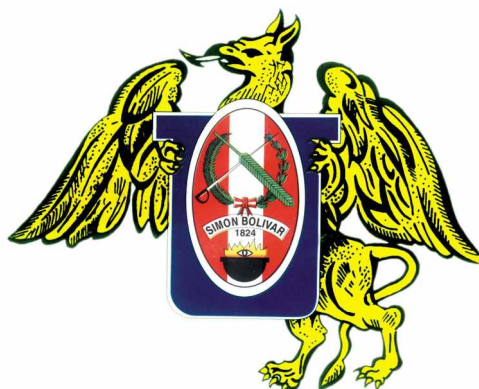


UNIVERSIDAD NACIONAL DE TRUJILLO
FACULTAD DE ENFERMERIA
ESCUELA ACADEMICA DE ENFERMERIA



***“INFLUENCIA DE ALGUNOS FACTORES BIOSOCIOCULTURALES
MATERNOS EN EL BAJO PESO AL NACER
HOSPITAL REGIONAL DOCENTE DE TRUJILLO 2005”***

TESIS

PARA OPTAR EL GRADO DE:

LICENCIADA EN ENFERMERIA

AUTORA: Br. PISFIL MATAALLANA DIANA CECILIA

ASESORA: Ms. GARCIA CASOS VICTORIA SOLEDAD

CO ASESOR: Dr. BUSTAMANTE EDQUEN SEBASTIAN

TRUJILLO – PERÚ

Dedicatoria

A Dios quien desde lo alto supo guiar
Mi vida personal y profesional,
Por llenar mi corazón de paz y amor
Velando mi bienestar y felicidad, sobre
todo por permitirme tener la familia que tengo.

Con profundo amor y eterna gratitud
A mis padres: Eulogio y Miriel
Quienes con su acertado consejo,
supieron sembrar en mi el espíritu de
superación y enseñanza.

DIANA

*A mi hermano José
Quien día a día me ayuda
con su compañía, alegría, comprensión
a la solución de problemas cotidianos.*

*A mis amigos que siempre me aconsejaron
y formaron parte de mis alegrías y tristezas
y a quienes les agradezco su amistad y
confianza puesta en mi y les pido
seguir formando parte de mi vida*

*A Miguel:
Gracias por tu
incondicional cariño y paciencia*

DIANA

Agradecimientos

*A Ms. Victoria García Casós,
Quien en forma incondicional me brindo
su amistad y eficiente asesoramiento
profesional en el presente trabajo de investigación.*

*Al Dr: Sebastián Bustamante Edquén
Quien colaboro incondicionalmente
en la elaboración y culminación del presente trabajo.*

*A mis profesores de todos los años de estudios;
por sus enseñanzas no solo en el aspecto académico,
sino también en lo personal y profesional.*

DIANA

SUMARIO

	Pág.
I. INTRODUCCIÓN.....	01
II. MATERIAL Y MÉTODOS.....	17
III. RESULTADOS	27
IV. ANÁLISIS Y DISCUSIÓN.....	50
V. CONCLUSIONES.....	66
VI. RECOMENDACIONES.....	68
VII. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	69
VIII. ANEXOS	75

RESUMEN

INFLUENCIA DE ALGUNOS FACTORES BIOSOCIOCULTURALES MATERNOS EN EL BAJO PESO AL NACER HOSPITAL REGIONAL DOCENTE DE TRUJILLO 2005

Br. Diana Cecilia Pisfil Matallana.¹

Asesora: Ms. Victoria García Casós²

Co Asesor: Dr. Sebastián Bustamante Edquén.³

El presente trabajo de investigación de tipo descriptivo correlacional retrospectivo se realizó en 94 madres que tuvieron recién nacidos con bajo peso y que fueron atendidas en el Servicio de Obstetricia del Hospital Regional Docente Trujillo, el propósito del presente estudio fue determinar la influencia entre los factores maternos biológicos sociales y culturales con el bajo peso al nacer, en el período 2005. Para la recolección de los datos se utilizó el Cuestionario sobre Factores Biosocioculturales Maternos Asociados al Bajo Peso Al Nacer. La información obtenida fue procesada en el programa estadístico para las ciencias sociales (SPSS) versión 13 y se presenta en cuadros de doble entrada utilizándose la distribución porcentual y la prueba de chi cuadrado para el análisis estadístico.

Los resultados indicaron una influencia significativa entre el bajo peso al nacer y los factores maternos biológicos como la edad con un $X_0^2=29.937$ $p<0.001$; el peso materno con $X_0^2=3.940$ $p<0.05$; los antecedentes obstétricos con $X_0^2=11.586$ $p<0.001$, la afección propia al embarazo con un $X_0^2=3.887$ $p<0.05$ y la afección asociada al embarazo $X_0^2= 10.114$ $p<0.01$; de los factores maternos sociales que tuvo influencia significativa fue la procedencia materna con un $X_0^2= 4.048$ $p<0.05$ y de los factores maternos culturales que tuvo influencia fue los controles prenatales $X_0^2= 29.937$ $p<0.001$. Al relacionar los factores maternos se tuvo como resultado que el factor que más contribuye al bajo peso son los factores maternos biológicos.

Palabras claves: Bajo Peso, Factores Maternos, Biológicos, Sociales, Culturales.

¹ Br. En Enfermería Facultad de Enfermería Universidad Nacional de Trujillo

² Ms. En Enfermería Profesora Auxiliar Departamento Mujer y Niño

³ Dr. En Enfermería Profesor Principal Departamento Salud Comunitaria

ABSTRACT

INFLUENCES OF SOME FACTORS MATERNAL BIOSOCIOCULTURALES IN THE LOW BIRTHWEIGHT NEWBORN HOSPITAL REGIONAL OF TRUJILLO 2005

Br. Diana Cecilia Pisfil Matallana.⁴

Asesora: Ms. Victoria García Casós⁵

Co Asesor: Dr. Sebastián Bustamante Edquén.⁶

The present work of investigation of type descriptive retrospective correlational was carried out in 94 mothers that had newly born with under weight and that they were assisted in the Service of Obstetrics of the Educational Regional Hospital Trujillo, the purpose of the present study it was to determine the influence among the social and cultural biological maternal factors with the first floor weight when being born, in the period 2005. For the gathering of the data the Questionnaire was used it has more than enough Factors Maternal Biosocioculturales Associated to the First floor Weight When being Born. The obtained information was processed in the statistical program for the social sciences (SPSS) version 13 and it is presented in squares of double entrance being used the percentage distribution and the test of square chi for the statistical analysis.

The results indicated a significant influence among the first floor weight when being born and the biological maternal factors as the age with a $X_0^2=29.937$ $p < 0.001$; the maternal weight with $X_0^2=3.940$ $p < 0.05$; the obstetric antecedents with $X_0^2=11.586$ $p < 0.001$, the affection characteristic to the pregnancy with a $X_0^2=3.887$ $p < 0.05$ and the affection associated to the pregnancy $X_0^2 = 10.114$ $p < 0.01$; of the social maternal factors that he/she had significant influence it was the maternal origin with a $X_0^2 = 4.048$ $p < 0.05$ and of the cultural maternal factors that he/she had influence it was the prenatal controls $X_0^2 = 29.937$ $p < 0.001$. When relating the maternal factors one had as a result that the factor that more it contributes to the Low birthweight newborn they are the biological maternal factors.

Key words: Low birthweight newborn, Maternal, Biological, Social, Cultural Factors.

¹ Br. En Enfermería Facultad de Enfermería Universidad Nacional de Trujillo

² Ms. En Enfermería Profesora Auxiliar Departamento Mujer y Niño

³ Dr. En Enfermería Profesor Principal Departamento Salud Comunitaria

I. INTRODUCCIÓN

El bajo peso de un Recién Nacido es un indicador valioso que refleja la realidad objetiva de la situación de salud de la población, en especial de las mujeres en etapa de gestación. El recién nacido de bajo peso es uno de los grandes problemas de salud pública, puesto que es un predictor de morbi-mortalidad y representa la segunda causa de mortalidad perinatal, se usa como indicador de la salud del neonato, permitiendo predecir sobrevida y desarrollo, y la capacidad reproductiva de la madre.(Guyer; Puffer 1998).

Los RN que nacen con bajo peso suelen tener serios problemas de salud durante sus primeros meses de vida y es mayor el riesgo de que sufran discapacidades con efectos de duración prolongada. Aunque los avances en la atención médica neonatal han reducido considerablemente la tasa de mortalidad asociada con estos problemas (Becerra, 1998).

En el mundo, cada año, uno de cada catorce recién nacidos (RN) nace con bajo peso (BPN), esta condición es uno de los factores responsables del 60 por ciento de las muertes en lactantes, si bien algunas estimaciones mostraron una proporción en países subdesarrollados que ascendía al 19 por ciento, frente a cifras muy inferiores en países desarrollados: en Estados Unidos se sitúa alrededor del 4 por ciento, en el Reino Unido 3 por ciento y en España en torno al

4 por ciento. Estas cifras de RN con Bajo Peso al Nacer en Latinoamérica son diversas; en el 2005 Argentina registraba un 8,3 por ciento, Ecuador 12 por ciento y República Dominicana 14,0 por ciento; Uruguay 8 por ciento y Panamá 8,9 por ciento, en Chile 6,5 por ciento, Paraguay 5,3 por ciento y Bolivia 12 por ciento (Organización Panamericana de la Salud OPS, 2005).

En el Perú, la incidencia de nacidos de Bajo Peso es elevado variando según el área geográfica, encontrando la tasa mas baja en Moquegua 1.9 por ciento y la mas alta en Apurimac 6.6 por ciento. Para la Región La Libertad este no es un problema aislado ya que este significa un 3.2 por ciento del total de recién nacidos durante el año 2005 (Instituto Nacional de Estadística e Informática INEI, 2005).

Para el Hospital Regional Docente Trujillo, un Centro Base del Trabajo Sanitario de la Región Norte, durante el año 2005, se produjeron un total de 3423 nacidos vivos dentro de los que 124 fueron categorizados con bajo peso, convirtiéndose en un 4 por ciento del total de nacidos vivos (Dep. Estadística HRDT, 2005).

1.1 ANTECEDENTES Y JUSTIFICACION DEL PROBLEMA

El Recién Nacido de Bajo Peso constituye un hecho biológico, ocurrido como consecuencia de las influencias de factores fisiopatológicos tanto maternos como fetales; siendo importante conocer las causas y factores condicionantes que prevalecen o agravan este hecho, constituyendo un importante problema de salud perinatal que implica una necesidad de primer orden el conocer cuales son estos factores de riesgo y lograr prevenir los nacimientos de bajo peso, ya que estos se están configurando como una de las causas que favorecen la elevada tasa de morbimortalidad perinatal existente (Bortman, 1995).

En este contexto, se hace relevante mencionar que la salud de la mujer juega un rol importante haciéndose imperativo un estudio sobre aquellos factores maternos que suelen ser los responsables directos en la ocurrencia de bajo peso en sus recién nacidos, sabiendo que esta es una patología que se evidencia con frecuencia en nuestro medio, es así que durante el periodo correspondiente al internado del año 2006 en la rotación intramural en el servicio de maternidad del HRDT evidenció un número no desestimable de recién nacidos con bajo peso, naciendo la inquietud de estudiar aquellos factores causales de dicha patología a fin de lograr una adecuada prevención (Puffer, 1998).

La prevención juega un papel esencial, y es la tarea que el profesional de enfermería podrá llegar a abordar teniendo un análisis

de factores causales que esta presente investigación pretende identificar, ya que el conocimiento de estos la capacitara para brindar un cuidado integral. Además el éxito de cualquier programa que se pretenda dependerá de la manera en la cual se manejen las necesidades, y del uso adecuado de los recursos humanos, financieros, informativos y materiales existentes.

Considerando la situación problemática se formula la siguiente interrogante de investigación:

¿Cómo influyen los factores maternos Biológicos (edad, peso, antecedentes obstétricos, afección asociada al embarazo y propias del embarazo); Sociales (estado civil, ocupación, procedencia); Culturales (grado de instrucción, hábitos nocivos y control prenatal) en el bajo peso del recién nacido atendidos en el Hospital Regional Docente de Trujillo en los meses de Enero a Diciembre del 2005?

En el presente trabajo de investigación se pretende descubrir la influencia que ejercen los factores maternos como determinante en el peso de su recién nacido y de esta forma dar respuesta a las interrogantes enunciadas, y de mismo modo determinar la necesidad e importancia que tiene la promoción y prevención en la madre para el logro de una optima calidad de vida de su bebe a corto y largo plazo y evitar así el aumento de la tasa de mobi-mortalidad.

1.2 OBJETIVOS:

- Determinar la influencia que existe entre los factores maternos biológicos (edad, peso, antecedentes Obstétricos, afecciones asociadas al embarazo y propias del embarazo) en el bajo peso al nacer. Hospital Regional Docente Trujillo 2005.
- Determinar la influencia que existe entre los factores maternos sociales (estado civil, procedencia, ocupación) en el bajo peso al nacer. Hospital Regional Docente Trujillo 2005.
- Determinar la influencia que existe entre los factores maternos culturales (grado de instrucción, hábitos nocivos y control prenatal) en el bajo peso al nacer. Hospital Regional Docente Trujillo 2005.
- Determinar la relación de los factores maternos biológicos, sociales y culturales y el bajo peso al nacer. Hospital Regional Docente Trujillo 2005.

1.3 MARCO CONCEPTUAL Y EMPIRICO

El crecimiento humano es un proceso que se extiende desde la vida intrauterina, donde se considera al embarazo una unidad indivisible materno-fetal; hasta la edad adulta. La multiplicidad de factores implicados en este proceso hace que su evolución constituya un indicador sensible, aunque no específico, del estado de salud y bienestar del ser humano, por ello es vital importancia el desarrollo intrauterino considerando este desde la reproducción celular hasta el peso final que el producto de la gestación trae (Soriano, 1999).

El Peso final se define como el primer peso de un recién nacido, tomado en el transcurso de los primeros 60 minutos o en las primeras 24 horas. Los niños con bajo peso al nacer son infantes cuyo peso al momento de su nacimiento es inferior a 2.500 gramos, independientemente de su edad gestacional (Paul, 1994; Organización Mundial de la Salud OMS, 2004).

La Organización Mundial de la Salud y el Centro Latinoamericano de Perinatología (CLAP), clasifica el Peso al Nacer en nacidos vivos de parto único a término, en: Muy Bajo Peso al Nacer menor 1.500 gramos, Bajo Peso al Nacer menor 2.500 gramos, Peso Deficiente 2500gramos a 2.999 gramos y Normal mayor o igual a 3.000 gramos.

