

PATOLOGÍAS OBSERVADAS EN RECIÉN NACIDOS PRODUCTO DE EMBARAZOS NO CONTROLADOS. ANÁLISIS DESCRIPTIVO

Mariángela García (1), Stefano Fiore (2), Valeria García (3) Marivy Giménez (4)
Mercedes R. de Materán (5), Mariana Materán (6), Nelson Orta (7)

Recibido: 20/01/25
Aceptado: 30/05/25

RESUMEN

Introducción: El control prenatal es fundamental para detectar factores de riesgo materno y neonatal. Las patologías que pueden observarse en recién nacidos están influenciadas por deficiente atención perinatal, condiciones ambientales y aspectos socioeconómicos, entre otras. **Objetivo:** Analizar frecuencia y tipo de patologías en Recién Nacidos (RN) producto de embarazos no controlados adecuadamente. **Metodología:** investigación descriptiva, transversal, retrospectiva. **Muestra:** 240 RN con criterios de inclusión. Información obtenida mediante revisión documental de historias y ficha de registro. **Resultados:** Madres: Edad \bar{x} :24,63±0,42 años; 50,42% con educación secundaria y 49,58 menor nivel, control prenatal deficiente en todas las pacientes con 4 o 5 controles en 49,17% y menos de 4 en 50,93%. Edad gestacional \bar{x} :37,31± 2,39 semanas, parto vaginal 66% y cesárea 34%. Peso al nacer \bar{x} :2873,2 gr±36,52 y talla \bar{x} :48 cm±3,86. Escala de Apgar a los cinco minutos: Mediana 9 puntos, entre 8-10 puntos en 91,25% de los casos. En 92,92% de los neonatos se detectaron patologías, las más frecuentes: sepsis neonatal, bajo peso al nacer y síndrome de dificultad respiratoria, más frecuentes significativamente en RN pretérmino. Estos resultados en este primer estudio sistemático sobre este tópico publicado en Venezuela muestran la alta incidencia de patologías en neonatos producto de embarazos inadecuadamente controlados y, el análisis comparativo con lo descrito en la literatura en madres adecuadamente controladas mostró mayor incidencia de patologías, predominando patologías infecciosas, lo cual implica mayor riesgo neonatal. Por ende, es pertinente enfatizar que la atención prenatal oportuna y adecuada es fundamental para disminuir la morbilidad neonatal.

Arch Venz Puer Ped 2025; 88 (1): 8 - 13

Palabra Clave: Recién nacidos; Patologías neonatales; Control prenatal; Sepsis neonatal

DESCRIPTIVE ANALYSIS OF PATHOLOGIES OBSERVED IN A SERIES OF NEWBORNS RESULTING FROM UNCONTROLLED PREGNANCIES

SUMMARY

Prenatal control is the best system for detection of maternal and newborn risk factors. Pathologies observed in newborns (NB) could be influenced by deficient perinatal care and by environmental and socioeconomic conditions. **Objective:** To analyze the frequency and type of pathologies in neonates resulting from pregnancies that were not adequately controlled. **Methodology:** descriptive, cross-sectional, and retrospective research. **Sample:** 240 newborns who met inclusion criteria. Information obtained through documentary review of histories and registration form. **Results:** Mothers: Age \bar{x} :24.63±0.42 years; 50.42% with secondary education and 49.58% with lower educational level. Deficient prenatal control in all patients, with 4 or 5 controls in 49% and less than 4 in 50%. Gestational age \bar{x} :37.31± 2.39 weeks, vaginal delivery in 66% and cesarean section in 34%. Birth weight \bar{x} :2873.2 gr±36.52 and height \bar{x} :48 cm±3.86. Median Apgar scale at five minutes: 9 points, between 8-10 points in 91.25% of neonates. In 92.92% of the cases, significant pathologies were detected, the most frequent was neonatal sepsis (65.02%), then low birth weight and respiratory distress syndrome, more frequent seen significantly in preterm NB. These results, first systematic study on this topic undertaken and published in Venezuela showed the high incidence of pathologies in neonates as result of inadequately control and, the comparative analysis with what has been described in the literature in mothers with adequate control showing a higher incidence of pathologies, predominance of infectious diseases, which implies higher neonatal risk. Therefore, it is pertinent to emphasize that adequate prenatal care is essential to reduce neonatal morbidity.

