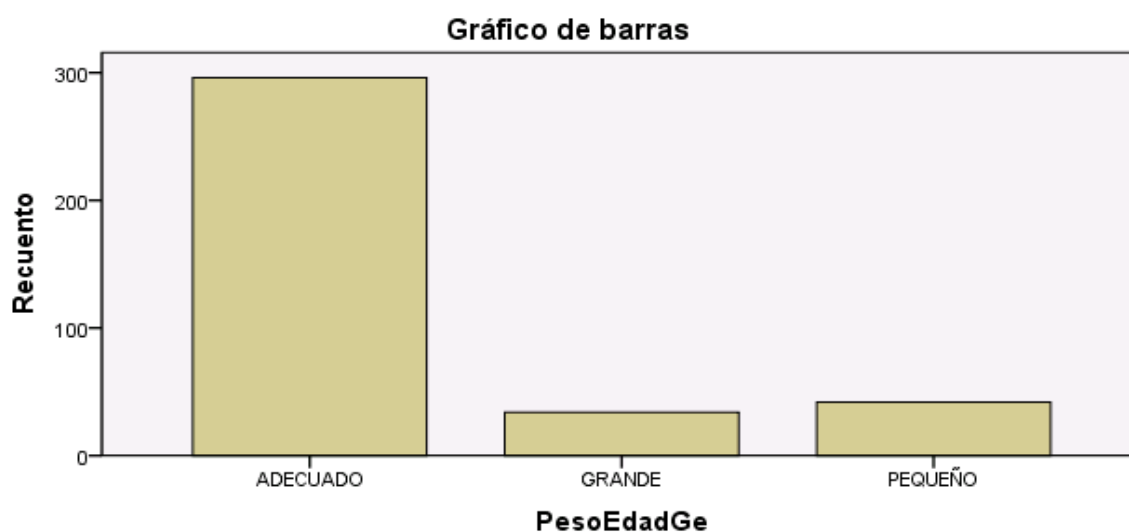
Recuento

		DROGAS	
		NO	Total
Peso Edad Ge	ADECUADO	296	296
	GRANDE	34	34
	PEQUEÑO	42	42
Total		372	372

FUENTE: FORMULARIO 051

REALIZADO CON EL PROGRAMA ESTADISTICO SPSS 19

GRÁFICO No.23. Peso/ drogas.



ANÁLISIS

De los 42 casos registrados, ninguno contabiliza al consumo de drogas como factor de bajo peso al nacer, por lo que no existe correlación entre estas dos variables.

4.1.8.- CRUCE: PESO /EDAD GESTACIONAL CON VIOLENCIA

TABLA No.25

Tabla de contingencia Peso Edad Ge * VIOLENCIA

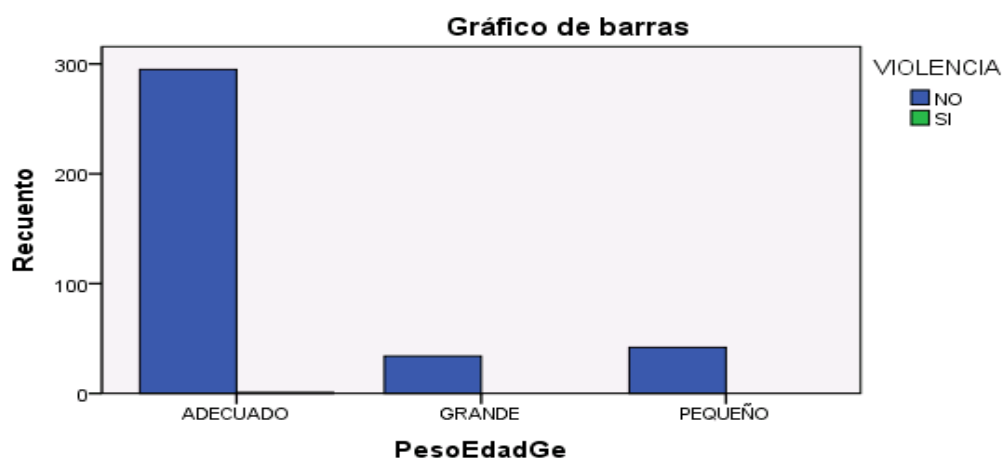
Recuento

		VIOLENCIA		Total
		NO	SI	
Peso Edad Ge	ADECUADO	295	1	296
	GRANDE	34	0	34
	PEQUEÑO	42	0	42
Total		371	1	372

FUENTE: FORMULARIO 051

REALIZADO CON EL PROGRAMA ESTADISTICO SPSS 19

GRÁFICO No.24.



ANÁLISIS

De los 42 casos registrados, solamente uno registra la violencia intrafamiliar como factor de bajo peso en el nacimiento, la violencia intrafamiliar, por lo que no existe correlación entre estas dos variables. Sin embargo las investigadoras por experiencia propia han notado que las pacientes tienen y/o miedo a represalias que no lo denuncian. Por lo que existiría sesgo para esta pregunta.

4.1.9.- CRUCE: PESO /EDAD GESTACIONAL CON ENFERMEDAD EN EL EMBARAZO.

TABLA No.26

Tabla de contingencia Peso Edad Gestacional * ENFERMEDAD

Recuento		ENFERMEDAD						Total
		HTA INDU	HTA PREV	INFECCII	NEFROPAT	NINGUNA	OTRA	
Peso Edad	ADECUADO	1	1	1	10	280	3	296
Gest	GRANDE	1	0	0	0	30	3	34
	PEQUEÑO	0	0	0	2	39	1	42
Total		2	1	1	12	349	7	372

FUENTE: FORMULARIO 051

REALIZADO CON EL PROGRAMA ESTADISTICO SPSS 19

GRÁFICO No.25.