Los recién nacidos con bajo peso son más proclives que los de peso normal a tener problemas médicos y complicaciones del desarrollo. Anualmente, alrededor de 40.000 RN de bajo peso en el mundo, sufren del síndrome de dificultad respiratoria, una de las causas más importantes de muerte e incapacidad entre estos. Debido a que 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. También pueden presentar asfixia porque toleran mal el estrés del trabajo de parto (asfixia neonatal) (Gomella, 2002).

Los RN de bajo peso son más proclives a desarrollar ictericia y a ponerse amarillos porque su hígado puede tardar en comenzar a funcionar independientemente. La termorregulación también está comprometida, debido al aislamiento disminuido del tejido subcutáneo (hipotermia); además el metabolismo de los hidratos de carbono se encuentra gravemente alterado por lo que son muy susceptibles a hipoglucemia como consecuencia de las reservas disminuidas de glucógeno y la menor capacidad de gluconeogenesis. La hipotermia puede potenciar el problema de la hipoglucemia. Si los problemas son graves pueden causar daños cerebrales (Gary, 2001).

El BPN se asocia a variables socioeconómicas, culturales, a condiciones biológicas de la madre y a diversas patologías que afectan a la madre y al feto. Aunque los procedimientos íntimos son

desconocidos, el crecimiento puede ser modificado por numerosos factores maternos (Behrman, 2000).

Los factores maternos son aquellas características biosocioculturales de la madre y que de una manera u otra pueden estar en relación con su actitud y conducta para obtener un recién nacido de buen peso, los factores actuantes pueden subdividirse en: biológicos dentro de los que se incluye la Edad, Estado nutricional al inicio del embarazo (IMC), Ganancia de peso materno, Malos Antecedentes Obstétricos, Afección Asociada al Embarazo, Afección Propia del Embarazo y los socioculturales Estado civil, Ocupación, Procedencia, Nivel cultural, Hábitos maternos como tabaquismo, drogadicción Alcoholismo y el número de controles Prenatales (Juez y Ventura 1999).

En relación a la edad de la madre, se define como el tiempo que ha vivido una persona, cada uno de los períodos en que se considera dividida la vida humana. Según la mayoría de autores, hay una edad materna ideal para la reproducción: la comprendida entre los 18 y los 35 años. Por debajo o por encima de estos límites, el peso del recién nacido disminuye (Centro Latinoamericano de Perinatología y Desarrollo Humano, 2000).

En menores de 15 años, el primer embarazo sorprende a la mujer con un aparato genital insuficiente desarrollado, infantil.; en cambio cuando la mujer es mayor de 30 años al tiempo del primer embarazo, la edad se constituye igualmente en un factor de riesgo perinatal. El útero

que ha recibido por años periódica y cíclicamente, influjos nerviosos y hormonales, preparándose para recibir al fruto, pierde su normalidad fisiológica, las fibras musculares dejan de tener dos de sus propiedades fundamentales, la elasticidad y la contractibilidad al sufrir una degeneración fibrosa circunscrita o difusa. Es así que en las embarazadas menores de 20 años, la incidencia de recién nacidos de menos de 1 500gramos es el doble que en las grávidas de 25 a 30 años, por otro lado el peso promedio para recién nacidos de primíparas añosas es 300 gramos menor que el de los recién nacidos de primíparas no añosas (Gary, 2001).

El Estado nutricional de la madre, es aquella que permite determinar el estado de nutrición, valorar las necesidades o requerimientos nutricionales y pronosticar los posibles riesgos de salud que pueda presentar en relación con su estado nutricional; este es quizás el factor mas importante para la prevención del bajo peso al nacer, y podemos observar que esta condicionado por tres grandes factores que son: Disponibilidad de los alimentos determinada por la condición socioeconómica y demográfica de la familia y el individuo para acceder a la compra de los alimentos de su canasta básica; el aprovechamiento biológico de los alimentos factor que engloba la capacidad del individuo para nutrir su organismo cumpliendo con todos los procesos fisiológicos normales ; y el consumo de los alimentos corresponde a los alimentos ingeridos por el individuo y/o su familia, teniendo en cuenta sus hábitos y los dos grandes factores anteriores (Reeder, 1998).

Las Alteraciones de la salud asociadas con la gestación es toda patología que se presente durante el embarazo, el cual esta relacionada directamente a ésta. Dentro de ellas encuentran la amenaza de parto pretérmino, la ruptura prematura de membranas, bacteriurias asintomáticas, la patología hipertensiva y las anemias, entre otros, y son considerados como de mayor relevancia ante la presencia de bajo peso al nacer ya que existe un deterioro en la entrega de oxígeno y otros nutrientes esenciales que limitan el crecimiento orgánico y la maduración músculo esquelética del feto (Gomella, 2002).

Los antecedentes obstétricos definidos como todos aquellos eventos desfavorables acaecidos en gestas anteriores, incluyen: *Periodo Ínter genésicos corto* (menor de 24 meses), debido a que durante la gestación y la lactancia la madre disminuye sus reservas biológicas y nutricionales por lo que necesita tiempo para recuperarse y prepararse para otra gestación; *Bajo peso anterior y/o Mortinato*, se ha demostrado que hay una tendencia a repetir en un embarazo el resultado producido en el embarazo inmediatamente anterior; *Embarazo Múltiple*, cuanto mayor es el número de fetos que se gestan, tanto menor es el peso de los neonatos (Pacheco, 1998).

El Grado de Instrucción o Educación es el nivel de educación formal de la madre; el cual varia en nuestro contexto desde el analfabetismo, primaria completa o incompleta, secundaria completa o incompleta y nivel superior pudiendo ser este técnico o universitario. Esta variable se

incluye en estudios de producción de salud, asumiéndose que el mayor nivel educativo incrementa la productividad. En el caso del peso al nacer, una madre más educada tiene la habilidad para producir salud en el niño más eficientemente, quizás debido al mejor conocimiento entre el insumo salud y peso al nacer (Hernández, 1994).

El estado socioeconómico y educacional de la madre se relaciona con el crecimiento intrauterino, que condicionan la nutrición y educación de la madre. La clase social baja de los padres, medida por diferentes elementos, esta fuertemente asociada a la insuficiencia ponderal del recién nacido. Esta acción negativa podría estar mediatizada por otras variables, como la poca ganancia de peso durante la gestación o el desarrollo de complicaciones, es decir, por la suma de múltiples factores que se concentran en los niveles sociales bajos. (Hernández, 1996)

Un sin número de trabajos demuestran que existe una asociación significativa entre el consumo de tabaco durante el embarazo y el bajo peso al nacer. Los productos tóxicos del cigarrillo acarrear deterioro del lecho vascular y alteración circulatoria, lo que atenta contra la oxigenación y nutrición fetal. Así mismo las madres que beben grandes cantidades de alcohol pueden tener un recién nacido con síndrome alcohólico fetal, caracterizado por el retardo del crecimiento intrauterino, defectos congénitos y alteraciones en el desarrollo, por ello, debemos promover que se abandone este mal hábito, al menos, durante el embarazo y la lactancia (Bakketeig; Díaz, 1993)

Es importante que la madre asista regularmente a los servicios de salud durante la gestación. Es fundamental que el control prenatal se inicie en el primer trimestre de gestación lo que permite un diagnóstico precoz de algunos problemas de salud que si no fueran tratados con oportunidad podrían causar problemas a la madre o al recién nacido. Si bien es cierto que la falta de atención prenatal no puede considerarse como un factor causal de bajo peso al nacer si se puede concluir con base en algunos estudios que si se aumenta la proporción de mujeres que reciben atención prenatal oportuna se logrará reducir notablemente la frecuencia de bajo peso al nacer (Granado, 1990).

Se ha documentado la asociación de las actividades laborales con los daños a la salud reproductiva. Los efectos negativos en la reproducción varían según el tipo de trabajo, la condición reproductiva y la situación particular de cada gestación. Los estudios realizados en los años cincuenta y sesenta del presente siglo señalaban que la ocupación materna constituía un riesgo para el resultado del embarazo. No obstante, en los estudios más recientes efectuados en países desarrollados se han encontrado mejores resultados del embarazo en trabajadoras, lo que podría explicarse por las características sociales de la población femenina trabajadora, así como por el mejoramiento en las condiciones de trabajo. Sin embargo, las condiciones laborales como el trabajo físico arduo, la postura predominante de pie, el arrastre de cargas o el trabajo en línea de ensamblaje, se han relacionado con mayores tasas de bajo peso al nacer (Hernández-Peña, 1999)

El estado civil es una variable considerada como un marcador demográfico o poblacional que ha sido vinculado en el embarazo con los resultados perinatales. Un factor subyacente dentro de nuestro modelo conceptual podría ser que el estado civil fuera una expresión de salud poblacional, y que en esta salud poblacional el estado civil involucrara otras variables que determinan los resultados perinatales. Es posible pensar que el estado marital, y más específicamente el hecho de tener un sustento emocional familiar (pareja) conlleve a una mejora de la salud de los componentes familiares (debido a cambios de hábitos, mejora económica, etcétera). En este sentido, es posible que exista una tendencia en el individuo saludable a considerar el casamiento más que aquellos individuos que presentan cierta alteración de la salud. En cualquiera de estos posibles escenarios, se debe tener en cuenta que el estado marital como tal es una característica que nos puede estar informando sobre potenciales riesgos a los que la madre embarazada pueda estar expuesta. Entre los malos resultados perinatales, se debe destacar: bajo peso al nacer (BPN), parto de pretérmino (Meneguello, 1997).

En los últimos tres decenios, el efecto de la inmigración, los adelantos en materia de educación, vivienda y saneamiento ambiental, y las acciones del Sistema Nacional de Salud han cambiado notablemente las estadísticas vitales en relación a la ubicación geográfica viéndose favorecida la zona urbana y aunque consideramos que nuestro sistema

nacional de salud intenta llegar a todos los lugares del país e intenta desaparecer las diferencias en cuanto al desarrollo entre la ciudad y el campo, aun consideramos un factor de riesgo a tener en cuenta en nuestra serie, además que este ya es de interés continuo por parte de los Organismos del Estado y que el conocimiento de estos aspectos permitirá evaluar la cobertura de los programas de salud e identificar los grupos menos favorecidos de acuerdo a ciertas características demográficas de la madre (Saurel y col 1999).

Investigaciones realizadas reportan los antecedentes maternos anteriormente mencionados como variables repetitivas en su realidad así encontramos a SORIANO, Llorca T. en “Principales factores de Riesgo del Bajo Peso al Nacer Análisis Multivariante”.Madrid.1998-1999. Sus conclusiones fueron: constituyen factores de riesgo para el BPN: los partos previos, el estado civil no casada, el habito tabáquico, el peso materno anterior al embarazo inferior a 50 kg. y como factores de protección: la ausencia de antecedentes de BPN materno, la ganancia ponderal adecuada y la multiparidad.

ISRAEL LÓPEZ, José quien en su estudio “Algunos Factores Maternos relacionados con el bajo peso al nacer” realizado en Municipio Playa-Cuba en el 2002, encontró que el crecimiento intrauterino retardado resultó ser la principal causa de recién nacido bajo peso, los malos antecedentes obstétricos con mayor incidencia fueron el período intergenésico menor de 24 meses, el bajo peso preconcepcional y la

muerte fetal. las afecciones asociadas más frecuentes en el embarazo fueron la infección vaginal, la anemia y la hipertensión arterial; el retardo del crecimiento fetal, la rotura prematura de las membranas y el embarazo múltiple fueron las afecciones propias del embarazo que más se encontraron las edades maternas extremas, la baja escolaridad, el hábito de fumar y la desnutrición materna aisladamente no tuvieron gran influencia en la incidencia de recién nacido bajo peso mientras que si la tuvo la insuficiente ganancia de peso durante el embarazo.

Para FERNÁNDEZ, Rosa del Rosario en su investigación “Factores maternos: Biológicos, estilos de vida y socioculturales que Influyen en el peso del recién nacido a termino. Hospital de Sullana. Abril- Mayo 2004”. Sus conclusiones fueron: Los hábitos nocivos, grado de instrucción y estado civil no guardan relación significativa con el peso al nacer. El antecedente de abortos anteriores, la presencia de enfermedad hipertensiva del embarazo, constituyen factores biológicos que influyen en el peso al nacer. Dentro de los estilos de vida, los controles prenatales tienen una relación significativa con el peso de los recién nacidos a termino.

PÉREZ, Argel en Algunas variables biosocioculturales maternas presentes en el CIUR severo, trabajo que tuvo como objetivo fundamental conocer el comportamiento de algunos factores de riesgo prenatales en madres que aportaron recién nacidos CIUR, desarrollando el mismo en el salón de parto del Hospital Vladimir I. Lenin, 2005 donde se realizaron encuestas que permitieron obtener la información

requerida, utilizando además otras fuentes de información, tales como la historia clínica hospitalaria, el carné obstétrico y la historia clínica del recién nacido. A partir de análisis estadísticos realizados fue posible observar que las variables estudiadas, por si solas, no representan un factor de riesgo importante para el CIUR cuando este es severo, debiéndose continuar este estudio a partir del análisis de otras variables involucradas.

Para BOLZÁN, Andrés en su investigación: Factores de riesgo de retardo de crecimiento intrauterino y prematurez en la provincia de Buenos Aires-Argentina. 2005. Se seleccionaron 14 variables maternas: edad, alfabetización, estado civil, paridad, intervalo genético, talla, edad gestacional al primer control, peso al primer y último control, incremento de peso gestacional, índice de masa corporal (IMC), patología gravídica (amenaza de parto prematuro [APPI] y ruptura prematura de membranas [RPMI]), hábito de fumar y número de consultas prenatales (NCP). Las variables neonatales fueron peso, talla, IMC y perímetro cefálico. Todas las variables antropométricas maternas resultaron estadísticamente significativas sobre el RCIU y solo el peso gestacional lo fue para la Prematurez. La APP, RPM y el NCP fueron estadísticamente significativos para la Prematurez.

II. MATERIAL Y MÉTODO

2.1 TIPO DE INVESTIGACION

La presente investigación fue de tipo descriptivo correlacional y retrospectivo. Se llevo a cabo Hospital Regional Docente Trujillo en el período Enero –Diciembre 2005. (Polit y Hundler, 2000)

2.2 POBLACION EN ESTUDIO

Universo:

El universo estuvo conformado por 124 puérperas y sus recién nacidos de bajo peso que fueron atendidos en el Hospital Regional de Trujillo dentro del periodo del 1 de enero al 31 de Diciembre de 2005, que cumplan con los criterios de inclusión.

