

CENTRO NACIONAL DE INVESTIGACIONES EN SALUD MATERNO INFANTIL  
(CENISMI)

LA PREMATURIDAD Y EL BAJO PESO AL NACER  
EN LA  
REPUBLICA DOMINICANA

SERIE DE REUNIONES TECNICAS  
1988  
III  
EDITADO POR HUGO R. MENDOZA

SANTO DOMINGO, R.D.

CENTRO NACIONAL DE INVESTIGACIONES EN SALUD MATERNO INFANTIL

(CENISMI)

III

Reunión Técnica Sobre  
La Prematuridad y el Bajo Peso al Nacer en la  
República Dominicana

Coordinada por la Sociedad Dominicana de Perinatología y el  
Grupo Nacional de Perinatología

5 de Mayo de 1988

Análisis, Conclusiones y Recomendaciones

ESTABLISHED BY THE BOARD OF SUPERVISORS OF THE COUNTY OF ALBANY, N.Y.

1887

ALBANY, N.Y. :  
PUBLISHED BY THE BOARD OF SUPERVISORS,  
AT THE OFFICE OF THE COUNTY CLERK,  
COURT HOUSE, ALBANY, N.Y.

CONTENTS AND INDEX  
ALBANY, N.Y. :  
PUBLISHED BY THE BOARD OF SUPERVISORS,  
AT THE OFFICE OF THE COUNTY CLERK,  
COURT HOUSE, ALBANY, N.Y.

1887

ALBANY, N.Y. :  
PUBLISHED BY THE BOARD OF SUPERVISORS,  
AT THE OFFICE OF THE COUNTY CLERK,  
COURT HOUSE, ALBANY, N.Y.

CENISMI

Hospital de Niños Robert Reid Cabral  
Ave. A. Lincoln 2  
Santo Domingo, República Dominicana

(D) 1988, CENISMI. Todos los Derechos reservados

Prematuridad y Bajo Peso al Nacer

Serie de Reuniones Técnicas III, 1988

Análisis, conclusiones y recomendaciones de las Reuniones Técnicas que sobre la Salud Materno-Infantil en la República Dominicana celebra periódicamente el CENISMI.

1. Prematuridad - Bajo Peso al Nacer - Reunión. 2 Perinatología - Neonatología I Mendoza, Hugo R, 1930. - II. CENISMI III. Serie: Salud Materno Infantil.

El análisis, las conclusiones y recomendaciones se han basado en las presentaciones, documentos y discusiones de los participantes y en cuya versión final se ha tratado de conseguir el consenso de los participantes. En ocasiones se reproducen algunos de los trabajos presentados.



## Palabras liminares

Con el objetivo de conocer y analizar la situación de salud del niño y la madre dominicana el Centro Nacional de Investigaciones en Salud Materno Infantil (CENISMI) celebra periódicamente reuniones técnicas sobre temas específicos con la participación de los expertos nacionales más destacados en la materia, contribuyendo así, por una parte, a la difusión del conocimiento, y por otra, a estimular la investigación en dicho campo, potencializando los esfuerzos nacionales para una mejor salud materno-infantil en la República Dominicana.

Dr. Hugo R. Mendoza  
Director, CENISMI  
Editor

## PARTICIPANTES

Dra. Juana Cruz Bello, Centro Nacional de Investigaciones en Salud Materno Infantil (CENISMI)

Dra. Maritza A. Martínez Rodríguez, Cáritas Dominicanas

Lic. Josefina Félix de Bernier, Oficina Nacional de Estadística (ONE)

Dra. Cynthia Díaz, Centro Nacional de Investigaciones en Salud Materno Infantil (CENISMI)

Dr. Hugo Mendoza, Centro Nacional de Investigaciones en Salud Materno Infantil (CENISMI)

Dra. Dulce Polanco C., Hospital Carl George, S.P.M.

