

11226
209

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO
FACULTAD DE MEDICINA
INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
DEPARTAMENTO DE ESTUDIOS DE POSTGRADO



NACIMIENTOS DE BAJO PESO

**Incidencia y Factores Asociados, como Causas más
Frecuentes en la Unidad.**



TESIS

**Para Obtener la Especialidad en:
MEDICINA FAMILIAR**

Presenta:

Dr. Trinidad Ramón Ochoa Cota

Cd. Obregón, Son.



Enero de 1985



UNAM – Dirección General de Bibliotecas Tesis Digitales Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS © PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis está protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

I N D I C E

	Página
I. Resumen	1
II. Introducción	2
Planteamiento del problema	5
Objetivos	5
III. Material y métodos	6
IV. Resultados	7
V. Gráficas	9
VI. Discusión	18
VII. Conclusiones	21
VIII. Bibliografía	22
IX. Cuestionario	23

RESUMEN

El recién nacido de peso subnormal, es todo producto que se encuentra por debajo de los valores de peso considerados como normales (menos de 2500 grs.) al nacimiento; en el cual los factores causales pueden ser múltiples, incluyendo: factores ambientales, socioeconómicos, maternos, de origen placentario y fetales.

En vista de la observación frecuente de ingresos al servicio de prematuros, surge la interrogante de cuál es la frecuencia existente en la unidad, de estos productos de peso subnormal; así como los factores maternos más frecuentemente asociados, como causa de bajo peso u otros factores que pudieran influir. Para ésto se realizó un estudio prospectivo, en el cual se tomó la cantidad de nacimientos en un plazo de seis meses, - a los cuales se les investigó el peso y los antecedentes maternos; así como las características somáticas de acuerdo a los criterios de Usher. Se excluyeron 31 casos que no cumplieron con los requisitos. Se obtuvo como resultado 130 productos de bajo peso que correspondieron al 5.1 por cien, de 2537 nacimientos en general. La mayor incidencia correspondió a mujeres jóvenes en el grupo de edad de 16 a 20 años y en primigestas. La patología materna más frecuentemente asociada, se presentó con 58 casos de anemia correspondientes al 32.7 por cien; 21 casos de toxemia que correspondieron al 11.8 por cien. Se observaron también factores fetoplacentarios con 11 casos de ruptura prematura de membranas, correspondiendo al 29.7 por cien. Hubo mal control prenatal en 32 pacientes de 59 que acudieron al médico, ya que el 50 por cien aproximadamente del total, no eran asegurada

INTRODUCCION

El recién nacido de peso bajo o peso subnormal, es el resultado de un sin número de causas que influyen en el desarrollo del feto; causas tanto biológicas como socioeconómicas que van a determinar cambios de conducta en la madre, en su sistema de vida y con ésto la pobreza con sus consecuencias, que van a dar origen a estos nacimientos.

El recién nacido de bajo peso está catalogado según la OMS como todo producto que al nacimiento alcance un peso comprendido entre 1500 y 2499 gramos. A menudo no es posible conocer la historia menstrual de la madre, por lo cual los cálculos de la edad gestacional basados en estos datos son erróneos. Además la talla del feto no es un criterio muy seguro ya que son muchos los errores posibles al medirlo. Es por ésto que se suele tomar el peso del prematuro como el índice principal de la edad gestacional. Se ha convenido en considerar el peso de 2500 grs. como límite inferior de la madurez, al cual se ha llegado en forma arbitraria y ha sido aceptado por la mayoría de las organizaciones profesionales como el punto de separación entre madurez y prematuridad. Se ha elegido este punto basandose en la capacidad de los fetos que pesan más de 2500 grs. de sobrevivir en las condiciones extrauterinas casi tan bien como lo hacen los de peso superior. Los de peso inferior a 2500 grs. sobreviven con más dificultad, la cual aumenta progresivamente a medida que el peso al nacer está más por debajo de esta cifra. (1,3) La investigación meticulosa de este criterio revela, no obstante, que el peso también constituye un índice inexacto del estado de madurez. Algunos fetos nacidos a término o cerca de él, - pesan menos de 2500 grs. su bajo peso al nacer refleja más que

prematuridad, que el desarrollo intrauterino no ha sido completo o que se ha retrasado, concepto que supone inmadurez funcional. Erróneamente se consideraba como prematuros a los recién nacidos con este peso, actualmente se tiene que ésto es ocasionado por alteraciones nutricionales y orgánicas que disminuyen el aporte directo al feto, ocasionando así, nacimientos pequeños para la edad gestacional. Debido a estas alteraciones, estos productos pueden clasificarse en tres grupos: a) por malnutrición intrauterina. b) Por malformaciones congénitas. c) Por infección intrauterina.