Muestra:

La muestra estuvo constituida por 94 puérperas y sus recién nacidos de bajo peso que fueron atendidos en el servicio de Obstetricia del HRDT durante los meses de Enero- Diciembre del 2005, las cuales serán seleccionadas en forma aleatoria (ANEXO N° 1).

2.3 CRITERIOS DE INCLUSIÓN:

Para los Recién Nacidos:

- Ser productos de madres gestantes de la muestra del presente estudio.
- Nacidos vivos con bajo peso

Para las Madres:

- Puérperas que fueron atendidas en el Hospital Docente Regional de Trujillo dentro del periodo de 1 de Enero al 31 de diciembre del 2005 y tuvieron un RN de bajo peso.
- Puérperas que presenten historias clínicas completas.

Criterio de Exclusión:

Para los Recién Nacidos:

- RN con patologías o malformaciones congénitas.

Para las Madres:

- Pacientes con alteraciones mentales.
- Pacientes con embarazos múltiples.

2.4 UNIDAD DE ANÁLISIS:

Las puérperas y sus recién nacidos de bajo peso.

2.5 INSTRUMENTO DE RECOLECCIÓN DE DATOS

Para la obtención de la información se utilizó un formato de recolección de datos elaborada por la autora el cual fue validado por juicio de expertos.

A. “Factores Biosocioculturales Maternos asociados al Bajo Peso”, que consta de 12 items, (ANEXO N° 2), que recogió los datos de interés contenidos en las historias clínicas obstétricas, con lo que se conocerá el comportamiento de indicadores como edad, antecedentes obstétricos , afecciones propias del

embarazo, afecciones asociadas al embarazo, valoración nutricional en la captación y al término del embarazo, estado civil, ocupación, domicilio, grado de instrucción, hábitos nocivos maternos, número de controles prenatales, así como los datos del peso y edad gestacional del RN.

Los factores biológicos maternos se obtendrán de los ítems: 2, 7, 8, 9, y 10.

Los factores sociales maternos se obtendrán de los ítems: 3,4 y 5.

Los factores culturales maternos se obtendrán de los ítems: 6, 11 y 12.

El peso y edad gestacional del RN se obtendrá de los ítems: 1

2.6 PROCEDIMIENTO Y RECOLECCIÓN DE DATOS

Se realizó las coordinaciones y presentación de trámites correspondiente para obtener el permiso que se requiere para la ejecución del presente proyecto de investigación dentro de la institución: "Hospital Regional Docente de" Trujillo, posteriormente se coordinó con la Unidad de Archivo e historias Clínicas y con la enfermera responsable del servicio de Obstetricia con la finalidad de informarle sobre el estudio de investigación a realizarse.

La aplicación de formato de recolección de datos estuvo a cargo de la investigadora, se hizo la revisión de las historias clínicas de las madres que tuvieron como producto a recién nacidos de bajo peso.

Al concluir la aplicación de los instrumentos se verifico el llenado y la codificación, para corroborar que todos los puntos se encuentren marcados y para evitar las omisiones.

Los resultados finales del estudio fueron serán informados a las autoridades de salud del servicio de obstetricia y de la institución Hospitalaria a través de una copia del trabajo realizado.

2.7 PROCESAMIENTO Y ANÁLISIS ESTADÍSTICO

Los datos fueron procesados en computadora con el Paquete Estadístico para Ciencias Sociales (SPSS) versión 13. Los resultados se presentaron en tablas estadísticas descriptivas de doble entrada con sus valores absolutos y porcentuales.

Para determinar la relación entre los diferentes factores maternos con el bajo peso del recién nacido se empleo la prueba no paramétrica de independencia de criterios, utilizando la distribución Chi cuadrado con un nivel de significancia del 5 por ciento (Polit y Hundler, 2000).

Para la significancia se ha considerado el siguiente criterio:

$p < 0.05$ Significativo

$p < 0.01$ muy significativo

$p < 0.001$ Altamente Muy significativo

2.8 ÉTICA DEL ESTUDIO

Se mantendrán los principios éticos de anonimidad, confidencialidad para la ejecución del proyecto (Polit y Hundler, 2000).

2.9 DEFINICION DE VARIABLES

Para el presente estudio se utilizo variables cualitativas y cuantitativas con escala de medición nominales, ordinal. Los cuales se presentan a continuación.

VARIABLES INDEPENDIENTES

Factores Maternos: Son aquellas características biosociales de la madre y que de una manera u otra pueden estar en relación con su actitud y conducta para obtener un recién nacido de buen peso. (OMS, 2004)

BIOLOGICOS

a. Edad:

Definición nominal:

Tiempo que ha vivido una persona. Cada uno de los períodos en que se considera dividida la vida humana. Tiempo transcurrido a partir del nacimiento de un individuo (Departamento De Asuntos Económicos y Sociales, 1974)

Definición operacional:

Se va a dividir en grupos de edades para un mejor análisis; como se presenta a continuación:

- Menor de 19
- 19 -35 años

b. Peso Materno:

Definición nominal:

Promedio total de peso ganado durante un embarazo el cual es resultado del proceso fisiológico que fomenta el crecimiento de los productos gestacionales (feto, placenta, líquido amniótico, etc.) (Donoso, 1998)

Definición operacional:

- Adecuada
- Inadecuada

c. Antecedentes obstétricos:

Definición nominal:

Todos aquellos eventos desfavorables acaecidos en gestas anteriores, incluyen: Periodo Ínter genésicos corto (menor de 24 meses), Bajo peso anterior, Aborto, Paridad. (OPS, 2005).

Definición operacional:

- Presentó
- No Presentó

d. Afección asociada al embarazo:

Definición nominal:

Toda patología que se presente durante el embarazo, el cual no esta relacionada directamente a ésta; como: Infecciones

del tracto urinario, anemia, Hipertensión Arterial, Diabetes Mellitus, entre otros (OPS, 2005).

Definición operacional:

- Presentó
- No Presentó

e. Afección propia del embarazo:

Definición nominal:

Patologías que se presentan por el embarazo como causa directa, como: Ruptura de Membranas Uterinas, Oligohidramnios, Placenta previa, entre otros (OPS, 2005).

Definición operacional:

- Presentó
- No Presentó

SOCIALES

f. Estado civil:

Definición nominal:

Hace referencia a si la madre, al momento del nacimiento, se encontraba conviviendo en pareja o no, sin importar si la unión es con el padre biológico, pareja o compañero (Ministerio De Salud de Argentina, 2000)

Definición operacional:

- Soltera
- Conviviente

g. Ocupación:

Definición nominal: Actividad en la cual la madre emplea parte de su tiempo hasta la fecha del nacimiento del bebé (Oficina De Estadística De Las Naciones Unidas, 1995)

Definición operacional:

- Ama de casa
- Trabajo fuera de casa

h. Procedencia:

Definición nominal: Lugar de residencia hasta el momento del parto (Oficina De Estadística De Las Naciones Unidas, 1995).

Definición operacional:

- Urbano
- Urbano marginal

CULTURALES

i. Grado de Instrucción:

Definición nominal:

Caudal de conocimientos adquiridos a lo largo del tiempo (Oficina De Estadística De Las Naciones Unidas, 1995)

Definición operacional:

- **Primaria** 6 o menos años de estudios del nivel primario.
- **Secundaria:** 5 años o menos de estudios del nivel secundario.
- **Superior:** Corresponde a estudios Técnicos y/o Universitarios.

j. Hábitos Nocivos:

Definición nominal:

Aquel modo de mal proceder o mal conducirse adquirido por repetición de actos iguales o semejantes, u originado por tendencias instintivas. Situación de dependencia respecto de ciertas drogas, bebidas (Granado, 1990).

Definición operacional:

- Fumadoras /No Fumadoras
- Consumo bebidas alcohólicas/No consumo bebidas alcoholicas
- Uso de sustancias toxicas/No usa sustancia toxicas

k. Controles Prenatales

Definición nominal:

Conjunto de actividades que se ejercen en la embarazada con la finalidad de obtener el mejor grado de salud de la madre y su hijo (Granado, 1990)

Definición operacional:

- >3 controles
- 4-11 controles

VARIABLE DEPENDIENTE

Peso del Recién Nacido:

Definición nominal:

Constituye el parámetro para valorar el crecimiento del niño
(Behrman, 2000)

Definición operacional:

Se operacionaliza de la siguiente manera:

- Muy Bajo Peso al Nacer: menor 1.500 gramos
- Bajo Peso al Nacer: menor 2.500 gramos

III. RESULTADOS

CUADRO 1

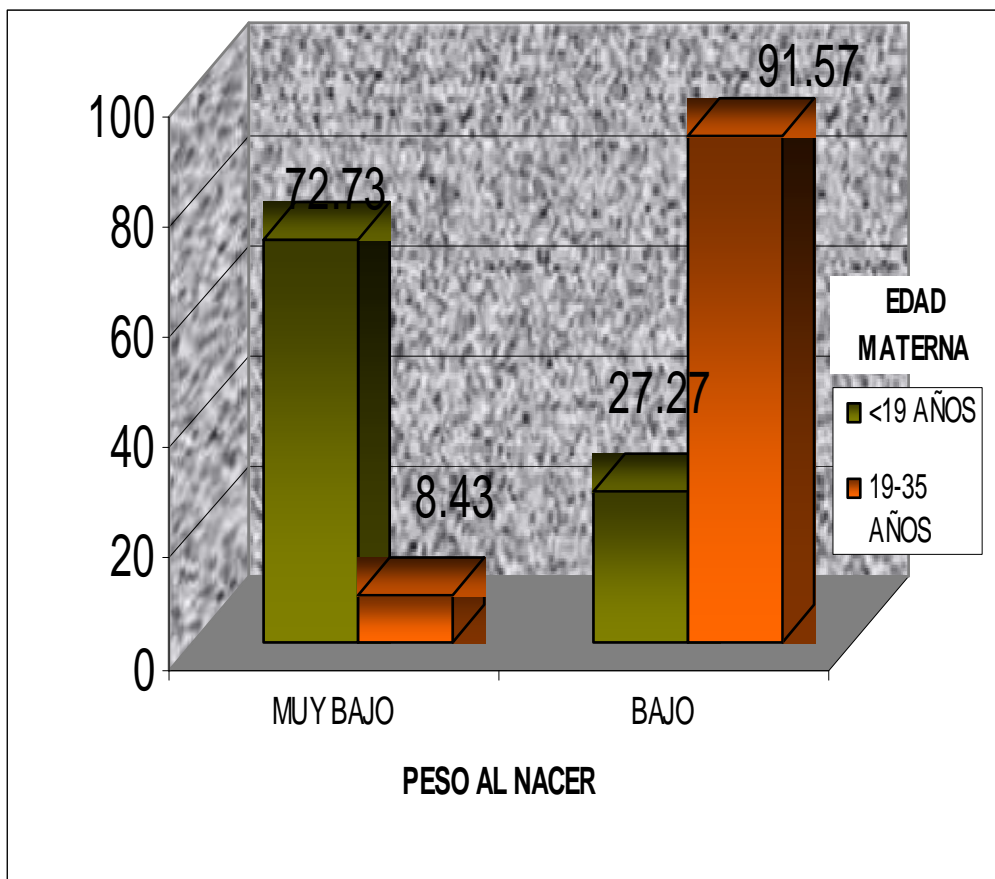
**EDAD MATERNA Y BAJO PESO AL NACER
HOSPITAL REGIONAL DOCENTE TRUJILLO 2005**

PESO AL NACER						
EDAD (años)	MUY BAJO		BAJO		TOTAL	
	N	%	N	%	N	%
<19	8	72.73	3	27.27	11	11.70
19-35	7	8.43	76	91.57	83	88.30

FUENTE: HCL

N: 94

$$X_0^2=29.937 \quad p<0.001$$



FUENTE: HCL

N: 94

**GRAFICO 1: EDAD MATERNA Y BAJO PESO AL NACER
HOSPITAL REGIONAL DOCENTE TRUJILLO 2005**

CUADRO 2

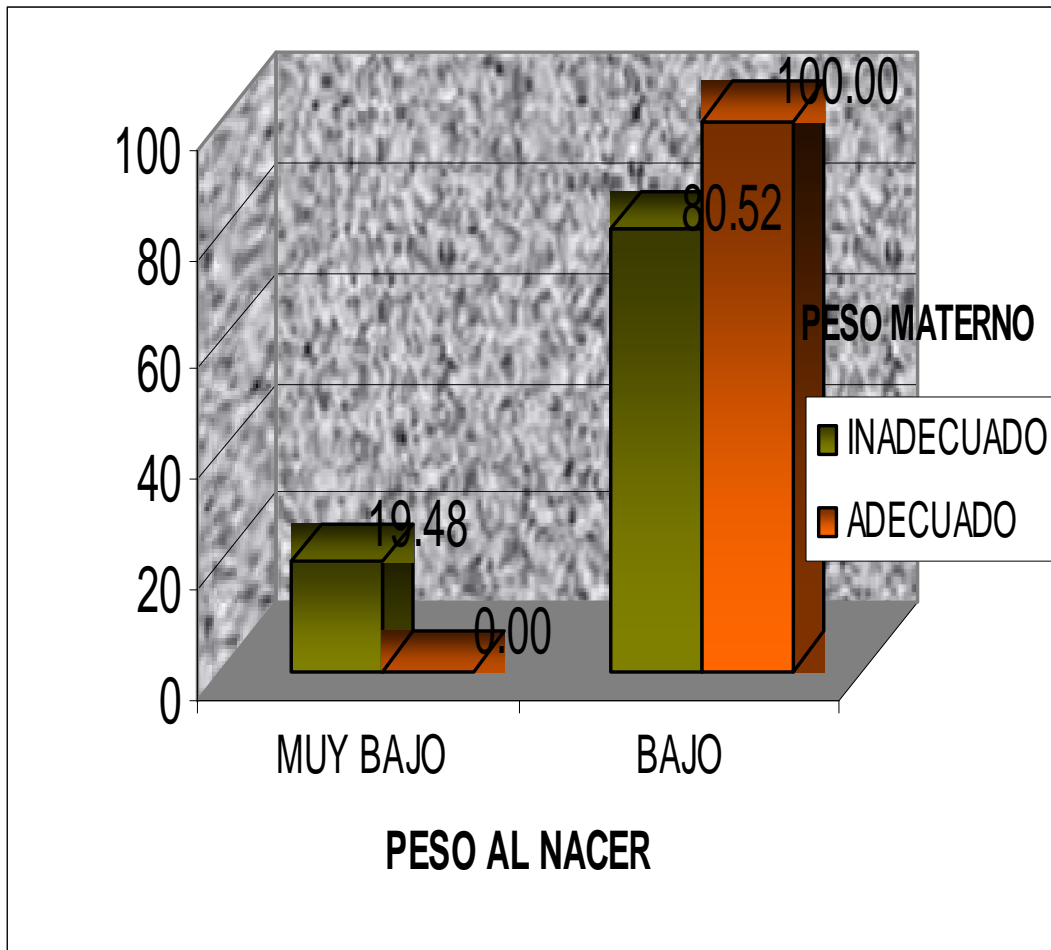
**PESO MATERNO Y BAJO PESO AL NACER
HOSPITAL REGIONAL DOCENTE TRUJILLO 2005**

PESO AL NACER						
GANANCIA DE PESO	MUY BAJO		BAJO		TOTAL	
	N	%	N	%	N	%
INADECUADO	15	19.48	62	80.52	77	81.91
ADECUADO	0	0.00	17	100.00	17	18.09