Dr. Elías Rosario C., Hospital Luis E. Aybar

Dra. Consuelo Mendoza C., Maternidad del Instituto Dominicano de Seguros Sociales (IDSS)

Lic. Quisqueya Lora, Cáritas Dominicana

Dra. Luz Mireya Jiménez de Cruz, Hospital de Niños Robert Reid Cabral

Lic. Edith Ramírez, Hospital Maternidad Infantil San Lorenzo de los Minas

Dra. Esperanza Esquea, Hosp. Maternidad Nuestra Señora de la Altagracia

Dra. Rosalda Damiano de Rojas, Clínica Dr. Abel González

Dra. Rafaela Pérez, Centro Nacional de Investigaciones en Salud Materno Infantil (CENISMI)

Dr. Jesús Segura Nova, Hospital Central de las FF.AA. y P.N.

Dr. Euclides Morillo, Director Epidemiología, Región VII, Secretaría de Estado de Salud Pública y Asistencia Social

Dr. Pablo Holguín, San Francisco de Macorís

Dr. Alfredo Logroño Fiallo, Hospital Central de las FF.AA. y P.N.

Dra. Carmen Graveley, Plan Nacional de Sobrevivencia Infantil (SESPAS)

Lic. Cristina Ercira Díaz, Plan Nacional de Sobrevivencia Infantil (SESPAS)  
(SESPAS)

Dra. Teresita Buonpensiere Cabral, Secretaría de Estado de Salud Pública y Asistencia Social (SESPAS)

Dra. Mayra Santos Ulloa, Hospital Maternidad Infantil San Lorenzo de los Minas

Dra. Sonia Mazar R., Hospital de Maternidad del Instituto Dominicano de Seguro Social

Dra. Josefina García Coën, Sociedad Dominicana de Pediatría

Sr. Alberto Martínez, NESTLE Dominicana

Dr. Pedro Antonio Jiménez, División Materno Infantil, SESPAS

Dr. Luis César Nina Ortega, Hospital Cabral y Báez, Santiago, R.D.

Dr. Eduardo Ogando, Centro Nacional de Investigaciones en Salud Materno Infantil (CENISMI)

Dr. Angel Lee Aguilera, Hospital del Seguro Social, S. P. M.

Dr. José Garrido Calderon, Hospital de Maternidad del Instituto Dominicano de Seguro Social



Los informes obtenidos del principal centro obstétrico del país han puntualizado, en los últimos seis años (1981-86) un promedio de prevalencia de niños recién nacidos con bajo peso al nacer ( $< 2500$  g OMS) de 15.8% (Rivera L Esquea E.) asociado a una alta mortalidad (CENISMI: Reunión Técnica Sobre Bajo Peso al Nacer, 1987) equivalente a un 16%; contribuyendo el estado de pre-término ( $< 37$  semanas de edad gestacional, OMS) con un 54% del total de RN con bajo peso. Este último hecho puntualizó la importancia que la prematuridad podría jugar en el nacimiento de los RN con bajo peso, particularmente por el hecho conocido de que a mayor prevalencia de bajo peso al nacer menor la prevalencia relativa de prematuros como sucede en los países sub-desarrollados y que en los países desarrollados, la prematuridad juega el papel más importante en el nacimiento de bajo peso al nacer al constituir las dos terceras partes de los mismos considerándose la posibilidad de que la República Dominicana ocupase un lugar intermedio, con una frecuencia relativamente alta de pre-términos en los RN con bajo peso, lo que hizo recomendar una mayor atención a los factores y elementos de riesgos que pudieran estar determinando tal situación.

Para el año 1987, los informes del Hospital de Maternidad de Santo Domingo señalaron un descenso en la prevalencia de bajo peso al nacer con un 11.3% (Esquea E) así mismo del componente de pre-término, situándose éste en un 4.6% del total de nacimiento, dato altamente contrastante con los informes de los cinco años previos cuando su prevalencia fluctuó entre 9 y 11% (Rivera , L, 1987 y que ha hecho sospechar grandes defectos en el proceso de recolección de la información estadística a nivel local, hecho ya detectado en el último año en otros centros de salud hospitalarios de la ciudad de Santo Domingo (Mendoza HR, CENISMI).

