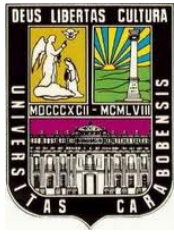


**ANOMALÍAS MÚSCULO ESQUELÉTICAS EN EL PERIODO NEONATAL.
MATERNIDAD DE ALTO RIESGO OBSTÉTRICO
“COMANDANTE SUPREMO HUGO CHÁVEZ”.
VALENCIA. ABRIL 2014-2015.**



UNIVERSIDAD DE CARABOBO
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
DIRECCIÓN DE ESTUDIOS DE POSTGRADO
ESPECIALIZACIÓN EN PEDIATRÍA Y PUERICULTURA
HOSPITAL DE NIÑOS "DR. JORGE LIZARRAGA"



**ANOMALÍAS MÚSCULO ESQUELÉTICAS EN EL PERIODO NEONATAL.
MATERNIDAD DE ALTO RIESGO OBSTÉTRICO
"COMANDANTE SUPREMO HUGO CHÁVEZ".
VALENCIA. ABRIL 2014-2015.**

AUTORA: DRA. JORGET MORET

VALENCIA, NOVIEMBRE 2015



UNIVERSIDAD DE CARABOBO
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
DIRECCIÓN DE ESTUDIOS DE POSTGRADO
ESPECIALIZACIÓN EN PEDIATRÍA Y PUERICULTURA
HOSPITAL DE NIÑOS "DR. JORGE LIZARRAGA"



**ANOMALÍAS MÚSCULO ESQUELÉTICAS EN EL PERIODO NEONATAL.
MATERNIDAD DE ALTO RIESGO OBSTÉTRICO
"COMANDANTE SUPREMO HUGO CHÁVEZ".
VALENCIA. ABRIL 2014-2015.**

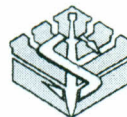
Autora: Dra. Jorget Moret

Tutor Clínico: Dr. Juan Useche

Tutor Metodológico: Msc. Amilcar Pérez

**TESIS DE GRADO PARA PRESENTAR ANTE LA ILUSTRE
UNIVERSIDAD DE CARABOBO PARA OPTAR EL TÍTULO DE
ESPECIALIDAD EN PEDIATRÍA Y PUERICULTURA**

Valencia, Noviembre 2015



VEREDICTO

Nosotros, miembros del Jurado designado para la evaluación del Trabajo de Grado titulado:

CARACTERIZACIÓN EPIDEMIOLÓGICA DE LOS PACIENTES CON INFECCIONES OSTEOARTICULARES ATENDIDOS EN EL HOSPITAL “DR. JORGE LIZARRAGA”. 2010-2014.

Presentado por la Ciudadana. **ASTRID NUÑEZ** Cedula de Identidad N° 17.072771

Para optar al título de **ESPECIALISTA EN PEDIATRIA Y PUERICULTURA**,
estimamos que el mismo reúne los requisitos para ser considerado como **APROBADO**.

Miembros del Jurado:

Nombre y Apellido:

Cedula de Identidad:

Firma:

Dra. MIRIAM ALDANA

7.091.286

Dra. MARIA CASTILLO

5.377.393

Dr. DAVID FERNANDEZ

5.312.371



Miriam Aldana

[Firma]

[Firma]



UNIVERSIDAD DE CARABOBO
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
DIRECCIÓN DE ESTUDIOS DE POSTGRADO
ESPECIALIZACIÓN EN PEDIATRÍA Y PUERICULTURA
HOSPITAL DE NIÑOS “DR. JORGE LIZARRAGA”



AVAL DEL TUTOR CLÍNICO

Dado en cumplimiento a lo establecido en el reglamento de estudios de postgrado de la Universidad de Carabobo en el artículo 133, quien suscribe: Dr. Juan Useche, portador de la cédula N° 9.210.342, ACEPTO ser Tutor Especialista del trabajo especial de grado titulado: **ANOMALÍAS MÚSCULO ESQUELÉTICAS EN EL PERIODO NEONATAL. MATERNIDAD DE ALTO RIESGO OBSTÉTRIC “COMANDANTE SUPREMO HUGO CHÁVEZ”. VALENCIA. ABRIL 2014-2015.**

Proyecto presentado por la ciudadana: Jorget Jessiré Moret Morales, titular de la cédula de identidad N° 18.085.125, para optar al título de Especialista en Pediatría y Puericultura.

En Valencia a los 19 días del mes NOVIEMBRE del 2015.

Dr. Juan Useche

C.I: 9.210.342



UNIVERSIDAD DE CARABOBO
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
DIRECCIÓN DE ESTUDIOS DE POSTGRADO
ESPECIALIZACIÓN EN PEDIATRÍA Y PUERICULTURA
HOSPITAL DE NIÑOS “DR. JORGE LIZARRAGA”



AVAL DEL TUTOR METODOLOGICO

Dado en cumplimiento a lo establecido en el reglamento de estudios de postgrado de la Universidad de Carabobo en el artículo 133, quien suscribe: Msc. Amílcar Pérez, portador de la cédula N° 12.523.701, ACEPTO ser Tutor Metodológico del trabajo especial de grado titulado: **ANOMALÍAS MÚSCULO ESQUELÉTICAS EN EL PERIODO NEONATAL. MATERNIDAD DE ALTO RIESGO OBSTÉTRICO “COMANDANTE SUPREMO HUGO CHÁVEZ”. VALENCIA. ABRIL 2014-2015.**

Presentado por la ciudadana: Jorget Jessiré Moret Morales, titular de la cédula de identidad N° 18.085.125, para optar al título de Especialista en Pediatría y Puericultura.

En Valencia a los 19 días del mes NOVIEMBRE del 2015.

Prof. Amílcar Pérez

C. I: 12.523.701

AGRADECIMIENTO

A Dios y a la santísima virgen, quien me han guiado por el camino del bien.

A mis padres, por su apoyo incondicional, quienes han dado cada día lo mejor de sí en pro de mi futuro

A mi esposo, por su amor, por apoyarme en las buenas y malas, apostando por mi crecimiento profesional

A mi hijo, porque a pesar de no entender mis periodos de ausencia, me esperas con una sonrisa para ser el vapor que enciende mi motor

A nuestra Alma Mater, y en especial a la Facultad de Ciencias de la Salud, al abrírnos sus puertas hacia la educación y el aprendizaje que hoy por hoy nos han quedado de ejemplo para poder desenvolvemos en nuestras vidas.