Arch Venz Puer Ped 2025; 88 (1): 8 - 13

Keywords: Newborns; Neonatal pathologies; Pregnancy control; Neonatal sepsis

INTRODUCCIÓN

El embarazo constituye una condición fisiológica y como tal tiene una evolución natural, sin embargo, amerita controles por el personal de salud para evaluar la marcha del proceso y detectar manifestaciones o patologías que puedan afectar la salud de la madre y del feto e instaurar medidas pertinentes.

Las complicaciones más frecuentemente descritas durante la gestación y etapa perinatal son: diabetes gestacional, infección del tracto urinario, preeclampsia, sepsis neonatal, síndrome de distress respiratorio del recién nacido (RN) y otras, estas a su vez pueden acarrear aborto espontáneo, prematuridad o bajo peso al nacer, defectos congénitos y otros, y, en ca-

1. Médico egresado de Facultad de Ciencias de la Salud. Universidad de Carabobo. Valencia-Venezuela; garciamg1908@gmail.com. ORCID: 0009-0005-7433-5529
2. Médico egresado de Facultad de Ciencias de la Salud. Universidad de Carabobo. Valencia-Venezuela; stefanoaf.6@gmail.com. ORCID: 0009-0006-4758-6610
3. Médico egresado de Facultad de Ciencias de la Salud. Universidad de Carabobo. Valencia-Venezuela; valeriagre26@gmail.com. ORCID: 0009-0006-4575-0974
4. Médico egresado de Facultad de Ciencias de la Salud. Universidad de Carabobo. Valencia-Venezuela; marivygimenez9@gmail.com. ORCID: 0009-0006-4575-0974
5. Pediatra. Profesora Titular. Facultad de Ciencias de la Salud. Universidad de Carabobo. Valencia-Venezuela; mercedesmateran@gmail.com. ORCID: 0009-0001-2398-8280
6. Pediatra. Profesora Asistente. Facultad de Ciencias de la Salud. Universidad de Carabobo. Valencia-Venezuela; marianamateran24@gmail.com. ORCID: 0009-0001-2398-8280
7. Profesor Titular de Pediatría y Nefrología. Facultad de Ciencias de la Salud. Universidad de Carabobo. Valencia-Venezuela. Profesor Visitante. Servicio de de Pediatría. Hospital Universitario Gandía. Valencia-España; nelson.orta@gmail.com. ORCID: 0000-0003-3725-498X

Autor correspondiente:

Dr. Nelson Orta +34 642 965 234. Correo : nelson.orta@gmail.com

sos extremos letalidad materno-fetal o neonatal (1). Por ende, el control prenatal y perinatal permite promover acciones de salud a la madre y el niño (2).

El Centro Latinoamericano de Perinatología (CLAP) define el control prenatal como “la serie de consultas, entrevistas o visitas programadas de la embarazada con integrantes del equipo de salud, con el objeto de vigilar la evolución del embarazo y obtener adecuada preparación para el parto y la crianza”. Esto, representa una plataforma para llevar a cabo la promoción y la atención de la salud materno-fetal, el cribado, diagnóstico temprano, tratamiento y prevención de complicaciones del embarazo. Estas prácticas reducen la morbilidad (3,4).

Estos controles deben cumplir premisas: Precoz: Primera consulta durante el primer trimestre de gestación. Periódico: se recomienda un mínimo de 8 contactos para reducir letalidad perinatal hasta en 8/1000 nacimientos, en comparación con un número menor de cuatro visitas o menos. Completo: Evaluar detalladamente aparatos/sistemas de la paciente. Amplia cobertura: Disponibilidad de consultas en toda la extensión del territorio nacional (3).

En 2019 murieron en el mundo 2,4 millones de niños durante el primer mes de vida (47% de las muertes de menores de 5 años). La mayor parte de las muertes neonatales ocurren durante la primera semana de vida (75%), y aproximadamente 1 millón de RN mueren en las 24 primeras horas de vida. Está demostrado que es posible mejorar la supervivencia y la salud de los RN y reducir las muertes prenatales prevenibles mediante alta cobertura de atención prenatal. Asimismo, se ha observado que los partos prematuros, las infecciones y los defectos congénitos causaron la mayor parte de las muertes neonatales en 2017 (Organización Mundial de la Salud) (5). Actualmente, la OMS recomienda un sistema de control prenatal con 8 contactos madre-equipo médico: primer contacto a las 12 semanas de gestación, y luego a las 20, 26, 30, 34, 36, 38 y 40 semanas, recalando que cada país adaptará el modelo de control a su contexto (6), criterios adaptados a Venezuela (7) y publicados en normativa ministerial (8).