En los productos ocurridos por malnutrición intrauterina, se incluyen aquéllos cuya gestación ha sido más larga de lo normal y que por lo general tienen una placenta pequeña e infartada, se identifican con facilidad por la expresión de alerta que se observa en sus facies, la emaciación y su piel descamada. -- Los del segundo grupo cursan con una irrigación sanguínea uterina inadecuada por insuficiencia placentaria. No se altera el crecimiento de la cabeza en perímetro y longitud, pero el peso está disminuido, el desarrollo del hígado queda retrasado, por lo cual se altera la capacidad de éste para mandar glucosa al cerebro, motivo por el que estos productos cursan con hipoglucemias en el período neonatal. Las infecciones intrauterinas como la rubéola, toxoplasmosis y citomegalia están relacionadas con el retraso en el crecimiento, según Lubchenco y colaboradores. -- El pronóstico depende de la causa que ha retrasado el crecimiento. (2,3,4,5)

Se ha demostrado que un feto es maduro entre la 37 y 41 semanas de gestación. (6)

Según estudios recientes realizados a otros niveles, se --

tiene que las causas de nacimientos de niños de bajo peso, pueden ser catalogadas en cinco grupos: (7)

1)- Ambientales. Estas son importantes por la influencia que ejercen sobre el desarrollo fetal, como son: el clima, la altura sobre el nivel del mar, el ruido constante. (8)

2)- Socioeconómicas. Traen como consecuencia madres desnutridas que van a tener hijos de bajo peso, por la influencia que ejercen la calidad de la educación, el ingreso familiar, que en un momento dado pueden ser obstáculos para una buena alimentación, que disminuye la ganancia de peso durante la gestación por menos de seis kgs. Se ha demostrado que la frecuencia de productos de bajo peso al nacer aumenta significativamente cuando la ganancia total de peso es inferior a esta cifra. Es probable que la ganancia de peso satisfactoria se encuentre de los nueve a los doce kgs. (5,9)

3)- Maternas. Una disminución del tiempo de restauración de las reservas entre una reproducción y otra; así como el tabaquismo en las embarazadas, madres añosas y menores de veinte años, madres de bajo peso por debajo de los 45 kgs. así como talla baja, frecuentes infecciones que no atraviesan la barrera placentaria, con el antecedente de niños de bajo peso anteriores y otros trastornos agudos o crónicos sistémicos que aumentan el índice de bajo peso. (1,4)

4)- Placentarias. Alteraciones en este órgano llevan la tendencia a disminuir la nutrición en el feto, como es la placenta grande y engrosada, así como los casos de sífilis, Diabetes Mellitus, infartos placentarios, compresiones del cordón, nudos, etc. (4)

5)- Fetales. Encontrándose aquí: gestaciones múltiples, -

anomalías congénitas.

De la observación frecuente de nacimientos de bajo peso - que se han reportado en el servicio de Obstetricia del Hospital General de Zona No. 1 de Cd. Obregón Sonora, que con frecuencia producen un aumento en el número de internamientos, en el servicio de prematuros del mismo hospital. Surge la interrogante de ¿cuál es la frecuencia con que se presentan los nacimientos de bajo peso, ya sea adecuados como pequeños para su edad gestacional? ¿cuál es la frecuencia de estos nacimientos, en los diferentes grupos de edad materna y número de gestaciones? ¿cuál es la patología materna más frecuentemente asociada, en la población de la unidad que presenta nacimientos de bajo peso? ¿cómo influye el control prenatal inadecuado en la presentación de nacimientos de bajo peso? No se cuenta con datos en la unidad que permitan conocer estas interrogantes. Por tal motivo, teniendo en cuenta que estos factores pueden ser múltiples, se realizó - el presente estudio para lograr determinar, cuáles son esos factores más frecuentemente asociados a nacimientos de bajo peso y poder así intentar una detección oportuna de pacientes, con riesgo de tener productos de peso subnormal.