A la Ciudad Hospitalaria “Dr. Enrique Tejera”, y en especial al Hospital del niños “Dr. Jorge Lizarraga”, porque me permitió entrar a la institución, al abrírnos sus puertas en la convivencia del día a día para afinarme como especialista

A mis tutores, Dr. Juan Useche y al Lic. Amilcar Pérez, quienes con su profesionalismo y dedicación aportaron su mano amiga para la realización de esta tesis

Al personal de la maternidad de alto riesgo obstétrico “Comandante Supremo Hugo Chávez” por brindarme su ayuda y apoyo en la recolección de muestra para la realización de esta tesis

A mis pequeños pacientes quienes fueron la herramienta fundamental para la realización de este trabajo

A mis amigos, porque de alguna u otra manera me han ayudado a resolver inconvenientes en el camino

ÍNDICE GENERAL

	Pág
Índice de Tablas.....	VIII
Resumen.....	IX
Abstract.....	X
Introducción.....	1
Metodología.....	6
Resultados	7
Discusión.....	9
Conclusiones y Recomendaciones.....	11
Referencias Bibliográficas.....	13
Anexo 1: Consentimiento Informado.....	16
Anexo 2: Ficha de registro.....	17

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla	Pág.
Tabla 1 Caracterización de la muestra estudiada por los indicadores de características antropométricas, sexo, edad gestacional y APGAR al momento del nacimiento. Pacientes con anomalías músculo esqueléticas en el periodo neonatal en la maternidad de alto riesgo obstétrico “Comandante Supremo Hugo Chávez”, Valencia. Abril 2014-2015.....	18
Tabla 2 Clasificación de las anomalías músculo esqueléticas en los neonatos estudiados; maternidad de alto riesgo obstétrico “Comandante Supremo Hugo Chávez”, Valencia. Abril 2014-2015.....	19
Tabla 3 Clasificación de la naturaleza de la malformación según la sobrevida. Anomalías músculo esqueléticas en el periodo neonatal en la maternidad de alto riesgo obstétrico “Comandante Supremo Hugo Chávez”, Valencia. Abril 2014-2015.....	20
Tabla 4 Antecedentes obstétricos de las madres de hijos con presencia de anomalías músculo esqueléticas en el periodo neonatal. Maternidad de alto riesgo obstétrico “Comandante Supremo Hugo Chávez”, Valencia. Abril 2014-2015.....	21



UNIVERSIDAD DE CARABOBO
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
DIRECCIÓN DE ESTUDIOS DE POSTGRADO
ESPECIALIZACIÓN EN PEDIATRÍA Y PUERICULTURA
HOSPITAL DE NIÑOS “DR. JORGE LIZARRAGA”



**ANOMALÍAS MÚSCULO ESQUELÉTICAS EN EL PERIODO NEONATAL.
MATERNIDAD DE ALTO RIESGO OBSTÉTRICO
“COMANDANTE SUPREMO HUGO CHÁVEZ”.
VALENCIA. 2014-2015.**

Dra. Moret Jorget
Tutor Metodológico: Msc. Amílcar Pérez
Tutor Clínico: Dr. Juan Useche

RESUMEN

La presencia de algún trastorno músculo-esquelético en neonatos, diagnosticado, debe ser motivo de preocupación para los padres. Se debe evitar a corto o a largo plazo la progresión y limitación funcional del niño. Es importante que el pediatra reconozca adecuadamente la clínica de cada patología y derivar a éste tempranamente cuando corresponda al especialista.

Objetivo General: Prevalencia de anomalías músculo esqueléticas en neonatos. Maternidad de alto riesgo obstétrico “Comandante Supremo Hugo Chávez”, Valencia, abril 2014-2015.

Materiales y métodos: se realizó un estudio tipo observacional, exploratorio y descriptivo, de modalidad no experimental con un diseño transversal en la población de recién nacidos de la maternidad de alto riesgo obstétrico “Comandante Supremo Hugo Chávez”.

Resultados: La prevalencia fue de 7,64 por cada 1000 nacidos vivos. El sexo masculino representó un 51,35%. El PAN: 2640,68 grs \pm 104,5 y en la TAN: 47,54 cm \pm 0,72, un coeficiente de variación de 24% y 9% respectivamente, con un promedio mayor en las hembras. Las malformaciones: la displasia de cadera 35,14%, pie equino-varo bilateral con un 21,62% y la hendidura labio palatina 13,51%. Solo 5 madres presentaban algún tipo de comorbilidad 13,51%.

Conclusión: La presencia de algún trastorno músculo-esquelético en neonatos, diagnosticado debe ser motivo de preocupación para los padres e indicativo para inicio de terapéutica médica.

Palabras claves: malformación, anomalías, problemas, congénitos, recién nacido



UNIVERSITY OF CARABOBO
FACULTY OF HEALTH SCIENCES
CENTRE FOR POSTGRADUATE STUDIES
SPECIALIZATION PROGRAM PEDIATRICS AND CHILD CARE
CHILDREN'S HOSPITAL "DR. JORGE LIZARRAGA"



**MUSCULOSKELETAL ABNORMALITIES IN THE NEONATAL PERIOD.
HIGH-RISK MATERNITY OBSTETRICIAN "SUPREME COMMANDER
HUGO CHAVEZ". VALENCIA. APRIL 2014-2015**

Moret Jorget – M.D.

Methodological Tutor: Amilcar Perez- MCS.

Clinical Tutor: Juan Useche – M.D.

ABSTRACT

The presence of a musculoskeletal disorders in infants diagnosed, should be of concern to parents. Avoid short or long term progression and functional limitation of the child. It is important that the pediatrician properly acknowledge each pathology clinic and refer to it when appropriate specialist earlier. **General Objective:** The prevalence of musculoskeletal abnormalities in newborns. Maternity high-risk obstetrics "Supreme Commander Hugo Chavez," Valencia, April 2014 to 2015. **Methods:** An observational, exploratory and descriptive study, non-experimental design with a transverse mode in the newborn population of high-risk obstetrics maternity "Supreme Commander Hugo Chavez" was held. **Results:** The prevalence was 7.64 per 1,000 live births. Males accounted for 51.35%. PAN: 2640.68 ± 104.5 g and the TAN: 47.54 ± 0.72 cm, a coefficient of variation of 24% and 9% respectively, with a higher average in females. Malformations: hip dysplasia 35.14%, bilateral clubfoot with 21.62% and 13.51% cleft lip palate. Just 5 mothers had some type of comorbidity 13.51%. **Conclusion:** The presence of a musculoskeletal disorders in infants diagnosed should be of concern to the parents and indicative to start medical therapy.