La mortalidad de pre-términos fue alta (44%) aunque menor que la observada años previos (60%; Mendoza HR et al: Arch Dom Ped, 1980; 16:87-92) con muy baja sobrevivencia para los < 28 semanas de gestación (2%); 10% para los de 28 a 29 semanas; 19% para los comprendidos entre 30 y 31 semanas; 42% para la de 32 a 33 semanas; 60% para los comprendidos entre 34 y 35 semanas y 85% para los de < 36 semanas (Esquea E, Hosp. Maternidad Santo Domingo),

Los estados sépticos constituyeron la causa de muerte más frecuentemente asociada al estado de prematuridad (34%) seguido por el Síndrome de Dificultad Respiratoria (SDR) con 28%; la asfixia perinatal severa (18%); los estados de inmadurez propiamente dicho (17%) y la hemorragia intracranial (17%) siguiéndole la hemorragia pulmonar (10%); la sífilis congénita (8%); meningitis (4%); neumonía (4%) y trauma obstétrico (2.8%). Por último las anomalías congénitas (1.7%) y las isoimmunizaciones con 0.6% (Esquea E, Hosp Maternidad Sto. Dgo).

El análisis de los datos informados del servicio de perinatología del Hospital Universitario Cabral y Báez de Santiago (Nina L) señalaron una situación parecida a la informada del Hospital de Maternidad de Santo Domingo, dejando entrever graves dificultades de información estadística.

La mortalidad perinatal mostró una frecuencia de 40% en Santiago y 35% en la Maternidad de Santo Domingo, señalado en ésta última una mejoría en relación al quinquenio anterior que tuvo un promedio de 44.6% y una mediana de 43%.

La mortalidad materna, en cambio se elevó en el Hospital Maternidad de Santo Domingo con 19 por 10000 nacidos vivos, lo cual es mayor que la media (17‰) y la mediana (16‰) del quinquenio anterior (Esquea E).

Pocos estudios nacionales existen respecto a los factores de riesgos

incidentes en el nacimiento de niños con bajo peso y prematuros (Mendoza HR et al: Arch Dom Ped 1980; 16:79-85; Mendoza HR et al. Arch Dom Ped 1980;16-177-182), coincidiendo en ambas situaciones factores similares, destacando en forma llamativa el estado nutricional de la madre tanto en su expresión crónica (talla baja) como aguda (peso bajo para talla, hematocrito y hemoglobina bajos); el tabaquismo materno; la edad materna menor de veinte años y la hipertensión arterial durante el embarazo incluyendo la toxemia del embarazo. Así mismo, las infecciones agudas durante el embarazo y la hiperemesis gravidica. En las observaciones nacionales destaca también la frecuencia en los antecedentes obstétricos de la madre que tiene hijos prematuros, la historia previa de una mayor natimortalidad; muertes neonatales, bajo peso a término y prematuridad (Garrido-Calderon J: Hospital de Maternidad del IDSS).

Se puso de relieve durante las discusiones la importancia de la rotura prematura de membranas como factor incidente en la prematuridad del parto además de las implicaciones de la misma en el producto (Rosario E, Hospital Luis E. Aybar) destacándose la acción potencial de las infecciones agudas durante el embarazo como factor trascendente en la rotura prematura de membranas.

Aunque no se tienen muy bien esclarecidos los factores patogénicos que intervienen en el desarrollo de un parto prematuro obviamente que los mismos están directamente relacionados con el funcionamiento placentario, explicándose en forma más clara la patogenia del bajo peso al nacer en su relación con la malnutrición materna, la toxemia y el tabaquismo. Las alteraciones placentarias de la toxemia explican no solo el defecto nutricional del feto sino el potencial adelantamiento del parto. El tabaquismo también como consecuencia de las alteraciones vasculares placentarias a que puede llevar este. Así mismo, la malnutrición materna-aguda y crónica- con el consiguiente desarrollo de hipovolemia y disminución del flujo placentario explicaría las consecuencias nutricionales sobre el feto aunque no en forma categórica el adelanta-

miento del parto, aunque muy posiblemente, ambas situaciones, malnutrición fetal y prematuridad sean vertientes de un mismo proceso patogénico; y así lo insinúan algunas observaciones (Villar J y González-Cassio T: Clinical Nutrition 1986; 6:78-85).