FUENTE: HCL

N: 94

$$X_0^2=3.940 \quad p<0.05$$



FUENTE: HCL

N: 94

**GRAFICO 2: PESO MATERNO Y BAJO PESO AL NACER
HOSPITAL REGIONAL DOCENTE TRUJILLO 2005**

CUADRO 3

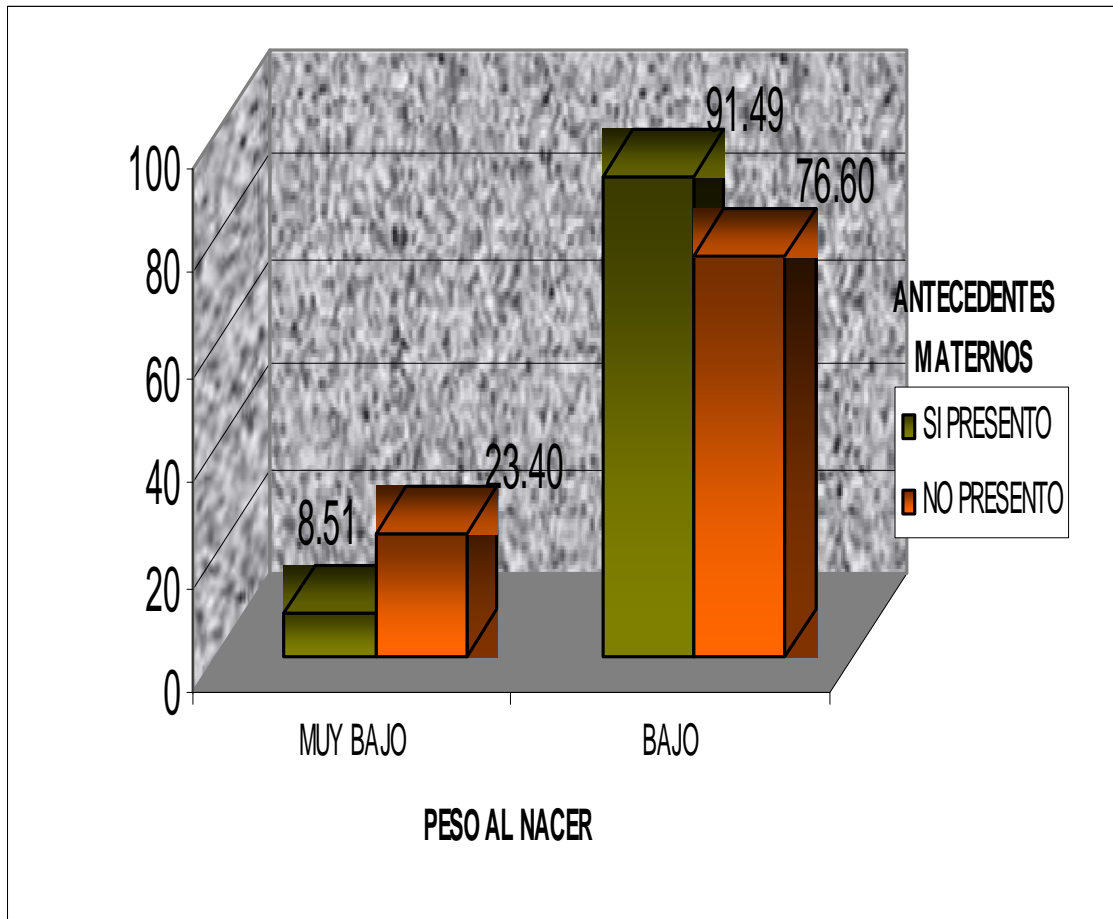
ANTECEDENTES OBSTETRICOS MATERNOS Y BAJO PESO AL NACER HOSPITAL REGIONAL DOCENTE TRUJILLO 2005

PESO AL NACER						
ANTECEDENTES	MUY BAJO		BAJO		TOTAL	
OBSTETRICOS	N	%	N	%	N	%
SI PRESENTO	15	26.32	42	73.68	57	60.64
NO PRESENTO	0	0.00	37	100.00	37	39.36

FUENTE: HCL

N: 94

$$X_0^2=11.586 \quad p<0.001$$



FUENTE: HCL

N: 94

GRAFICO 3: ANTECEDENTES OBSTETRICOS MATERNOS Y BAJO PESO AL NACER. HOSPITAL REGIONAL DOCENTE TRUJILLO 2005

CUADRO 4

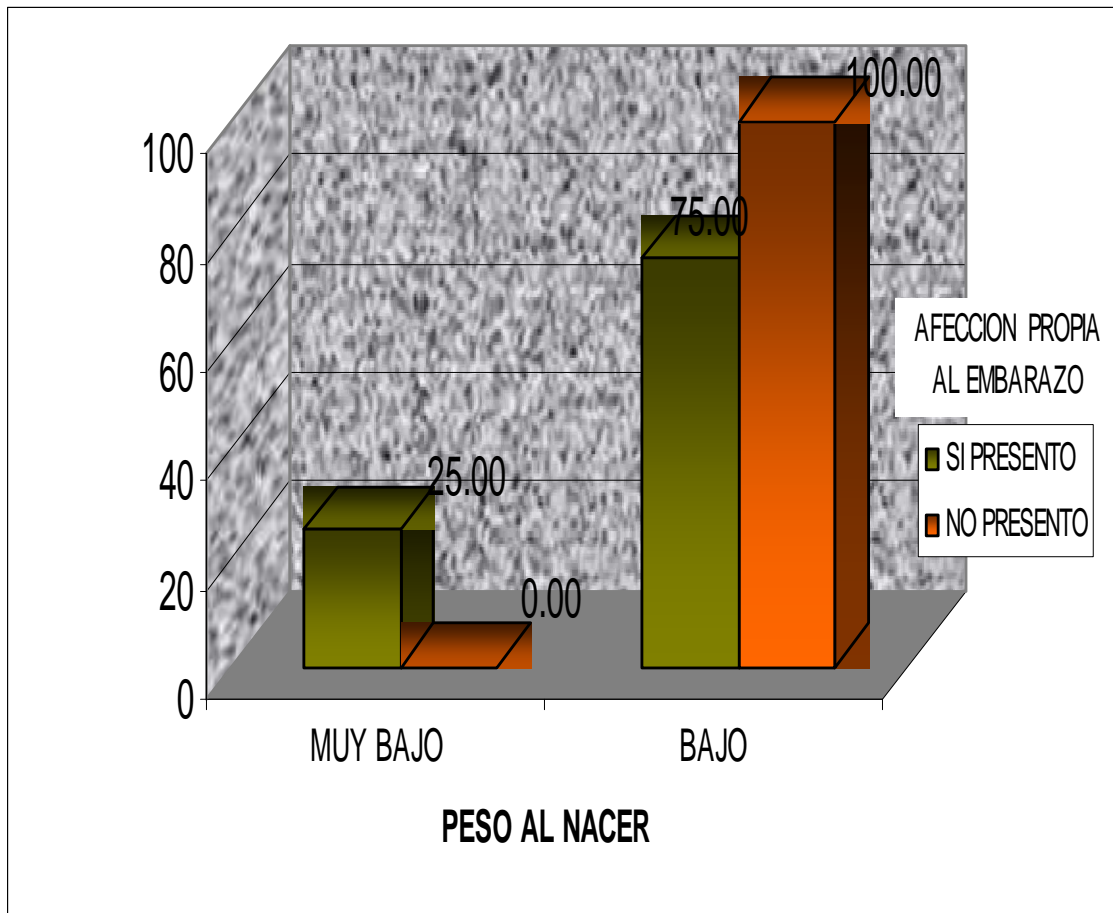
AFECCION MATERNA PROPIA DEL EMBARAZO Y BAJO PESO AL NACER HOSPITAL REGIONAL DOCENTE TRUJILLO 2005

PESO AL NACER						
AFECCION PROPIA DEL EMBARAZO	MUY BAJO		BAJO		TOTAL	
	N	%	N	%	N	%
SI PRESENTO	4	8.51	43	91.49	47	50.00
NO PRESENTO	11	23.40	36	76.60	47	50.00

FUENTE: HCL

N: 94

$$X_0^2=3.887 \quad p<0.05$$



FUENTE: HCL

N: 94

GRAFICO 4: AFECCION MATERNA PROPIA DEL EMBARAZO Y BAJO PESO AL NACER. HOSPITAL REGIONAL DOCENTE TRUJILLO 2005

CUADRO 5

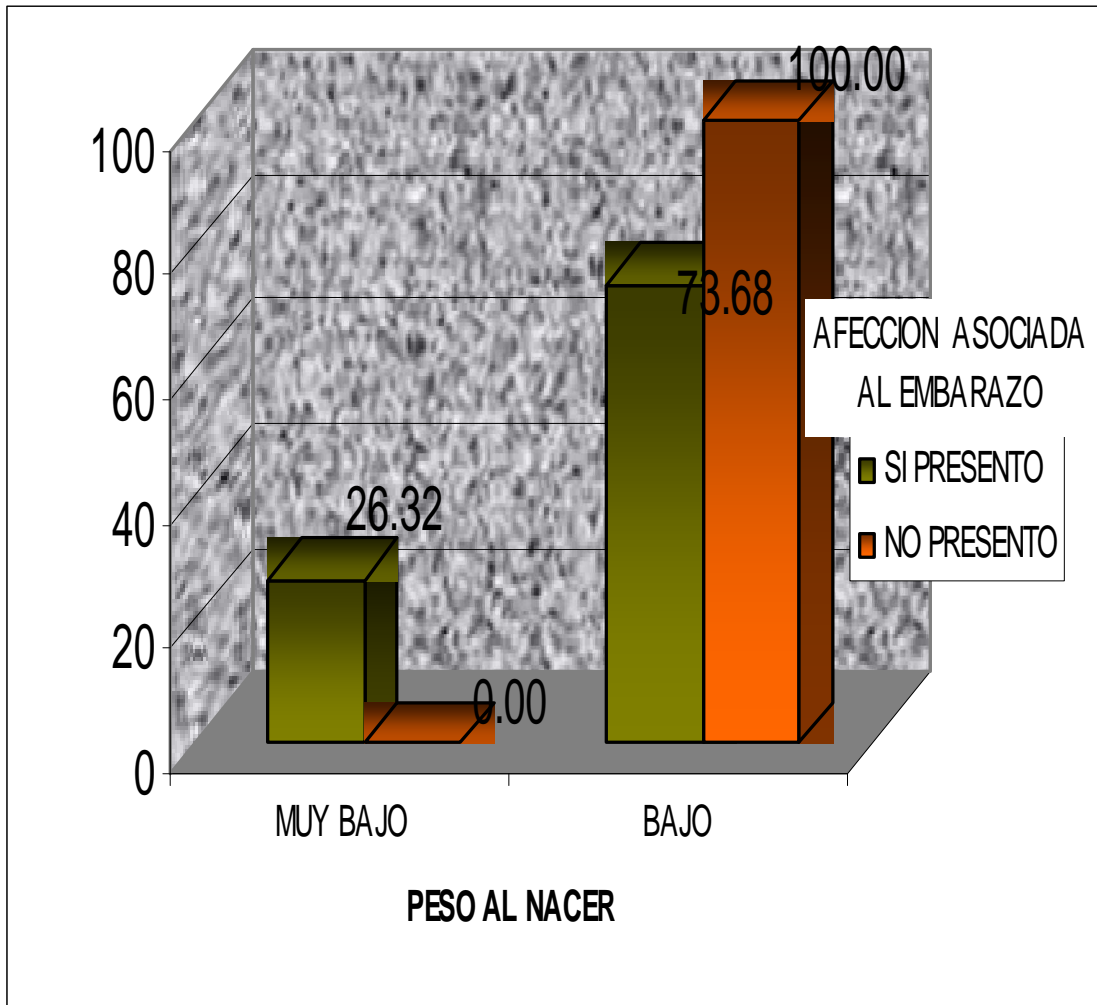
AFECCION MATERNA ASOCIADA AL EMBARAZO Y BAJO PESO AL NACER. HOSPITAL REGIONAL DOCENTE TRUJILLO 2005

PESO AL NACER						
AFECCION ASOCIADA AL EMBARAZO	MUY BAJO		BAJO		TOTAL	
	N	%	N	%	N	%
SI PRESENTO	15	25.00	45	75.00	60	60.64
NO PRESENTO	0	0.00	34	100.00	34	39.36