Keywords: malformations, anomalies, problems, birth, newborn

INTRODUCCIÓN

Actualmente los defectos del nacimiento, malformaciones y anomalías congénitas son los términos que abarcan todo lo que se utiliza para describir los defectos del desarrollo que se encuentran al nacer. Los defectos del nacimiento pueden ser estructurales, metabólicos, o conductuales. La guía de referencia de uso más común para catalogar los defectos de nacimiento es la Clasificación Internacional de Enfermedades, (CIE-10 Q00- Q99) que publicó la Organización Mundial de la Salud. ^(1, 2, 3)

La Organización Mundial de la Salud (OMS) define como toda aquella anomalía del desarrollo morfológico, estructural, funcional o molecular que esté en un niño recién nacido, sea externa o interna, familiar o esporádica, hereditaria o no, única o múltiple, que resulta de una embriogénesis defectuosa. ^(4, 5, 6)

Las anomalías congénitas ocupan el segundo lugar como causa de muerte en menores de 1 año de edad en América, y explican el 2–27% de la mortalidad infantil. ⁽¹⁾

En el periodo estudiado del ECLAMC ocurrieron 2.409.407 nacimientos, con 2.377.891 recién nacidos vivos y 31.516 mortinatos, la mortinatalidad global fue de 1.3%, con una tasa global para malformaciones congénitas de 18.8 por cada 10.000 nacimientos. En Venezuela con una población de 236.193 recién nacidos, con una tasa global de mortinatalidad de 1.8%, sin discriminar entre vivos y muertos, con una prevalencia de 2,4 % de malformaciones congénitas en 5.359 nacidos vivos y 4,8 % de 200 recién nacidos muertos, representando el 4to país con malformación congénita. Entre las primeras malformaciones musculo-esquelética se encuentran en primer lugar la polidactilia (27.14 por cada 10.000 nacidos de 26 malformaciones), seguido del pie de bött (equino-varo) (14.7 por cada 10.000 nacidos de 26 malformaciones), y luego labio leporino (10.0 por cada 10.000 nacidos de 26 malformaciones). ⁽⁷⁾

Otro estudio en Venezuela se reporta una prevalencia de anomalías congénitas de 17.56 por cada 1,000 nacimientos; al discriminar entre vivos y muertos, existe una prevalencia de 16.8 anomalías congénitas por 1,000 nacidos vivos y una prevalencia de 28.94 por 1,000 nacidos muertos, en donde las tres anomalías más frecuentemente reportadas son mamelones auriculares, polidactilia y síndrome de Down.⁽⁸⁾

Las anomalías congénitas tienen una incidencia de alrededor del 5% en forma global, siendo las anomalías congénitas mayores entre un 1,8 y 3%, presentándose en uno de cada 30 recién nacidos vivos y en 0,1 a 1 de cada 10 mortinatos. Las anomalías congénitas mayores representan por sí sola el 25% de la mortalidad perinatal. En orden de frecuencia, las anomalías congénitas mayores, el primer lugar lo comparten, con un 21% del total, las malformaciones cardíacas y genitourinarias, siguiendo en frecuencia con un 16% las del sistema nervioso central y luego las músculo-esqueléticas, faciales y gastrointestinales con un 5 a 7% cada una.^(9, 10)

Entre las investigaciones que sustentan el objeto de estudio abordado destacan diversos estudios. El realizado por Valdivieso García JL, Huertas Muñoz MD, Jiménez García C, Caridad Ocerín JM (1984), en Córdoba, Servicio de Cirugía Pediátrica, Hospital Regional Reina Sofía. Se trató de un estudio prospectivo, quienes determinaron la detección temprana de luxación congénita de la cadera en recién nacidos vivos. Los autores reportaron los resultados de los exámenes de cadera de 15509 recién nacidos vivos durante las primeras 24 horas de vida, manejados por el personal entrenado. La incidencia de dislocación congénita fue de un 6.18%, con un 3.2% en caderas dislocadas y un 2.4% en caderas inestables. La primiparidad no fue un factor predisponente. Hubo una leve incidencia a mediados de abril. La tasa de diagnóstico fue baja pero no nula. Se insiste sobre la necesidad de un examen cuidadoso de caderas en recién nacidos por personal capacitado para su diagnóstico.⁽¹¹⁾

De igual forma, Valdiviejo García JL, Escassi Gil A, Zapatero Martínez M, Ayala Montoro y col. 1988 Córdoba, Servicio de Cirugía Pediátrica, Hospital Regional Reina Sofía. Los autores por medio de un estudio prospectivo, al estudiar

pie equino-varo en 20000 recién nacidos vivos y un análisis crítico sobre los resultados del tratamiento. Se obtiene como resultado que la frecuencia fue de 1.65 por cada 1000 y el rango de sexos fue a favor 2:1 para los masculinos sobre femenino. En primavera la incidencia fue mayor. El tratamiento quirúrgico se aplicó en menos del 50% de los casos. Se encontró excelentes y buenos resultados en un 90 % de los casos. ⁽¹²⁾

En el 2004, Gore AI, Spencer JP, en Estados Unidos, San Diego, California. Realizaron una investigación no experimental descriptiva, los resultados fueron, que las anomalías más frecuentes encontradas en los pies de los recién nacidos presentes estaban; el metatarso aducido o varus, astrágalo vertical congénito, pie plano, y otras deformidades múltiples como polidactilia, sindactilia entre otras. ⁽¹³⁾

En Tailandia Bangkok en el 2012, Chotigavanichaya C, Leurmsumran P, Eamsobhana P, Sanpakit S y cols. Los autores realizaron un estudio prospectivo, determinaron la incidencia de problemas ortopédicos congénitos obtenido en el examen físico de 3.396 recién nacidos del hospital Siriraj desde Junio a septiembre 2009. Como resultado se obtuvo que la incidencia de calcáneo valgo se encontró en 60 por cada 1000 nacidos vivos, siguiendo metatarso aducido en 7.6:1000, polidactilia o sindactilia en 2.6: 1000, pie equino varo en 2.4:1000, lesión del plexo braquial en 1.5:1000, displasia de cadera en 0.6:1000, osteogénesis imperfecta en 0.6:1000, displasia del esqueleto en 0.6:1000 y talón vertical congénito en 0.3:1000 y fractura de clavícula al nacer en 0.3:1000. ⁽¹⁴⁾

Hay que tener presente que el esqueleto infantil es un esbozo cartilaginoso que a medida vaya creciendo es susceptible de sufrir alteraciones en su desarrollo y correcta formación por múltiples causas. Estas variaciones morfológicas afectan 1 de cada 20 neonatos, entre las que se distinguen: malformaciones congénitas, genéticas y adquiridas por procesos infecciosos, metabólicos o traumáticos. ⁽¹⁵⁾

La presencia de algún trastorno músculo-esquelético en neonatos, diagnosticado bien sea por perinatología o en su nacimiento, debe ser motivo de preocupación para los padres. Se debe evitar a corto o a largo plazo la progresión y

limitación funcional del niño. En este sentido, es importante que el pediatra reconozca adecuadamente la clínica de cada patología y derivar a éste tempranamente cuando corresponda al especialista. La valoración ortopédica y traumatológica debe de ser parte de la evaluación integral del niño recién nacido, la cual debe de iniciarse con un sencillo examen físico general del neonato sin presencia de vestimenta, con paciencia y observación cuidadosa, apoyándose en ocasiones con pruebas de imágenes.⁽¹⁶⁾