No obstante, se presentan barreras para un adecuado control prenatal, tales como: inaccesibilidad geográfica, costo de consultas y transporte, horas de trabajo perdidas por la paciente al acudir a consultas, barreras culturales, falta de promoción en las comunidades e inadecuada infraestructura de los centros médicos (3).

Guzmán (2017) realizó un estudio sobre gestación no controlada como factor de riesgo para sepsis neonatal precoz en Perú. Se evaluaron 136 neonatos y, 34 de ellos presentaron Sepsis Neonatal Precoz. Sepsis (9).

Nazareno (2018) publicó estudio en Ecuador relacionado con complicaciones maternas y neonatales por falta de diagnóstico nutricional en gestantes, observando que 90% tuvo menos de cuatro controles prenatales y no tuvieron valoración nutricional, asociándose esto a complicaciones maternas y neonatales, tales como prematuridad, depresión neonatal, RN grande para la edad gestacional. Concluyendo que las gestantes malnutridas y mal controladas, tienen mayor predisposición materno-fetal a complicaciones perinatales (10).

Ventura y col (2016) en Perú realizaron investigación sobre controles prenatales y su asociación con la morbilidad del RN y observaron que 89,3% de los RN producto de embarazos con menos de 6 controles prenatales presentan

mayor morbilidad (11). Otra investigación sobre control prenatal inadecuado como factor de riesgo para morbilidad neonatal demostró bajo APGAR (< 7 al minuto), prematuridad y cuadros respiratorios agudos (12).

Bernal, (2019), resalta la importancia de identificar posibles riesgos desde la gestación, con el objetivo de prevenir prematuridad o bajo peso al nacer, observados en 15-20% de todos los nacimientos, condición asociada a hipotermia, retinopatía, dificultad respiratoria, hipercoagulabilidad y desequilibrio hidroelectrolítico. Asimismo, la OMS, la UNICEF, el Ministerio de Salud de varios países, plantean tener precauciones diversas durante la preconcepción y durante el embarazo (13).

Barros L y Velasco (2021), en investigación sobre factores asociados a la falta de control prenatal en América Latina y su relación con complicaciones obstétricas reportan que factores asociados son: bajo nivel de instrucción, ocupaciones del hogar y crianza, desempleo, escasos recursos económicos, ubicación geográfica, costumbres y, a su vez, ello se relaciona con: bajo peso al nacer y prematuridad y, por parte materna: infecciones, anemia, preeclampsia, hemorragias y alumbramiento incompleto (14).

Igualmente, Lezcano y Ríos (2021) en Paraguay, en estudio observacional, descriptivo sobre frecuencia y factores de riesgo para la hipoglucemia neonatal evidenciaron que la falta de control prenatal junto a patologías en el recién nacido como prematuridad y bajo peso al nacer y patologías en la madre como diabetes e hipertensión arterial son factores de riesgo significativo en la aparición y persistencia de hipoglucemia neonatal (15).

Hernández y col (2022) describen que la programación fetal implica cuidados y vigilancia especiales por parte del equipo de salud y que desde la etapa embrionaria la acción obstétrica, familiar, y de la propia paciente, determinarán la salud del adulto (16).

OBJETIVOS

Objetivo General: obtener información -basada en la evidencia- de la frecuencia de patologías en RN producto de embarazos no controlados, con la finalidad de informar al personal de salud al respecto y potenciales consecuencias en el neonato.

Objetivos específicos:

- Describir a los (RN): peso y talla al nacer, sexo y APGAR al minuto y a los cinco minutos), y presencia de patologías o no, señalando la entidad.
- Identificar frecuencia y tipos de patologías específicas más frecuentes que presentan los RN en estudio.
- Relacionar la presencia de patologías en RN producto del embarazo no controlado con edad gestacional, edad materna y su escolaridad.
- Comparar la frecuencia de patologías en RN a término vs. pretérmino.

MÉTODOS

Investigación observacional, descriptiva, no experimental, de corte transversal, retrospectiva.