Se puso de manifiesto durante las discusiones los pocos avances, en los últimos años, en el manejo del niño con bajo peso al nacer, particularmente los prematuros o aquellos con muy bajo peso al nacer, en las instituciones hospitalarias nacionales, a pesar de los conocimientos existentes (Mendoza C, Hospital de Maternidad IDSS y Santos M, Hospital de Materno-Infantil San Lorenzo de los Minas) puntualizándose particularmente los defectos administrativos y la carencia en la aplicación de estrategias y acciones que conlleven a una lógica y efectiva sectorización y regionalización de la atención de salud en general y perinatal en particular.

Fue llamativo el reclamo general de los participantes respecto a la necesidad de una uniformización o normatización de la terminología y clasificación de los recién nacidos con miras a facilitar no sólo su estudio sino el planeamiento de las acciones que tiendan a mejorar el problema, señalándose la conveniencia, como punto de partida, de los criterios recomendados por la OMS/OPS, aunque algunas definiciones deben ser precisadas. Ver Cuadro 1 y Fig. 1.

Según la OMS se considera bajo peso al nacer aquellos recién nacidos con menos de 2500 g, los cuales pueden ser de pre-término o prematuros si la edad gestacional al momento del parto es menos de 37 semanas o a término < 37 semanas, considerándose estos últimos como retardados en su crecimiento intrauterino.

Algunas observaciones a esta clasificación fueron precisadas. Aquellos recién nacidos con más de 2500 g pero debajo del 10 percentil de peso para la edad serían clasificados como normales si el punto de corte de la clasifi-

cación es de 2500 grm. Ver Fig. 1. Así mismo, con ésta clasificación, no se considerarían aquellos niños con bajo peso pero normal para su longitud y los de peso bajo para su longitud, hecho importante cuando vamos a considerar el momento de acción del o de los factores influyentes en la nutrición fetal durante el embarazo, ya que los factores que actuen durante todo el embarazo producirían un niño con bajo peso pero normal para su talla y aquellos que actuen en el último trimestre, por ejemplo, tendrían un bajo peso gestacional además bajo peso para su longitud.

La realidad nacional respecto a los servicios de atención de morbilidad hace ver claramente la necesidad de orientar los esfuerzos relacionados con el problema del bajo peso al nacer y la prematuridad hacia las medidas de prevención que obviamente deben estar fundamentadas en las acciones que tiendan a neutralizar o corregir los elementos de riesgos incidentes. Aunque los estudios nacionales no abundan al respecto, los datos existentes nos colocan, en términos generales, dentro de un grupo de países en los cuales los factores de riesgos que inciden sobre el problema son similares o parecidos. Es llamativo como la malnutrición materna, la toxemia del embarazo y la edad gestacional < 20 años constituye una triada etiológica común a los países del tercer mundo, y es precisamente en estas esferas donde deben actuar las medidas con potencial modificante de dicha realidad. La educación sanitaria, la atención prenatal y la suplementación alimentaria son entre las medidas a considerar, las más importantes.

Estudios realizados en Centro América han tratado de precisar cuales serían los indicadores más trascendentes pronosticadores del bajo peso al nacer y prematuridad (Cordón-Miron EM, Lechtig A, Quevedo C et al: Revista Cal Med (Guatemala), 1977, 28:63-72; Lechtig A, Habicht JP, Delgado H et al: Pediatrics 1975; 56:508-520; Lechtig A, Delgado H, Matorell R et al: En aspectos Perinatales del Parto Prematuro: Althae O y Schwarcz RC (Eds)

Buenos Aires, Argentina, El Ateneo, 1978, pag 190-198; Villar J y González-Cassio T: op cit) señalándose el peso bajo materno al comienzo del embarazo, la ganancia de peso durante el embarazo, la circunferencia craneal materna, la talla materna y determinados indicadores de la vivienda lo de mayor correlación pronóstica.

El peso materno al comienzo del embarazo en el que mejor correlaciona, sin embargo, el conocimiento del mismo no es fácil ya que se necesitaría una captación muy temprana de la mujer embarazada, lo cual no siempre ocurre. Un peso de < 50 kg debe considerarse como crítico. El peso postparto podrían tenerse como de gran valor predictivo para el próximo embarazo. La ganancia de peso durante el embarazo es también un indicador sensible, considerándose una ganancia total < 9 Kg como crítica; naturalmente la evaluación de este indicador requeriría el seguimiento durante todo el embarazo.

