



UNIVERSIDAD PARTICULAR DE CHICLAYO

**FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA PROFESIONAL DE OBSTETRICIA**



**INDICE DE MASA CORPORAL PRE GESTACIONAL ASOCIADO
A BAJO PESO AL NACER EN GESTANTES DEL HOSPITAL
REGIONAL DOCENTE LAS MERCEDES 2013**

TESIS

**Para Optar el Título Profesional de:
Licenciada en Obstetricia**

AUTORA

Luby Editha Del Pilar Paredes Castillo

ASESORA

Mg. María Magdalena Almeyda Zambrano

CHICLAYO-PERU

2015

DEDICATORIA

*A mis hijos y a mi familia por ser la
principal motivación en mi vida.*

AGRADECIMIENTO

*A ti, por el tiempo invertido en la
realización de esta investigación.*

ÍNDICE

I RESUMEN	7
II INTRODUCCIÓN	9
2.1 Marco Teórico	11
2.2 Problema	20
2.3 Hipótesis.....	20
2.4 Objetivos	20
a. Objetivo General	20
b. Objetivos Específicos	20
2.5 Justificación e Importancia del Estudio.....	21
2.6 Definición y Operacionalización de Variables.....	21
Variable Dependiente	21
Variable Independiente.....	22
Variable Interviniente	22
III METODOLOGÍA	24
3.1 Tipo de Investigación.....	24
3.2 Diseño de Contrastación de Hipótesis.....	24
3.3 Población y Muestra: tipo de muestreo, tamaño de muestra.....	24
3.4 Técnica e Instrumentos de Recolección de Datos	25
3.5 Análisis Estadístico	27
IV RESULTADOS	28
V DISCUSIÓN	35
VI CONCLUSIONES.....	39

VII RECOMENDACIONES	40
VIII REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	41
IX ANEXOS.....	51

I. RESUMEN

El objetivo de esta investigación es determinar la asociación entre el Índice de Masa Corporal Pre Gestacional y el Bajo Peso al Nacer en gestantes atendidas en el Hospital Regional Docente Las Mercedes período 2013, para lo que se diseñó un estudio retrospectivo longitudinal descriptivo.

Se seleccionaron 3032 gestantes cuya información fue recogida del Sistema de Información Materno Perinatal (SIP 2000). En el cálculo de medidas de asociación (odds ratio) se identificó que el riesgo de bajo peso al nacer aumentó en 8% por cada control pre natal que deja de efectuar la gestante.

En relación a los factores demográficos, se evidencia que a menor grado de instrucción, mayor probabilidad de tener nacimientos de bajo peso. Así mismo se demuestra que el estado civil influye sobre el bajo peso al nacer ya que no son favorables si comparamos una gestante que se registra como casada con la que vive en convivencia o en soltería las que arrojaron un resultado paradójico en relación a las casadas.

En cuanto a la ganancia de peso se demuestra una relación directa y es evidente que mientras más bajo sea el Índice de Masa Corporal Pre Gestacional y menos sea la ganancia de peso, tenemos más posibilidades de nacimientos de bajo peso.

Palabras clave: bajo peso, neonato, gestantes, ganancia de peso, factores obstétricos

ABSTRACT

The objective of this research is to determine the association between body mass index and Pre Gestational low birth weight in pregnant women at the Regional Hospital Las Mercedes period 2013, unemployment as a descriptive longitudinal retrospective study was designed.

3032 pregnant women were selected whose information was collected from the Maternal Perinatal Information System (SIP 2000). In calculating measures of association (odds ratio) it was identified that the risk of low birth weight increased by 8% for each prenatal control fails to make the mother.

In relation to socio-demographic factors evidenced that less educated, more likely to have low birth weight. It also shows that marital status influences the low birth weight because they are not favorable if we compare a pregnant woman who is registered as married; compared to those living in cohabitation or single status, which yielded a paradoxical result in relation to married.

As far as weight gain is a direct relationship is demonstrated and it is clear that while lower the body mass index and less is Pre Gestational weight gain, we have more chances of low birth weight.

Keywords: low birth weight, neonatal, pregnant, weight gain, obstetric factors.

II. INTRODUCCIÓN

El bajo peso al nacer es una de las principales causas de muerte en el mundo en desarrollo, por lo cual, la identificación de los factores que las propician o de “riesgo”, constituye un empeño de la obstetricia moderna. A nivel mundial uno de cada seis niños nace bajo peso, la mortalidad de éstos en su primer año de vida es 40 veces mayor a los que nacen con peso adecuado ⁽¹⁾⁽²⁾.

Por lo consiguiente, el bajo peso al nacer es un problema de salud de creciente importancia a nivel global ⁽⁴⁾⁽⁵⁾, que generan elevada mortalidad ⁽⁶⁾⁽⁷⁾ y morbilidad a largo plazo ⁽⁷⁾⁽⁸⁾. Las consecuencias sobre la salud en un recién nacido de bajo peso, representan consecuencias económicas considerables a mediano y largo plazo ⁽⁹⁾⁽¹⁰⁾. Mundialmente, el índice de bajo peso al nacer se considera un indicador de la calidad en los servicios de salud y de valor pronóstico en la morbimortalidad neonatal e infantil ⁽¹¹⁾.

Entre los múltiples factores asociados al bajo peso al nacer se han señalado las características antropométricas, nutricionales, socioculturales y demográficas de la madre; los antecedentes obstétricos y condiciones patológicas que afectan la funcionalidad y suficiencia placentaria, así como las alteraciones propiamente fetales. Debido a esta etiología multifactorial, las diversas investigaciones no han permitido dar un peso específico, ya sea asociativo o predictivo, para una u otra característica estudiada ⁽¹³⁾.

A nivel mundial 1 de cada 6 niños nace con peso insuficiente ⁽¹⁴⁾, se comprende la preocupación que para obstetras, pediatras y neonatólogos representa la posibilidad del nacimiento de un niño con estas características, lo que es de causa multifactorial, pues se debe tanto a causas maternas como fetales, así como ambientales ⁽¹⁵⁾.

El presente trabajo constituye un análisis de datos secundarios, hay que reconocer que aún se cuenta con poca información analizada de fuentes regionales. Así mismo, el Sistema de Información Materno Perinatal (SIP 2000) es un aplicativo que tiene la ventaja que procura obtener un registro exhaustivo

de una serie de variables, desde el control prenatal hasta los resultados perinatales.

La población objeto de estudio estuvo conformada por los datos que se obtuvieron del SIP 2000, de las gestantes que se atendieron en el Hospital Regional Docente Las Mercedes, consolidado por la Estrategia Regional Sanitaria de Salud Sexual y Reproductiva de la Gerencia Regional de Salud Lambayeque correspondiente al año 2013.

Las limitaciones que se han presentado se han debido a que por ser un estudio de tipo retrospectivo, algunas unidades de análisis no registraban todos los ítems, los registros de pacientes que no contaban con datos de la principal variable, como resultado, fueron eliminadas del análisis. Ante la identificación de variables intervinientes que confundían la asociación se ha realizado estimaciones robustas para minimizar el efecto de confusión de las mismas.

2.1. Marco Teórico

a. Situación problemática:

El estado nutricional materno antes de la gestación o durante ésta, constituye un determinante crítico de los resultados del embarazo para la madre y el niño (17). En un meta-análisis de investigaciones sobre determinantes del bajo peso al nacer se encontró que los factores nutricionales de la madre (peso y talla pre gestacional e incremento limitado de peso durante el embarazo) son las principales determinantes del retraso del crecimiento intrauterino en países en desarrollo (18). La malnutrición materna aguda e intensa causa una reducción de alrededor del 10 % del peso medio al nacer.

Mencionemos el embarazo en la adolescencia; es un factor que incrementa los riesgos de la salud en la madre y el niño, pues no se ha concretado la necesaria maduración biopsicosocial. A la adolescencia se asocian otros factores sociales que repercuten en el bajo peso al nacer, como el embarazo no deseado, la madre soltera, el bajo nivel de educación, entre otros.

El peso al nacer es mayor cuanto más adecuado es el peso materno, el índice de masa corporal pre gestacional. Las variaciones del peso materno pre gestacional explicarían el 11% de las variaciones del peso al nacer, éste tiene una relación directa con el peso del recién nacido siendo más bajo en las mujeres con índice de masa corporal menor de 19.

Las repercusiones del bajo peso al nacer no se confinan sólo al período neonatal a corto o mediano plazo, éste puede continuar hasta la edad adulta, e incluso manifestarse sobre la descendencia del afectado, de modo que la mortalidad por infecciones de adultos jóvenes que tuvieron bajo peso al nacer, puede llegar a ser hasta diez veces mayor, comparada con la de quienes tuvieron peso adecuado al nacimiento. Existe desde luego mayor riesgo de padecer episodios de enfermedad infecciosa aguda durante la infancia, lo que a su vez conlleva a desnutrición y

consecuentemente al círculo vicioso infección/desnutrición/infección y a un incremento en la probabilidad de desarrollar enfermedades crónicas degenerativas durante la edad adulta ⁽¹⁹⁾.

Así se encontró en la investigación realizada en el Hospital Apoyo III del Ministerio de Salud, Ciudad de Sullana, zona urbana del norte del Perú, también se identificaron como factores pre concepcionales de riesgo: la hipertensión arterial previa, el peso y talla de la madre, analfabetismo y nuliparidad; como concepcionales: amenaza de parto prematuro, hemorragia del segundo trimestre, embarazo múltiple, hemorragia del tercer trimestre y eclampsia. El riesgo atribuible a la población fue la patología materna, falta de control prenatal o control inadecuado, amenaza de parto prematuro, embarazo múltiple y anemia crónica (22).