Población en estudio: totalidad de embarazadas atendidas

en el Hospital Materno-Infantil “José María Vargas” de Valencia, Venezuela, durante el periodo julio-diciembre de 2022, y la muestra fue de tipo no probabilística deliberada constituida por 240 embarazadas que cumplieron con los siguientes criterios: Que hayan tenido embarazo no controlado adecuadamente (menos de 6 controles/consultas obstétricas). Como instrumento se diseñó ficha de registro contentiva de las variables que dieron respuesta a los objetivos propuestos. Variables registradas fueron: Maternas: Edad cronológica, Escolaridad, Edad gestacional, número de consultas obstétricas prenatales, antecedentes patológicos maternos, resolución del embarazo: parto vaginal o cesárea, Recién nacido: Peso y Talla al nacimiento, Apgar al nacimiento y ulteriormente, patologías específicas al nacer o desarrolladas en los días subsiguientes.

Los datos, se sistematizaron en tabla maestra mediante Microsoft®Excel, presentándolas a partir de las técnicas estadísticas descriptivas univariadas en tablas de distribuciones de frecuencias (absolutas y relativas) según los objetivos específicos. A las variables cuantitativas se les calculó media aritmética, desviación estándar, valor mínimo y máximo y coeficiente de variación. Se utilizó programa estadístico Statgraphics Plus 5.1 Se aplicó análisis no paramétrico Chi2 para independencia entre variables.

RESULTADOS

El estudio incluyó 240 RN, con promedio de edad gestacional al nacimiento (EG) de 37,39±2,31 semanas, mediana de 38 semanas; EG mínima 30 semanas y máxima 42 semanas y coeficiente de variación 6% (serie homogénea). Predominaron los RN clasificados como término: 166 casos (69,17%). Resolución del embarazo: Parto vaginal: 158 casos (65,73%). Cesárea 82 casos (34,27%)

Sexo del recién nacido: femenino (52,50%=126 casos), masculino (47,50%=114 casos).

Peso al nacer: \bar{X} :2873,2±36,52 gr, con mediana de 3010 gr, Rango: 1050-4000 gr, Coeficiente de variación 20% (serie homogénea). Predominaron RN adecuados para la edad gestacional (AEG) con 71,67% (172 casos). Talla al nacer: \bar{X} :48±3,86 cm, Mediana 49 cm, Rango 30-52 cm, coeficiente de variación 8% (serie homogénea entre sus datos). Apgar: Al primer minuto del nacimiento: fueron más frecuentes los RN con Apgar entre 6 y 8 puntos (50,83%= 122 casos), se-

guidos de aquellos con 9 puntos (45,42%= 109 casos), y otros 3,75 %=9 casos, con Mediana de 8 puntos. Al minuto 5: la mediana fue de 9 puntos predominando aquellos RN con APGAR entre 8 y 10 puntos (91,25%= 219 casos).

Características maternas: Promedio de edad materna 24,63±0,42 años, Mediana 23, Rango: 15-44 años, coeficiente de variación 26% (serie homogénea entre sus datos). Fueron más frecuentes madres con edad entre 21 a 30 años, seguidas de aquellas con 20 años o menos y luego mayores de 30 años. En cuanto a la escolaridad, fueron más frecuentes madres con secundaria/bachillerato, seguidas de aquellas con primaria completa y luego madres con escasa o sin escolaridad. En relación con controles/consultas obstétricas, se registró un promedio de 3,22 ± 0,10, con una mediana de 3 controles, un valor mínimo de 0 controles y un máximo de 5 controles. Siendo más frecuentes aquellas madres con 4 y 5 controles, seguidas de aquellas con 1 y 3 controles y finalmente madres sin ninguna consulta (Tabla 1).

Tabla 1. Edad materna, controles prenatales y antecedentes maternos de recién nacidos producto de embarazos no controlados adecuadamente

EDAD MATERNA (AÑOS)	F	%
≤ 20	73	30,4
21-30	127	52,9
31-40	35	14,6
> 40	5	2,1
CONTROLES	F	%
0	24	10,0
1-3	98	40,8
4-5	118	49,2
ANTECEDENTES PATOLÓGICOS	f	%
Sí	140	58,3
No	100	41,7
Total	240	100
TIPO DE ANTECEDENTES PATOLÓGICOS (n=140)	f	%
Infección del Tracto Urinario	80	57,1
Vaginosis	32	22,9
VDRL +	25	17,9
Hipertensión Arterial	17	12,1
Preeclampsia	9	6,4
Asma	7	5,0
Diabetes Gestacional	6	4,3
Ruptura Prematura de Membranas	4	2,9

Más del 50% de las madres presentó algún antecedente patológico (140 casos), predominando: infección del tracto urinario con presentación durante el II y III trimestre casos; en segundo lugar, se presentó la Vaginosis, en especial durante el II trimestre; en tercer lugar, madres con VDRL positivo y en cuarto lugar hipertensión arterial. Adicionalmente se presentó: Desprendimiento prematuro de placenta, Eclampsia y Epilepsia (2 casos de cada uno) y Anemia drepanocítica, Corioamnionitis, Citomegalovirus, Diabetes, Hipotiroidismo y Virus del Papiloma Humano (1 caso de cada uno).