El examen físico inicial debe de realizarse en un cuarto con temperatura adecuada, sin luz directa a la cara del neonato; la revisión debe de ser rápida y gentil, con los guantes del examinador a temperatura adecuada, él bebe desnudo, revisión de manera sistemática, compleja y ordenada, céfalo-caudal. Observar la actividad física espontánea y los movimientos reflejos del neonato. La estimulación mediante el tacto, permite valorar su habilidad para movilizar las extremidades y, de una manera gruesa, valorar el tono. Todas las observaciones deben compararse con el lado contralateral. Las variaciones normales deben de ser distinguidas de las anomalías congénitas y lesiones traumáticas. Es importante tomar las medidas del peso, talla, perímetro cefálico, lo que aunado a la valoración de la edad gestacional permite clasificar al neonato en cuanto al riesgo de muerte, usando las curvas de crecimiento intrauterino.^(17, 18)

Según su origen se puede clasificar las anomalías en:

- **Malformación:** es una anomalía de la forma o estructura de un órgano o parte de éste, resultado de un desarrollo intrínsecamente anormal, ya sea desde la concepción o en la embriogénesis (ej: labio leporino).
- **Disrupción:** es el defecto morfológico de un órgano o de una región del organismo cuyo desarrollo era originalmente normal, secundario a una interferencia externa (ej: síndrome de banda amniótica).
- **Deformación:** es una alteración de la forma, posición o estructura de una parte del organismo, secundaria a la acción de fuerzas mecánicas anormales que

actúan sobre una parte desarrollada previamente en forma normal (ej: pie equino varo).

- Displasia: es la organización celular anormal, que modifica la morfología original o la estructura de un tejido u órgano (ej: displasia esquelética).
- Síndrome: es un patrón reconocido de múltiples anomalías que afectan a múltiples áreas del desarrollo, y presumiblemente tienen una etiopatogenia común. ^(9, 10)

Basados en los fundamentos de Andry (1741) quien publica el primer tratado de ortopedia infantil bajo el título de: “El Arte de prevenir y corregir las deformidades del niño, se entiende que el diagnóstico precoz sería el fundamento de la ortopedia infantil”. Este problema si no se evidencia y realizan correctivos a temprana edad seguirá siendo motivo de consulta en la adolescencia, quizás cuando es irreversible la afectación. Esta situación motivó a la realización del presente trabajo, ya que cada día acuden un sin número de pacientes a diferentes centros públicos y privados que pudieron evitarse bajo la observación exhaustiva del niño en el respectivo control pediátrico. ^(19, 20)

La intención de investigar sobre esta problemática y con el único propósito de determinar las patologías músculo esqueléticas en la población estudiada, se plantea como pregunta ¿Cuál es la prevalencia de anomalías músculo esqueléticas en neonatos, Maternidad de alto riesgo obstétrico “Comandante Supremo Hugo Chávez”, Valencia, Abril 2014-2015?

Por todo lo anteriormente planteado, se establece como los objetivos específicos: Caracterizar la muestra estudiada mediante los indicadores de sexo, peso y talla al nacer, circunferencia cefálica, Apgar y edad gestacionales en los neonatos en estudio; Clasificar las anomalías músculo esqueléticas más frecuentes en los neonatos estudiados; Describir los antecedentes obstétricos de las madres de hijos con presencia de anomalías músculo esqueléticas en el periodo neonatal en la del maternidad de alto riesgo obstétrico “Comandante Supremo Hugo Chávez”, Valencia, Abril 2014-2015

METODOLOGÍA

El estudio presentado es de tipo observacional descriptivo exploratorio no experimental a su vez será de diseño Transversal. ^(21, 22)

Para esta investigación la muestra, se valoró a todos los recién nacidos hospitalizados en el área de neonatología de la maternidad de alto riesgo Comandante Supremo Hugo Chávez, Valencia, Abril 2014-2015. De tipo Probabilística ya que seleccionó todos los neonatos hospitalizados sin exclusión para establecer la prevalencia de los problemas ortopédicos.

Para el procedimiento de recolección de datos se exploró y observó al neonato localizado en el retén su comportamiento hacia el mundo exterior, si hay asimetrías, contusiones o tumoraciones evidentes, en un segundo plano se explora en dirección céfalo caudal, con previo consentimiento informado del servicio y autorización del jefe del servicio (Anexo A) y revisión de historias clínicas.

Para los datos recabados se elaboró una ficha de archivo para registrar aspectos tales como sexo, peso al nacer, talla al nacer, circunferencia cefálica, antecedentes obstétricos, la presencia de malformación y/o deformidad (Anexo B).

Estadísticamente cada objetivo específico señalado en la investigación se expresa en forma de frecuencias y tablas de asociación, utilizando en cada uno de ellos la estadística descriptiva identificando la frecuencia absoluta y llevándolo a términos porcentuales, con el fin de referirse a una frecuencia relativa. Para estimar riesgo o probabilidad de un individuo en un tiempo determinado. Los datos fueron recopilados en tablas maestra en Microsoft Excel ® y procesados con el programa estadístico statgraphics plus 5.1, al realizar el Kolmogorov-Smirnoff (KS) los parámetros estudiados mostraron una distribución normal, por lo cual para comparar las medias de los mismos se empleó la prueba de hipótesis para diferencia entre medias. Se adoptó como nivel de significancia estadística P valores inferiores a 0.05. Se calculó prevalencia con la siguiente formula:

$$\text{Prevalencia} = \frac{\text{numero de casos}}{\text{total de nacidos vivos}} * 10^n$$

RESULTADOS

La prevalencia de anomalías músculo esqueléticas en neonatos de la maternidad de alto riesgo obstétrico “Comandante Supremo Hugo Chávez”, Valencia, en el periodo abril 2014-2015 fue de 7,64 por cada 1000 nacidos

En cuanto al sexo de los pacientes con anomalías músculo – esqueléticas se tiene que el masculino representó un 51,35% (19 casos) y el femenino representó un 48,65% (18 casos), por lo que se puede decir que se presentaron en proporción similar según el género. ^(Tabla 1)

En lo que respecta a las características antropométricas se tiene que predominaron aquellos clasificados como adecuados para la edad gestacional (62,16%=23 casos). ^(Tabla 1)

En la circunferencia cefálica predominaron aquellos clasificados entre el percentil 25 y el 75 con un 83,78% (31/37 casos). ^(Tabla 1)

En cuanto a la edad gestacional predominaron aquellos considerados a término con un 59,46% (22/37 casos). Los pre-términos representaron un 37,84% (14/37 casos). ^(Tabla 1)