ANÁLISIS

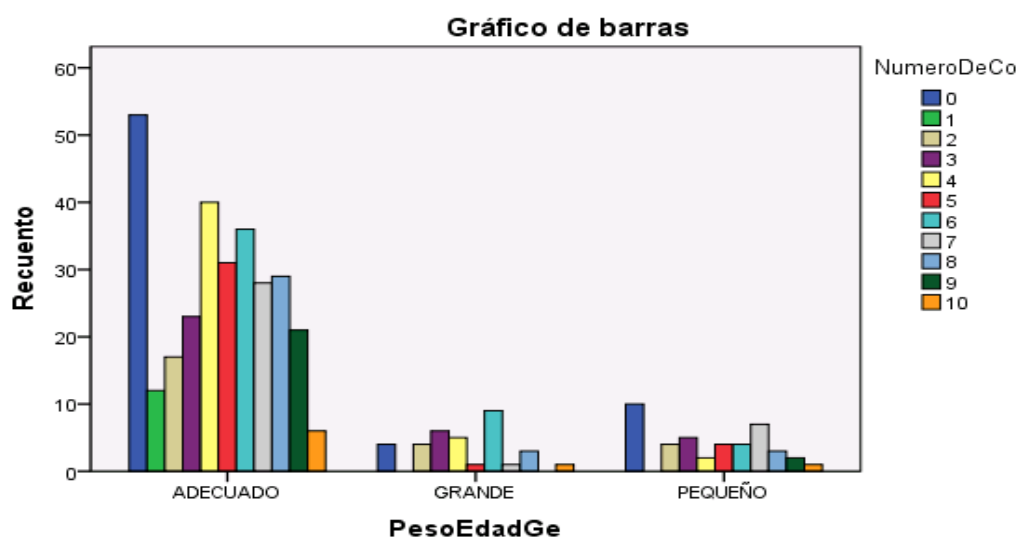
De los 42 casos registrados, 39 se contabilizan que las pacientes no adolecen de ninguna enfermedad. Sin embargo probablemente estas mujeres al no realizarse exámenes o controles de embarazo desconozcan si en realidad padecen de alguna dolencia.

4.1.10.- CRUCE: PESO/ EDAD GESTACIONAL CON NÚMERO DE CONTROLES

TABLA No.27.

CRUCE VARIABLES		
CONTROLES	PEQUEÑO	%
ADECUADOS	25,00	60
INADECUADOS	17,00	40
SUMAN	42,00	100

GRÁFICO No.26.



FUENTE: FORMULARIO 051

REALIZADO CON EL PROGRAMA ESTADISTICO SPSS 19

ANÁLISIS

A pesar de los controles adecuados resultaron el 60% de niños con bajo peso, por lo que se puede concluir que no solamente basta realizar un control prenatal si la madre no cambia su estilo de vida.

4.1.11.- CRUCE: PESO /EDAD GESTACIONAL CON SEXO RECIEN NACIDO

TABLA No.28.

Tabla de contingencia PesoEdadGe * SexoRecien

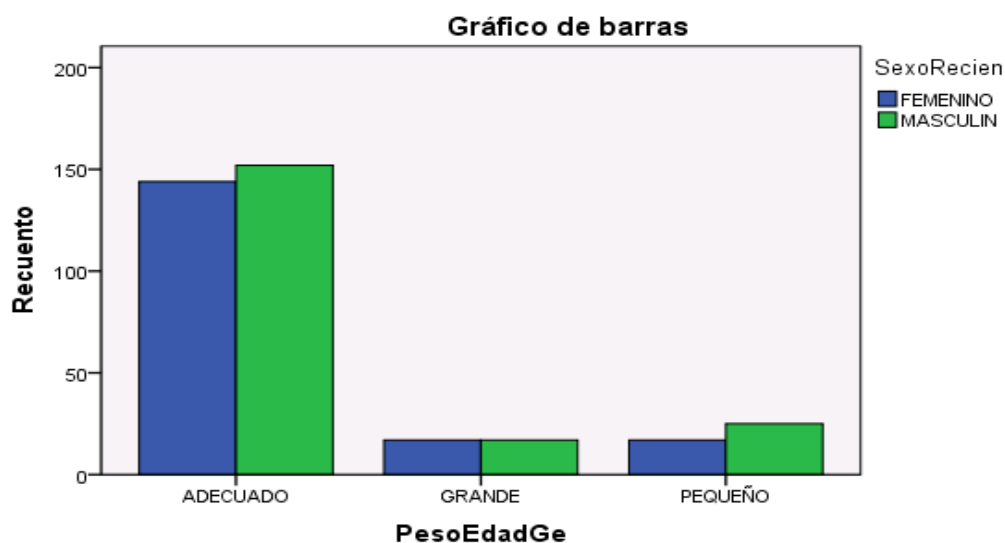
Recuento

		SexoRecien		Total
		FEMENINO	MASCULIN	
PesoEdadGe	ADECUADO	144	152	296
	GRANDE	17	17	34
	PEQUEÑO	17	25	42
Total		178	194	372

FUENTE: FORMULARIO 051

REALIZADO CON EL PROGRAMA ESTADISTICO SPSS 19

GRÁFICO No.27.



ANÁLISIS

De los 42 casos registrados, 25 se contabilizan neonatos de género masculino que equivale aproximadamente al 60%; mientras que el restante 40% de género femenino, por lo que existe un mayor número de casos de neonatos de sexo masculino.