En Cuba, donde se identificaron factores de riesgo relacionados con recién nacidos de bajo peso son: inadecuada ganancia de peso materno, nuliparidad, período intergenésico corto, la práctica de abortos, presencia de afecciones como: infección vaginal, anemia, hipertensión arterial, ser adolescentes, tener de 35 y más años, madres solteras, fumadoras, rotura prematura de membranas ⁽²⁰⁾⁽²¹⁾.

b. Antecedentes bibliográficos:

Grados Valderrama, Flor de María; Cabrera Epiqueñ, Ronald *; Díaz Herrera, Jorge, (2009). Lima. En su trabajo de investigación titulado: Estado Nutricional Pre Gestacional y Ganancia de Peso Materno Durante la Gestación y su Relación con el Peso del Recién Nacido. Objetivo: Determinar la relación existente entre la ganancia de peso materno durante la gestación con el peso del recién nacido para los diferentes estados nutricionales pre gestacionales maternos según el IMC. Material y métodos: Se diseñó un estudio retrospectivo longitudinal descriptivo. Se seleccionaron 1016 mujeres cuyos partos fueron atendidos en el Hospital Nacional Cayetano Heredia entre Enero 1995 a Septiembre 2000 según los criterios de inclusión y exclusión. La población se estratificó en cuatro categorías de acuerdo al IMC pre gestacional (Delgada: < 19.8, Ideal: 19.8-26, Sobrepeso: 26.1-29, Obesa: >29) ⁽¹⁰⁾ Se realizó un análisis de regresión múltiple que incluyó IMC pre gestacional, ganancia ponderal materna, edad materna, número controles prenatales y paridad como variables independientes y peso al nacer como dependiente. Luego, se realizó un análisis de regresión múltiple para cada grupo de IMC pre gestacional. Resultados: Se encontró que el IMC pre gestacional y la ganancia de peso durante la gestación influyen significativamente en el peso del recién nacido. Para las mujeres delgadas, IMC ideal y con sobrepeso; por cada Kg de ganancia ponderal materna durante la gestación el peso del recién nacido se incrementa en 42.15, 34.17 y 21.47 g respectivamente. En el grupo de obesas no se encuentra esta relación. Conclusión: Existe una relación lineal directa entre las variables IMC pre gestacional y ganancia de peso materno durante el embarazo con el peso del recién nacido; para las mujeres delgadas, con IMC ideal y con sobrepeso. (Rev Med Hered 2003; 14:128-133).

Regalado D, González L, Regalado Y. (2004), estudio descriptivo, retrospectivo, en 132 gestantes ingresadas por riesgo de BPN. En los

resultados encontramos que, en relación al estado nutricional materno y la ganancia de peso de las gestantes demuestran que el 41,4 % de la población estudiada, clasificó como bajo peso, mientras que al rededor del 21,5% lo constituían las gestantes normo peso, sobre peso y obesas, asimismo un 18,9% había logrado una ganancia adecuada de peso y un 18,7% había tenido una ganancia de peso insuficiente.

Del estudio se concluye que, los factores de riesgo identificados fueron: estado nutricional materno de bajo peso, nuliparidad, período intergenésico corto, la práctica de abortos con mayor frecuencia en edades tempranas, presencia de afecciones como: infección vaginal, anemia, hipertensión arterial, así como un alto número de gestantes con modificaciones cervicales.

Resultando como bajo peso al nacer 21,8% mientras que el 14,3% correspondía a niños pequeños para la edad gestacional.

Fajardo Luig R, et al. (Cuba) (2008) Factores de riesgo de bajo peso al nacer; realizaron un estudio de casos y controles en el Hospital Gineco-obstétrico "América Arias", que abarcó el período 2004-2006, con el objetivo de identificar la asociación del bajo peso al nacer con algunos factores tales como el Índice de masa Corporal pre gestacional de la gestante; el grupo de estudio estuvo constituido por 108 mujeres residentes en Centro Habana, de los recién nacidos con bajo peso, un 65% fueron pre término, un 39% RCIU y un 4% presentó la combinación de ambas entidades. Se demostró que existe relación entre el bajo peso al nacer y las edades maternas menor de 20 (14,8 % de los casos) y mayor de 35 años (23,1 % de los casos), la baja talla materna (15,7 % de los casos), la baja escolaridad (17,5 % de los casos), el antecedente materno de hijo con bajo peso (13,8 % de los casos), el período intergenésico corto (69,4 % de los casos), el hábito de fumar (60,1 % de los casos), la desnutrición materna al inicio de la gestación (58,3 % de los casos), el asma bronquial (13,8 %), la hipertensión arterial crónica (12,9 %), la pre

eclampsia (18,5 %), la anemia (18,5 %) y el índice de masa corporal pre gestacional (54,6% de los casos) siendo el dato de mayor relevancia para nuestra investigación que busca la relación existente entre el bajo peso al nacer y la mencionada variable IMC ⁽²⁷⁾ ⁽²⁸⁾.

Reyes H. (2009) “Relación del peso al nacer según el estado nutricional pre gestacional y la ganancia ponderal materna hospital de apoyo II Sullana agosto 2008 - febrero 2009” Estudio descriptivo-correlacional, longitudinal y retrospectivo; los datos se obtuvieron a partir del carnet de control prenatal de 130 gestantes.

Los valores promedio maternos fueron: Edad 24 años, paridad 1hijo; IMC pre gestacional 23.84, ganancia ponderal 9.75 kg; 52.7% tuvieron una IMC pre gestacional adecuado, seguido por aquellas con sobrepeso 26.2%; bajo peso 15.6% y obesidad 5.3%; la ganancia de peso fue menor en el I trimestre (-0.37 kg), la ganancia mayor se registró en el II trimestre, similar al III Trimestre; fue mayor en gestantes con bajo peso y menor en gestantes obesas. Casi la mitad de las gestantes tuvieron una ganancia de peso menor según IMC pre gestacional. 8 de 10 neonatos tienen un peso al nacer adecuado para su edad independiente de la edad gestacional, IMC pre gestacional o la ganancia ponderal materna. Hubo mayor porcentaje de neonatos PEG en mujeres con bajo peso pre concepcional (21.05%) y en aquellas con baja ganancia ponderal según IMC; mayor fue el porcentaje de neonatos grandes para edad gestacional en mujeres obesas (11.11%). El análisis de regresión lineal múltiple mostró que el peso pre gestacional, edad gestacional, paridad, ganancia de peso en el I y II trimestre se relacionan de modo independiente con el peso al nacer⁽²⁹⁾.

Valladolid E. (2011) “Factores de riesgo para bajo peso al nacer en recién nacidos a término hospital II Santa Rosa – MINSA – Piura octubre 2010– febrero 2011” Estudio descriptivo-correlacional, prospectivo, de corte transversal, de casos y controles (n=120).

En el estudio se encontró: una tasa de incidencia de BPN de 5.16%, de los cuales el 91.9% tiene entre 2 y 2.5 Kg y el 53.2% son de sexo masculino, encontrándose relación significativa (Sig. < 0.05) con el BPN, el esfuerzo físico ocupacional OR=3.56; número de controles prenatales OR=4.75; ganancia de peso materno durante el embarazo OR=3.82; embarazo múltiple OR=5.77; enfermedad hipertensiva del embarazo OR=7.97; pre eclampsia OR=14.38 e infección de tracto urinario OR= 8.75; no se encontró relación estadísticamente significativa (Sig. > 0.05) con el BPN; la edad de la madre (Sig.=0.170), estado civil (Sig.=0.577), grado de instrucción (Sig.=0.427) ,ocupación (Sig.=0.680), paridad (Sig.=0.922), periodo intergenésico (Sig.=0.977), antecedentes de recién nacidos con bajo peso (Sig.=1.000), abortos previos (Sig.=0.378), diabetes gestacional (Sig.=0.559), anemia (Sig.=0.143), hábitos nocivos (Sig.=0.108).

Del estudio se concluye que los factores clínico epidemiológicos durante el periodo perinatal son considerados como factor de riesgo importante en la incidencia de bajo peso al nacer, no siendo así con los factores socioculturales que no se evidencia relación significativa; de ello se hace necesario ejecutar estudios destinados a valorar la calidad del control prenatal, además de realización de actividades de aspecto preventivo-promocional ⁽³³⁾.

Jeric, M. et al (EEUU) (2013) Embarazo Maternal de bajo peso y el crecimiento fetal en relación con las recomendaciones del Instituto de Medicina para el aumento de peso gestacional; el estudio pretendía el evaluar el efecto de un índice de masa corporal bajo antes del embarazo sobre el crecimiento fetal. Se analizaron retrospectivamente los datos de 4678 gestantes y sus respectivos neonatos. La prevalencia de recién nacido pequeños para la edad gestacional en el grupo de gestantes con IMC < a 18.5 Kg/m² fue dos veces la encontrada en el grupo con IMC normal. Los investigadores concluyeron que los IMC pre-gestacionales bajos están asociados con bajo crecimiento fetal. La implementación de

medidas orientadas a mejorar el estado nutricional antes de la gestación mejoran los resultados perinatales ⁽³⁶⁾.

c. Base Teórica

En la actualidad la atención materna perinatal está considerada como una prioridad a nivel nacional como mundial, debido a las elevadas tasas de mortalidad materna y perinatal que suceden principalmente en países en desarrollo. En el Perú la tasa de mortalidad materna es de 185 por cada cien mil nacidos vivos según resultados de ENDES 2000; a pesar de haber disminuido nuestra mortalidad materna, ésta continúa siendo alta en relación con otros países de América latina.

Una de las metas de la Atención Prenatal es disminuir la tasa de mortalidad y la frecuencia de la misma a través de la revisión rutinaria y vigilancia de ciertos parámetros, entre estos se encuentra el estudio de la ganancia de peso materno en relación a las semanas o al final de cada trimestre de gestación que según estudios realizados por el Comité de Nutrición del Colegio Americano de Obstetras y Ginecólogos estableció que dicha ganancia debe fluctuar entre 10 y 12 Kg ⁽³⁷⁾.

La atención prenatal es uno de los elementos con que se cuenta para evaluar la evolución normal del embarazo y el estado nutricional de la madre y su producto; así mismo, si el incremento no es adecuado, puede realizarse en forma temprana las intervenciones correctivas correspondientes ⁽³⁸⁾⁽³⁹⁾⁽⁴⁰⁾.

Por lo tanto, la asociación entre nutrición materna y crecimiento fetal está claramente establecida, el hecho que la mujer no siga aumentando o incluso baje de peso entre dos controles consecutivos es bastante perjudicial para el feto o la madre o para ambos y exige acción inmediata ⁽⁴¹⁾.

Dentro de la nutrición, no sólo revisten importancia los aportes durante el embarazo; sino además el estado nutricional pre gestacional ⁽⁴²⁾.