El puntaje de APGAR a los 5 min más frecuente fue el comprendido entre 7 y 9 pts (64,86%=24 casos). ^(Tabla 1)

Se registró un promedio general de peso al nacer de 2640,68 grs \pm 104,52, con un peso mínimo de 1180 grs, un máximo de 3965 grs y un coeficiente de variación de 24% (serie homogénea entre sus datos). Donde las hembras registraron un peso superior que los varones. Se registró un promedio general de talla al nacer de 47,54 cm \pm 0,72, con una talla mínima de 36 cm, una máxima de 55 cm y un coeficiente de variación de 9% (serie homogénea entre sus datos). Donde la talla promedio fue levemente mayor en las hembras. ^(Tabla 1)

Se registró un promedio general de circunferencia cefálica de 33,97 cm \pm 0,47, con un valor mínima de 29 cm, un valor máximo de 43 cm y un coeficiente de variación de 8% (serie homogénea entre sus datos). Donde la CC promedio fue levemente mayor en los varones ^(Tabla 1)

Para la semana de gestación se registró una mediana general de 37 semanas, con un valor mínimo de 24 semanas, un máximo 39 semanas y un rango intercuartílico de 3 semanas. Donde el promedio de la semana de gestación fue levemente mayor en los varones. ^(Tabla 1)

El tipo específico de malformación que presentaron los recién nacidos estudiados fue la displasia de cadera representando un 35,14% de la muestra (13 casos) siendo más frecuente en el sexo femenino (9 casos). En segundo lugar se presentó el pie equino-varo bilateral con un 21,62% (8 casos), presentándose en similar proporción en ambos géneros (4 casos por igual). La tercer malformación más frecuente fue la hendidura labio palatina (13,51%= 5 casos). ^(Tabla 2)

En lo que respecta a la sobrevivencia de los pacientes con anomalías músculo esqueléticas se tiene que un 81,08% (30 casos) sobrevivió y sólo un 18,92% (7 casos) falleció. ^(Tabla 3)

Según la naturaleza de la anomalía, se tiene que la deformidad predominó con un 78,38% (29 casos), siendo la más frecuente entre los recién nacidos que sobrevivieron (24 casos). La malformación fue la segunda naturaleza más frecuente con un 48,65% (18 casos) de los cuales 14 sobrevivieron. ^(Tabla 3)

De las 37 madres de recién nacidos con presencia de malformación se registró una edad promedio de 24,11 años \pm 1,08, con una edad mínima de 16 años, una máxima de 38 años y un coeficiente de variación de 27% (serie homogénea entre sus datos). Con mayor frecuencia en madres de 16 y 23 años (51,35%= 19 casos), seguidas de aquellas con 24 y 31 años (29,73%=11 casos). Fueron más frecuentes aquellas madres con I gesta (45,95%=17 casos), seguidas de aquellas con II gestas (29,73%=11 casos). Predominaron significativamente aquellas madres con embarazos no controlados (67,57%=25 casos). Solo 5 madres presentaba algún tipo de comorbilidad (13,51%), entre las cuales estaban: el embarazo múltiple doble, HTA crónica, HTA DE, ITU y RPM (1 caso cada patología). ^(Tabla 4)

DISCUSIÓN

Basado en Andry, con la finalidad de prevenir y corregir las deformidades del niño, se entiende que el diagnóstico precoz sería el fundamento de la ortopedia infantil, por lo que este problema debe ser detectado tempranamente. ⁽²⁰⁾

La prevalencia de anomalías músculo esqueléticas de una población total correspondiente a 5300 recién nacidos de la maternidad de alto riesgo obstétrico “Comandante Supremo Hugo Chávez”, Valencia, Abril 2014-2015 fue de 7,64 por cada 1000 nacidos vivos, es mayor en 2,64% con respecto a los resultados encontrados en los estudios de Marden PM, Smith DW, McDonald MJ⁽⁹⁾ y Chung CS, Myriantopoulos NC. ⁽¹⁰⁾

En este estudio se evidencia la presencia del pie equino-varo bilateral en el segundo lugar de anomalías músculo esquelética con un 21,62%, en una proporción 1:1 de ambos géneros, porcentaje que se mantiene con el resto de las anomalías presentes, a diferencia de los estudios realizados por Valdivieso García JL, Huertas Muñoz MD, Jiménez García C, Caridad Ocerín JM y col ⁽¹²⁾, quienes encontraron un rango de prevalencia de 2:1 masculino por cada femenino.

A pesar de no encontrar estudios realizados que incluyan algunas medidas antropométricas tales como peso, talla y circunferencia cefálica al nacer, con relación a la presencia de anomalías congénitas músculo esquelética en recién nacidos se observó que predomina la edad gestacional de 37 semanas con un 59,46%, levemente mayor en los varones, son las hembras quienes logran un peso y talla mayor al nacer, con una media de 2640,68 grs \pm 104,52 y 47,54 cm \pm 0,72 respectivamente, a diferencia de la circunferencia cefálica discretamente mayor en varones con una media de 33,97 cm \pm 0,47

Los tipos de malformación más frecuentes en los recién nacidos estudiados fue la displasia de cadera representando un 35,14% con 13 casos, el pie equino-varo bilateral con un 21,62% con 8 casos, y en tercer lugar la hendidura labio palatina en un 13,51% para 5 casos, en relación al estudio de Chotigavanichaya C, Leurmsumran

P, Eamsobhana P, Sanpakit S y cols⁽¹⁴⁾, quienes determinaron la incidencia de problemas ortopédicos congénitos en recién nacidos del hospital Siriraj con la incidencia de calcáneo valgo en 60 por cada 1000 nacidos vivos, seguido por metatarso aducido en 7.6:1000, polidáctilia o sindáctila en 2.6: 1000, pie equino varo en 2.4:1000, lesión del plexo braquial en 1.5:1000, displasia de cadera en 0.6:1000, osteo-génesis imperfecta en 0.6:1000, displasia del esqueleto en 0.6:1000 y talón vertical congénito en 0.3:1000 y fractura de clavícula al nacer en 0.3:1000.⁽¹⁴⁾

No se encontró estudio de relación entre la naturaleza de la malformación músculo esquelética y su frecuencia con la supervivencia y/o riesgo de muerte, más sin embargo en este estudio se evidencio una sobrevida de 81.08% de los casos, disminuyendo un 5.08% de riesgo de mortalidad por anomalía congénita, en comparación al estudio de: Marden PM, Smith DW, McDonald MJ y Chung CS, Myrianthopoulos NC, quienes demostraron un 25% de mortalidad perinatal.

La edad promedio de las madres de recién nacidos estudiados es de 24,11 años \pm 1,08, siendo más frecuente la presencia de anomalías congénitas en I gesta y con predominancia significativa en hijos de madre con embarazos no controlados en un 67.57%.