4.1.12.- CRUCE: PESO/ EDAD GESTACIONAL CON IMC MEDIDO

TABLA No.29

Tabla de contingencia **PesoEdadGe * IMCmedido**

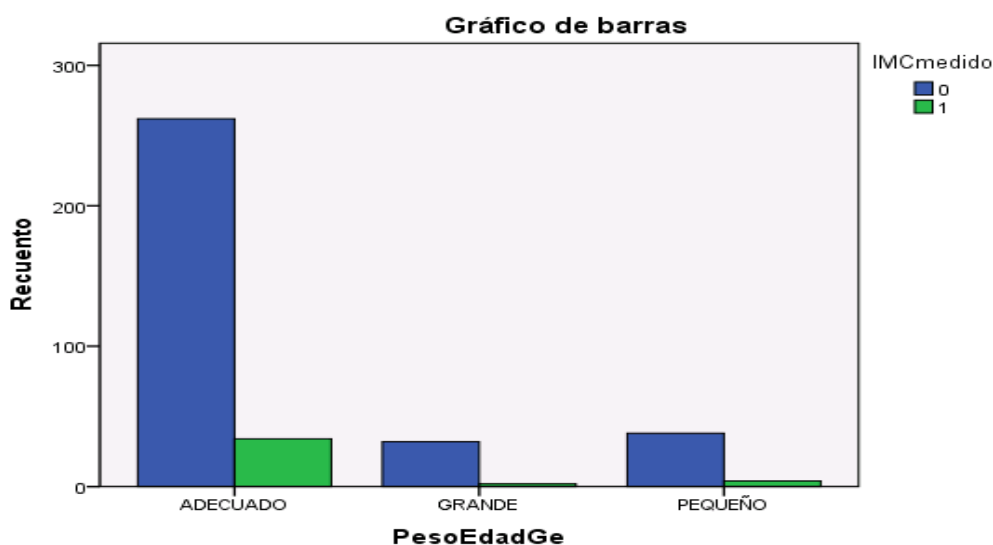
Recuento

		IMCmedido		Total
		0 (No Medido)	1 (Medido)	
PesoEdadGe	ADECUADO	262	34	296
	GRANDE	32	2	34
	PEQUEÑO	38	4	42
Total		332	40	372

FUENTE: FORMULARIO 051

REALIZADO CON EL PROGRAMA ESTADISTICO SPSS 19

GRÁFICO No.28.



ANÁLISIS

De los 42 casos registrados con bajo peso al nacer a 38 neonatos, a sus madres no se les midió el peso y talla, ni siquiera al final del embarazo por lo que se puede concluir que un inadecuado control prenatal se refleja obteniendo como producto niños de bajo peso al nacer. Es decir con controles adecuados se puede detectar y evitar niños con bajo peso al nacer.

4.1.13.- CRUCE: PESO /EDAD GESTACIONAL CON EDAD DE LAS MADRES

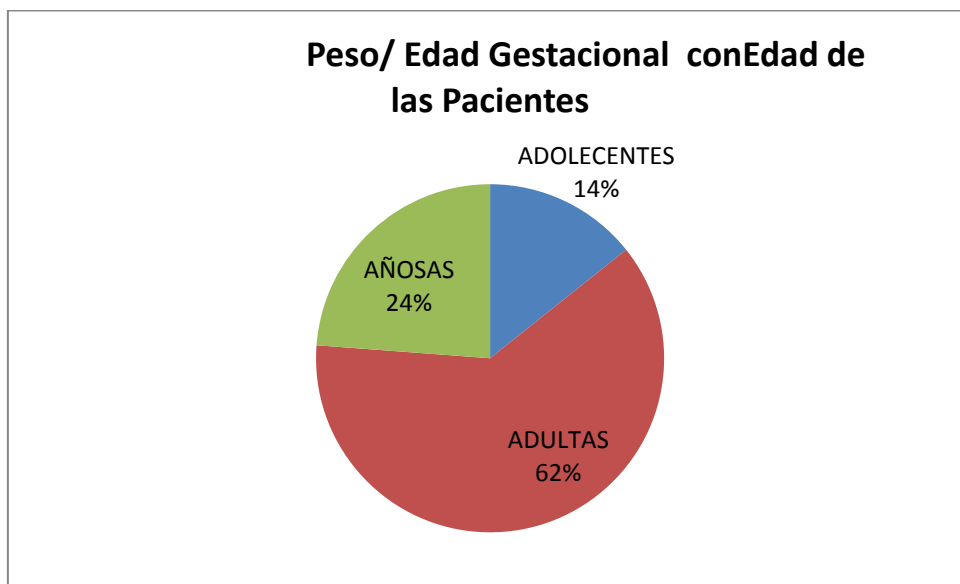
TABLA No.30

CRUCE DE VARIABLES		
VARIABLE	PEQUEÑO	PORCENTAJE
ADOLECENTES	6	14,3
ADULTAS	26	61,9
AÑOSAS	10	23,8
SUMAN	42	100,0

FUENTE: FORMULARIO 051

ELABORADO POR: LAS AUTORAS

GRÁFICO No.29.