FUENTE: HCL

$$X_0^2 = 10.114 \quad p < 0.01$$

N: 94



FUENTE: HCL

N: 94

GRAFICO 5: AFECCION MATERNA ASOCIADA AL EMBARAZO Y BAJO PESO AL NACER. HOSPITAL REGIONAL DOCENTE TRUJILLO 2005

CUADRO 6

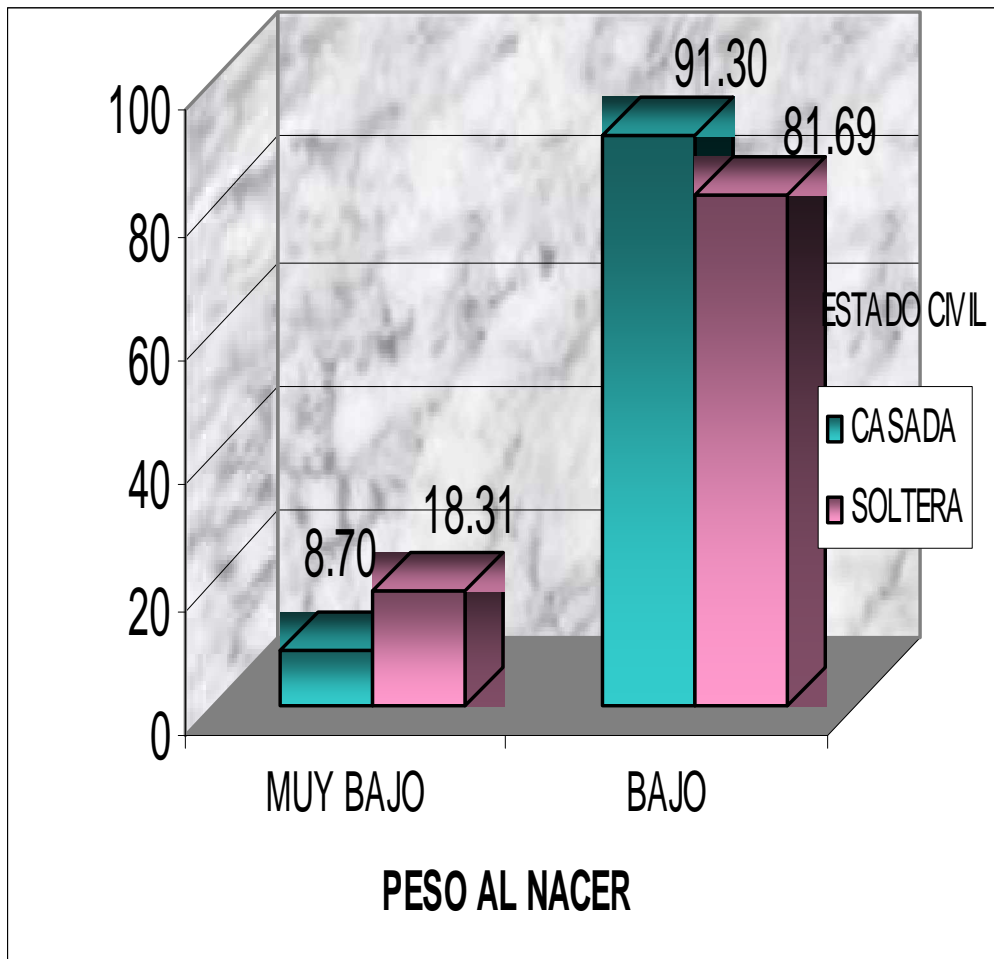
**ESTADO CIVIL MATERNO Y BAJO PESO AL NACER
HOSPITAL REGIONAL DOCENTE TRUJILLO 2005**

PESO AL NACER						
ESTADO CIVIL	MUY BAJO		BAJO		TOTAL	
	N	%	N	%	N	%
CASADA	2	8.70	21	91.30	23	24.47
SOLTERA	13	18.31	58	81.69	71	75.53

FUENTE: HCL

$$X_0^2 = 1.197 \quad p > 0.05$$

N: 94



FUENTE: HCL

N: 94

**GRAFICO 6: ESTADO CIVIL MATERNO Y BAJO PESO AL NACER
HOSPITAL REGIONAL DOCENTE TRUJILLO 2005**

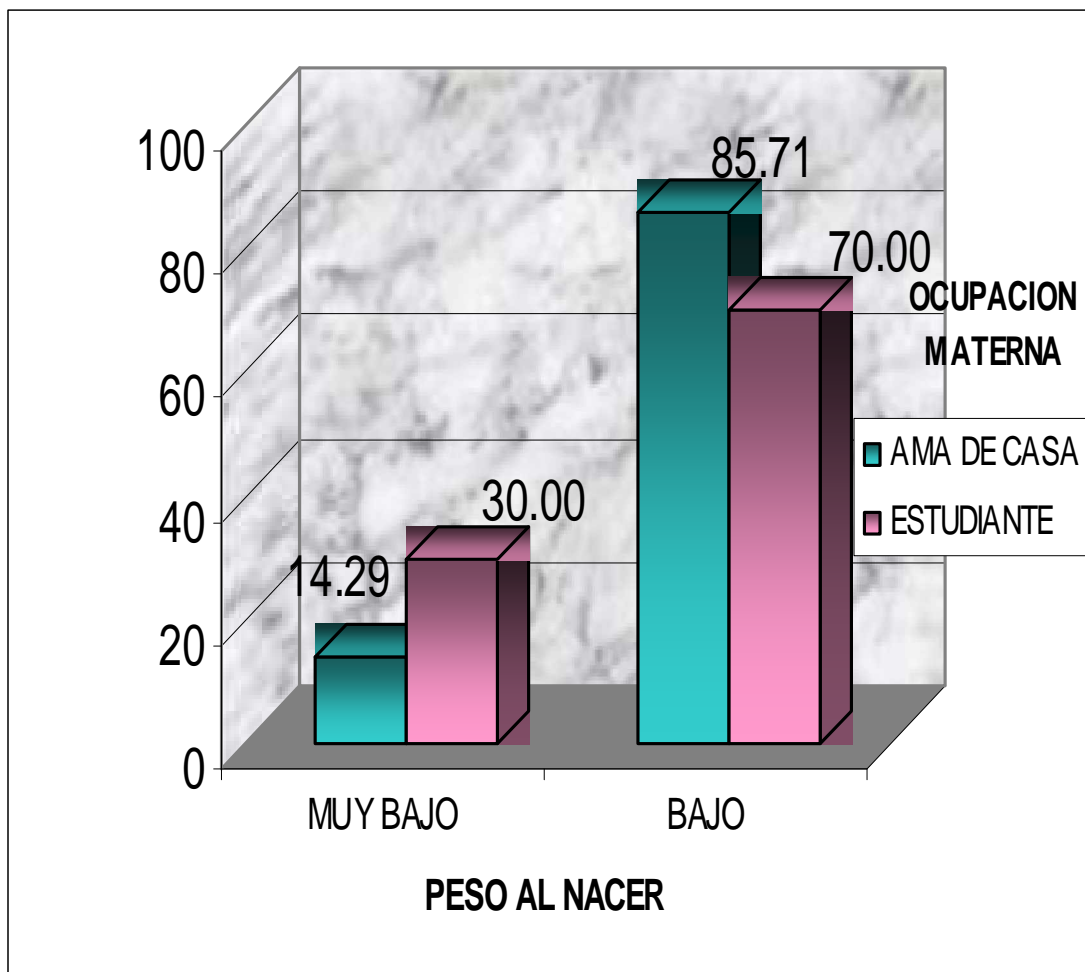
CUADRO 7

OCUPACION MATERNA Y BAJO PESO AL NACER HOSPITAL REGIONAL DOCENTE TRUJILLO 2005

OCUPACION	PESO AL NACER					
	MUY BAJO		BAJO		TOTAL	
	N	%	N	%	N	%
AMA DE CASA	12	14.29	72	85.71	84	89.36
ESTUDIANTE	3	30.00	7	70.00	10	10.64

FUENTE: HCL N: 94

$$X_0^2 = 1.645 \quad p > 0.05$$



FUENTE: HCL

N: 94

GRAFICO 7: OCUPACION MATERNA Y BAJO PESO AL NACER

HOSPITAL REGIONAL DOCENTE TRUJILLO 2005

CUADRO N 8

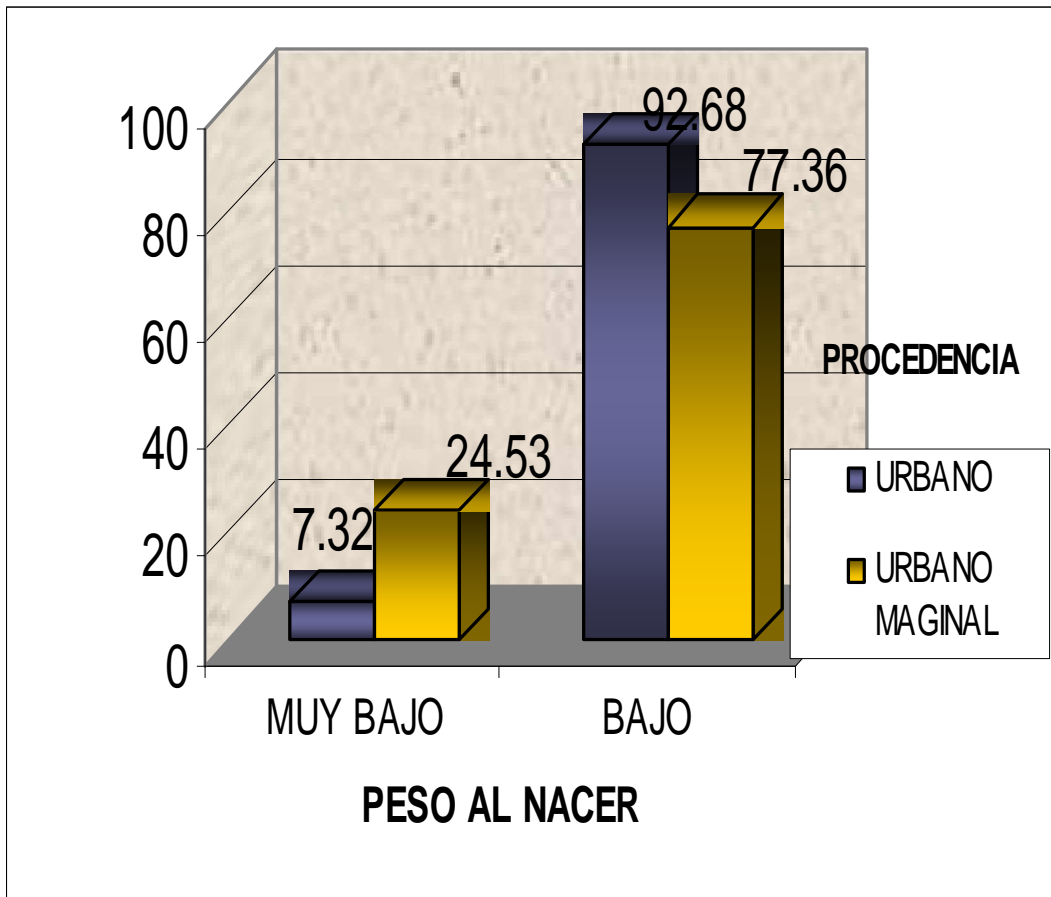
PROCEDENCIA MATERNA Y BAJO PESO AL NACER HOSPITAL REGIONAL DOCENTE TRUJILLO 2005

PESO AL NACER						
ZONA DE PROCEDENCIA	MUY BAJO		BAJO		TOTAL	
	N	%	N	%	N	%
URBANO	3	7.32	38	92.68	41	43.62
URBANO MAGINAL	13	24.53	41	77.36	53	56.38

FUENTE: HCL

$$X_0^2 = 4.048 \quad p < 0.05$$

N: 94



FUENTE: HCL

N: 94

**GRAFICO 8: PROCEDENCIA MATERNA Y BAJO PESO AL NACER
HOSPITAL REGIONAL DOCENTE TRUJILLO 2005**

CUADRO 9

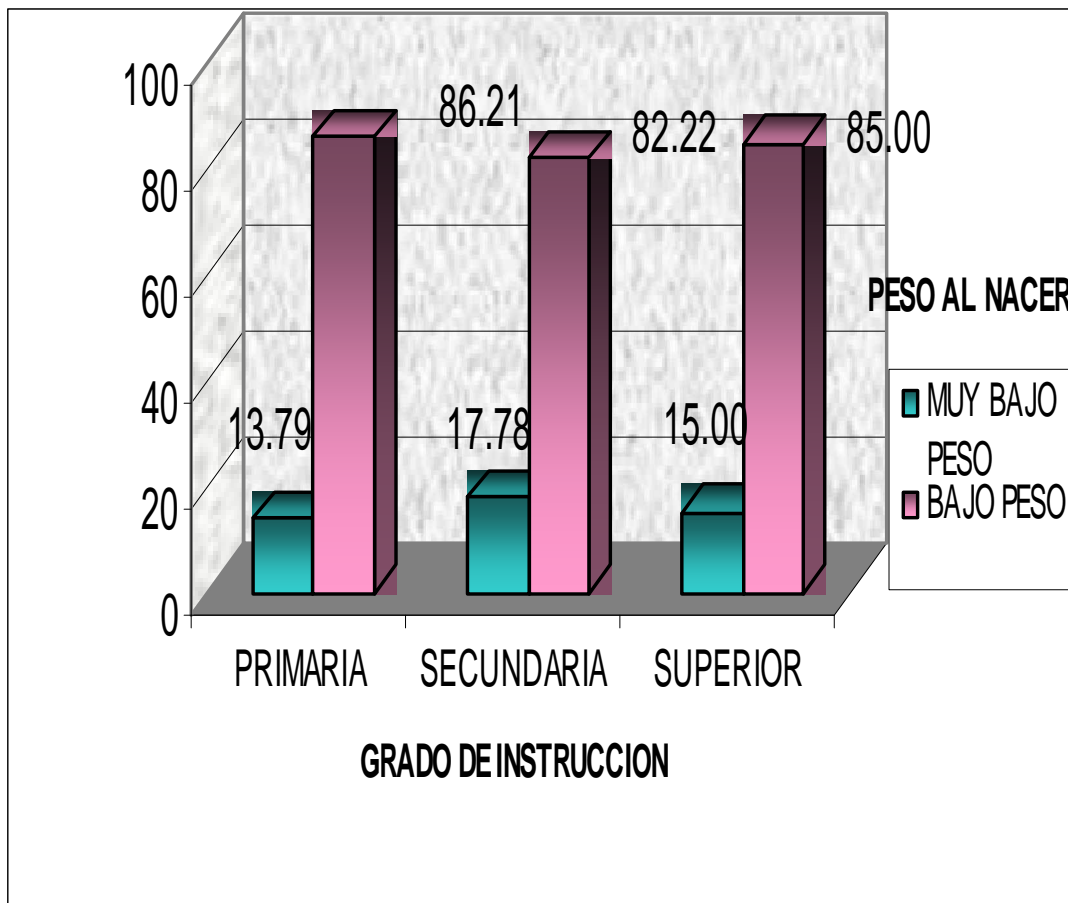
GRADO DE INSTRUCCION MATERNA Y BAJO PESO AL NACER HOSPITAL REGIONAL DOCENTE TRUJILLO 2005