Se registró un 13,51% de madres que presentaba algún tipo de comorbilidad entre los cuales: el embarazo múltiple doble, HTA crónica, HTA DE, ITU y RPM por lo cual no es significativo para dicho estudio.

CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

La prevalencia de anomalías músculo esqueléticas en neonatos de la maternidad de alto riesgo obstétrico “Comandante Supremo Hugo Chávez”, Valencia, Abril 2014-2015 fue de 7,64 por cada 1000 nacidos

Según el sexo de los pacientes con anomalías músculo – esqueléticas, se presentaron en similar proporción según el género.

En las características antropométricas, predominaron aquellos clasificados como adecuados para la edad gestacional.

La circunferencia cefálica predominó aquellos clasificados entre el percentil 25 y el 75.

La edad gestacional predominaron los considerados a término, mientras los pre-términos representaron un tercio de la muestra.

El puntaje de APGAR a los 5 min más frecuente fue el comprendido entre 7 y 9 pts, siendo el intervalo más frecuente en el género masculino.

Se registró un promedio general de peso al nacer de 2640,68 grs \pm 104,52. Las hembras registraron un peso superior que los varones.

Se registró un promedio general de talla al nacer de 47,54 cm \pm 0,72. La talla promedio fue levemente mayor en las hembras.

Se registró un promedio general de circunferencia cefálica de 33,97 cm \pm 0,47. El promedio fue levemente mayor en los varones. Ninguna diferencia fue estadísticamente significativa ($P > 0,05$)

Para la semana de gestación se registró una mediana general de 37 semanas. Donde el promedio de la semana de gestación fue levemente mayor en los varones. Tampoco tal diferencia fue estadísticamente significativa ($P > 0,05$)

El tipo específico de malformación que presentaron los recién nacidos estudiados fue la displasia de cadera representando (13 casos) siendo más frecuente en el sexo femenino. En segundo lugar se presentó el pie equino varo bilateral (8

casos), presentándose en similar proporción en ambos géneros. La tercer malformación más frecuente fue la hendidura labio palatina (5 casos).

En lo que respecta a la sobrevivencia de los pacientes con anomalías músculo esquelética se tiene que un alto porcentaje de recién nacidos sobrevivió y según la naturaleza de la malformación se tiene que las deformidades predominaron, siendo la más frecuente entre los recién nacidos que sobrevivieron. La malformación fue la segunda naturaleza más frecuente de los cuales un alto porcentaje sobrevivieron.

De las 37 madres de recién nacidos con presencia de malformación se registró una edad promedio de 24,11 años \pm 1,08. Siendo más frecuentes aquellas madres con 16 y 23 años. Fueron más frecuentes aquellas madres con I gesta. Predominaron significativamente aquellas madres con embarazos no controlados.

Solo 5 madres presentaba algún tipo de comorbilidad, entre las cuales estaban: el embarazo múltiple doble, HTA crónica, HTA DE, ITU y RPM.

En líneas generales se recomienda a toda mujer en gestación llevar un control prenatal exhaustivo en conjunto a su médico gineco-obstetra, y perinatología, debiéndose implementar a dicho control un pediatra perinatal con la finalidad de dirigir y canalizar tanto a la madre como a su hijo para iniciar de forma precoz la terapéutica médica y/o quirúrgica según sea el caso, así como también apoyo integral del paciente y su familiar.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. Dra. Martínez O, Rosalinda, incidencia de anomalías congénitas en el hospital regional Universidad de Colima, Estado de Colima, 2009 disponible en: http://digeset.ucol.mx/tesis_posgrado/Pdf/MARTINEZ_ORTEGA_ROSALIN_DA.pdf
2. Cruz, M. J. Bosh. Atlas de síndromes pediátricos. Cortesía de Nestlé Nutrición. Barcelona. 2003; (1): 26.
3. Clasificación Internacional de Enfermedades, CIE10. Disponible en: http://www.sssalud.gov.ar/hospitales/archivos/cie_10_revi.pdf.1995.
4. Ortiz-Almeralla MR, Flores-Fragoso G, Cardiel-Marmolejo LE, Luna-Rojas C. Frecuencia de malformaciones congénitas en el área de neonatología del Hospital General de México. Rev Mex Pediatr 2003; 70(3): 128-131.
5. Moore, KL. Persaud, MD. Embriología Clínica. 6ta. Ed. Interamericana. México. 1999; 175-210.
6. Berhman RE, Kliegman RM, Harbin AM. Nelson Tratado de Pediatría. 15^a Ed. Mc Graw Hill. Interamericana. 1997.
7. Nazer Julio y Cifuentes Lucia, Malformaciones congénitas en Chile y Latino América: Una visión epidemiológica del ECLAMC del período 1995-2008. Rev Med Chile 2011; 139: 72-78
8. Cedeño-Rincón R, León A, Romero R. Epidemiología de las malformaciones congénitas externas en una maternidad de Venezuela. Bol Med Hosp Infant Mex.1996; 53(3): 117-122.
9. Marden PM, Smith DW, McDonald MJ. Congenital anomalies in the newborn infant, including minor variations. A study of 4,412 babies by surface examination for anomalies and buccal smear for sex chromatin. J Pediatr. 1964 Mar;64:357-71| CrossRef | PubMed |
10. Chung CS, Myriantopoulos NC. Congenital anomalies: mortality and morbidity, burden and classification. Am J Med Genet. 1987 Jul;27(3):505-23

11. Dr. Edgar J. Acosta C. APLS the pediatric emergency medicine resource. Emergencias Ortopédicas No Traumáticas. Citado de la página web: <http://www.slideshare.net/edgaracosta11/emergencias-ortopedicas-no-traumaticas-en-pediatria>.
12. Valdivieso García JL, Huertas Muñoz MD, Jiménez García C, Caridad Ocerín JM y col. Detección temprana de luxación congénita de la cadera en 15509 recién nacidos vivos. Anales Españoles Pediatría. 1984 Apr 15;20(6):643-8. Citado de la página web: <http://www.ortopediareconstructiva.com/> 12-02-2013.
13. Ruiz TR, Murguía AR: Utilidad del arnés de Pavlik en la displasia del desarrollo de la cadera. Revista mexicana de Ortopedia y Pediatría 1997; 1(1): 5-8
14. Paton RW, Choudry Q. Neonatal foot deformities and their relationship to developmental dysplasia of the hip: an 11-year prospective, longitudinal observational study. The Journal of Bone and Joint Surgery British. 2009 May;91(5):655-8.
15. Dr. José Ricardo Ebri. Ortopedia Infantil de la Sociedad Española de Pediatría, citado de la página web: <http://www.spapex.es/pdf/ortopedia.pdf>
16. Raiman Vallas. Ortopedia pediátrica.
17. Chotigavanichaya C, Leurmsumran P, Eamsobhana P, Sanpakit S y col. The incidence of common orthopaedic problems in newborn at Siriraj Hospital. Journal Medical Association of Thailand. 2012 Sep; 95 Suppl 9:S54-61.
18. Manuel Gomez-Gomez, Cecilia Danglot-Banck, Ignacio Cancino-Quiroz, evaluación ortopédica del recién nacido. Revista mexicana de pediatría vol 70 numero 4 julio-agosto 2003 pp 197-208.
19. Dr. José-Ricardo Ebri. Conceptos básicos relativos a los problemas más frecuentes en miembros inferiores y raquis. Citado de la página web: www.spapex.org/ortopedia.htm.
20. Andry. Tratado de ortopedia infantil el arte de prevenir y corregir las deformidades del niño. Año 1741.