FUENTE: FORMULARIO 051

REALIZADO POR LAS AUTORAS

ANÁLISIS

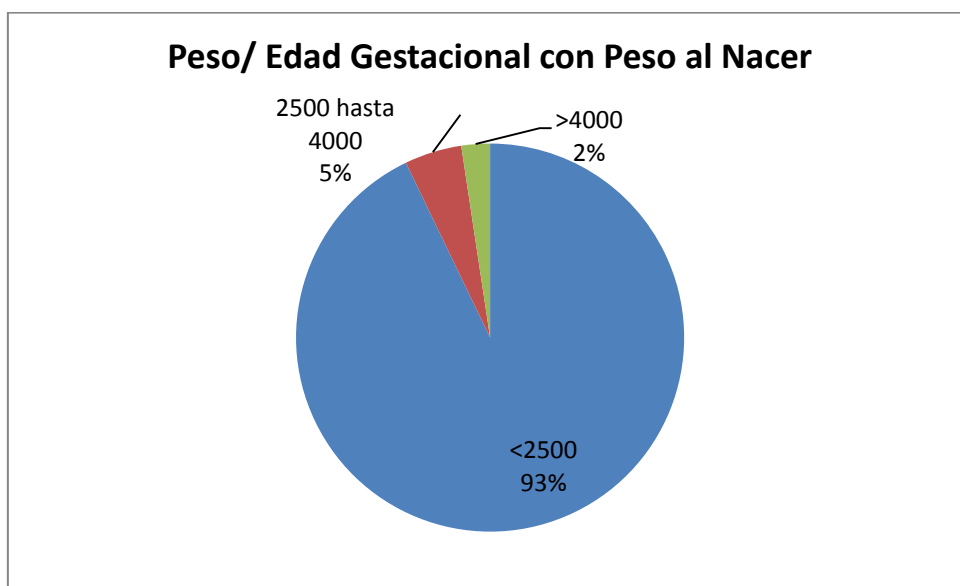
Si agrupamos las madres juveniles y añosas conjuntamente representan aproximadamente el 38% tienen niños de peso bajo, considerando estos dos grupos como de riesgo.

4.1.4.- CRUCE: PESO /EDAD GESTACIONAL CON PESO AL NACER

TABLA No.31.

CRUCE DE VARIABLES		
VARIABLE	PEQUEÑO	%
<2500	42	100
2500 hasta 4000	0	0
>4000	0	0
SUMAN	42	100,0

GRÁFICO No30



FUENTE: FORMULARIO 051

REALIZADO CON EL PROGRAMA ESTADISTICO SPSS 19

ANÁLISIS

Con este cruce de variables se puede confirmar que los niños de bajo peso tiene menos de 2500 gramos y representan el 100%.

4.2.- PRUEBA DE HIPOTESIS

La prueba de hipótesis se realizó con la prueba de chi cuadrado.

La prueba de chi cuadrado (χ^2) permite determinar si el patrón de frecuencia observado corresponde o se ajusta al patrón esperado; también sirve para evaluar hipótesis acerca de la relación entre dos variables¹⁴.

Para hacer la prueba de chi cuadrado se requiere los siguientes pasos: 14.

1.-Se plantea la hipótesis nula y alternativa

HIPOTESIS NULA (H₀): No existen diferencias significativas en las variables analizadas para el bajo peso observado en la Maternidad de Corta Instancia de Carapungo.

HIPOTESIS ALTERNA (H_A): Existen diferencias significativas en las variables analizadas para el bajo peso observado en la Maternidad de Corta Instancia de Carapungo.

2.- Se determina el número de variables y valores

La prueba de chi cuadrado se realizó con el análisis de 14 variables, que se obtuvieron del cruce que se desarrolló anteriormente.

3.- Se calcula el valor de chi cuadrado

Se desarrolló en base al siguiente cuadro:

¹⁴ Bernal, CA. (2006) *Metodología de la Investigación*, Colombia: Prentice Hall.

TABLA No.32

PRUEBA DE CHI CUADRADO					
GRADOS LIBERTAD	VARIABLES DE CRUCE	SUB VARIABLE	FRECUENCIA OBSERVADA	FRECUENCIA ESPERADA	(O-E)^2/E
1	ETNIA	INDIGENA Y AFROECUATORIANA (MINORIAS)	5	21	12,19
2	ESTADO CIVIL	SOLTERAS	5	21	12,19
3	ESTUDIOS	PRIMARIA	9	21	6,86
4	EMBARAZO PLANIFICADO	NO PLANIFICADO	39	21	15,43
5	FUMA	SI	2	21	17,19
6	ALCOHOL	SI	0	21	21,00
7	DROGA	SI	0	21	21,00
8	VIOLENCIA	SI	0	21	21,00
9	ENFERMEDAD	SI	3	21	15,43
10	NÚMERO DE CONTROLES	INADECUADOS	17	21	0,76
11	SEXO RECIEN NACIDO	MASCULINO	25	21	0,76
12	IMC MEDIDO	NO MEDIDO	38	21	13,76
13	EDAD MADRES	ADOLECENTES Y AÑOSAS	6	21	10,71
14	PESO AL NACER	<2500	39	21	15,43
X ²					183,71
GRADOS DE LIBERTAD (k-1)					13
NIVEL DE SIGNIFICANCIA					0,05
VALOR DE CHI					22,36
DECISIÓN: SE RECHAZA HO					

FUENTE: INVESTIGACIÓN PROPIA

ELABORADA POR: LAS AUTORAS

4.- Se escoge el nivel de significancia

El elegido es el grado de significancia normal para este tipo de prueba que es de 0.05; el valor tabulado de (x^2) con (k-1) es decir de 13 grados de libertad que es 22.36.

5.- Decisión

Comparando el valor calculado de (x^2), como se aprecia en la Tabla No. 32, el valor es de 183.71, es mayor que el valor registrado para los 13 grados de libertad que dio 22.36; entonces se rechaza la hipótesis nula que afirma que: No existen diferencias significativas en las variables analizadas para el bajo peso observado en la Maternidad de Corta Instancia de Carapungo.

6.- Conclusión

Se concluye que con el 95% de confianza en los datos obtenidos en base al formulario 051, existen diferencias significativas en las variables analizadas para el bajo peso observado en la Maternidad de Corta estancia de Carapungo.