Debe señalarse principalmente que el metabolismo de las proteínas y de los lípidos se modifican; se almacenan grasas que posteriormente servirá

al feto en el momento del crecimiento rápido y para la producción láctea de la madre; así como que el almacenamiento de grasas es un fenómeno que asegura una cierta protección al feto durante el embarazo. El transporte placentario activo rápido de monosacáridos constituye un medio de incrementar el crecimiento fetal, ya que ellos son la fuente energética principal del mismo ⁽⁴³⁾.

Parece cierto que la mala nutrición pre gestacional y la poca ganancia de peso durante la gestación, tiene implicaciones inmediatas y a largo plazo sobre la salud del feto ⁽⁴⁴⁾.

Existen para esto evidencia de que una de las maneras más sencillas de evaluar el estado nutricional de las gestantes es cuantificando el peso pre gestacional o base midiendo la talla y determinando la ganancia ponderal ⁽⁴⁵⁾.

Una de las formas más usadas para determinar este estado nutricional, no sólo de gestantes, es a través del Índice de Masa Corporal (IMC) a partir de la fórmula de Quetelet, cuyo valor se obtiene dividiendo el peso pre gestacional entre la talla (Peso/Talla^2) expresado en Kg/T^2 , el cual permite clasificar luego a las gestantes según su IMC y el total de incremento de peso en Kg que debe alcanzar al final de la gestación ⁽⁴⁶⁾⁽⁴⁷⁾⁽⁴⁸⁾.

Conociendo el IMC se puede clasificar a las gestantes según su estado nutricional en desnutridas, de bajo peso, normal, sobre peso y obesas, para tal efecto, existen valores de clasificación recomendados por la National Academy Of Sciencies (1990) en la que las mujeres con bajo peso ($\text{IMC} < 19,8$), de peso normal (IMC de $19,8-26,0$), en sobre peso (IMC de $26,1-29,0$) y obesas ($\text{IMC} > 29,0$); deben subir de 12,5 a 18 Kg; 11,5-16 Kg; 7-11,5Kg y al menos 7 Kg respectivamente ⁽⁴⁹⁾⁽⁵⁰⁾⁽⁵¹⁾.

Para el Perú, en la Norma Técnica de Salud Para la Atención Integral de Salud Materna, cuyo fin es el de contribuir a la reducción de morbi-mortalidad materna y perinatal a través de una atención integral a la mujer durante su período pre concepcional, durante, parto y puerperio se expone que como parte de la atención pre concepcional de la mujer con vida sexual activa, el análisis exhaustivo mediante una evaluación clínica de

riesgo nutricional, gestacional y de laboratorio como parte de evitar riesgos posteriores.

El bajo peso al nacer es un problema de salud pública mundial, que impacta en gran medida sobre la mortalidad neonatal e infantil en menores de un año, particularmente en el período neonatal ⁽²⁰⁾. Cerca de 90% de los nacimientos de productos con bajo peso ocurren en países en vías de desarrollo para una prevalencia global de 19%. En los países del sur asiático, el bajo peso al nacer alcanza hasta 50%, en comparación con América Latina donde ocurre en aproximadamente 11%, mientras que para los países desarrollados se ha considerado por debajo de 6% ⁽⁵³⁾ ⁽⁵⁴⁾.

Entre los múltiples factores asociados al bajo peso al nacer se han señalado las características antropométricas, nutricionales, socioculturales y demográficas de la madre; los antecedentes obstétricos y condiciones patológicas que afectan la funcionalidad y suficiencia placentaria, así como las alteraciones propiamente fetales. Debido a esta etiología multifactorial, las diversas investigaciones no han permitido dar un peso específico, ya sea asociativo o predictivo, para una u otra característica estudiada ⁽⁵⁵⁾.

A nivel mundial 1 de cada 6 niños nace con peso insuficiente⁽²⁵⁾, se comprende la preocupación que para obstetras, pediatras y neonatólogos representa la posibilidad del nacimiento de un niño con estas características, lo que es de causa multifactorial, pues se debe tanto a causas maternas como fetales, así como ambientales ⁽⁵⁷⁾.

En un meta-análisis de investigaciones sobre determinantes del bajo peso al nacer se encontró que los factores nutricionales de la madre (peso y talla pre gestacional, ingestión de energía e incremento limitado de peso durante el embarazo) son las principales determinantes del retraso del crecimiento intrauterino en países en desarrollo ⁽⁶⁰⁾. La malnutrición

materna aguda e intensa causa una reducción de alrededor del 10 % del peso medio al nacer.

2.2. Problema

¿Existe asociación entre el Índice de Masa Corporal (IMC) pre gestacional y el bajo peso al nacer en gestantes atendidas en el Hospital Regional Docente Las Mercedes Chiclayo – Lambayeque 2013?

2.3. Hipótesis

El Índice de Masa Corporal pre gestacional, está asociado al Bajo Peso al Nacer, en gestantes atendidas en el Hospital Regional Docente Las Mercedes Chiclayo – Lambayeque 2013.

2.4. Objetivos

a. Objetivo General:

Determinar la asociación entre el Índice de Masa Corporal pre gestacional y el Bajo Peso al Nacer, en gestantes atendidas en el Hospital Regional Docente Las Mercedes 2013

b. Objetivos Específicos:

- Determinar el Índice de Masa Corporal Pre Gestacional de las gestantes atendidas en el Hospital Regional Docente Las Mercedes 2013
- Determinar el Índice de Masa Corporal Pre Gestacional según ganancia de peso en gestantes atendidas en el Hospital Regional Docente Las Mercedes 2013
- Determinar los factores demográficos y obstétricos, asociados a bajo peso al nacer en gestantes atendidas en el Hospital Regional Docente Las Mercedes 2013

2.5. Justificación e Importancia del estudio

El bajo peso al nacer constituye una amenaza importante para un adecuado desarrollo de los recién nacidos e incluso para su desarrollo durante la primera infancia. El objetivo de esta investigación es generar evidencia sobre la asociación del estado nutricional de las mujeres en edad fértil previa a la gestación, con la ocurrencia de bajo peso al nacer.

El estado nutricional de la mujer antes del embarazo es posiblemente un determinante de la culminación del parto y del bajo peso al nacer de los hijos. Los riesgos de nacimientos con bajo peso son menores en mujeres con buen peso antes de la gestación. Así mismo, la ganancia de peso durante la gestación es un buen indicador del grado de desarrollo del niño, pero para ello es importante conocer el peso de base. Este conocimiento es también esencial debido a que las mujeres muy delgadas necesitan ganar mucho más peso durante la gestación que aquellas con peso normal, para asegurar un embarazo viable y posibilidades de sobrevivencia superiores para los hijos. En general el peso pre-gestacional es un buen pronosticador del bajo peso al nacer y de la mortalidad infantil, en eso se basa entonces la justificación de la presente investigación.

2.6. Definición y Operacionalización de variables

Variable Dependiente:

- Bajo peso al nacer.

Variable Independiente:

- Estado nutricional: Índice de Masa Corporal (IMC) pre gestacional.

Variables Intervinientes:

- **Características Demográficas:** **Edad**; tiempo que ha vivido una persona, desde su nacimiento. **Grado de Instrucción**; distribución de la población, según máximo nivel educativo concluido. **Estado Civil**; condición de una persona según el registro civil y su situación legal.
- **Características Obstétricas:** **Hábitos Nocivos**; Conductas repetidas que nos provocan daño. **Patología Gestacional Previa**; Parte de la medicina que estudia los trastornos anatómicos y fisiológicos de los tejidos y los órganos enfermos. **Controles Pre Natales**; conjunto de acciones y procedimientos sistemáticos y periódicos, destinados a la prevención, diagnóstico y tratamiento de los factores que puedan condicionar morbilidad materna y perinatal.

Operacionalización de Variables:

VARIABLE INDEPENDIENTE	DIMENSIONES	Definición Conceptual	Definición Operacional	Indicador	Escala
Índice de Masa Corporal Pre Gestacional	Peso Talla Edad	Es una medida de asociación entre el peso y la talla de un individuo.	Kg/T ²	IMCPG BP:< 19,8 NP:19,8 - 26,0 SP:26,1 - 29,0 O: >29,0 G. de P. N:11,5-16 Kg. BP:12,5-18 kg. SP:7- 11,5 Kg. O:6 a 7 Kg.	Razón
VARIABLE DEPENDIENTE	DIMENSIONES	Definición Conceptual	Definición Operacional	Indicador	Escala
Bajo Peso al Nacer	Edad Gestacional Peso al nacer	Se refiere a RN con un peso menor a 2500 g	Si/No	Peso al nacer menor de 2500 g	Nominal
VARIABLES INTERVINIENTES	Dimensiones	Definición Conceptual	Definición Operacional	Indicador	Escala
Características Demográficas					
Edad	16 a 26 años	Tiempo que ha vivido una persona, desde su nacimiento	Núm. de años cumplidos	Núm. de años cumplidos	Razón
Grado de Instrucción	Primaria Secundaria Superior	Distribución de la población, según máximo nivel educativo concluido.	Letrado Primaria Secundaria Superior	Nivel educativo concluido	Ordinal
Estado Civil	Casada Conviviente Soltera Sin dato	Condición de una persona según el registro civil y su situación legal.	Casada Conviviente Soltera Sin dato	Categoría según registro	Nominal
Características Obstétricas					
Hábitos Nocivos	Fumar	Conductas repetidas que nos provocan daño	Sí / No	Tabaco	Nominal
Patología Gestacional Previa	RPM Examen Pélvico Examen de Cuello Uterino	Parte de la medicina que estudia los trastornos anatómicos y fisiológicos de los tejidos y los órganos enfermos	SÍ / NO	Sano Enfermo	Nominal
Controles Pre Natales	Con CPN Sin CPN	Acciones y procedimientos periódicos, destinados a la prevención, diagnóstico y tratamiento de los factores que puedan condicionar morbilidad mat. Y perin.	SÍ / NO	Con CPN Sin CPN	Nominal

III. METODOLOGÍA

3.1. Tipo de Investigación

Es un estudio observacional analítico con diseño de casos y controles, siendo una investigación principalmente descriptiva.