21. Fidias G, Arias O, Introducción a la Metodología Científica 6ª edición, año 2012.
22. Sampieri Hernández R; Collado C, Lucio Baptista P. Metodología de la investigación. 5ª edición, año 2010

ANEXO A
CONSENTIMIENTO INFORMADO

Yo, _____, titular de la cédula de identidad:
_____, mayor de edad y padre de: _____
y con residencia en _____

Acepto participar libre y voluntariamente como sujeto de muestra en la investigación titulada: **ANOMALÍAS MÚSCULO ESQUELÉTICAS EN EL PERIODO NEONATAL DE LA MATERNIDAD DE ALTO RIESGO OBSTÉTRICO “COMANDANTE SUPREMO HUGO CHÁVEZ”. VALENCIA. ABRIL 2014-2015.** Llevada a cabo por la Dra. Jorget Jessiré Moret Morales, CI 18.085.125. Dejo claro que estoy consciente que los datos obtenidos en este estudio serán anónimos y utilizados con fines médicos y científicos.

Firmo Conforme _____

Dra. Jorget Moret _____

Testigo _____

Valencia a los _____ días del mes de _____ de 201

ANEXO B
FICHA DE REGISTRO

HISTORIA:		FECHA:	
Sexo	Femenino	Edad Gestacional	
	Masculino		
Peso al nacer	Grande para la edad gestacional		
	Adecuado para la edad gestacional		
	Pequeño para la edad gestacional		
Talla al nacer	Grande para la edad gestacional		
	Adecuado para la edad gestacional		
	Pequeño para la edad gestacional		
Circunferencia cefálica	En cm		
Apgar	Puntaje		
Semana gestacional	Semanas		
Antecedentes obstétricos	Control prenatal	No controlado	
	# de gestación	Controlado	
	Patología materna	Si	No
Tipo:			
Malformaciones	Falta de desarrollo	Si	No
	Duplicación	Si	No
	Falta de diferenciación	Si	No
	Hiperplasia	Si	No
	Bordes amnióticos	Si	No
Otro:		Si	No
Disrupción		Si	No
Deformidades	Pie equino varo	Si	No
	Displasia de cadera	Si	No
	Prominencia del V metatarsiano	Si	No
	Contractura o acortamiento de Esternocleidomastoideo	Si	No
Otro:		Si	No
Displasia		Si	No
Síndrome		Si	No

TABLA N° 1

CARACTERIZACIÓN DE LA MUESTRA ESTUDIADA POR LOS INDICADORES DE CARACTERÍSTICAS ANTROPOMÉTRICAS, EDAD GESTACIONAL Y APGAR AL MOMENTO DEL NACIMIENTO. PACIENTES CON ANOMALÍAS MÚSCULO ESQUELÉTICAS EN EL PERIODO NEONATAL EN LA DEL MATERNIDAD DE ALTO RIESGO OBSTÉTRICO “COMANDANTE SUPREMO HUGO CHÁVEZ”, VALENCIA. ABRIL 2014-2015

Sexo	Femenino		Masculino		Total	
	F	%	F	%	F	%
Clasificación Talla/Peso/EG						
Pequeño EG	2	5,41	6	16,22	8	21,62
Adecuado EG	13	35,14	10	27,03	23	62,16
Grande EG	3	8,11	3	8,11	6	16,22
CCEG	F	%	F	%	F	%
P<3	0	0	1	2,70	1	2,70
P25 -75	16	43,24	15	40,54	31	83,78
P>97	2	5,41	3	8,11	5	13,51
Edad gestacional al nacimiento	F	%	F	%	F	%
A termino	10	27,03	12	32,43	22	59,46
Pre termino	7	18,92	7	18,92	14	37,84
Pre termino extremo	1	2,70	0	0	1	2,70
APGAR	F	%	F	%	F	%
1 – 3	3	8,11	2	5,41	5	13,51
4 – 6	5	13,51	3	8,11	8	21,62
7 – 9	10	27,03	14	37,84	24	64,86
Total	18	48,65	19	51,35	37	100
MEDIDAS	Femenino		Masculino		T	P
	$\bar{X} \pm Es$		$\bar{X} \pm Es$			
Peso al nacer	2731,94 +/- 362,26		2554,21 +/- 259,98		0,846	0,4030
Talla al nacer	47,67 +/- 0,86		47,42 +/- 1,16		0,26	0,7634
Circunferencia cefálica	33,2 +/- 1,20		34,68 +/- 1,52		-1,57	0,1246
Semana de gestación	35,9 +/- 1,76		36,4 +/- 0,95		-0,51	0,6109

Fuente: Datos Propios de la Investigación (Moret; 2015)

TABLA N° 2

**CLASIFICACIÓN DE LAS ANOMALÍAS MÚSCULO ESQUELÉTICAS EN
LOS NEONATOS ESTUDIADOS; MATERNIDAD DE ALTO RIESGO
OBSTÉTRICO “COMANDANTE SUPREMO HUGO CHÁVEZ”, VALENCIA.
ABRIL 2014-2015**

Tipo de malformación	Total (n=37)	
	F	%
Displasia de cadera	13	35,14
Pie equino varo bilateral	8	21,62
Hendidura labio palatina	5	13,51
Pie equino varo derecho	3	8,11
Acortamiento del miembro	2	5,41
Micronagtia	2	5,41
Síndrome Dandy Walker	2	5,41
Agenesia de radio y Ulna izquierda	1	2,70
Agenesia del conducto auditivo	1	2,70
Síndrome Arnold Chiari	1	2,70
Deformidad de ante pie	1	2,70
Deformidad del temporal izquierda	1	2,70
Displasia acromesomélica	1	2,70
Displasia de huesos largos	1	2,70
Displasia músculo esquelética	1	2,70
Displasia toraco – laríngea- pélvica	1	2,70
Genitales ambiguos	1	2,70
Hipoplasia de radio y ulna derecha	1	2,70
Polidactilia en miembros superior	1	2,70
Polidactilia en pie derecho	1	2,70
Quiste en arcada dentaria izquierda	1	2,70
Sindáctila en pies bilateral	1	2,70
Síndrome de Jeune	1	2,70
Síndrome de Down	1	2,70
Talus izquierdo	1	2,70
Tibia en samble	1	2,70
Cianopatía en manos	1	2,70
Síndrome de Edward	1	2,70