CAPITULO V

DISCUSIÓN

En nuestra investigación en el estado civil que predominó con Recién Nacidos de Bajo Peso (RNBP), fue las pacientes casadas, seguidos muy de cerca por las que practican unión libre, presentándose un pequeño número en las solteras.

A diferencia de nuestros resultados en un estudio hecho en Uruguay refiere que el coeficiente de casada o unión libre es positivo, pero no significativo, lo que implica que estado civil –y con ello el acceso a una mayor riqueza y deseo del embarazo – no impacta significativamente en el BPN en Uruguay¹⁵.

La etnia indígena y afro ecuatoriana no se registraron un número considerable de Recién Nacidos con Bajo Peso (RNBP), tal vez porque el tamaño de la muestra es pequeño, presentándose en mayor número en el grupo Mestizo.

Otro autor propone que en EE.UU. en mujeres de etnia negra es dos veces más alta, la tasa de RNBP y parto Pretérmino.¹⁶

En el nivel de escolaridad en nuestra investigación se presentaron RNBP en las pacientes que cursaban la secundaria, en menor cantidad las que tenían primaria y muy pocos en el nivel universitario, presentándose un caso en una madre analfabeta

En un estudio realizado en el Municipio Playa en La Habana Cuba, presentó RNBP en el nivel de escolaridad preuniversitario (Bachillerato) y solamente un pequeño porcentaje tuvo nivel escolar bajo, sin aparecer casos de analfabetismo.¹⁷

En cuanto al embarazo no planificado y su relación con el RNBP fue significativa, encontrándose un gran número de RNBP

De igual manera en un trabajo realizado en Barquisimeto en donde encontraron que en el embarazo no planificado se presentaban RNBP.¹⁸

¹⁵ Tood Jewell, R. Triunfo, P.(2006). Bajo Peso al nacer en Uruguay: implicaciones para las políticas de salud. Uruguay. Departamento de economía. Facultad de Ciencias Sociales, Universidad de la República.

¹⁶ Muglia, L. Kast, M. (2010). El enigma del Parto Pretérmino espontáneo. *New England Journal Medicine*,362,329-35

¹⁷ López, JI. Lugones Botell, M. Valdespino Pineda, LM. (2004). Algunos factores maternos relacionados con el bajo peso al Nacer.*Revista Cubana de Ginecología y Obstetricia*, 30 (1).

¹⁸ Calabrese Diaz, GJ.(2004). Factores que condicionan el embarazo no planificado. Barquisimeto. Departamento de Ginecología y Obstetricia. Hospital Central Universitario María Antonia Pineda

Con respecto a las drogas, alcohol, tabaco y violencia intrafamiliar no hubo relación con RNBP. Sin presentarse casos a excepción del tabaco que las dos madres que fumaban en las dos se presentó RNBP, siendo el número muy pequeño, para tener una mayor significación.

Souto da Silva en su trabajo de igual manera Respecto a la asociación en el uso de drogas lícitas (tabaco y alcohol), constató que el alcohol no tiene significancia estadística, probablemente por el pequeño número de gestantes implicadas.¹⁹

En la investigación de Schoeps et al, el bajo peso al nacer está íntimamente relacionado con el tabaquismo.²⁰

En cuanto a la utilización de drogas ilícitas, a pesar de los relatos sobre el aumento de los partos prematuros relacionado con uso de drogas, no se encontró aumento en el riesgo de nacimiento de recién nacidos de bajo peso asociado al abuso de estas sustancias por las gestantes, como en el alcoholismo, esto ocurre por el pequeño número de gestantes implicadas.²¹

El momento del embarazo supone una motivación especial para dejar de fumar. En general, se estima que alrededor del 25 % de las mujeres fumadoras dejan de hacerlo completamente durante el embarazo.

La enfermedad que se presentó en el embarazo con dos casos fue la infección urinaria, el resto no presentó ninguna enfermedad, creemos que se trata de un subregistro ya que el número de controles es inadecuado, como nos referiremos más adelante.

Guevara Cosme en su trabajo señala que las madres que padecen infección urinaria tienen tres veces más riesgo de tener un RNBP.²²

En nuestro estudio el número de controles no presentó relación con los RNBP.

¹⁹ Souta Da Silva, S. Santos, FDD. Coca Leventhal, L. (2011). Nacimiento de Recién Nacidos de Bajo Peso en Institución filantrópica del Municipio Picaiba. *Enfermería Global*. 23, 695-708

²⁰ Schoeps, D. Almeida, MF. Alencar, JP. Junior, IF. (2007). Fatores de risco para mortalidade neonatal precoce. *Rev Saude Publica*.41,1013/1022.

²¹ Brito, MC. Juliano, Y. Novo, NF. Sigulem, DM. Fatores asociados ao baixo peso ao nascer em uma maternidade de nivel secundário no Município de Sau Paulo. *Rev Paul Pediatria*. 24,221-226

²² Guevara Cosme, JA. Montero Hechavarría, Esnel. Fernández Miralles, RM.(2009). Factores de riesgo del Bajo Peso al nacer en el Hospital Materno de Palma Soriano. *Medisan* , 13, 24/36.

A diferencia de otros autores, que comparan los números de consultas prenatales con el bajo peso al nacer describen que hay una fuerte asociación entre estas variables.²³

El cuidado prenatal tiene impacto beneficioso en el crecimiento intrauterino, al permitir la identificación y tratamiento de complicaciones de la gestación y la eliminación o reducción de factores de riesgo modificables. Cuanto mayor es el número de consultas, menor el riesgo relativo para la prematuridad y el bajo peso al nacer.²⁴

Estos resultados señalan acerca de la importancia que tiene poder accionar en la mujer en el período pre concepcional, ya que pueden tomarse medidas antes de la gestación y obtener buenos resultados y no después.