La talla materna es un indicador fidedigno y que no cambia durante el embarazo por lo cual es de gran utilidad predictiva. Una talla < 152 cms es de alta predicción de bajo peso al nacer. Así mismo, la circunferencia craneal. Un perímetro cefálico < 51 cms correlaciona con una alta frecuencia de bajo peso al nacer. Determinados indicadores de salud ambiental relacionados con la vivienda tienen también una alta correlación, particularmente aquellos en relación con la existencia de agua potable y el número de habitantes en la vivienda; debiendo señalarse que estos indicadores relacionados con la vivienda deben ser normatizados para cada población; por lo que la talla materna y la circunferencia craneal constituyen los indicadores más precisos y fáciles de investigar.

Un indicador de fácil determinación y de alta correlación es la circunferencia del brazo, sin embargo más estudios se precisan respecto a la evolu-

ción del mismo durante el embarazo.

En realidad, la búsqueda de tales indicadores se precisa con la finalidad de tempranamente en el embarazo, poder establecer medidas de suplementación alimentaria que podrían determinar una mejoría del producto en cuanto a su peso final lo cual se traduciría en menor mortalidad y desnutrición; así mismo una potencial mejoría integrativa neuronal.

Los estudios de referencia hechos en Centro América señalan, por otra parte, los efectos de la suplementación calórica superior a la proteica con el aporte de > 20000 calorías durante el embarazo; encontrando los investigadores racionalidad a estos hallazgos en función de la dieta característica de las poblaciones estudiadas; hecho de importancia al demostrar la conveniencia de la suplementación en grupos poblacionales de bajo ingreso; no obstante, la aplicación general de tales hallazgos, deben estar en función de la característica alimentaria de las poblaciones particulares. La ausencia de estudios en tal sentido se deja sentir en nuestro país, donde el bajo peso al nacer y la prematuridad constituyen en los momentos actuales el problema de salud más importante, aún por encima de la desnutrición proteico-calórica y la EDA.

### Conclusiones y recomendaciones

La prematuridad y el bajo peso al nacer constituyen en los momentos actuales la situación de salud más requerida de investigación y mayor conocimientos, por su frecuencia y por su repercusión en la mortalidad infantil, desnutrición proteica-calórica e integración neuronal, con el fin de precisar los factores de riesgos incidentes y el delineamiento de una política de prevención prioritaria a las acciones de salud de atención a la morbilidad.

La necesidad de una mayor atención al problema viene potencializada por

el deterioro evidente, en los últimos tiempos, de la situación hospitalaria, particularmente en lo referente a la administración técnica de los hospitales así como a la carencia de recursos fundamentales por la atención de los enfermos, en particular del niño prematuro.

La carencia de información sobre la realidad nutricional de las madres de los sectores de bajos recursos económicos, así como de las características alimentarias de dicha población, señalan la debilidad extrema a que están expuestos los programas de suplementación alimentaria, programas sobre los cuales, en los últimos años poca información ha existido.

La necesidad de un mayor interés por parte de los investigadores nacionales y de los estamentos oficiales al respecto de las medidas de prevención mediante acciones de suplementación alimentaria y educación sanitaria es evidente.

La reunión técnica hizo suya las recomendaciones de la Asociación Internacional de Pediatría, UNICEF y la OMS respecto a la necesidad urgente de redefinir y normatizar la clasificación de los niños con bajo peso al nacer (Bull Int Ped Ass: 1988; 9:7-67); así mismo las recomendaciones generales para la prevención del bajo peso al nacer, particularmente en los países en desarrollo, que reproducidos a continuación y que constituyen a su vez elementos de investigación.