PESO AL NACER					
GRADO DE INSTRUCCIÓN	MUY BAJO		BAJO		TOTAL
	N	%	N	%	
PRIMARIA	4	13.79	25	86.21	29
SECUNDARIA	8	17.78	37	82.22	45
SUPERIOR	3	15.00	17	85.00	20

FUENTE: HCL

N: 94

$$X_0^2 = 0.227 \quad p > 0.05$$



FUENTE: HCL

N: 94

GRAFICO 9: GRADO DE INSTRUCCION MATERNA Y BAJO PESO AL NACER. HOSPITAL REGIONAL DOCENTE TRUJILLO 2005

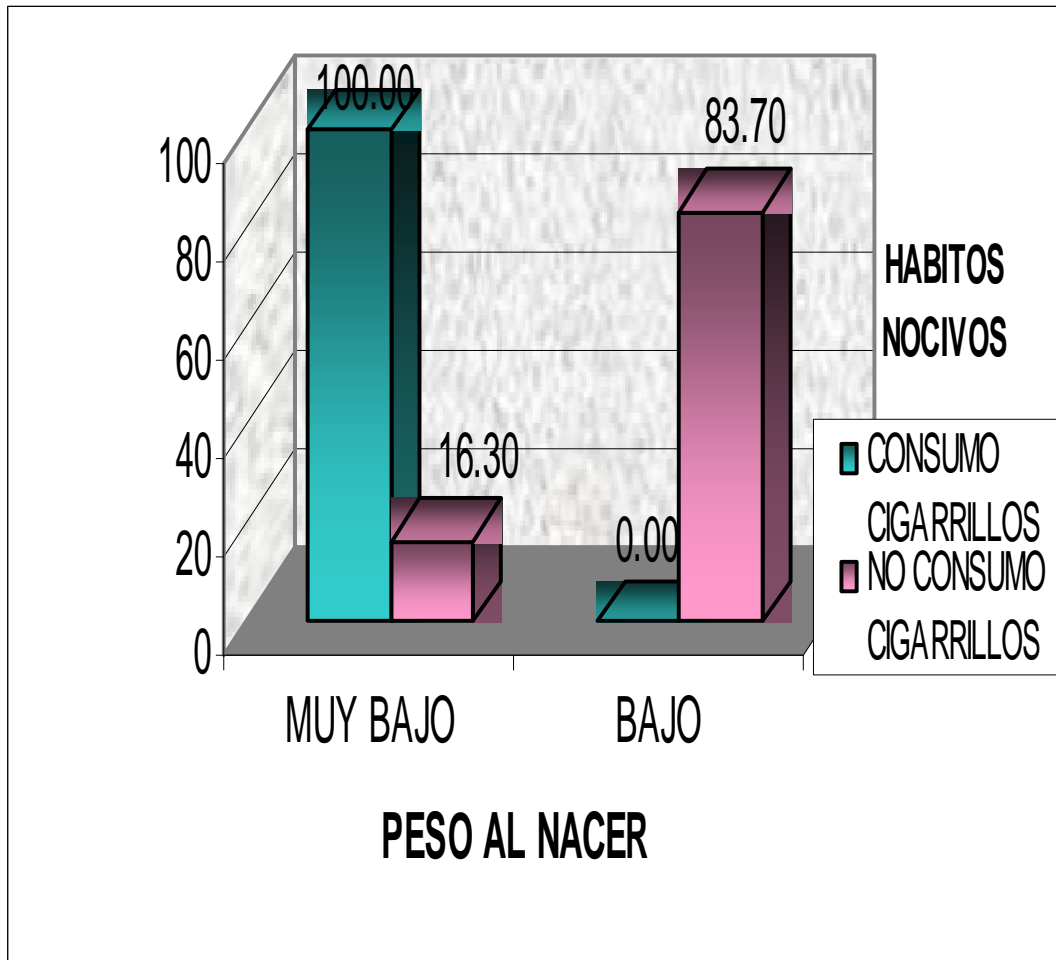
CUADRO 10

HABITOS NOCIVOS MATERNOS Y BAJO PESO AL NACER HOSPITAL REGIONAL DOCENTE TRUJILLO 2005

PESO AL NACER						
HABITOS NOCIVOS	MUY BAJO		BAJO		TOTAL	
	N	%	N	%	N	%
CONSUMO						
CIGARRILLOS	2	100.00	0	0.00	2	2.13
NO CONSUMO						
CIGARRILLOS	13	14.13	79	85.87	92	97.87

FUENTE: HCL

N: 94



FUENTE: HCL

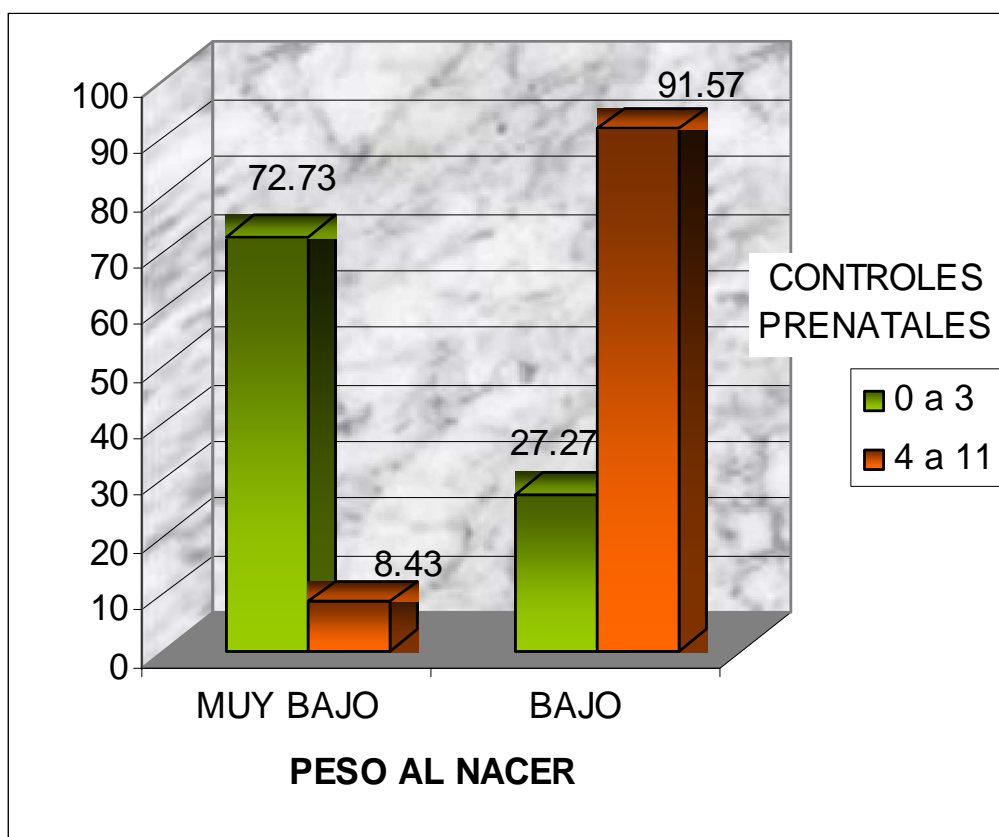
N: 94

**GRAFICO 10: HABITOS NOCIVOS MATERNOS Y BAJO PESO AL NACER
HOSPITAL REGIONAL DOCENTE TRUJILLO 2005**

CUADRO 11
CONTROLES PRENATALES MATERNOS Y BAJO PESO AL NACER
HOSPITAL REGIONAL DOCENTE TRUJILLO 2005

PESO AL NACER						
CONTROLES PRENATALES	MUY BAJO		BAJO		TOTAL	
	N	%	N	%	N	%
0 a 3 controles						
prenatales	8	72.73	3	27.27	11	11.70
4 a 11 controles						
prenatales	7	8.43	76	91.57	83	88.30
FUENTE: HCL					N: 94	

$$X_0^2 = 29.937 \quad p < 0.001$$



FUENTE: HCL

N: 94

GRAFICO 11: CONTROLES PRENATALES MATERNOS Y BAJO PESO AL NACER. HOSPITAL REGIONAL DOCENTE TRUJILLO 2005

IV. ANALISIS Y DISCUSION

Un adecuado peso al nacer es sinónimo de bienestar de salud, el recién nacido con bajo peso constituye uno de los más importantes problemas en muchos países desarrollados y en todos los países en desarrollo. Las causas del bajo peso pueden estar dadas por alteraciones en la madre, en la placenta o en el feto, pero cualquiera que sea la causa, en muchos de los casos es desconocida; sin embargo, actualmente es considerado como producto de causas multifactoriales.

Alrededor del 15 por ciento de los partos resultan en niños con bajo peso al nacer, esto puede incrementar se en los países en desarrollo y en poblaciones con mala situación socioeconómica y deficiente sistema de salud.

En el Cuadro 1, de 94 madres que aportaron bajo peso a sus recién nacidos 88.30 por ciento se encontraron entre las edades de 19 a 35 años y 11.70 por ciento fueron menores de 19 años.

Del 88.30 por ciento de madres, 91.57 por ciento tuvieron como producto un recién nacido de bajo peso y el 8.43 por ciento tuvieron un recién nacido de muy bajo peso. Del 11.70 por ciento de madres restantes, 72.73 por ciento de sus recién nacidos fueron de muy bajo peso mientras que un 27.27 por ciento tuvieron recién nacidos de bajo peso.

Al someter estos resultados a la prueba estadística Chi cuadrado de independencia de criterios se encuentra un valor de $X^2 = 29.937$ y $p < 0.001$;

con esto se aprecia una diferencia estadísticamente significativa; lo que permite señalar que la edad materna es un factor que contribuye al nacimiento de recién nacidos con bajo y muy bajo peso.

En la literatura aparecen estudios que plantean que la mayor incidencia de bajo peso al nacer, está en el grupo de madres de 19 a 34 años, dato que abarca un rango amplio de edades y que está comprendido entre los que con mayor frecuencia ocurren los embarazos y partos. Para ISRAEL LÓPEZ, José quien en su estudio realizado en Municipio Playa-Cuba en el 2002, plantea resultados similares; informando una elevada tasa de fecundidad en estos grupos de edades, coincidiendo de esta manera con los resultados de esta investigación. Existen trabajos donde la edad materna no ha sido identificada como un factor de riesgo, la mayoría de los autores señalan que tanto las edades precoces (menores de 18 años) como las tardías (mayores de 34 años) representan un factor de riesgo ya que producen afectaciones en el peso del neonato, por lo que puede verse lo polémico de este aspecto solamente. Si bien es cierto que en el grupo de este estudio, predominó el bajo peso en aquellas mujeres de 19 a 35 años, tampoco puede plantearse que están en edades muy lejanas del tiempo óptimo para la reproducción.

En el cuadro 2, de 94 madres que aportaron bajo peso 77 tuvieron una ganancia de peso inadecuada, correspondiendo un 81.91 por ciento y 17 madres tuvieron una ganancia de peso adecuada, correspondiendo 18.09 por ciento.

Del 81.91 por ciento de madres que tuvieron una ganancia de peso inadecuada, 80.52 por ciento tuvieron un recién nacido de bajo peso y 19.48 por ciento un recién nacido de muy bajo peso. El 18.09 por ciento de madres que obtuvieron una ganancia de peso adecuada, el 100 por ciento de sus recién nacidos fueron de bajo peso.

Se aprecia una diferencia estadísticamente significativa; $X^2 = 3.940$ y $p < 0.05$; lo que permite señalar que la ganancia de peso materna es un factor que contribuye al nacimientos de recién nacidos con bajo y muy bajo peso.

La ganancia de peso adecuada (mayor o igual a 8 kilos) traduce una serie de elementos importantes, como lo son: el tener una dieta adecuada, estado de salud óptimo, posibilidades económicas favorables entre otros. Simpson y col y Abrams y Selvin plantean que la falta de aumento de peso durante el segundo trimestre del embarazo se correlaciona en forma especialmente intensa con una reducción del peso del niño. El estado nutricional materno influye en el desarrollo fetal de tal forma que mujeres con bajo peso tienen mayor probabilidad de tener hijos con menor peso y talla que las que presentan un peso adecuado, hecho que ha podido comprobarse en este estudio

En el cuadro 3, de 94 madres que aportaron bajo peso el 60.64 por ciento presentaron antecedentes obstétricos y 39.36 por ciento no presentaron antecedentes obstétricos.

Del 60.64 por ciento de madres que presentaron antecedentes obstétricos, 73.68 por ciento tuvieron un recién nacido de bajo peso y 26.32 por ciento un recién nacido de muy bajo peso. El 39.36 por ciento de madres que no presentaron antecedentes obstétricos, el 100 por ciento de sus recién nacidos fueron de bajo peso. Los antecedentes obstétricos mas influyentes, así tenemos los periodo íntergenésico corto alcanzo un 51.06%, seguido de la Multigestas con un 37.23% y el aborto con 9.57%.

Al someter estos resultados a la prueba estadística Chi cuadrado de independencia de criterios se encuentra un valor de $X^2 = 11.586$ y $p < 0.001$; con esto se aprecia una diferencia estadísticamente significativa; lo que permite señalar que la presencia de antecedentes obstétricos es un factor que contribuye al nacimientos de recién nacidos con bajo y muy bajo peso.

Durante el embarazo y la lactancia la madre disminuye sus recursos biológicos y nutritivos, necesitando un tiempo para recuperarse y prepararse para otro embarazo. Esto explica, la alta frecuencia de Bajo Peso al nacer cuando el tiempo que media entre uno y otro embarazo es corto. Soriano Llorca en su estudio Principales factores de riesgo del bajo peso al nacer señalan que los hijos espaciados adecuadamente tienen mayor peso que los nacidos con intervalo corto y plantean un período mínimo de seguridad de tres años. La ocurrencia de tres partos o más también eleva el riesgo de tener un recién nacido bajo peso.

Se plantea además que el riesgo de BPN aumenta en aquellas mujeres que presentaron 2 o más abortos anteriores y se incrementa aún más este riesgo cuando se asocia a un período intergenésico que media entre un embarazo y otro es corto o menor de 6 meses.

En el Cuadro 4, de 94 madres que aportaron bajo peso el 50 por ciento presentaron afección propia al embarazo y 50 por ciento no presentaron Afecciones propias al embarazo. Del 50 por ciento de madres que presentaron afecciones propias al embarazo, el 91.49 por ciento tuvo un recién nacido de bajo peso y 8.51 un recién nacido de muy bajo peso.