3.2. Diseño de Contrastación de Hipótesis

El presente estudio es de tipo Cuantitativo – descriptivo de corte transversal retrospectivo. La población objetivo son los datos del SIP 2000, de las 3 849 gestantes que se atendieron en el Hospital Regional Docente Las Mercedes (HRDLM).

3.3. Población y Muestra: tipo de muestreo, tamaño de muestra

La población objetivo son las gestantes que se atienden en el Hospital Regional Docente Las Mercedes durante el período de estudio. Por lo que el marco muestral lo constituyen todas las gestantes registradas en el Sistema de Información Materno Perinatal (SIP 2000) consolidado por la Estrategia Sanitaria de Salud Sexual y Reproductiva del referido hospital.

Unidad de Análisis: Las unidades de análisis para el presente estudio la constituyen los registros de cada gestante atendida en el Hospital Regional Docente Las Mercedes durante el período de estudio.

Criterios de selección:

- Toda gestante que fue atendida en el Hospital Regional Docente las Mercedes durante el período de estudio y por consiguiente esté registrada en el SIP 2000.
- Todo registro de paciente que cuente con información completa.
- Todo registro de paciente cuyo peso de su recién nacido sea menor a 2500 g.

Criterios de exclusión son:

- Abortos y natimueitos.
- Gestaciones múltiples.
- Gestaciones que terminaron con parto antes del término por patología materna como: pre eclampsia, eclampsia, placenta previa, desprendimiento prematuro de membranas.
- Patologías concurrentes de la madre o el feto que cursen con oligohidramnios y polihidramnios.
- Morbilidades maternas como: enfermedad tiroidea, diabetes mellitus, hipertensión arterial.

Controles:

- Toda gestante que fue atendida en el Hospital Regional Docente las Mercedes durante el período de estudio y por consiguiente esté registrada en el SIP 2000.
- Todo registro de paciente que cuente con información completa, tanto en el período pre como en el post natal.
- Todo registro de paciente que en el registro de peso del recién nacido sea mayor o igual a 2500 g.

3.4. Técnica e instrumentos de recolección de datos:

Los datos serán obtenidos del aplicativo del Sistema de Información Materno y Perinatal (SIP 2000). Por consiguiente se considera un análisis de datos secundarios. Es importante mencionar que los procedimientos estándares de análisis del aplicativo no permiten contrastar la hipótesis planteada en el presente trabajo.

Procesamiento de datos:

Los datos del sistema SIP 2000 serán consolidados en una base de datos, para tal fin se hará uso del módulo de exportación hacia un archivo con extensión dbf. La base de datos extraída será migrada al software Stata versión 11.1 para Windows ® (StataCorp LP, CollegeStation, TX, USA)

utilizando el editor de datos y posteriormente analizada con el fin de implementar los filtros necesarios compatibles con los criterios de selección. Los registros que cumplan con los criterios anteriormente mencionados quedarán listos para el análisis estadístico y la contratación de las hipótesis de trabajo propuestas.

Presentación de datos:

Para la recolección de los datos se solicitó a la Gerencia Regional de Salud Lambayeque, en coordinación con responsable del manejo del SIP 2000. Los datos del sistema SIP 2000 fueron consolidados en una base de datos, para tal fin se hizo uso del módulo de exportación hacia un archivo con extensión dbf. La base de datos fue trasladada al software SPSS versión 20 para proceder a su análisis estadístico. Se implementó los filtros necesarios compatibles con los criterios de selección. Los registros que cumplían con los criterios anteriormente mencionados quedarán listos para el análisis estadístico y la contratación de las hipótesis de trabajo propuestas.

Los resultados incluyen en primer lugar el análisis descriptivo y posteriormente el comparativo para cada variable resultado (dependiente). Se presentan los valores de significancia para cada comparación, consignando la prueba estadística utilizada. Además, se presentan medidas de asociación como odds ratios (OR) para cada variable. Los datos se analizaron mediante estadística descriptiva, utilizando medidas de tendencia central y dispersión para las variables numéricas continuas, así como frecuencias relativas para las variables categóricas.

Por ser un análisis de datos secundarios se mantuvo estricta confidencialidad de los datos, evitando siempre la inclusión de nombres de pacientes o alguna otra variable que permitiera identificar a alguna de las pacientes estudiadas.

3.5. Análisis Estadístico:

Los datos serán analizados mediante estadística descriptiva, utilizando medidas de tendencia central y dispersión para las variables numéricas continuas, así como frecuencias relativas para las variables categóricas. Para el análisis bivariado se cuantificarán si existen diferencias significativas entre los grupos de las dos variables resultado.

Para el análisis multivariado se utilizarán modelos de regresión logística donde se incluirán las variables independientes que tras el análisis bivariado tengan asociación significativa con las variables dependientes de estudio; así mismo, las variables que sean plausibles de actuar como confusores según la revisión de la literatura. Para todo el análisis estadístico se utilizará el software Stata versión 11.1 para Windows ® (StataCorp LP, College Station, TX, USA).

IV. RESULTADOS

Se identificaron 3849 registros de gestantes atendidas en el Hospital Regional Docente Las Mercedes de Chiclayo en el año 2013. Del total 817 registros no entraron en el análisis final por diferentes razones (falta de registros de variables principales, errores en el ingreso de datos y criterios de selección). Finalmente se analizaron un total de 3032 gestantes registradas en el SIP 2000.

Resultando que:

Para responder a nuestro objetivo principal, se obtuvo que de 2247 recién nacidos con bajo peso; 1366 casos son de gestantes con índice de masa corporal pre gestacional bajo, representando el 60,79% de los mismos, se obtuvo $P=0,047$ para índice de masa corporal pre gestacional normal $P=1.00$ para índice de masa corporal pre gestacional de bajo peso $P=0.075$ para índice de masa corporal pre gestacional de sobre peso y $P=0.049$ en índice de masa corporal pre gestacional con obesidad (cuadro 1).

Así mismo se obtuvo como resultado que las gestantes con índice de masa corporal pre gestacional normal fueron 785 (25,89%) índice de masa corporal pre gestacional bajo fueron 1633 (53,86%) índice de masa corporal pre gestacional de sobre peso fueron 432 (14,25%) y gestantes con índice de masa corporal pre gestacional con obesidad 182 (6%) (cuadro 2).

En la evaluación de las características demográficas se obtuvo que el riesgo de bajo peso al nacer se incrementa por cada año de edad que aumenta la gestante, obteniendo que $P=0,48$ siendo este resultado de baja significancia estadística (cuadro 4).

Así también se mostró que a menor grado de instrucción, mayor probabilidad de tener un recién nacido de bajo peso ya que de 1290 gestantes con secundaria incompleta, el 57,45% presentaron bajo peso al nacer en comparación de las 362 gestantes con educación superior que tuvieron el 11,90% de nacimientos de bajo peso. Así también se obtuvo que $P=0,64$ siendo de baja significancia estadística (cuadro 4).

Se obtuvo también que el estado civil es un factor que repercute en el bajo peso al nacer, obteniendo que de 2171 gestantes en condición de convivencia el 71,60% fueron nacimientos de bajo peso en comparación con 527 gestantes casadas que presentaron 22,17% de recién nacidos con esta condición, obteniendo que $P=0,41$ siendo de baja significancia estadística (cuadro 4).

Respecto a las características obstétricas se mostró que por cada atención pre natal a la que la gestante deje de asistir se aumenta en un 8% la probabilidad de tener un recién nacido con bajo peso, el resultado fue $P=0,63$ siendo de baja significancia estadística (cuadro 5).

Así mismo de las condiciones como: hábito de fumar, ruptura prematura de membranas, examen pélvico y examen de cuello uterino no se obtuvo resultados de significancia estadística en relación al objetivo de nuestra investigación (cuadro 5).

Cuadro: 1

**ÍNDICE DE MASA CORPORAL PRE GESTACIONAL Y BAJO PESO AL
NACER EN GESTANTES ATENDIDAS EN HOSPITAL REGIONAL
DOCENTE LAS MERCEDES 2013**

IMCPG	Bajo Peso al Nacer			
	Casos	%	OR	P
Normal	503	22,39%	0.56	0.047
Bajo Peso	1366	60,79%	0.65 	1.00
Sobre Peso	302	13,44%	0.53 	0.075
Obesidad	76	3,38%	0.51 	0.049
Total	2247			

Cuadro: 2

**ÍNDICE DE MASA CORPORAL PRE GESTACIONAL EN GESTANTES
ATENDIDAS EN HOSPITAL REGIONAL DOCENTE LAS MERCEDES 2013
RELACIONADAS AL BAJO PESO AL NACER.**

IMCPG	Encontrados	%
Normal (19,8-26,0)	785	25,89%
Bajo Peso (<19,8)	1633	53,86%
Sobre Peso (26,1-29.0)	432	14,25%
Obesa (>29.0)	182	6%

Cuadro: 3

ÍNDICE DE MASA CORPORAL PRE GESTACIONAL SEGÚN GANANCIA DE PESO EN GESTANTES ATENDIDAS EN HOSPITAL REGIONAL DOCENTE LAS MERCEDES 2013

IMCPG	Ganacia de Peso				Talla y	Total	OR	P
	6 - 11.5	11.5 - 18	7-9	<7	Peso Habitual			
Normal	316	108	361	0	1.55 - 1.60cm	785	0.5	0.06
					48 - 54Kg			
Bajo Peso	732	0	543	358	1.55 - 1.62cm	1633	1.00	1.00
					39 - 40Kg			
Sobre Peso	135	297	0	0	1.49 - 1.53cm	432	0.50	0.67
					47 - 56Kg			
Obesidad	0	182	0	0	1.52cm	182	0.50	0.58
					56Kg			
Total	1111	552	1243	126		3032		

Cuadro: 4

**CARACTERÍSTICAS DEMOGRÁFICAS, SEGÚN EL PESO AL NACER, EN
NIÑOS DE GESTANTES ATENDIDAS EN EL HOSPITAL REGIONAL
DOCENTE LAS MERCEDES 2013**