Patologías detectadas: 92,92% de los RN presentaron las siguientes patologías al nacimiento o en días subsiguientes (348 entidades en 223 RN, la mayoría con 1 patología: Sepsis neonatal casos), Bajo peso al nacer (BPN), Síndrome de dificultad respiratoria del RN), Ictericia neonatal patente, Sífilis congénita 7,6%, Trastornos metabólicos: (hipokalemia, hipocalcemia, hipoglicemia o hiponatremia. Casos misceláneos: Asfixia perinatal transitoria, Hemorragia digestiva superior, Enterocolitis necrotizante, Onfalocele, Cardiopatía, Macrosomía, Neumonía) (Tabla 2).

Proporcionalmente la presencia de patologías predominó en RN obtenidos por cesárea (80/82) vs, obtenidos por parto vaginal (143/158). Se encontró asociación estadísticamente significativa entre la presencia de patología en el RN y la edad gestacional ($X^2=8,16$; 2 gl; $P=0,0169$) (V de Cramer= 0,18); también con la vía de resolución del embarazo ($X^2=4,08$; 1 gl; $P=0,0433$) (V de Cramer = 0,13); asimismo con el peso al nacer ($X^2=6,80$; 1 gl; $P=0,0091$) (V de Cramer = 0,17) y con la talla al nacer ($X^2=3,40$; 1 gl; $P=0,0553$) (V de Cramer= 0,12), todas las asociaciones encontradas fueron de grado bajo (Tabla 2).

Los promedios de peso al nacer fueron menores en RN con presencia de patologías ($p < 0,05$) y aunque la talla fue menor en aquellos con presencia de patologías, la diferencia no fue estadísticamente significativa ($p > 0,05$) (Tabla 2).

De los RN con presencia de patologías fueron más frecuentes los RN pretérmino (73) siendo el promedio de edad gestacional estadísticamente menor en aquellos pacientes con presencia de patologías ($p < 0,05$). En madres mayores de 31 años (39/40) aunque la edad materna promedio fue mayor en aquellos RN con presencia de patologías, tal diferencia no fue estadísticamente significativa ($p > 0,05$); en las analfabetas (17/17) y aquellas con escolaridad universitaria (12/12) y con ningún control (23/24). Solo se encontró una asociación estadísticamente significativa entre la presencia de patologías en el recién nacido y la edad gestacional al nacimiento $p=0,0169 < 0,05$).

DISCUSIÓN

Es conocido que un control prenatal inadecuado conduce a mayores tasas de partos y RN pretérmino, retardo de crecimiento intrauterino (RCIU), RN pequeños para la edad gestacional, bajo peso al nacer, mayores tasas de infecciones y de

Tabla 2. Patologías en neonatos producto de embarazos no controlados adecuadamente

PATOLOGÍAS EN EL RECIÉN NACIDO		
	F	%
Sí	223	92,9
No	17	7,1
Total	240	100
TIPO DE PATOLOGÍAS		
	f	% *
Sepsis	145	65,0
Bajo Peso al Nacer	62	27,1
Síndrome de Dificultad Respiratoria del RN	49	22,0
Ictericia (con o sin Incompatibilidad hemat)	40	17,9
Sífilis Congénita	17	7,6
Trastorno Metabólico	14	6,3
Cardiopatía	6	2,7
Incompatibilidad ABO	6	2,7
Macrosomía	6	2,7
Neumonía	3	1,3

mortalidad materno-perinatal, En el presente estudio se demuestran fehacientemente estos hallazgos, descritos en la literatura (9-14), con algunas particularidades muy llamativas como es la alta frecuencia de sepsis neonatal y de patologías altamente prevenibles como es el caso de la lúes congénita (17 casos en este estudio), muy superior a lo descrito en la literatura internacional. Esto conlleva a la necesidad de hacer hincapié en el hecho que los padres conozcan la importancia del control prenatal adecuado y las consecuencias que puede acarrear deficiencia en este sentido.