En nuestro estudio el sexo masculino del Recién Nacido, tiene una relación significativa con el bajo peso al nacer.

Coincidiendo con nuestro estudio Souta da Silva y Gala, en sus estudios refiere que el sexo masculino presentó más número de casos que el femenino^{25 26}

Utilizamos el IMC medido, encontramos que a las madres que no se les midió el IMC presentaron RNBP

Coincidiendo con nosotros diversos investigadores opinan que el estado nutricional materno, cuando es desfavorable, repercute negativamente en el peso del recién nacido, ya que la ganancia ponderal insuficiente durante el embarazo es un factor importante en la aparición de niños bajo peso.^{27 28}

Como se ha demostrado, el IMC se asocia al CIUR y al peso placentario por lo que constituye un factor predictor del peso del recién nacido.²⁹

Estos resultados señalan acerca de la importancia que tiene poder accionar en la mujer en el período pre concepcional, ya que pueden tomarse medidas antes de la gestación y obtener buenos resultados.

²³ Kilsztajn, S. Rossbach, AC. Carmo, MSN. Sugahara, GTL. (2003). Assistência Pré-natal, Baixo Peso e Prematuridade no Estado de São Paulo. *Rev Saúde Pública.* 37(3): 303-310

²⁴ Guimarães, EA. Velásquez-Meléndez, G.(2002). Determinantes do baixo peso ao nascer a partir do Sistema de Informação sobre Nascidos Vivos em Itaúna, Minas Gerais. *Rev Bras Saúde Matern Infant.* 2(3):283-90.

²⁵ Souta Da Silva, S. Santos, FDD. Coca Leventhal, L. (2011). Nacimiento de Recién Nacidos de Bajo Peso en Institución filantrópica del Municipio Picaiba. *Enfermería Global.* 23, 695-708

²⁶ Gala Vidal, H. Crespo Mengana, E. García Díaz, RC. (2010) Factores de riesgo asociados al bajo peso al nacer en una comunidad venezolana. *MEDISAN.* 14,91/93.

²⁷ Guevara Cosme, JA. Montero Hechavarría, Esnel. Fernández Miralles, RM.(2009). Factores de riesgo del Bajo Peso al nacer en el Hospital Materno de Palma Soriano. *Medisan* , 13, 24/36.

²⁸ Cárdenas Rivero, Y. Izquierdo Santa Cruz, M. (2000). Comportamiento de los recién nacidos de muy bajo peso en el Hospital Docente Gineco Obstétrico de Guanabacoa. *Revista Cubana de Salud Integral.* 5, 20 23

²⁹ Noda García, T. Torres Montero, M. Mantecon Hechavarría, Susana.(2011). *Ilustrados.com.*

En los países en vías de desarrollo una de las condicionales del bajo peso al nacer es el mal estado nutricional de la madre en el momento de la concepción, hay investigaciones donde se plantea que es más frecuente que la madre con ganancia insuficiente de peso sea la que aporte el recién nacido bajo peso.³⁰

La edad de la Madre en donde se encontraron más casos de RNBP, es en las adultas con un rango de edad de 19 a 35 años, en las edades de riesgo como son las adolescentes y las añosas, se presentó un número pequeño.

En el estudio de Souta Da Silva y López las madres del grupo de casos, tenían edad entre 19 a 34 años. No hubo relación entre la edad materna y el bajo peso al nacer.^{31 32}

A diferencia de nuestro estudio tenemos Una investigación realizada con objetivos similares en la maternidad Martín de la ciudad de Rosario provincia de santa Fe Argentina, demostró que las madres adolescentes aportaron el 38.5 % de niños con bajo peso al nacer.^{33 34}

En un estudio de 3 años realizado sobre prevalencia de bajo peso al nacer y factores maternos asociados en la Unidad de atención y Protección Materno infantil de la Clínica Universitaria Bolivariana Medellín –Colombia reportó que el mayor porcentaje de los recién nacidos fueron en madres con edad mayor a 34 años.³⁵

En cuanto al Peso al Nacer hubo una relación significativa ya que la mayoría se ubicaron por debajo de 2500 gr.

³⁰Martínez Barreiro, LA. Herrera León, L. (2008). Un exámen crítico del peso al nacer, en su relación con la edad gestacional. *Revista especializada en temas de población*. 4, 91-93

³¹ Souta Da Silva, S. Santos, FDD. Coca Leventhal, L. (2011). Nacimiento de Recién Nacidos de Bajo Peso en Institución filantrópica del Municipio Picaiba. *Enfermería Global*. 23, 695-708

³² López, JI. Lugones Botell, M. Valdespino Pineda, LM. (2004). Algunos factores maternos relacionados con el bajo peso al Nacer. *Revista Cubana de Ginecología y Obstetricia*, 30 (1).

³³Martínez Argudín, X. Duarte Duarte, Y. Portales Gil, E. (2011). Factores Maternos y Bajo Peso al nacer Bahía Onda. *Revista de Ciencias Médicas*. 15, 1-10.

³⁴ Scarinci, GP. Suárez, MS. (2009). Factores de Riesgo asociados con el Bajo Peso al Nacer en la Maternidad Martín de la Ciudad de Rosario provincia de Santa Fe Argentina. *Actualización en Nutrición*. 8, 52-61.