El 50 por ciento de madres que no presentaron afecciones propias al embarazo, el 76.60 por ciento tuvo un recién nacido de bajo peso y un 23.40 por ciento tuvo un recién nacido de muy bajo peso.

Las afecciones asociadas al embarazo mas frecuentes encontradas la ruptura de membranas uterinas con un 37.23 por ciento, seguido de oligohidramnios con 10,64 por ciento y finalmente la placenta previa 1,06 por ciento.

Al someter estos resultados a la prueba estadística Chi cuadrado de independencia de criterios se encuentra un valor de $X^2 = 3.887$ y $p < 0.05$; con esto se aprecia una diferencia estadísticamente significativa; lo que permite señalar que la presencia de afecciones asociadas al embarazo es

un factor que contribuye al nacimientos de recién nacidos con bajo y muy bajo peso.

Se plantea que la ruptura prematura de las membranas ovulares constituye un importante factor por que puede propiciar el nacimiento de un niño antes del término de la gestación con las consecuencias nocivas que ello puede representar.

Los resultados de este trabajo coincidieron con los encontrados por ISRAEL LÓPEZ, José en su estudio en Playa Cuba 2002 donde la rotura prematura de membranas y el embarazo múltiple fueron las afecciones propias del embarazo que más se encontraron.

En el Cuadro 5, de 94 madres que aportaron bajo peso el 60.64 por ciento presentaron afección asociada al embarazo y 39.36 por ciento no presentaron Afecciones asociadas al embarazo. Del 60.64 por ciento de madres que presentaron Afecciones asociadas al embarazo, el 75 por ciento tuvo un recién nacido de bajo peso y 25 por ciento un recién nacido de muy bajo peso. Del 39.36 por ciento de madres que no presentaron Afecciones asociadas al embarazo, el 100 por ciento de ellas tuvieron recién nacidos de bajo peso. Las Afecciones Asociadas al Embarazo mas frecuentes fueron: la anemia con un 39.36 por ciento, seguido de la ITU 26,60 por ciento y finalmente la Hipertensión arterial con un 4,26 por ciento.

Al someter estos resultados a la prueba estadística Chi cuadrado de independencia de criterios se encuentra un valor de $X^2 = 10.114$ y $p < 0.01$;

con esto se aprecia una diferencia estadísticamente significativa; lo que permite señalar que presencia de Afecciones asociadas al embarazo son un factor que contribuye al nacimientos de recién nacidos de bajo y muy bajo peso.

En el análisis de los afecciones propias al embarazo se vio que las afecciones más frecuentemente encontradas en este estudio fueron la anemia, la ITU y hipertensión arterial seguido del asma bronquial y la diabetes mientras que más de la mitad tenía antecedentes de buena salud. Similares resultados aparecen en un estudio de FERNÁNDEZ, Rosa del Rosario en el hospital ginecoobstétrico de Sullana, donde la anemia y la hipertensión fueron las enfermedades más frecuentes seguidas de las ITU y el asma. Velásquez Pérez, en su estudio Factores de riesgo de desnutrición proteico se encontró que la prevalencia de gestantes con anemia en la captación fue de 16 por ciento.

El predominio de anemia carencial dentro de las enfermedades que con mayor frecuencia se asociaron al nacimiento de niños BPN habla a favor de un inadecuado tratamiento preventivo y curativo. Tanto la malnutrición materna como la anemia al final del embarazo se producen por agotamiento de los dispositivos orgánicos de hierro debido a la demanda del feto para su metabolismo, crecimiento y desarrollo.

Así mismo los trastornos hipertensivos del embarazo tuvieron correlación con el bajo peso al nacer, probablemente causados por la

disminución del flujo útero-placentario que puede afectar el crecimiento fetal.

En el Cuadro 6, de 94 madres que aportaron bajo peso el 75.53 por ciento eran solteras y 24.47 por ciento fueron casadas. Del 75.53 por ciento de madres solteras, el 81.69 por ciento tuvo un recién nacido de bajo peso y 18.31 por ciento un recién nacido de muy bajo peso. Del 24.47 por ciento de madres casadas, el 91.30 por ciento de ellas tuvieron recién nacidos de bajo peso y el 8.70 por ciento recién nacidos de muy bajo peso.

Al someter estos resultados a la prueba estadística Chi cuadrado de independencia de criterios se encuentra un valor de $X^2 = 1.197$ y $p > 0.05$; con esto no se aprecia una diferencia estadísticamente significativa; lo que permite señalar que el estado civil materno no es un factor que contribuye al nacimientos de recién nacidos de bajo y muy bajo peso.

Este estudio confirma hallazgos previos de que el estado civil materno debe considerarse un factor de riesgo para malos resultados perinatales. Sin embargo, la magnitud del efecto no es lo suficientemente fuerte como para permitir subestimar el efecto de otras variables. El estado civil tiene diferentes connotaciones y actuar a diferentes niveles en el desarrollo de los resultados. Es así que ser casada o vivir en concubinato estable son consideradas situaciones con bajo riesgo potencial debido a la presencia del apoyo de la pareja, por lo que en ese sentido podrían ser tomados como un solo grupo poblacional.

Luo y colaboradores realizaron un análisis similar, encontrando diferencias entre las madres casadas y aquellas en concubinato estable, pero ambas con mejores resultados perinatales que en el caso de las madres que vivían solas. En base a esto, podemos concluir que existen ciertas diferencias entre el grupo de casadas y concubinato estable, lo cual estaría fundamentando el no englobarlos en un solo grupo durante el análisis.

Es posible pensar que el estado marital, y más específicamente el hecho de tener un sustento emocional familiar (pareja) conlleve a una mejora de la salud de los componentes familiares (debido a cambios de hábitos, mejora económica, etcétera).

En el Cuadro 7, de 94 madres que aportaron bajo peso el 89.36 por ciento eran ama de casa y 10.64 por ciento eran estudiantes. Del 89.36 por ciento de ama de casa, el 85.71 por ciento tuvo un recién nacido de bajo peso y 14.29 por ciento un recién nacido de muy bajo peso. Del 10.64 por ciento de madres estudiantes, el 70 por ciento de ellas tuvieron recién nacidos de bajo peso y el 30 por ciento recién nacidos de muy bajo peso.

Al someter estos resultados a la prueba estadística Chi cuadrado de independencia de criterios se encuentra un valor de $X^2 = 1.645$ y $p > 0.05$; con esto no se aprecia una diferencia estadísticamente significativa; lo que permite señalar que la ocupación materna no es un factor que contribuye a al nacimiento de recién nacidos de bajo y muy bajo peso.

Se ha documentado en otros estudios, la asociación de las actividades laborales con los daños a la salud reproductiva. Los efectos negativos en la reproducción varían según el tipo de trabajo, la condición reproductiva y la situación particular de cada gestación. El estudio sistemático de las condiciones laborales asociadas potencialmente con el BPN, ha partido de la fatiga laboral, que incorpora, como elementos nocivos de una ocupación, las posturas mantenidas por tiempo prolongado, el esfuerzo físico, el estrés y algunos elementos de la exposición ambiental. La presencia de fatiga laboral se asocia con el BPN ya sea por la mayor frecuencia de partos prematuros, o bien, por el retardo en el crecimiento intrauterino entre los hijos de las mujeres trabajadoras.

La fatiga laboral puede afectar al feto en razón del gasto energético y la reducción del flujo sanguíneo uterino, lo que conduce a una reducción del aporte de oxígeno y nutrientes al producto, en particular en presencia de desnutrición materna. La fatiga tiene un mayor impacto durante el segundo y el tercer trimestres del embarazo, al comprometer en mayor medida el crecimiento fetal.

Para Damián Romero Vázquez La ocupación de la madre constituyó también un factor importante en el estudio realizado para describir el comportamiento de los recién nacidos de bajo peso hijos de madres adolescentes en el Hospital Ginecoobstétrico de Guanabacoa, apporto mas elementos pues aunque por la edad la madre pueda tener un nivel escolar bajo aun, si se mantiene estudiando es un signo favorable lo que concuerda

con la literatura la cual plantea que las mujeres amas de casa no se preocupan lo suficiente por su bienestar físico y en muchas ocasiones esto se encuentra asociado a bajo nivel socioeconómico.

En el Cuadro 8, de 94 madres que aportaron bajo peso el 56.62 por ciento eran de procedencia urbano marginal y 43.62 por ciento eran de procedencia urbana. Del 56.62 por ciento de madres proveniente de la zona urbano marginal, el 77.36 por ciento tuvo un recién nacido de bajo peso y 7.32 por ciento un recién nacido de muy bajo peso. Del 43.62 por ciento de madres proveniente de la zona urbano, el 92.68 por ciento de ellas tuvieron recién nacidos de bajo peso y el 30 por ciento recién nacidos de muy bajo peso.

Al someter estos resultados a la prueba estadística Chi cuadrado de independencia de criterios se encuentra un valor de $X^2 = 4.048$ y $p < 0.05$; con esto se aprecia una diferencia estadísticamente significativa; lo que permite señalar que la zona de procedencia materna es un factor que contribuye a al nacimiento de recién nacidos de bajo y muy bajo peso.

La demanda incesante de adecuada servicios de salud para una población cada vez mayor, escasez de recursos o la mala distribución de los mismos, la obligación reconocida de lograr la sostenibilidad de las intervenciones sanitarias y los esfuerzos de desarrollo, son todos factores que indican que hace falta poner en práctica investigaciones dirigidas a los

grupos prioritarios en la demanda de salud que generalmente encontramos en las zonas urbano marginales.

Estudiamos la procedencia y encontramos diferencia significativa entre la urbana o urbano marginal a pesar que consideramos que nuestro sistema nacional de salud llega a todos los lugares del país permitiendo desaparecer las diferencias en cuanto al desarrollo entre la zonas urbanas y urbano marginales, pero una sociedad como es la peruana que se caracteriza por ser sumamente desigual y heterogénea, ha dado como resultado que el acceso a la salud de la población sea muy diferenciado e injusto. En este sentido, por ejemplo, es muy fácil advertir grupos humanos de madres, y sus hijos, que se ven postpuestos irracionalmente en su acceso a gozar de salud en la zona urbana marginal tan diferenciada como en la urbano; hecho que nos sitúa como un país postergado en su desarrollo.

En el Cuadro 9, de 94 madres que aportaron bajo peso el 47.87 por ciento tienen grado de instrucción secundario, el 30.85 por ciento tienen grado de instrucción primario y 21.28 por ciento tienen grado de instrucción superior.

Del 47.87 por ciento de madres que tienen grado de instrucción secundario, el 82.22 por ciento tuvo un recién nacido de bajo peso y 17.78 por ciento un recién nacido de muy bajo peso. Del 30.85 por ciento de madres con grado de instrucción primario, el 86.21 por ciento de ellas tuvieron recién nacidos de bajo peso y el 13.79 por ciento recién nacidos de

muy bajo peso. Del 21.28 por ciento de madres con grado de instrucción superior, el 85 por ciento de ellas tuvieron recién nacidos de bajo peso y el 15 por ciento recién nacidos de muy bajo peso.

Al someter estos resultados a la prueba estadística Chi cuadrado de independencia de criterios se encuentra un valor de $X^2 = 0.227$ y $p > 0.05$; con esto no se aprecia una diferencia estadísticamente significativa; lo que permite señalar que el grado de instrucción no es un factor que contribuye a al nacimiento de recién nacidos de bajo y muy bajo peso.

PÉREZ, Argel en Algunas variables biosocioculturales maternas presentes en el CIUR severo muestra que los niveles primario y secundario los más asociados con el BPN, asumiéndose que el mayor nivel educativo incrementa la productividad. En el caso del peso al nacer, una madre más educada tiene la habilidad para producir salud en el niño más eficientemente, quizás debido al mejor conocimiento entre el insumo salud y peso al nacer. Se plantea que a menor nivel de escolaridad de la madre mayor es la probabilidad de tener un recién nacido bajo peso.

En el Cuadro 10, de 94 madres que aportaron bajo peso solo el 2.13 por ciento tuvo como habito nocivo el consumo de cigarrillo. De este grupo de madres el 100 por ciento tuvo como producto un recién nacido de muy bajo peso. No se reportaron casos de madres que consumen bebidas alcoholicas.

El hábito de fumar no constituyó un factor de riesgo, en nuestro estudio lo cual no coincide con la bibliografía que plantea que el cigarrillo implica un aumento de la carboxihemoglobina en sangre lo que lleva a una menor oxigenación fetal. Para algunos, fumar cigarrillos es el factor de riesgo más ampliamente conocido para el bajo peso al nacer. Se ha demostrado que los hijos de mujeres fumadoras pesan al nacer de 200 a 300 gramos menos que los hijos de madres no fumadoras. En un estudio realizado Por DELGADO Mario se demostró que las madres fumadoras tienen dos veces más probabilidades de tener un recién nacido bajo peso. Pensamos que estos resultados sean debidos a un subregistro por la edad de las pacientes pues los adolescentes generalmente si fuman pero en la mayoría de los casos deben ocultarlo de los padres.

En el Cuadro 11, de 94 madres que aportaron bajo peso el 88.30 por ciento acudieron de 4 a 11 controles prenatales, y 11.70 por ciento solo acudieron de 0 a 3 controles.

Del 88.30 por ciento de madres que acudieron de 4 a 11 controles prenatales, el 91.57 por ciento tuvo un recién nacido de bajo peso y 8.43 por ciento un recién nacido de muy bajo peso. Del 11.70 por ciento de madres acudieron de 0 a 3 controles prenatales, el 72.73 por ciento de ellas tuvieron recién nacidos de muy bajo peso y el 27.27 por ciento recién nacidos de bajo peso.

Al someter estos resultados a la prueba estadística Chi cuadrado de independencia de criterios se encuentra un valor de $X^2 = 29.937$ y $p < 0.001$; con esto se aprecia una diferencia estadísticamente significativa; lo que permite señalar el número de controles prenatales es un factor que contribuye a al nacimiento de recién nacidos de muy bajo peso.