Los resultados de la presente investigación muestran que el promedio de edad gestacional al momento de la resolución del embarazo fue similar al del estudio realizado por Guzmán (9) en Perú donde el promedio de edad gestacional fue de 39,12 semanas; a su vez lo reportado difiere con la investigación realizada por Avelino (12) en el que el 91,0% de los recién nacidos producto de embarazo no controlado presentaron una edad gestacional menor a 37 semanas al momento de la resolución del embarazo. En relación con la vía de resolución del embarazo, predominó la vía vaginal (65,73%), datos que se asemejan a los obtenidos por Guzmán (9) quien identificó que un 84,55% de resolución por vía vaginal.

En cuanto a la variable sexo del recién nacido, fueron ligeramente más frecuentes los del sexo femenino, resultados diferente a los reportados por Guzmán (9), estudio, en el que predominó el sexo masculino. Con respecto a la característica de peso al nacer, predominando los recién nacidos adecuados para la edad gestacional (AEG), el peso promedio registrado es inferior a lo reportado por Guzmán (9) quien reporta un promedio mayor de peso al nacer. En lo referente a la talla al nacer, se registró un promedio de 48 cm, en su mayoría con

Tabla 3. Comparación de las variables: edad gestacional, resolución del embarazo y peso y talla neonatal en universo de neonatos producto de embarazos no controlados adecuadamente

Patología del RN	Ausente		Presente		Total	
	f	%	f	%	f	%
Edad gestacional al nacimiento						
Pre término	0	0	73	30,42	73	30,42
A término	17	7,08	149	62,08	166	69,17
Post término	0	0	1	0,42	1	0,42
Resolución del embarazo						
Cesárea	2	0,83	80	33,33	82	34,17
Vaginal	15	6,25	143	59,58	158	65,83
Peso al nacer						
< 2500 grs	0	0	65	27,08	65	27,08
≥ 2500 grs	17	7,08	158	65,83	175	72,92
X ± ES	3285,29 +/- 108,8		2841,75 +/- 75,5		t = -3,17; P = 0,0017	
Talla al nacer						
< 50 cm	7	2,92	142	59,17	149	62,08
≥ 50 cm	10	4,17	81	33,75	91	37,92
X ± ES	49,6471 +/- 0,54		47,8744 +/- 0,52		t = -1,83; P = 0,0581	
Total	17	7,08	223	92,92	240	100

Técnica: Se aplicó análisis no paramétrico chi² para independencia entre variables

tallas adecuadas para la edad gestacional.

Con respecto al primer minuto del nacimiento fueron más frecuentes aquellos recién nacidos con APGAR entre 6 y 8 puntos, seguidos de aquellos con 9 puntos. Al quinto minuto la mediana fue de 9 puntos predominando aquellos recién nacidos con APGAR entre 8 y 10 puntos, cifras que contrastan con el estudio realizado por Avelino (12) en el que exponen que 75,7% de los recién nacidos producto de embarazo no controlado presentaron APGAR ≥ 7 al primer minuto.

En cuanto a las características maternas, la edad materna promedio fue similar al promedio reportado por Guzmán (9). En el presente estudio fueron más frecuentes aquellas madres con edades comprendidas entre 21 y 30 años, similar a lo reportado por Lezcano (15). En lo referente a escolaridad fueron más frecuentes embarazadas con secundaria/bachillerato, resultado que difiere con los obtenidos en estudio realizado por Lezcano y Ríos (15) en el cual la mayoría de las gestantes tenían escolaridad de nivel primario.

Con relación a los controles prenatales el promedio fue de 3,22 controles prenatales, y fueron más frecuentes madres con 4 y 5 controles, promedio similar al obtenido por Lozano y colaboradores (11) quienes encontraron que 56% de las gestantes presentaron menos de 6 controles prenatales; de igual manera, en estudio realizado por Guzmán (9) 62% de los embarazos fueron no controlados. Respecto a las patologías presentes en las madres, se reportó un alto porcentaje de madres

con antecedentes, de los cuales predominó la infección urinaria, seguido de vaginosis, en tercer lugar, VDRL positivo y en cuarto lugar la hipertensión arterial. Aspectos no reportados en la literatura consultada.