³⁵ Velez Gómez, MP. Barros, FC. Echavarría Retrepo, LG. (2006). Prevalencia de Bajo Peso al nacer y Factores Maternos asociados. *Revista Colombiana Obstetricia y Ginecología*, 57, 264-270.

La Universidad de Chile realizó un estudio respecto al peso al nacer, se encontró datos similares que la mayoría osciló entre 2 000 y 2 499 g.³⁶

El estudio realizado en la *Maternidad de Corta Estancia de Carapungo* entre mayo 2010 a mayo 2011 en la ciudad de Quito, incluyó a todos los neonatos a término nacidos en este período, con el propósito de identificar las variables significativas que influyen en el bajo peso de los mismos.

Las conclusiones que se obtuvieron fueron:

Las variables como Embarazo no Planificado, el Sexo Masculino en el recién nacido, el IMC no medido, el Peso menor a 2500gr, son variables que en nuestro estudio tuvieron una relación, estadísticamente significativa con el Bajo Peso al Nacer.

El inadecuado control prenatal <5 controles fue un hallazgo.

³⁶Pontificia Universidad Católica de Chile.(2009) Escuela de Medicina. Nutrición materna y embarazo. 12, 91-93

CAPITULO VI

CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

6.1.- CONCLUSIONES

1. La etnia en la que se presenta más número de Recién Nacidos con Bajo Peso es la mestiza, presentándose un pequeño número en las etnias indígena y afro ecuatoriana
2. El estado civil en el que se presentaron Recién Nacidos con Bajo Peso pertenece a las pacientes que son Casadas, muy seguidos de las que poseen Unión Libre, sin presentarse un número de casos relevantes en las solteras.
3. En cuanto a los estudios podemos observar que los Recién Nacidos de Bajo Peso se presentaron en las pacientes con estudios Secundarios, se concluye que no hay relación entre una baja escolaridad y el Peso Bajo de los Recién Nacidos.
4. El embarazo no planificado produce como resultado Recién Nacidos de Bajo Peso.
5. El hábito de fumar influye para que se presente Recién Nacidos de Bajo Peso a pesar que el número de pacientes es muy pequeño, pero en todas se presento Recién Nacidos con Bajo Peso.
6. No se registró ingesta de alcohol, drogas, ni Recién Nacido con Bajo Peso.
7. Las pacientes no sufren de violencia intrafamiliar por lo tanto no se presentan Recién Nacido Bajo Peso.
8. La enfermedad que se presenta durante el embarazo aunque en muy poco número es la nefropatía, relacionándose con Recién Nacidos de Bajo Peso.
9. El número de controles adecuados es decir más de 5 controles presentan Recién Nacidos con Bajo Peso.
10. En el sexo masculino se presenta en mayor número de Recién Nacidos con Bajo Peso.
11. Las pacientes que no se midió el IMC presentaron Recién Nacidos de Bajo Peso.

12. Las madres cuyas edades están comprendidas entre 20 a 35 años consideradas adultas presentaron el mayor número de Recién Nacidos con Bajo Peso.
13. En nuestro estudio las madres adolescentes y añosas consideradas de riesgo no presentaron cifras significativas de Recién Nacidos con Bajo Peso.
14. El promedio de Recién Nacidos con Bajo Peso en la Maternidad es de 11,2% lo que supera el promedio nacional que es del 10%
15. Las variables que presentaron diferencias significativas fueron: Embarazo no planificado, Sexo del Recién Nacido, IMC no medido y peso al nacer.
16. Finalmente podemos concluir que las causas para el bajo peso son multifactoriales, y que ninguna por sí sola es suficiente para el bajo peso al nacer, es por ello la necesidad de identificarlos en el momento oportuno, y modificarlos, con el objetivo de mejorar bienestar materno y fetal.

6.2.- HALLAZGOS:

Se ha identificado que seis de cada diez controles son inadecuados, es decir una culpa compartida entre un deficiente control prenatal por parte de los profesionales, y falta del conocimiento por parte de las madres en cuanto a la importancia de los controles prenatales y la disminución de los riesgos tanto para ellas como para sus productos.

No se pudo realizar el IMC para determinar la ganancia de peso durante el embarazo ya que no se registra el peso pre-concepcional, ni el peso al final del embarazo, así como la talla.

No existe una conciencia plena por parte de los profesionales sobre la importancia del registro de peso y talla (con lo que se puede realizar el IMC recepción de las pacientes que ingresan en la maternidad.

Así como por parte de las pacientes que no portan su carnet de control.

6.3 RECOMENDACIONES

Se recomienda que el Ministerio de Salud implemente con sistema de Salud, basado en las necesidades de la población, equitativo, solidario, es decir basado en la APS

Se necesita urgentemente fortalecer el Nivel Primario de Salud, con personal capacitado, con mística y compromiso, para ejercer un control prenatal adecuado.´

Se recomienda que el MSP realice campañas de difusión y promoción sobre métodos de planificación familiar, salud sexual y reproductiva, y en especial darle importancia de la consulta pre concepcional y control prenatal para evitar niños con peso bajo, y otras enfermedades que pueden producir incapacidad para el recién nacido.

Concienciar en el personal médico en el cambio de actitud para la atención médica de calidad con calidez para inducir sobre la responsabilidad que tienen para el adecuado llenado del formulario 051-2008.

Se recomienda que la maternidad para mejorar la atención a todos recién nacidos deben hacer mejoras en la infraestructuras, equipamiento, y contar con el personal suficiente.

La capacitación constante y oportuna al personal sobre la importancia, manejo, llenado y control del formulario 051-200, mejorara la detección temprana factores de riesgo e investigaciones futuras.