Características Demográficas		Peso Normal	BPN	OR	P
Edad	24	6,48%	6.61%	0.52	0,48
Grado de Instrucción					0,64
Secundaria Incompleta	1290	42%	57.45%	0.64	
Secundaria Completa	1163	61,6%	38.04%	0.59	
Superior	362	88,1%	11.90%	0.53	
No aplica	5	0,16%	0,13%	0.50	
Sin dato	212	6,99%	6,62%	0.52	
Estado Civil					0,41
Casada	527	77,8%	22,17%	0.56	
Conviviente	2171	18,43%	71,60%	0.67	
Soltera	215	63,7%	36,3%	0.59	
Sin dato	119	3,92%	3,44%	0.51	

Cuadro: 5

**CARACTERÍSTICAS OBSTÉTRICAS, SEGÚN EL PESO AL NACER, EN
NIÑOS DE GESTANTES ATENDIDAS EN HOSPITAL REGIONAL DOCENTE
LAS MERCEDES 2013**

Características Obstétricas		Peso Normal	BPN	OR	P
CPN					0,63
8		785	0		
7		0	847	0.62	
Hábito de Fumar					0,82
Sí	3	0,10%	0,26%		
RPM					0,64
Sí	292	18,23%	22,07%		
Examen Pélvico					0,558
Normal	862	28,43%	27,90%		
Patológico	7	0,23%	0,25%		
Examen de Cuello Uterino					0,864
Normal	712	23,48%	23,18%		
Patológico	1	0,003%	0		
Sin examen	2319	76,48%	76,82%		

V. DISCUSIÓN

Los valores de índice de Masa Corporal Pre Gestacional asociado a Bajo Peso al Nacer, en diversas investigaciones varía significativamente, en estudios similares a nivel nacional e internacional; estudios en el Perú (Pucallpa, 2004) registran una incidencia de 12.1% de bajo peso al nacer ⁽⁶¹⁾.

Según la OMS en el 2010 se registraron 12,9 millones de partos prematuros, lo que representa el 9,6% de todos los nacimientos a nivel mundial, de los que la mayoría presentó bajo peso. Aproximadamente 11 millones (85%) de ellos se concentraron en África y Asia, mientras que en Europa y América del Norte (excluido México) se registraron 0,5 millones en cada caso, y en América Latina y el Caribe, 0,9 millones. Las tasas más elevadas de BPN se dieron en África y América del Sur (11,9% y 10,6% de todos los nacimientos, respectivamente), y las más bajas en Europa (6,2%). En Latinoamérica, Uruguay registra la mayor incidencia con 10.1%; Brasil 9.2%; Bolivia 9%; Perú 7.3% y Ecuador 5.1%.

Así mismo la OMS en el 2010 considera que la prematuridad y el bajo peso son las principales causas de mortalidad perinatal y afirman que son de los problemas más severos de la asistencia perinatal. La misma que ha representado un problema de salud pública desde hace siglos, pero es en los últimos años cuando se ha incrementado la incidencia. A pesar de los adelantos de la ciencia y la técnica, continúan naciendo niños con bajo peso, los cuales inicialmente deben enfrentarse al gran reto de sobrevivir, y luego, un elevado porcentaje, arrastrar secuelas por el resto de sus vidas ⁽⁶⁶⁾⁽⁶⁷⁾.

Es importante destacar que el peso pre gestacional y la ganancia de peso durante la gestación son factores pronóstico en los desenlaces de salud a corto y largo plazo, tanto para la mujer como para su descendencia.

En la presente investigación, se encontró que los nacimientos de bajo peso son recién nacidos de madres que han empezado el embarazo con un índice de masa corporal bajo, siendo éstas 1366 mujeres de las que resultó el 60,79% en nacimientos de bajo peso, así también se debe observar que es

considerable el porcentaje de 13,44% de recién nacidos con bajo peso en mujeres con sobre peso. (cuadro 1)

Respecto a la variable edad, existe controversia, ya que para diversos estudios la edad no representa un factor de riesgo para el bajo peso; al mismo tiempo que se reconoce que las edades extremas están relacionadas significativamente con el parto pre término y bajo peso al nacer; para madres menores de 18 años y para madres mayores de 35 años.

Teniendo en cuenta que el embarazo en la adolescencia es uno de los dilemas médicos más importantes derivados de la conducta sexual de los jóvenes; afrontar la maternidad durante el proceso de crecimiento biológico, psicológico y social, vivirla en el momento en que se deben resolver los propios conflictos, antes de haber logrado la propia identidad personal y la madurez emocional, genera gran ansiedad, incertidumbre e interferencia con el logro de la madurez biopsicosocial (75). La OMS considera el embarazo a edades extremas (<18 y > 35 años) como un factor de riesgo obstétrico y neonatal con probabilidad aumentada de bajo peso al nacer y prematuridad (76).

En el presente estudio, la edad promedio fue de 24 años y se obtuvo un resultado de baja significancia estadística. (cuadro 4)

En cuanto al grado de instrucción se determinó que a mayor nivel de educación, menos posibilidades de tener nacimientos de bajo peso, obteniendo que el 57,45% de recién nacidos de bajo peso provenían de madres con secundaria incompleta frente a un 11,90% para las madres con un grado de instrucción superior. (cuadro 4).

En relación al estado civil, se han publicado múltiples artículos en el área de salud pública que han encontrado una asociación entre aquellas mujeres que se identificaron como "solteras" o "sin pareja" y la presencia de efectos adversos negativos en el feto y en el neonato ⁽⁶⁸⁾. Estudios que confirman, que el estado civil materno debe considerarse un factor de riesgo para malos resultados perinatales ⁽⁶⁹⁾.

Sin embargo, la magnitud del efecto no es lo suficientemente fuerte como para permitir subestimar el efecto de otras variables contundentes. El estado civil puede tener diferentes connotaciones y actuar a diferentes niveles en el desarrollo de los resultados. Por ejemplo, ser casada o vivir en concubinato estable son consideradas situaciones con bajo riesgo potencial debido a la presencia del apoyo de la pareja, por lo que en ese sentido, podrían ser tomados como un solo grupo poblacional. Sin embargo, para muchos autores, este marcador demográfico no es más que un factor o variable de proximidad que describe una situación subyacente asociada a otras variables que sí han sido claramente identificadas como posibles causas de efectos adversos. ⁽⁷⁰⁾

En nuestra investigación, el factor demográfico, estado civil, se presenta como un factor de influencia, ya que el 71,60% de los casos de nacimientos de bajo peso son de mujeres que se registraron como convivientes, así mismo las madres que se registraron como solteras muestran un porcentaje de consideración al momento del análisis (cuadro 4).

En cuanto al grado de instrucción se obtuvo que a mayor nivel de educación menos probabilidades de tener recién nacido de bajo peso. (cuadro 4)

Sabiendo que la atención pre natal es el conjunto de acciones y procedimientos sistemáticos y periódicos, destinados a la prevención, diagnóstico y tratamiento de los factores que puedan condicionar morbilidad materna y perinatal; se debe recordar que las madres que no asisten periódicamente a los controles pre natales, tendrán mayor riesgo durante el proceso de gestación, por lo que no se identificaron oportunamente factores que condicionan la salud materna y natal.

Así en la presente investigación se obtuvo que, de los factores obstétricos, la atención pre natal juega un rol importante en relación a nuestro objetivo ya que se observó que por cada control al que la gestante no asista, aumenta en un 8% la probabilidad de tener nacimientos de bajo peso (cuadro 5).

En cuanto a factores como: hábito de fumar, ruptura prematura de membranas examen pélvico y examen de cuello uterino; no se obtuvo resultados de significancia estadística (cuadro 5).

VI. CONCLUSIONES

Se analizaron un total de 3032 gestantes registradas en el SIP 2000 de las cuales, la edad promedio es de 24 años, concluyendo que:

Se muestra una asociación entre el índice de masa corporal pre gestacional bajo y el bajo peso al nacer, con un resultado de significancia estadística para la presente investigación.

En relación a la edad, nos muestra un factor de baja significancia estadística.

Respecto al grado de instrucción de la población en estudio, se observó que a mayor grado de instrucción, menos probabilidades de tener nacimientos de bajo peso.

La población de madres en situación de convivencia presentó más recién nacidos de bajo peso en comparación con las madres casadas. Así también se obtuvo un resultado de baja significancia estadística, no por ello consideramos, debe dejar de ser observado como un factor de influencia para nacimientos de bajo peso.

Referente a la atención prenatal se observó que por un control prenatal al que la gestante no acuda, se aumenta en un 8% el riesgo de bajo peso al nacer, se obtuvo también un resultado de baja significancia estadística.

Respecto a factores como: hábito de fumar, ruptura prematura de membranas, examen pélvico y examen de cuello uterino; en nuestra investigación no se obtuvieron resultados de significancia estadística.

RECOMENDACIONES

- ✓ Instruir a cada mujer en edad fértil sobre la importancia de la preparación y condiciones nutricionales previas y durante el embarazo ya que de ello depende el desarrollo del mismo y sobrevivencia de nuestros hijos.
- ✓ Asegurar las interconsultas, en los establecimientos de salud, al área de nutrición a mujeres en edad fértil y gestantes como parte de su control de rutina, para su respectivo control, evaluación y seguimiento de la ganancia de peso.
- ✓ En los casos de recién nacidos con bajo peso al nacer asegurar la consulta nutricional para evaluación, seguimiento y tratamiento nutricional.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. A WHO collaborative study of maternal anthropometry and pregnancy outcomes. *Int J Gynecol Obstet*. 1997 Apr;57(1):1–15.
2. González MB, Pérez RS, Leyva NM, Tamayo RP, Belett MCR, Belett MCR. Caracterización clínica epidemiológica del bajo peso al nacer en el área de salud Mayarí. *Correo Científico Méd* [Internet]. 2012 [cited 2014 Feb 19];17(1). Available from: <http://scielo.sld.cu/pdf/ccm/v17n1/ccm08113.pdf>
3. Guillén Mayorga DL, Rodríguez E, Ortiz JA, Rivera WI, Hernández Duarte N. Perfil epidemiológico y factores de riesgo en recién nacidos prematuros, Hospital Regional, Gracias, Lempira; Epidemiology and risk factors in preterm newborns, Regional Hospital, Gracias, Lempira. *Rev Méd Hondur*. 2012;80(4):145–52.
4. Lumley J. Defining the problem: the epidemiology of preterm birth. *BJOG Int J Obstet Gynaecol*. 2003;110:3–7.
5. Paneth NS. The problem of low birth weight. *Future Child*. 1995;19–34.
6. Black RE, Cousens S, Johnson HL, Lawn JE, Rudan I, Bassani DG, et al. Global, regional, and national causes of child mortality in 2008: a systematic analysis. *The lancet*. 2010;375(9730):1969–87.
7. Fanaroff AA, Stoll BJ, Wright LL, Carlo WA, Ehrenkranz RA, Stark AR, et al. Trends in neonatal morbidity and mortality for very low birthweight infants. *Am J Obstet Gynecol*. 2007;196(2):147–e1.
8. Petrou S. The economic consequences of preterm birth during the first 10 years of life. *BJOG Int J Obstet Gynaecol*. 2005;112(s1):10–5.