La mayoría de los RN producto de embarazos no controlados presentó algún tipo de patología, la más frecuente fue Sepsis, guardando similitud con los resultados de la investigación realizada por Guzmán (9) y contrasta con estudio realizado por Avelino (12) en Perú en el que solo 5% de los RN desarrolló sepsis neonatal, posiblemente en ello influyen condiciones sanitarias locales y/o suministro de insumos médicos. El bajo peso al nacer representó el segundo lugar comparable al reporte de Avelino (12); en tercer lugar, se presentó, el síndrome de dificultad respiratoria (SDR) del recién nacido y en cuarto lugar ictericia neonatal. Además, hubo un porcentaje de casos positivos a lúes, hecho tácitamente de importancia clínico-epidemiológica. Estos resultados refuerzan la tesis que la evaluación integral de la gestante mediante control prenatal tiene como objetivo lograr el nacimiento de un RN en óptimas condiciones y ello es efectivo en la medida en que se realice temprana y periódicamente para detectar factores de riesgo.

Este estudio muestra alto porcentaje de casos con alguna patología, en proporción mayor a estudios y premisas enunciadas en la literatura, que mencionan que existe relación directa entre escaso control prenatal y altas tasas de morbilidad

neonatal (9-14).

El embarazo es un evento fisiológico que debe ser estrechamente vigilado mediante controles prenatales, puesto que, si es deficiente, puede acarrear consecuencias que afecten tanto el bienestar materno como el del niño. Finalmente, este es el primer estudio sistemático realizado en Venezuela sobre seguimiento gestacional inadecuado y patologías neonatales y tiene las fortalezas que es una casuística con un número importante de casos y que las historias clínicas casi en su totalidad estaban con datos completos, pero tuvo una debilidad consistente en que al ser historias clínicas realizadas manualmente y no digitalmente, ameritó utilización de mucho mayor tiempo para la recolección de la información.

Las recomendaciones pertinentes sobre la base de este estudio son: fomentar la efectividad y necesidad absoluta del control prenatal sistemático por lo menos una vez al mes, promover campañas sobre este tópico a través de canales de difusión y redes sociales, impulsar jornadas dirigidas a pacientes de escasos recursos y con domicilio lejano, y desarrollar estudios multicéntricos nacionales.