La atención prenatal parece conferir mayor protección a mujeres en riesgo de tener hijos con BPN que en mujeres sin ningún factor de riesgo. Aunque fue pequeño el porcentaje de mujeres que recibieron la mínima atención prenatal, la gran mayoría tuvo su primer contacto con los servicios de atención prenatal en el primer trimestre del embarazo. Si bien es cierto que la falta de atención prenatal no puede considerarse como un factor causal de BPN, la diferencia entre el riesgo atribuible poblacional de BPN entre mujeres cuyo riesgo es alto y bajo permite concluir que si se aumenta la proporción de mujeres que reciben atención prenatal oportuna se logrará reducir notablemente la frecuencia de BPN. Cabe afirmar, sobre la base de los resultados obtenidos son claves para utilizar acertadamente los recursos disponibles y aplicar con eficiencia las estrategias destinadas a reducir el riesgo de bajo peso al nacer.

Falta investigar por qué tantas mujeres no acuden a los servicios de atención prenatal en los primeros meses de la gestación y por qué son relativamente pocas las que buscan atención prenatal a pesar de haber tenido un hijo previo con bajo peso al nacer.

V. CONCLUSIONES

- Existe influencia significativa en el bajo peso al nacer con los factores maternos biológicos.
- La prueba de independencia de criterios que midió la influencia entre la edad materna y el bajo peso, muestra diferencia significativa $X_0^2=29.937$ $p<0.001$. La edad que produjo más bajo peso comprendió las edades de 19 a 35 años con un 88.30 por ciento.
- El peso materno influyo de manera significativa en el bajo peso encontrándose una significancia de $X_0^2=3.940$ $p<0.05$. Un 81.91 por ciento de madres tuvieron una ganancia de peso inadecuada
- Los antecedentes obstétricos mostraron nivel de significancia $X_0^2=11.586$ $p<0.001$ en el bajo peso al nacer, siendo los más influyentes: periodo ínter genésico corto, seguido de la Multípara y el aborto. El 60.64 por ciento de madres presentaron antecedentes obstétricos.
- Las Afecciones propias al embarazo influyo en el bajo peso al nacer con un nivel de significancia $X_0^2=3.887$ $p<0.05$, siendo la mas influyentes: la ruptura de membranas uterinas con un 37.23 por ciento, seguido de oligohidramnios con 10,64 por ciento y finalmente la placenta previa 1,06 por ciento. El 50 por ciento de madres que

tuvieron recién nacidos de bajo peso presentaron afección propia al embarazo y 50 por ciento no presentaron

- El 60.64 por ciento de madres presentaron afección asociada al embarazo: anemia con un 39.36%, seguido de la ITU 26,60% y finalmente la Hipertensión arterial con un 4,26%. Se encontró un nivel de significancia para esta variable con el bajo peso al nacer de $X^2 = 10.114$ y $p < 0.01$.
- De los factores maternos sociales solo tuvo influencia significativa en el bajo peso, la procedencia materna con un $X_0^2 = 4.048$ $p < 0.05$.
- El 56.62 por ciento de madres con recién nacidos de bajo peso eran de procedencia urbano marginal y 43.62 por ciento eran de procedencia urbana.
- De acuerdo a los factores maternos culturales solo tuvo influencia en el bajo peso fue los controles prenatales $X_0^2 = 29.937$ $p < 0.001$.
- El 88.30 por ciento de madres que aportaron bajo peso acudieron de 4 a 11 controles prenatales.
- Existe mayor relación entre los factores maternos biológicos y el bajo peso al nacer puesto que de todas las variables consideradas resultaron estadísticamente significativas.

VI. RECOMENDACIONES

- Realizar estudios a profundidad sobre el bajo peso al nacer en otros centros hospitalarios, para orientar estrategias hacia su reducción, en La Libertad.
- Socializar la presente información con el hospital participante (Hospital Regional Docente Trujillo) y centro de salud de contra referencia, con el fin de canalizar el apoyo que sea necesario para atender y prevenir los factores maternos mas influyentes en el bajo peso.
- Los resultados aportan datos que deben ser considerados por el equipo multidisciplinario de la salud que intervienen en el cuidado de la gestante, ya que si se pone énfasis en la atención de aquellos factores desencadenantes y se amplia los programas ya existentes para la atención materna, se lograra mejorar su salud y disminuir la morbimortalidad infantil.

VII. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

BAKKETEIG, L. y JACOBSEN, G. (1993) Pre-pregnancy risk factors of small for gestational age births among parous women in Scandinavia. Acta Obstet Gynecol Scand 72(4):273-279.

BECERRA, C. y cols. (1998). Prevalencia de anemia en gestantes, Hospital Regional de Pucallpa, Perú. Rev Panam Salud Pública; 3 (5): 285-90.

BEHRMAN, R. y col. (2000). Nelson Tratado de Pediatría 16ava ed. Ed. McGraw-Hill-Interamericana. España.

BOLZÁN, A. (2005). Factores de riesgo de retardo de crecimiento intrauterino y prematuridad en dos municipios de la provincia de Buenos Aires-Argentina.

Disponible en http://www.scielo.sa.cr/scielo.php?pid=S0253-29482004000100008&script=sci_arttext

Fecha de acceso: 17 de Julio del 2006.

BORTMAN, M. (2005). Factores de Riesgo de Bajo Peso al Nacer. Revista Panamericana Salud Pública 3 (59), 28-35.

CENTRO LATINOAMERICANO DE PERINATOLOGÍA Y DESARROLLO HUMANO. (2000) "Incidencia del Bajo Peso al Nacer y Mortalidad Perinatal

en América Latina. *Salud Perinatal*. (CLAP-OPS/OMS). Disponible en:
<http://www.clap.hc.edu.uy> Fecha de acceso: 24 de junio 2006.

DEPARTAMENTO DE ESTADÍSTICA. Hospital Regional Docente Trujillo.
Informes Estadísticos. 2005

DEPARTAMENTO DE ASUNTOS ECONÓMICOS Y SOCIALES. Oficina De
Estadística De Las Naciones Unidas. Naciones Unidas: "Definiciones y
Conceptos en Salud". Informes Estadísticos. (1974). Disponible en
<http://www.deis.gov.ar/definiciones.htm>

Fecha de acceso: 12 de Agosto 2005

DÍAZ O, SOLER M, SOLER B. (1993). Aspectos Epidemiológicos del bajo
peso al nacer. *Rev. Cubana Med Gen Integr*: 9(3); 243-244.

DIRECCIÓN DE ESTADÍSTICA E INFORMACIÓN DE SALUD. (2000).
Programa Nacional De Estadísticas De Salud. Ministerio De Salud "Modelos
de Formularios e Instructivos del Sistema de Estadísticas Vitales". Buenos
Aires, Argentina.

DONOSO, E. y ESPINOZA, R. (1998). Efectos de algunas variables
nutricionales maternas sobre el peso del recién nacido de término. *Rev
Latin Perinat*; 8: 90-94.

FERNÁNDEZ, R. (2004). Factores maternos: Biológicos, estilos de vida y
socioculturales que Influyen en el peso del recién nacido a término. Hospital

de Sullana. Abril- Mayo. Disponible en:

http://www.sarda.org.ar/Revista%20Sard%C3%A1/94_A/6065.pdf#search=%22rciu%22

Fecha de Acceso: 30 de Julio del 2006.

GARY, F. y col, (2001) Williams Obstetricia. 20ava. ed. Ed. Médica Panamericana. Buenos Aires.

GOMELLA, T. (2002). Neonatología: Manejo Básico, procedimientos, enfermedades y fármacos. 4ava ed. Ed.: Panamericana. México.

GRANADO, M. 1990. Atención Primaria de salud: La Mujer y el Proceso Reproductivo. 1era ed. Ed. OPS. Colombia.

GUYER, B. y col. (1998). Annual Summary of Vital Statistics Pediatrics. 10 (6):1229–1246

HERNÁNDEZ, M. (1994). Pediatría. 2ª Ed. Díaz de Santos. Madrid.

HERNÁNDEZ F, y col. (1996). El recién nacido de bajo peso: comportamiento de algunos factores de riesgo. Rev. Cubana Med Gen Intergr: 12 (1): 44-49.

HERNÁNDEZ-PEÑA, P. (1999). Condiciones de trabajo, fatiga laboral y bajo peso al nacer en vendedoras ambulantes. Salud Publica;41:101-109 México. Disponible en: <http://www.insp.mx/salud/41/412->

[3.pdf#search=%22hernandez%20pe%C3%B1a%20condiciones%20de%20t
rabajo%22](#)

Fecha de Acceso: 5 de Agosto del 2006

ISRAEL, J. (2002). Algunos Factores Maternos relacionados con el bajo peso al nacer. Municipio Playa-Cuba. Disponible en:

http://bvs.sld.cu/revistas/gin/vol30_1_04/gin01104.htm

Fecha de Acceso: 01 de Agosto del 2006

INSTITUTO NACIONAL DE ESTADÍSTICA E INFORMÁTICA (INEI). (2005). Macro International. Encuesta Demográfica y de Salud Familiar, ENDES .Lima, Perú Disponible en:

[http://www.minsa.gob.pe/dgps/promo/Descarga/Situacion_Actual_de
la_Gestante.ppt](http://www.minsa.gob.pe/dgps/promo/Descarga/Situacion_Actual_de_la_Gestante.ppt)

Fecha de acceso: 24 de junio del 2006

JUEZ G, LUCERO E, VENTURA-JUNCÁ P. (1999). Crecimiento intrauterino según sexo fetal y paridad materna. Revista Chilena Pediatría; 7 (60), 204-210.

MENENGUELLO J, FANTA N. (1997). Pediatría. 5ta edición. Tomo I. Editorial Médica Panamericana.

OFICINA DE ESTADÍSTICA DE LAS NACIONES UNIDAS.
DEPARTAMENTO DE ASUNTOS ECONÓMICOS Y SOCIALES: "Manual

de Métodos de Estadísticas Vitales".(1995). Estudios Metodológicos. 7ma ed. Ed. Nueva York, EE.UU.

ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD. (2005). Oficina Sanitaria Panamericana. Oficina Regional De La Organización Mundial De La Salud: "Clasificación Internacional de Enfermedades y Problemas relacionados con la Salud. 10ava. Ed Organización Panamericana de la Salud. Washington.

ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD, (2004). Método Madre Canguro: Guía Práctica, Ginebra.

PACHECO. (1998). Retardo en el crecimiento intrauterino.. En Pacheco Ginecología y Obstetricia. Barcelona: Mc Graw Hill 2004. p. 1245- 1256.

PAUL D. y col. (1994). "Prenatal alcohol exposure, birthweight, and measures of child size from birth to age 14 years".; American Journal of Public Health: 84 (9) 84-94.

PÉREZ, A. (2005). Algunas variables biosocioculturales maternas presentes en el CIUR severo, Hospital Vladimir I. Lenin. Disponible en: http://www.16deabril.sld.cu/eventos/xviiforum/programa_cientifico.html

Fecha de Acceso: 15 de Agosto del 2006.

POLIT, D y HUNDLER, B. (2000). Investigación científica en ciencias de la salud. 2a ed. Ed. Nueva Editorial Interamericana, 595. México

PUFFER, R y SERRANO, C. (1998). Características del bajo peso al nacer. OPS/OMS. España

REEDER, SHARON J. (1998). Enfermería Materno Infantil. 17ava ed. Ed. Interamericana. McGraw-Hill. España.

SAUREL-CUBIZOLLES, M. y KAMINSKI, M. (1999) Pregnant women's working conditions and their changes during pregnancy: A national study in France. Br J Ind Med 1987;44:236-243.

SORIANO LLORA, T. (1999) "Factores de Riesgo del bajo peso al nacer"; Revista SEMG: 53, 263-270. Disponible en: http://www.semg.es/revista/revista_53/pdf/original_2.pdf#search=%22soriano%20llora%20factores%20de%20riesgo%22

Fecha de Acceso: 27 de Julio del 2006.

ANEXOS

ANEXO Nº 1

TAMAÑO DE LA MUESTRA

Para determinar el tamaño de la muestra se hizo uso de la fórmula estadística que nos brinda el muestreo aleatorio simple cuando el interés es evaluar una variable cualitativa.

$$n_0 = \frac{Z^2 PQ}{E^2} \quad \text{reajustándose a :}$$

$$n = \frac{n_0}{1 + n_0} \quad \text{donde :}$$
$$N$$

- Z : 1.96 coeficiente de confiabilidad para una confianza del 95%
- P : 0.47 proporción de ganancia de peso en las gestantes que tuvieron como producto a Recién Nacidos de Bajo peso según Rev. Cubana de Gineco Obstetricia 2004.
- Q : 1-P
- E : Error de precisión. (D=0.05 o 5 %)
- N : 124 Población estimada de madres con recién nacidos de bajo peso en un año HRDT, según Archivo de Estadística Obstetricia 2005.

Reemplazando se obtiene:

$$n_0 = \frac{(1.96)^2 (0.47)}{(0.05)^2} = 383$$

$$n = \frac{383}{1 + \frac{383}{4.09}} = \frac{383}{124} = 94$$

ANEXO Nº 2

UNIVERSIDAD NACIONAL DE TRUJILLO
FACULTAD DE ENFERMERIA
DEPARTAMENTO DE ENFERMERIA
DE LA MUJER Y EL NIÑO

CUESTIONARIO SOBRE FACTORES BIOSOCIOCULTURALES MATERNOS ASOCIADOS AL BAJO PESO AL NACER

Nº de HC: _____

1. Peso del RN: _____

Capurro: _____

Datos Maternos

2. Edad: _____

3. Estado civil:

Soltera Conviviente Casada

4. Ocupación:

Ama de casa Estudia Trabaja fuera del hogar

5. Procedencia:

Rural Urbano

6. Grado de Instrucción: _____

7. Antecedentes obstétricos

	Presento	No Presento
Periodo Ínter genésicos corto (>24 meses) Paridad <ul style="list-style-type: none">• 1 – 2 partos• 3 o más partos		
Bajo peso anterior		
Aborto		
Tumores uterinos		
Embarazo Múltiple		
Hiperémesis gravídica		

Otros: _____

8. Afección asociada al embarazo

	Presento	No Presento
Infecciones del tracto urinario		
Anemia		
Hipertensión Arterial,		

Otros: _____

9. Afección propia del embarazo

	Presento	No Presento
Ruptura de Membranas Uterinas		
Oligohidramnios		
Placenta previa		
Diabetes Gestacional		

Otros: _____

10. Valoración Nutricional: Peso inicial: _____ Peso final: _____

11. Hábitos Nocivos:

Fumadoras No Fumadoras
 Consumo bebidas alcohólicas No consumo bebidas alcohólicas
 Uso de sustancias toxicas No usa sustancia toxicas

12. Nº Controles Prenatales

>3 controles 4-7 controles 7-11 controles