Recomendaciones para la prevención del bajo peso al nacer ( IPA, UNICEF, WHO)

1. Dirigir las medidas educativas de prevención a toda la población, desde la escuela primaria, no concentrándose solo en los grupos de riesgos.
2. Llevar información adecuada y normatizada a todos los sectores que potencialmente pueden intervenir en el proceso educativo de la población: medios de comunicación, escuelas de medicina, servicios de salud, autoridades nacionales y locales, comunidad.
3. Llevar el consejo pre-concepcional a niños y niñas en las escuelas, para asegurar a los futuros padres información adecuada sobre los elementos relacionados con la salud, edad y aspectos sociales del embarazo, señalándose los factores de riesgos y como evitarlos; puntualizando el daño del alcohol, cigarrillos y drogas; la anemia, las infecciones, así como la importancia de una adecuada nutrición antes, durante y después del embarazo; la conveniencia de reducir el trabajo excesivo durante los mismos y evitando los embarazos durante el período de la adolescencia.
4. Asegurar que tan pronto un embarazo comienza, se le informe a la embarazada como evitar y tratar las enfermedades, comer adecuadamen-

te, reducir el exceso de trabajo y a reconocer la amenaza de un parto prematuro.

5. Identificar los grupos sociales de riesgos, tanto en los países desarrollados como sub-desarrollados, paso primordial para intentar mejorar el pronóstico.

6. Estimular las investigaciones sobre los puntos señalados.

En los países en desarrollo:

1. Recomendar que los gobiernos y los departamentos de salud establezcan servicios fiables de notificación para obtener datos nacionales básicos sobre nacimientos, natimuertos, niños con bajo peso al nacer y fallecimientos. La extrapolación de datos es una metodología inadecuada.

2. Calcular mediante simples procedimientos las tasas de nacimientos, natimortalidad y mortalidad perinatal, mortalidad neonatal, mortalidad infantil, bajo peso al nacer y mortalidad materna.

3. Realizar estudios epidemiológicos apropiados, en áreas relevantes, promoviendo un mayor entendimiento sobre el bajo peso al nacer y sus componentes grupales.

4. Procurar que los recursos para la salud estén dispuestos antes de producir expectativas por parte de la población que pudiesen provocar desilusión.

5. Procurar que los medios de comunicación, los políticos, los maestros, trabajadores de salud, funcionarios locales y trabajadores de salud tradicionales sean informados, exhortados y comprometidos a unirse en una lucha común para mejorar la salud de la comunidad.

6. Realizar positivos esfuerzos para mejorar el estado, la educación y nutrición de las mujeres disminuyendo su carga de trabajo en todo momento, pero sobretodo durante el embarazo y la lactancia.

7. Considerar como crítico al cuidado prenatal. La educación en general y la sanitaria en particular son fundamentales. Y solo cuando se establecen con criterios simples, puede entenderse la importancia de la nutrición y los demás elementos de riesgos.

8. Asegurar durante el embarazo una buena nutrición con suplementos de hierro, ácido fólico y yodo si se requiere. Debiendo realizarse pruebas simples para detectar infección urinaria, anemia, hipertensión arterial y toxemia.

9. Reducir el trabajo materno sobretodo en el 3er trimestre del embarazo.

10. Sectorizar y regionalizar la atención perinatal.

11. Tratar de corregir ideas erradas, malas informaciones y tabues sobre el embarazo, nutrición y lactancia.

12. Ofrecer cuidados especiales nutricionales a las madres adolescentes, ellas mismas aún en crecimiento y teniendo que nutrir al feto al mismo tiempo.

13. Procurar educación sanitaria para todo niño, niña en particular, en especial sobre nutrición y como evitar las infecciones e infestaciones y hábitos tóxicos (incluyendo alcohol y cigarrillos); sobre planificación familiar, embarazo, cuidados del RN y lactancia materna.

14. Reconocer, prevenir y tratar las infecciones e infestaciones en las madres y niños.

15. Enseñar y aprender simples procedimientos de resuscitación en los niveles primarios de atención.

CUADRO 1

Definiciones respecto a niños con bajo peso al nacer.