Fuente: Datos Propios de la Investigación (Moret; 2015)

TABLA N° 3

**CLASIFICACIÓN DE LA NATURALEZA DE LA MALFORMACIÓN
SEGÚN LA SOBREVIDA. ANOMALÍAS MÚSCULO ESQUELÉTICAS EN
EL PERIODO NEONATAL EN LA DEL MATERNIDAD DE ALTO RIESGO
OBSTÉTRICO “COMANDANTE SUPREMO HUGO CHÁVEZ”,
VALENCIA. ABRIL 2014-2015**

Sobrevida	Fallecido (n= 7)		Vivo (n= 30)		Total (n=37)	
	F	%*	F	%*	f	%*
Naturaleza de la malformación						
Deformidad	5	71,42	24	80	29	78,38
Malformación	4	57,14	14	46,67	18	48,65
Síndrome	2	28,57	4	13,3	6	16,22
Displasia	1	14,29	2	6,67	3	8,11

Fuente: Datos Propios de la Investigación (Moret; 2015)

*porcentajes calculados a partir del total por columna

TABLA N° 4

**ANTECEDENTES OBSTÉTRICOS DE LAS MADRES DE HIJOS CON
PRESENCIA DE ANOMALÍAS MÚSCULO ESQUELÉTICAS EN EL
PERIODO NEONATAL. MATERNIDAD DE ALTO RIESGO OBSTÉTRICO
“COMANDANTE SUPREMO HUGO CHÁVEZ”,
VALENCIA. ABRIL 2014-2015**

Edad materna	F	%
16 – 23	19	51,35
24 – 31	11	29,73
32 – 39	7	18,92
Gestas	F	%
I	17	45,95
II	11	29,73
III	6	16,22
IV	2	5,41
V	1	2,70
Control del embarazo	F	%
No controlado	25	67,57
Controlado	12	32,43
Total	37	100
Patología materna	F	%
Embarazo múltiple doble	1	2,70
HTA crónica	1	2,70
HTA DE	1	2,70
ITU	1	2,70
RPM	1	2,70
No referido/no presentó	32	86,49
Total	37	100

Fuente: Datos Propios de la Investigación (Moret; 2015)

TABLA N° 1

CARACTERIZACIÓN DE LA MUESTRA ESTUDIADA POR LOS INDICADORES DE CARACTERÍSTICAS ANTROPOMÉTRICAS, EDAD GESTACIONAL Y APGAR AL MOMENTO DEL NACIMIENTO. PACIENTES CON ANOMALÍAS MÚSCULO ESQUELÉTICAS EN EL PERIODO NEONATAL EN LA DEL MATERNIDAD DE ALTO RIESGO OBSTÉTRICO “COMANDANTE SUPREMO HUGO CHÁVEZ”, VALENCIA. ABRIL 2014-2015

Clasificación	Total	
	F	%
Talla/Peso/EG		
Pequeño EG	8	21,62
Adecuado EG	23	62,16
Grande EG	6	16,22
CCEG	F	%
P<3	1	2,70
P25 -75	31	83,78
P>97	5	13,51
Edad gestacional al nacimiento	F	%
A termino	22	59,46
Pre termino	14	37,84
Pre termino extremo	1	2,70
APGAR	F	%
1 – 3	5	13,51
4 – 6	8	21,62
7 – 9	24	64,86
Total	37	100
MEDIDAS $\bar{X} \pm Es$	Femenino	Masculino
Peso al nacer	2731,94 +/- 362,26	2554,21 +/- 259,98
Talla al nacer	47,67 +/- 0,86	47,42 +/- 1,16
Circunferencia cefálica	33,2 +/- 1,20	34,68 +/- 1,52
Semana de gestación	35,9 +/- 1,76	36,4 +/- 0,95

Fuente: Datos Propios de la Investigación (Moret; 2015)

TABLA N° 2

**CLASIFICACIÓN DE LAS ANOMALÍAS MÚSCULO ESQUELÉTICAS EN
LOS NEONATOS ESTUDIADOS; MATERNIDAD DE ALTO RIESGO
OBSTÉTRICO “COMANDANTE SUPREMO HUGO CHÁVEZ”, VALENCIA.
ABRIL 2014-2015**

Sexo	Femenino		Masculino		Total	
	(n= 18)		(n= 19)		(n=37)	
Tipo de malformación	F	%	F	%	F	%
Displasia de cadera	9	50	4	21,05	13	35,14
Pie equino varo bilateral	4	22,22	4	21,05	8	21,62
Hendidura labio palatina	0	0	5	26,32	5	13,51
Pie equino varo derecho	1	5,6	2	10,53	3	8,11
Acortamiento del miembro	2	11,11	0	0	2	5,41
Micronagtia	0	0	2	10,53	2	5,41
Síndrome Dandy Walker	2	11,11	0	0	2	5,41
Agenesia de radio y Ulna izquierda	1	5,6	0	0	1	2,70
Agenesia del conducto auditivo	0	0	1	5,26	1	2,70
Síndrome Arnold Chiari	1	5,6	0	0	1	2,70
Deformidad de ante pie	1	5,6	0	0	1	2,70
Deformidad del temporal izquierda	1	5,6	0	0	1	2,70
Displasia acromesomélica	1	5,6	0	0	1	2,70
Displasia de huesos largos	1	5,6	0	0	1	2,70
Displasia músculo esquelética	1	5,6	0	0	1	2,70
Displasia toraco – laríngea-pélvica	1	5,6	0	0	1	2,70
Genitales ambiguos	0	0	1	5,26	1	2,70
Hipoplasia de radio y ulna derecha	0	0	1	5,26	1	2,70
Polidactilia en miembros superior	1	5,6	0	0	1	2,70
Polidactilia en pie derecho	1	5,6	0	0	1	2,70
Quiste en arcada dentaria izquierda	0	0	1	5,26	1	2,70
Sindáctila en pies bilateral	0	0	1	5,26	1	2,70
Síndrome de Jeune	1	5,6	0	0	1	2,70
Síndrome de Down	0	0	1	5,26	1	2,70
Talus izquierdo	1	5,6	0	0	1	2,70
Tibia en samble	1	5,6	0	0	1	2,70
Cianopatía en manos	0	0	1	5,26	1	2,70
Síndrome de Edward	0	0	1	5,26	1	2,70

Fuente: Datos Propios de la Investigación (Moret; 2015)