9. Petrou S, Khan K. Economic costs associated with moderate and late preterm birth: Primary and secondary evidence. *Semin Fetal Neonatal Med.* 2012 Jun;17(3):170–8.
10. Norma Técnica para la Valoración Nutricional Antropométrica de la Gestante
11. Petrou S, Khan K. Economic costs associated with moderate and late preterm birth: Primary and secondary evidence. *Semin Fetal Neonatal Med.* 2012 Jun;17(3):170–8.
12. A WHO collaborative study of maternal anthropometry and pregnancy outcomes. *Int J Gynecol Obstet.* 1997 Apr;57(1):1–15.
13. Zubirán S, Arroyo P, Avila H. La nutrición y la salud de las madres y los niños mexicanos. I. De la atención de la salud y la formación de la pareja al parto y el puerperio [Internet]. Fondo de Cultura Económica; 1990 [cited 2014 Feb 19].
14. A WHO collaborative study of maternal anthropometry and pregnancy outcomes. *Int J Gynecol Obstet.* 1997 Apr;57(1):1–15.
15. Goldenberg RL, Culhane JF, Iams JD, Romero R. Epidemiology and causes of preterm birth. *The lancet.* 2008;371(9606):75–84.
16. A WHO collaborative study of maternal anthropometry and pregnancy outcomes. *Int J Gynecol Obstet.* 1997 Apr;57(1):1–15.
17. Faneite P, Linares M, Faneite J, Martí A, González M, Rivera C. Bajo peso al nacer. Importancia. *Rev Obstet Ginecol Venez.* 2006;66(3):139–43.
18. López JI, Lugones Botell M, Valdespino Pineda LM, Virella Blanco J. Algunos factores maternos relacionados con el bajo peso al nacer. *Rev Cuba Obstet Ginecol.* 2004;30(1):0–0.

19. De Curtis M, Pieltan C, Rigo J, Räihä N, Rubaltelli FF. Nutrición en los lactantes de pretérmino al momento del alta. Las fórmulas infantiles: más cerca del patrón de referencia Nestlé Nutrition Workshop Series. 2000. p. 37–9.
20. Saigal S, Doyle LW. An overview of mortality and sequelae of preterm birth from infancy to adulthood. *The Lancet*. 2008;371(9608):261–9.
21. Pérez DMSJ, Rodríguez M de los MZ, Martínez WG, Roca TZO. Comportamiento de factores relacionados con el bajo peso al nacer. *Correo Científico Méd [Internet]*. 2012 [cited 2014 Feb 19];16(2). Available from: <http://www.revcocmed.sld.cu/index.php/cocmed/article/view/635>
22. CHAVEZ W, CONCHA G. Peso bajo al nacer: factores de riesgo. *Ginecol Obstet*. 2001;47:47–52.
23. Chouza DR, García LG, Chouza YR. Factores de riesgo relacionados con la prematuridad en el Hogar Materno “Aleida Fernández.” *Rev Cienc Médicas Habana*. 2008;14(3):42–53.
24. Fajardo Luig R, Cruz Hernández J, Gómez Sosa E, Isla Valdés A, Hernández García P. Factores de riesgo de bajo peso al nacer, estudio de tres años en el municipio Centro Habana: a 3-year study in Centro Habana municipality. *Rev Cuba Med Gen Integral*. 2008;24(4)
25. Deierlein AL, Siega-Riz AM, Adair LS, Herring AH. Effects of Pre-Pregnancy Body Mass Index and Gestational Weight Gain on Infant Anthropometric Outcomes. *J Pediatr*. 2011 Feb;158(2):221–6.
26. Pajuelo, J. Muñoz COnsuelo. Características Nutricionales de la Gestante en el Hospital Nacional 2 de Mayo. *Anales de la Facultad de Medicina. UNMSM*. 2008; 99-104.

27. Luke B, Williams C, Minogue J, Keith L. The changing pattern of infant mortality in the US: the role of prenatal factors and their obstetrical implications. *Int J Gynecol Obstet*. 1993;40(3):199–212.
28. Fajardo Luig R, Cruz Hernández J, Gómez Sosa E, Isla Valdés A, Hernández García P. Factores de riesgo de bajo peso al nacer, estudio de tres años en el municipio Centro Habana: a 3-year study in Centro Habana municipality. *Rev Cuba Med Gen Integral*. 2008;24(4)
29. Reyes H. Relación del peso al nacer según el estado nutricional pregestacional y la ganancia ponderal materna hospital de apoyo II Sullana agosto 2008 - febrero 2009. [Piura-Perú]: Universidad Nacional de Piura.
30. Kac G, Nucci LB, Spyrides MHC, Duncan BB, Schmidt MI. Evaluation of the ability of a Latin-American gestational weight curve to predict adverse pregnancy outcomes. *Int J Gynecol Obstet*. 2009 Sep;106(3):223–6.
31. Tarqui- Mamani C. Álvaro. Estado nutricional y ganancia de peso en gestantes peruanas. 2009; Sep: 99-108.
32. Guillén Mayorga DL, Rodríguez E, Ortiz JA, Rivera WI, Hernández Duarte N. Perfil epidemiológico y factores de riesgo en recién nacidos prematuros, Hospital Regional, Gracias, Lempira; Epidemiology and risk factors in preterm newborns, Regional Hospital, Gracias, Lempira. *Rev Méd Hondur*. 2012;80(4):145–52.
33. Valladolid E. Factores de riesgo para bajo peso al nacer en recién nacidos a término hospital II Santa Rosa – MINSA – Piura octubre 2010– febrero 2011. [Piura-Perú]: Universidad Nacional de Piura; 2011.
34. Carnero AM, Mejia CR, Garcia PJ. Rate of gestational weight gain, pre-pregnancy body mass index and preterm birth subtypes: a

retrospective cohort study from Peru.BJOG Int J ObstetGynaecol. 2012;119(8):924–35.

35. Chouza DR, García LG, Chouza YR. Factores de riesgo relacionados con la prematuridad en el Hogar Materno “Aleida Fernández.”Rev Cienc Médicas Habana. 2008;14(3):42–53.

36. Jeric M, Roje D, Medic N, Strinic T, Mestrovic Z, Vulic M. Maternal pre-pregnancy underweight and fetal growth in relation to institute of medicine recommendations for gestational weight gain. Early Hum Dev. 2013 May;89(5):277–81

37. Pacheco José, Aspectos maternos y fetales. Revistas Peruana de Ginecología y Obstetricia. Vol. 41 N° 3, 1995; 22.

38. Schwarcz Ricardo, L. Sala, Obstetricia, Argentina, Editorial Ateneo, 5° Edición, 1995; 149-156.

39. Cunningham Mac Donal, W., Obstetricia Buenos Aires-Argentina 20°Editorial Médica panamericana SA, 1998 p.215-217.

40. Carmicha el Sabrahms B, Factors Associated with the pattem at maternal weigh gain dring pregnancy obstect and gynecology. 86:1995; 76-170.

41. Jordan de Guzman, Magdalena. Estado Nutricional de la embarazada y su relación con el peso al nacer. 1997-1998.

42. Jordan de Guzman, Magdalena. Estado Nutricional de la embarazada y su relación con el peso al nacer. 1997-1998.

43. Internet htm://A:/peso/El estadonutricional.htm. 23/07/14, 15.

44. Hernandez C, Jesús, Gestantes adolescentes desnutridas, su comportamiento perinatal algunos factores concurrentes. Revista Cubana Obstetricia y Ginecología. 1998; 86-96.

45. Schwarcz Ricardo, L. Sala, Obstetricia, Argentina, Editorial Ateneo, 5° Edición, 1995; 149-156.
46. Sandoval R.T. Evaluación del Índice de masa corporal ganancia de peso materno y porcentaje de peso ideal en mujeres con embarazo normales. Revista Mexicana de Ginecología, México, 199; 404-407.
47. Larrabure, Gloria, Estado nutricional de las gestantes en el Instituto materno perinatal, según el Índice de Quetelet, índice modificado y nomograma de rossa; 2000. Revista San Fernando UNMSM. Lima-Perú.
48. Jordan de Guzman, Magdalena. Estado Nutricional de la embarazada y su relación con el peso al nacer. 1997-1998.
49. Falen, Juan, Necesidades nutricionales, Revista Peruana de Ginecología y Obstetricia. Vol. 41 N° 3 Agosto, 1995; 14-20.
50. Krasovec, Katherine, Nutrición Materna y producto de embarazo. Evaluación Antro prométrico Científico. N° 52, 1992; 33-93.
51. Faneite P, Linares M, Faneite J, Martí A, González M, Rivera C. Bajo peso al nacer. Importancia. RevObstetGinecolVenez. 2006; 66(3):139–43.
52. Ministerio de Salud. Norma Técnica de Salud para la atención Integral de Salud Materna. Lima, 2013.
53. De Curtis M, Pieltan C, Rigo J, Räihä N, Rubaltelli FF. Nutrición en los lactantes de pretérmino al momento del alta. Las fórmulas infantiles: más cerca del patrón de referencia Nestlé NutritionWorkshop Series. 2000. p. 37–9.
54. A WHO collaborative study of maternal anthropometry and pregnancy outcomes. Int J GynecolObstet. 1997 Apr;57(1):1–15.