1. Bajo Peso al Nacer (BPN)

Niños recién nacidos con  $< 2500$  g (OMS)

a) Pre-término

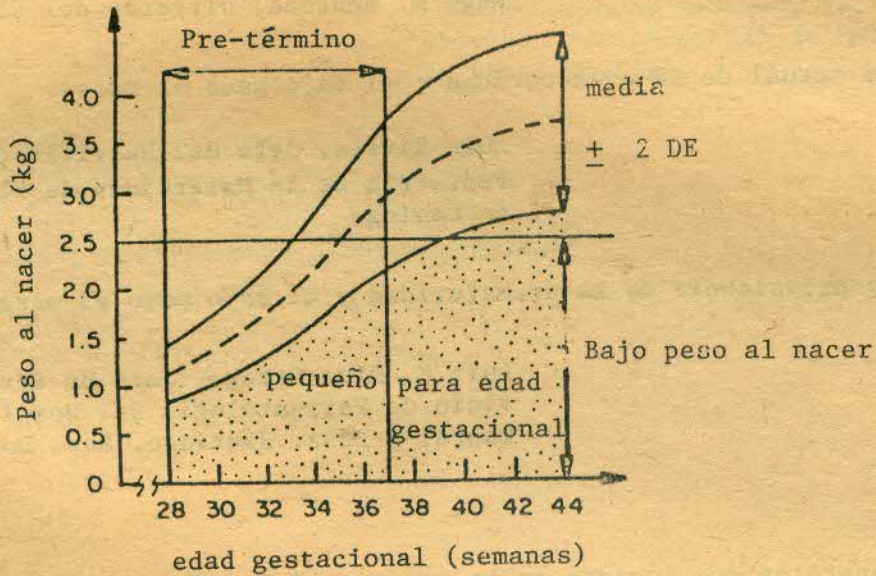
Niños recién nacidos con  $< 37$  semanas de gestación

b) A término

Niños recién nacidos con  $> 37$  semanas de gestación (Retardo del crecimiento intrauterino - RCIU)

2. Bajo peso para edad gestacional. Peso  $< - 2$  DE (RCIU ; puede ser a término o de pre-término)
3. Bajo peso con peso adecuado para su longitud.
4. Bajo peso con peso bajo para su longitud.

Fig. 1



Peso al nacer para edad gestacional (De Sterky G Mellader L, Eds. Birth weight distribution on: An indication of social development. Swedish Agency for Research Cooperative report N° 2, 1978:48).

Reunión Técnica sobre la  
Prematuridad y el Bajo Peso al Nacer en la República Dominicana

PROGRAMA

Introducción y presentación de la metodología de trabajo.

Hugo R. Mendoza, Director del CENISMI

Problemática actual de la prematuridad y el bajo peso al nacer.

Luis Rivera, Jefe del Servicio de  
Pediatria de la Maternidad de San-  
to Domingo

Incidencia y prevalencia de la prematuridad y el bajo peso al nacer.

Luis C. Nina Ortega, Jefe de Ser-  
vicio de Perinatología del Hospital  
Cabral y Báez, Santiago, Rep. Dom.

Discusión.

Factores prenatales que inciden en la prematuridad y el bajo peso al  
nacer.

José Garrido Calderón, Jefe del Ser-  
vicio de Obstetricia del Hospital de  
Maternidad del Instituto de Seguros  
Social

La ruptura prematura de membrana como causa de prematuridad. Controver-  
sias.

Elías Rosario Cáceres, Jefe de Servi-  
cio del Hospital Luis Aybar.

Manejo obstétrico del producto de bajo peso al nacer.

Miguel Montalvo, Obstetra

Discusión

Manejo actualizado del Síndrome de Distress respiratorio.

Consuelo Mendoza, Pediatra Perintologo  
de la Maternidad del Instituto de Segu-  
ro Social

Dificultades en el manejo del recién nacido prematuro en República Dominicana.

Mayra Santos Ulloa, Pediatra Perinatologo del Hospital Los Minas.

Calidad de vida del prematuro en el seguimiento longitudinal.

Acacia Mercedes Medrano, Pediatra Perinatologo del Hospital de Maternidad de Santo Domingo.

Discusión.

Análisis, Conclusiones y Recomendaciones





**PATROCINIO**

**UNICEF**

**OPS**

**Nestlé Dominicana**

**Instituto Dominicano de Tecnología  
(INDOTEC)**