REFERENCIAS

- Instituto Nacional de Salud Infantil y Desarrollo Humano Eunice Kennedy Shriver (NICHD). ¿Cuáles son algunas complicaciones comunes del embarazo? Estados Unidos:2021 Disponible en <https://espanol.nichd.nih.gov/salud/temas/pregnancy/informacion/complicaciones>
- Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia (SEGO). Control prenatal del embarazo normal. Prog Obstet Ginecol [Internet]. 2018 [citado 6 Feb 2023];61(05):510-527. Disponible en: https://sego.es/documentos/progresos/v612018/n5/GAP_Control%20prenatal%20del%20embarazo%20normal_6105.pdf
- Centro Latinoamericano de Perinatología Salud de la mujer y Reproductiva (CLAP/SMR). Guías para continua atención de la mujer y el recién nacido. [Internet]. 4o ed. Montevideo: CLAP/SMR; 2019. [citado el 10 dic 2022]. Disponible en: https://cssr-ecuador.org/downloads/2019/guia_mujer_2019.pdf
- Organización Mundial de la Salud. Recomendaciones de la OMS sobre atención prenatal para una experiencia positiva del embarazo: resumen de orientación. 2023 Ginebra: OMS; [citado 7 Feb 2023]. Disponible en: <https://www.who.int/es/publications/i/item/WHO-RHR-16.12>
- Organización Mundial de la Salud. Mejorar la supervivencia y el bienestar de los recién nacidos. 2020. Ginebra: OMS [citado 2 feb 2024]. Disponible en: [Mejorar la supervivencia y el bienestar de los recién nacidos \(who.int\)](https://www.who.int/es/publications/i/item/WHO-RHR-16.12)
- Organización Mundial de la Salud. Recomendaciones sobre atención prenatal para una experiencia positiva del embarazo: resumen. 2018. Ginebra: OMS [citado 28 nov 2023]. Disponible en: [recomendaciones de la OMS sobre atención prenatal \(usaid.gov\)](https://www.who.int/es/publications/i/item/WHO-RHR-16.12)
- Organización Panamericana de la Salud. Salud en las Américas: Perfil de Venezuela. 2021. Washington: OPS. [2023]. Disponible en: <https://hia.paho.org/es/paises-2022/perfil-venezuela>
- Ministerio del Poder Popular para la Salud (MPPS). Norma oficial para la atención integral en salud sexual y reproductiva. [Internet]. Gobierno Bolivariano de Venezuela. Caracas: MPPS; 2013. [2023]. Disponible: https://venezuela.unfpa.org/sites/default/files/pubpdf/NormaOficial%20SSR%202013_1.pdf
- Guzmán G. Gestación no controlada como factor de riesgo para sepsis neonatal precoz en Hospital Nivel II, El Porvenir. [Trabajo de Grado para optar por el título de Médico Cirujano]. Trujillo, Perú: Universidad Privada Antenor Orrego; 2017. [citado 3 feb 2023] Disponible en: https://repositorio.upao.edu.pe/bitstream/20.500.12759/2606/1/rep_med.huma_gianmarco.guzman_gestacion%20no%20controlada.factor.riesgo.sepsis.neonatal.precoz.hospital.nivel.ii.el.porvenir.pdf
- Nazareno E. Complicaciones maternas y neonatales por falta de diagnóstico nutricional en las gestantes. [Trabajo de Grado para optar por el título de Obstetra]. Guayaquil: Universidad Estatal de Guayaquil; 2018. [citado 14 feb 2023] Disponible en: <http://repositorio.ug.edu.ec/bitstream/redug/31656/1/CD-486-nazareno%20garcia.pdf>
- Lozano Oscar A, Correa-López LE, Luna-Muñoz C. Controles prenatales y su asociación con la morbimortalidad del recién nacido en el Hospital Sergio Bernales, Enero–mayo 2016. 2018;18(1):38-44. Disponible en: [View of Controles prenatales y su asociación con la morbimortalidad del recién nacido en el hospital Sergio Bernales, enero – mayo 2016 \(urp.edu.pe\)](https://www.urp.edu.pe/revistas/revista-de-obstetricia-y-ginecologia/vol18-no1-2018/articulo-1)
- Avelino V. Control prenatal inadecuado como factor de riesgo para la morbimortalidad neonatal en un hospital de referencia 2018. [Trabajo de investigación para optar el título profesional de Médico]. Lima: Universidad Nacional Federico Villarreal; 2019. [citado 23 nov 2023]. Disponible en: [unfv_avelino_villona_nadia_janet_titulo_profesional_2019.pdf](https://repositorio.unfv.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12759/2606/1/rep_med.huma_gianmarco.guzman_gestacion%20no%20controlada.factor.riesgo.sepsis.neonatal.precoz.hospital.nivel.ii.el.porvenir.pdf)
- Bernal M. Bebés prematuros y bebés con bajo peso al nacer: prevención desde el embarazo. [Internet] 2019 disponible en: <https://repositorio.konradlorenz.edu.co/bitstream/handle/001/2579/6.pdf?sequence=5>
- Barros L, Velasco E. Factores asociados a la falta de control prenatal en América Latina y su relación con las complicaciones obstétricas. Enferm investig [Internet]. 2022. 7(1):58-66. Disponible en: <https://revistas.uta.edu.ec/erevista/index.php/enfi/article/view/1480>
- Lezcano LMC, Ríos González C. Frecuencia y factores de riesgo para la hipoglucemia neonatal en un hospital regional, 2021. Pediatr (Asunción). 2022; 49(3):181-187. Disponible en: [Frecuencia y factores de riesgo para la hipoglucemia neonatal en un hospital regional, 2021 \(una.py\)](https://www.sogvzla.org/wp-content/uploads/2022/04/12-R-82-2-Etapa-fetal-de-la-programacion-Estrategias-para-un-buen-control-preconcepcional-y-prenatal.pdf)
- Hernández P, Caraballo A, Martínez H. Etapa fetal de la programación. Estrategias para un buen control preconcepcional y prenatal. Rev Obstet Ginecol Venez 2022;82(2):228-241. Disponible en: <https://www.sogvzla.org/wp-content/uploads/2022/04/12-R-82-2-Etapa-fetal-de-la-programacion-Estrategias-para-un-buen-control-preconcepcional-y-prenatal.pdf>
- Sequi-Canet JM, Sequi-Sabater JM, Sabater-Marco A, Corpas-Burgos F, Collar-Castillo JI, Orta-Sibu N: Maternal Factors associated with smoking during gestation and consequences in newborns: Results of an 18-years study. J Clin Transl Res. 2022 3;8(1):6-19
- Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia. Control prenatal del embarazo normal. Prog Obstet Ginecol 2018;61(05):510-527. DOI: 10.20960/j.pog.00141