55. Faneite P, Linares M, Faneite J, Martí A, González M, Rivera C. Bajo peso al nacer. Importancia. RevObstetGinecolVenez. 2006;66(3):139–43.
56. López JI, Lugones Botell M, Valdespino Pineda LM, Virella Blanco J. Algunos factores maternos relacionados con el bajo peso al nacer. Rev Cuba ObstetGinecol. 2004;30(1):0–0.
57. Goldenberg RL, Culhane JF, Iams JD, Romero R. Epidemiology and causes of preterm birth. The lancet. 2008;371(9606):75–84.
58. A WHO collaborative study of maternal anthropometry and pregnancy outcomes. Int
59. Faneite P, Linares M, Faneite J, Martí A, González M, Rivera C. Bajo peso al nacer. Importancia. RevObstetGinecolVenez. 2006; 66(3):139–43.
60. López JI, Lugones Botell M, Valdespino Pineda LM, Virella Blanco J. Algunos factores maternos relacionados con el bajo peso al nacer. Rev Cuba ObstetGinecol. 2004; 30 (1).
61. A WHO collaborative study of maternal anthropometry and pregnancy outcomes. Int J Gynecol Obstet. 1997 Apr;57(1):1–15.
62. González MB, Pérez RS, Leyva NM, Tamayo RP, Belett MCR, Belett MCR. Caracterización clínica epidemiológica del bajo peso al nacer en el área de salud Mayarí. Correo Científico Méd [Internet]. 2012 [cited 2014 Feb 19];17(1). Available from: <http://scielo.sld.cu/pdf/ccm/v17n1/ccm08113.pdf>
63. Guillén Mayorga DL, Rodríguez E, Ortiz JA, Rivera WI, Hernández Duarte N. Perfil epidemiológico y factores de riesgo en recién nacidos prematuros, Hospital Regional, Gracias, Lempira;

Epidemiology and risk factors in preterm newborns, Regional Hospital, Gracias, Lempira. *Rev Méd Hondur*. 2012;80(4):145–52.

64. A WHO collaborative study of maternal anthropometry and pregnancy outcomes. *Int J Gynecol Obstet*. 1997 Apr;57(1):1–15.

65. González MB, Pérez RS, Leyva NM, Tamayo RP, Belett MCR, Belett MCR. Caracterización clínica epidemiológica del bajo peso al nacer en el área de salud Mayarí. *Correo Científico Méd* [Internet]. 2012 [cited 2014 Feb 19];17(1). Available from: <http://scielo.sld.cu/pdf/ccm/v17n1/ccm08113.pdf>

66. Black RE, Cousens S, Johnson HL, Lawn JE, Rudan I, Bassani DG, et al. Global, regional, and national causes of child mortality in 2008: a systematic analysis. *The lancet*. 2010;375(9730):1969–87.

67. Fanaroff AA, Stoll BJ, Wright LL, Carlo WA, Ehrenkranz RA, Stark AR, et al. Trends in neonatal morbidity and mortality for very low birthweight infants. *Am J Obstet Gynecol*. 2007;196(2):147–e1.

68. Falen, Juan, Necesidades nutricionales, *Revista Peruana de Ginecología y Obstetricia*. Vol. 41 N° 3 Agosto, 1995; 14-20.

69. Krasovec, Katherine, Nutrición Materna y producto de embarazo. *Evaluación Antro prométrico Científico*. N° 52, 1992; 33-93.

CHAVEZ W, CONCHA G. Peso bajo al nacer: factores de riesgo. *Ginecol Obstet*. 2001;47:47–52.

70. Chouza DR, García LG, Chouza YR. Factores de riesgo relacionados con la prematuridad en el Hogar Materno “Aleida Fernández.” *Rev Cienc Médicas Habana*. 2008;14(3):42–53.

71. Fajardo Luig R, Cruz Hernández J, Gómez Sosa E, Isla Valdés A, Hernández García P. Factores de riesgo de bajo peso al nacer,

estudio de tres años en el municipio Centro Habana: a 3-year study in Centro Habana municipality. *Rev Cuba Med Gen Integral*. 2008;24(4)

72. Deierlein AL, Siega-Riz AM, Adair LS, Herring AH. Effects of Pre-Pregnancy Body Mass Index and Gestational Weight Gain on Infant Anthropometric Outcomes. *J Pediatr*. 2011 Feb;158(2):221–6.

73. Pajuelo, J. Muñoz CONSuelo. Características Nutricionales de la Gestante en el Hospital Nacional 2 de Mayo. *Anales de la Facultad de Medicina*. UNMSM. 2008; 99-104.

74. Luke B, Williams C, Minogue J, Keith L. The changing pattern of infant mortality in the US: the role of prenatal factors and their obstetrical implications. *Int J GynecolObstet*. 1993;40(3):199–212.

75. Fajardo Luig R, Cruz Hernández J, Gómez Sosa E, Isla Valdés A, Hernández García P. Factores de riesgo de bajo peso al nacer, estudio de tres años en el municipio Centro Habana: a 3-year study in Centro Habana municipality. *Rev Cuba Med Gen Integral*. 2008;24(4)

77. Reyes H. Relación del peso al nacer según el estado nutricional pregestacional y la ganancia ponderal materna hospital de apoyo II Sullana agosto 2008 - febrero 2009. [Piura-Perú]: Universidad Nacional de Piura.

78. Hernandez C, Jesús, Gestantes adolescentes desnutridas, su comportamiento perinatal algunos factores concurrentes. *Revista Cubana Obstetricia y Ginecología*. 1998; 86-96.

79. Schwarcz Ricardo, L. Sala, Obstetricia, Argentina, Editorial Ateneo, 5° Edición, 1995; 149-156.

80. Sandoval R.T. Evaluación del Índice de masa corporal ganancia de peso materno y porcentaje de peso ideal en mujeres con

embarazo normales. Revista Mexicana de Ginecología, México, 199; 404-407.

81. Larrabure, Gloria, Estado nutricional de las gestantes en el Instituto materno perinatal, según el Índice de Quetelet, índice modificado y nomograma de rossa; 2000. Revista San Fernando UNMSM. Lima-Perú.

ANEXOS

Hoja 1

52

Hoja 2

Peso y Talla Peso Habitual : kg Talla : cm		Antitetánica Nº Dosis Previa 1ra 2da mes de gestación		Tipo de Sangre Grupo: A ☐ B ☐ AB ☐ O ☐ Rh: Rh (+) ☐ Rh(-) Sen Desc ☐ Rh(-) No Sen ☐ Rh(-) Sen ☐		Fuma Nº Cigarros por día	
F.U.M. ¿Conocida? : ☐ Si ☐ No ☐ Duda ☐ Si ☐ No Fecha Ultima Menstruación: __/__/__ EG.(Ecografía) ☐ Sem. Fecha: __/__/__ No Aplica ☐ Longitud Céfalocaudal: mm. Diametro Biparietal : mm. Fecha Probable de Parto: __/__/__		Hospitalización Hospitalización: ☐ Si ☐ No Fecha: __/__/__ Diagnóstico: _____ No Aplica ☐		Emergencia Emergencia 1 Diagnóstico: _____ No Aplica ☐ Emergencia 2: Fecha: __/__/__ Diagnóstico: _____ No Aplica ☐ Fecha: __/__/__			
Serología Luética VDRL/RPR 1 ☐ ☐ ☐ Fecha: __/__/__ Negativo Positivo No se hizo 2 ☐ ☐ ☐ Fecha: __/__/__ Negativo Positivo No se hizo		Hemoglobina Hb (g %) ☐ Fecha: __/__/__ 1 No se hizo 2 No se hizo		Psicoprofilaxis Nro. sesiones			
Exámenes							
Clínico: ☐ Sin Examen ☐ Normal ☐ Patológico		Pelvis: ☐ Sin Examen ☐ Normal ☐ Anormal		BK en esputo: ☐ Sin Examen ☐ Negativo ☐ Positivo ☐ No Aplica			
Odont: ☐ Sin Examen ☐ Normal ☐ Patológico		HIV: ☐ Sin Examen ☐ Negativo ☐ Positivo		Orina: ☐ Sin Examen ☐ Normal ☐ Anormal			
Cérvix: ☐ Sin Examen ☐ Normal ☐ Anormal		PAP: ☐ Sin Examen ☐ Normal ☐ Anormal		Glucosa: ☐ Sin Examen ☐ Normal ☐ Anormal			
Mamas: ☐ Sin Examen ☐ Normal ☐ Anormal		Colpos.: ☐ Sin Examen ☐ Normal ☐ Anormal ☐ No Aplica		TORCH: ☐ Sin Examen ☐ Negativo ☐ Positivo ☐ No Aplica			

Hoja3

CONTROLES PRENATALES	CONTROL 1	CONTROL 2	CONTROL 3	CONTROL 4	CONTROL 5	CONTROL 6	CONTROL 7	CONTROL 8	CONTROL 9
Fecha de CPN (a/m/d)									
Edad Gest. (semanas)									
Peso madre (Kg)									
Temperatura (° C)									
Tensión arter. (mm. Hg) Sistólica /Diastólica	/	/	/	/	/	/	/	/	/
Altura Uterina (cm)									
Presentación (C/P/T/NA)									
F.C.F. (por min./NA)									
Mov.fetal(+++/+++SM/NA)									
Edema (+++/+++SE)									
Pulso materno (por min.)									
Consejería PF (Si/No/NA)									
Parto Biológico (4, 6, 8, 10 de 10/NSH/NA)									
Cita (a/m/d)									
Visita domicil. (Si/No/NA)									
Establec. de la atención									
Responsable del Control									

C = Cefálica NA = No Aplica NSH=No se Hizo P =Pélvica SE = Sin Edema SM =Sin Movimiento T =Transversa