BIBLIOGRAFIA

Aliño Santiago, M. (2008). Parto Pretérmino. *Consulta Médica Granma-Cuba*

Bernal, CA. (2006) *Metodología de la Investigación*, Colombia: Prentice Hall.

Brito, MC. Juliano, Y. Novo, NF. Sigulem, DM. Factores asociados ao baixo peso ao nascer em uma maternidade de nivel secundário no Município de Sau Paulo. *Rev Paul Pediatría*. 24,221-226

Calabrese Diaz, GJ.(2004). Factores que condicionan el embarazo no planificado. Barquisimeto. Departamento de Ginecolgía y Obstetricia. Hospital Central Universitario María Antonia Pineda

Cárdenas Rivero, Y. Izquierdo Santa Cruz, M. (2000). Comportamiento de los recién nacidos de muy bajo peso en el Hospital Docente Gineco Obstétrico de Guanabacoa. *Revista Cubana de Salud Integral*. 5, 20 23

Domínguez Domínguez, I. (2010). Estudio de bajo peso al Nacer en Cayo Hueso. *Revista Habana de Ciencias Medicas*. Vol 9, 588-594.

Fajardo Luig, R. Cruz Hernández J. Gómez Sosa E.(2008). Factores de riesgo de bajo peso al nacer, en el Municipio de Centro Habana. *Revista Cubana de Medicina General Integral*. 4, 91-93.

Gala Vidal, H. Crespo Mengana, E. García Díaz RS. (2010) Factores de riesgo asociados al bajo peso al nacer. *MEDISAN*. 14, 91-93.

Guevara Cosme, JA. Montero Hechavarría, Esnel. Fernández Miralles, RM.(2009). Factores de riesgo del Bajo Peso al nacer en el Hospital Materno de Palma Soriano .*Medisan* , 13, 24/36.

Guimarães, EA. Velásquez-Meléndez, G.(2002). Determinantes do baixo peso ao nascer a partir do Sistema de Informação sobre Nascidos Vivos em Itaúna, Minas Gerais. *Rev Bras Saúde Matern Infant*. 2(3):283-90.

Herrera Alcázar V.(2008) Atención Prenatal. La Habana, Editorial Ciencias Médicas.

http://www.umm.edu/pregnancy_spanish/000142.htm

Kilsztajn, S. Rossbach, AC. Carmo, MSN. Sugahara, GTL. (2003). Assistência Pré-natal, Baixo Peso e Prematuridade no Estado de São Paulo. *Rev Saúde Pública*. 37(3): 303-310

López, JI. Lugones Botell, M. Valdespino Pineda, LM. (2004). Algunos factores maternos relacionados con el bajo peso al Nacer.*Revista Cubana de Ginecología y Obstetricia*, 30 (1).

Luque Fernández, MA (2005). *Riesgo de Mortalidad Fetal tardía, prematuridad y bajo peso al nacer*. Madrid: Morata.

Martínez Agudín, X. Duarte Duarte, Y. Portales Gil, E. (2011). Factores Maternos y Bajo Peso al nacer Bahía Onda. *Revista de Ciencias Médicas*. 15, 1-10.

Martínez Barreiro, LA. Herrera León, L. (2008). Un examen crítico del peso al nacer, en su relación con la edad gestacional. *Revista especializada en temas de población*. 4, 91-93

Matiajasevich, A. Barros, FC. Díaz Resello, JL. (2009). Factores de riesgo para muy bajo peso al nacer entre 1500-2499 gramos. *ArchPediatría Uruguay*, 1, 1-10

Muglia, L. Kast, M. (2010). El enigma del Parto Pretérmino espontáneo. *New England Journal Medicine*, 362, 329-35

Noda García, T. Torres Montero, M. Mantecon Hechavarría, Susana.(2011). *Ilustrados.com*.

Pontificia Universidad Católica de Chile.(2009) Escuela de Medicina. Nutrición materna y embarazo. 12, 91-93

Rodríguez Domínguez, PL. Hernández Cabrera, J.(2005). Bajo Peso al Nacer, Algunos factores asociados a la madre. *Revista Cubana de Obstetricia Ginecología*, 1, 1-20.

Rosales, J. (2006). *Estadística con SPSS para Windows*, Méjico: Alfa omega

Scarinci, GP. Suárez, MS. (2009). Factores de Riesgo asociados con el Bajo Peso al Nacer en la Maternidad Martín de la Ciudad de Rosario provincia de Santa Fe Argentina. *Actualización en Nutrición*. 8, 52-61.

Schoeps, D. Almeida, MF. Alencar, JP. Junior, IF. (2007). Fatores de risco para mortalidade neonatal precoce. *Rev Saude Publica*. 41, 1013/1022.

Souta Da Silva, S. Santos, FDD. Coca Leventhal, L. (2011). Nacimiento de Recién Nacidos de Bajo Peso en Institución filantrópica del Municipio Picaiba. *Enfermería Global*. 23, 695-708

Tood Jewell, R. Triunfo, P.(2006). Bajo Peso al nacer en Uruguay: implicaciones para las políticas de salud. Uruguay. Departamento de economía. Facultad de Ciencias Sociales, Universidad de la República.

Velez Gómez, MP. Barros, FC. Echavarría Retrepo, LG. (2006). Prevalencia de Bajo Peso al nacer y Factores Maternos asociados. *Revista Colombiana Obstetricia y Ginecología*, 57, 264-270.

www.bancomundial.org Tabla de niños con bajo peso al nacer 2007.

www.geosalud.com/bajopeso al nacer/factores.

www.undp.org.ec.Informe nacional de los objetivos del milenio 2007.

www.Unicef.org Indicadores de Bajo Peso al nacer. 2004.

ANEXO

ANEXO

No.1