Hoja4

PARTO O ABORTO	Estado																						
	HCMP :		Control Prenatal	☐	Aborto	☒	Parto	☐	Producto de la concepción :		Hijo Único	☐	Embarazo Múltiple	☒	Orden	☐	Aborto	☐					
	Ingreso																						
	Fecha y Hora: ____/____/____ : ____:____																						
	Temperatura			PRESENTACION:		Cefálica	☐	TAMAÑO FETAL		Inducido	☒	INICIO:		Esponáneo	☐	MEMBR. AL INGRESO:		Rotas	☒	LIQ. AMNIOTICO :		Claro	☐
	Edad Gestac.			Pelviana		☒	No		☒	Cesárea electiva	☒	Inducido		☒	Integras		☐	Verde claro		☒			
			Transversa		☒	Si		☐									Verde oscuro		☐				
	FECHA Y HORA DE RUPTURA: ____/____/____ : ____:____																						
	Medicación en Parto (Ver anexo)																						
	MEDICACION: Sin medicación ☐																						
MEDICAMENTOS:																							
1. _____ 2. _____ 3. _____																							
Terminación																							
Fecha : ____/____/____ : ____:____																							
TERMINACION:		DURACION:		MUERTE INTRAUT:																			
Esponánea	☐	Normal	☐	No hubo	☐																		
Forceps	☒	Prolongado	☒	Durante embarazo	☒																		
Cesárea	☒	Precipitado	☒	Durante parto	☒																		
Vacuum	☒	No aplica	☐	Momento desconocido	☒																		
INDIC. PRINC. PARTO OPER. O INDUCC. (Ver anexo)																							
☐ No hubo																							
EPISIOTOMIA:		No		☐	Si	☒	No aplica	☐															
DESGARROS :		No hubo		☐	I	☒	II	☒	III/IV	☐	No aplica	☐											
ALUMBRAM. :		Manual		☒	Exponánea	☐																	
PLACENTA :		Incompleta		☒	Completa	☐																	
Atención																							
NIVEL :		PARTO O LEGRADO		NEONATO																			
Primario:	☐	Médico	☐	☐																			
Secundario	☐	Obstetiz	☐	☐																			
Terciario	☐	Interno	☐	☐																			
Domiciliario	☒	Enfermera	☐	☐																			
Otro	☒	Aux. de Enfermería	☐	☐																			
		Estudiante	☒	☒																			
		Empírica o partera	☒	☒																			
		Familiar	☒	☒																			
		Otro	☒	☒																			
Parto o Legrado uterino atendido por:																							

Neonato atendido por :																							

No. HC RN : _____																							
NOMBRE RN : _____																							

Hoja 5

Recién Nacido				Patologías Recién Nacido			
Sexo: Fem. ☐ Mas. ☐ Peso: g ☐ < 2500 g ☐ < 1500 g Talla: mm P. Cef.: mm Temp: °C				Sin patologías ☐ Fecha: / / Otras (CIE 10) 1: 1: 2: 2: 3:			
Edad por Ex.Físico: sem ☐ < 37 APGAR: 4- 6 0-3 Peso x Edad Gestacional: Adecuado ☐ Pequeño ☐ Grande ☐							
Examen VIH: - ☐ + ☐ No se hizo ☐ Reanimación Respiratoria: No ☐ Oxígeno ☐ Bolsa y Mascar. ☐ Intubac. endotra. ☐ S.Luética RN / DRL/RPR: - ☐ + ☐ No se hizo ☐ Exam. Físico: Normal ☐ Anormal ☐ Contacto piel a piel ☐ Alojamiento: Si ☐ No ☐ Conjunto: Si ☐ No ☐ Hospitalizac.: Si ☐ No ☐ Necropsia: Si ☐ No ☐ No Aplica ☐ Sin dato ☐							
Tipo de Sangre							
Grupo: A ☐ B ☐ AB ☐ O ☐ No se hizo ☐ Rh: Rh+ ☐ Rh- ☐ No se hizo ☐							
Vacunas RN							
Vitamina K: Si ☐ No ☐ Profilaxis Ocular: Si ☐ No ☐				BCG: Si ☐ No ☐ Polio: Si ☐ No ☐			
PUERPERIO							
Horas/días postparto o aborto Temperatura Pulso (latidos/minuto) Tens. Arterial max/min.(mm.Hg) Involución uterina Características de Loquios Herida oper. (abdominal/periné) Observaciones							
Los códigos que se presentan corresponden a la Clasificación Internacional de Enfermedades, Revisión 10 (CIE 10)							
PATOLOGÍAS		CÓDIGOS	PATOLOGÍAS		CÓDIGOS		
ANENCEFALIA Y MOLF CONG SIMIL		Q00	KERNICTERUS		P57		
ASFIXIA DEL NACIMIENTO		P21	LABIO LEPORINO		Q36		
COAG INTRAVASC DISEM		P60	MALFORMACIONES ORGANOS GENITALES		Q50		
CONJUNTIVITIS NEONATAL		P391	MALFORMACIONES SIST CIRCULATORIO		Q20		
CONVULSIONES DEL RN		P90	MALFORMACIONES SIST DIGESTIVO		Q39		
DEFORM CONGENIT CADERA		Q65	MALFORMACIONES SIST RESPIRATORIO		Q30		
DIARREA		A09	MALFORMACIONES SIST URINARIO		Q60		
DUCTUS ARTERIOSO PERSISTENTE		Q250	MEMBRANA HIALINA		P22		
EDEMA CEREB X TRAUMAT AL NAC		P110	MENINGITIS		G00		
ENCEFALOCELE		Q01	NEUMONIA CONGENITA		P23		
ENFERMEDAD HEMORR FETO/RN		P53	ONFALITIS RN C/S HEMORRAG LEVE		P38		
ENFERMEDADES VIRALES CONGENITAS		P35	OTRA PATOLOGIA DEL RN		P9999		
ENFIS INTERS Y OTRAS PERINAT		P25	OTRAS AFECCT DEL PERIODO PERINAT		P83		
ENTEROCO NECROTIZ FETO/RN		P77	OTRAS AFECCT DEL PERIODO PERINAT		P96		
ESPIÑA BIFIDA		Q05	OTRAS ALTERA METAB-ELECTROL RN		P74		
FETO/RN AFECT X ANEST-ANALG		P040	OTRAS APNEAS DEL RN		P284		
FETO/RN AFECT X CORIOAMNIONITIS		P027	OTRAS ENF INFECC-PARASIT CONGEN		P37		
FETO/RN AFECT X COMP CORD UMB		P025	OTRAS HEMORRAGIAS NEONATALES		P54		
FETO/RN AFECT X COMPL MATER		P008	OTRAS MALFORMACIONES		Q99		
FETO/RN AFECT X OLIGOHIDRAMNIO		P012	OTRAS OBSTRUCC. INTESTINALES RN		P76		
FETO/RN AFECT X PARTO CON FORCEPS		P032	OTROS TRANST ENDOCR TRANSIT		P72		
FETO/RN AFECT X PARTO CON VENTOSA		P033	OTROS TRANST HEMATOL PERINAT		P61		
FETO/RN AFECT X POLIHIDRAMNIO		P013	OTROS TRANST PERINAT DIGESTIVOS		P78		
FETO/RN AFECT X PROLAP CORD UMB		P024	OTROS TRAUMATISMOS DEL NACIM.		P15		
FISURA PALADAR		Q35	PERDIDA DE SANGRE FETAL		P50		
HEMORRA CEREBRAL X TRAUM AL NAC		P101	PROBLEMA DE INGESTION ALIMENTOS		P92		
HEMORRA INTRACRAN NO TRAUMAT		P52	REACC E INTOXICAC X DROGAS		P93		
HEMORRA PULM PERINATAL		P26	RETARDO CRECIM Y DESNUT FETAL		P05		
HEMORRA UMBILICAL DEL RN		P51	RETINOPATIA DEL PREMATURO		H35		
HERNIA INGUINAL		K40	SEPSIS BACTERIANA DEL RN		P36		
HIPOCEFALIA		Q03	SIFILIS CONGENITA		A50		
HIPODROPS FETAL X ENF HEMOLITICA		P56	SINDROME DE DOWN		Q90		
HIPOCALCEMIA NEONATAL		P711	SINDROMES DE ASPIRACION NEONATAL		P24		
HIPOGLUCEMIA NEONATAL		P704	TAQUIPNEA TRANSITORIA		P221		
HIPOMAGNESEMIA NEONATAL		P712	TETANOS NEONATAL		A33		
HIPOTENSION SHOCK		R57	TRANS RELAC CON BPN		P07		
HIPOTERMIA DEL RN		P80	TRANS X EMB PROLONG Y SOBREPESO		P08		
HIPOXIA INTRAUTERINA		P20	TRANS CARDIOVASC PERINATAL		P29		
ICTERICIA NEO X CAUSAS NO ESPECIF		P59	TRANS TONO MUSCULAR RN		P94		
ICTERICIA NEO X HEMOLISIS EXCESIVAS		P58	TRAUMA CUERO CABELLUDO AL NACER		P12		
ILEO MECONIAL		P75	TRAUMA ESQUELETO AL NACER		P13		
INCOMPATIB ABO FETO/RN		P551	TRAUMA SIST NERVIOSO PERIFERICO		P14		
INCOMPATIB RH FETO/RN		P550					

Hoja 6

Egreso RN Fecha: / /		Egreso Materno Fecha: / /	
Egreso : Sano ☐ Con Patología ☒ Traslado ☒ Fallece ☒	Egreso : Sano ☐ Con Patología ☒ Traslado ☒ Fallece ☒		
Dx. Fallecim. : ☐	Dx. Fallecim. : ☐		
Dx. Traslado : ☐	Dx. Traslado : ☐		
Establ. Trasl. : ☐	Establ. Trasl. : ☐		
Alimento: ☐ Pecho Solo ☒ Pecho y Artificial ☒ Artificial solo ☐ No Aplica	Anticonceptivos Abstinencia Periódica : ☐ Progestág. Inyectables : ☐ Condón : ☐ Progestág. Orales : ☐ DIU : ☐ Sólo Consejería : ☐ Ligadura Tubaria : ☐ Ninguno : ☒ MELA : ☐ Otro : ☐		
Peso: g			
Reingreso RN Fecha: / /		Reingreso Materno Fecha: / /	
Reingreso: No ☐ Si ☒	Reingreso: No ☐ Si ☒		
Diagnóst. :	Diagnóst. :		
Fecha egreso: / /	Fecha egreso: / /		
Egreso: Sano ☐ Con Patología ☒ Traslado ☒ Fallece ☒	Egreso: Sano ☐ Con Patología ☒ Traslado ☒ Fallece ☒		
Dx. Fallecim. : ☐	Dx. Fallecim. : ☐		
Dx. Traslado : ☐	Dx. Traslado : ☐		
Establ. Trasl. : ☐	Establ. Trasl. : ☐		
Control del RN : Si ☐ No ☒ Fecha : / /	Control Puerperal : Si ☐ No ☒ Fecha : / /		