MATERIAL Y METODOS

Para la elaboración del presente estudio, se tomaron en cuenta la cantidad de nacimientos; que se presentaron en el servicio de tocoquirúrgicas, del Hospital General de Zona No. 1 de Cd. Obregón Sonora. El tiempo de duración fué de seis meses, comprendidos del diez de febrero al nueve de agosto de 1984. Se incluyeron tanto productos eutócicos, como distócicos y de ámbos sexos. Se excluyeron del estudio fetos obitados y aquéllos productos de bajo peso, en los que no se logró la investigación de sus antecedentes, por causas que estuvieron fuera de nuestro control; como alta inesperada de la madre en fines de semana. Se tomó el peso diariamente de cada producto al nacer, cuantificandose el número de ellos. Se investigó sobre los antecedentes maternos, patológicos, no patológicos, obstétricos y prenatales. Se tomó como productos de bajo peso todos los que estuvieron dentro del rango de 1,500 y 2,499 gramos; los cuales se encontraron en la semana 30 a la 42. Se comparó las semanas de gestación por fecha de última regla, con los criterios de Usher (madurez del cartilago auricular, tamaño del botón mamario, características vulvares y escrotales, altura de los testiculos y pliegues plantares). Los resultados: tiempo de madurez y peso se extrapolaron a las tablas de percentilas de edad gestacional y peso de Lubchenco, con lo cual se determinó los productos adecuados y pequeños para su edad gestacional.

RESULTADOS

En el plazo comprendido del 10 de febrero al 9 de agosto - de 1984 se registraron 2,537 nacimientos en general, en el servicio de tocoquirúrgicas del Hospital General de Zona No. 1 de Cd. Obregón Sonora. De éstos se encontraron 130 nacimientos que correspondieron a productos de peso subnormal, con un 5.1 por cien (fig. 1). De este grupo se reportaron 59 casos de bajo peso, que fueron adecuados para su edad gestacional, en los cuales su peso correspondió a la edad gestacional, en las tablas - de Lubchenco ocupando el 2.3 por cien. Del mismo grupo 40 casos fueron pequeños para la edad gestacional, en los cuales su peso fue menor a las semanas de gestación, tomando en cuenta las mismas tablas; que dieron un 1.6 por cien.

Se excluyeron 31 casos del estudio, por no cumplir con la mayoría de los datos especificados en el cuestionario, los que sumaron 1.2 por cien (ver tabla 1).

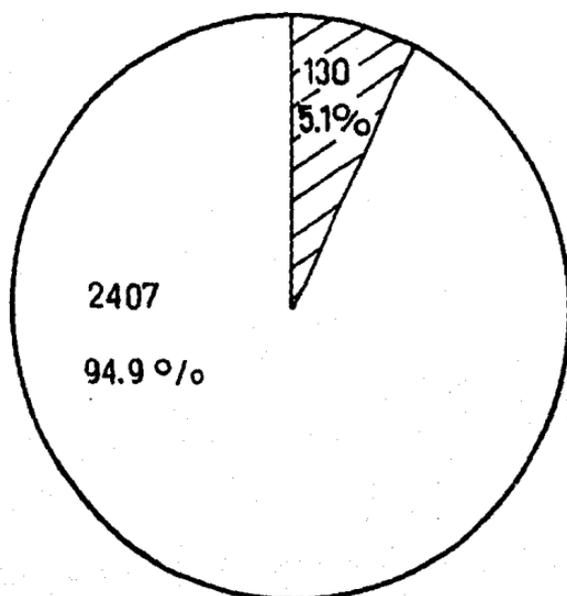
Se determinó la frecuencia de presentación de casos de bajo peso, en los distintos grupos de edad materna; encontrando - que la mayor incidencia correspondió al grupo de edad de 16 a - 20 años, con 35 casos que dieron un 36.4 por cien; siguiendo en orden de frecuencia el grupo de 21 a 25 años con 28 casos correspondientes al 29.1 por cien; el grupo de 26 a 30 años con - 16 casos y con un 16.6 por cien (tabla 2).

Se observó también que la mayor incidencia en la presentación de nacimientos de peso subnormal, fué en mujeres que curso ban con la primera gestación, con 44 casos correspondientes al 45.8 por cien. Le siguieron en frecuencia las mujeres que curso ban con su segundo y tercer embarazo, con 28 casos pertenecien-

tes al 29.1 por cien (tabla 3). Así también se revisó la patología materna asociada más frecuentemente, a cada uno de los nacimientos de bajo peso; resultando una incidencia mayor en anemia, con 58 casos y un porcentaje del 32.7 por cien, siguiendo en orden de frecuencia la toxemia gravídrica, con 21 casos que correspondieron al 11.8 por cien, siendo éstas las más frecuentes (tabla 4). En cuanto a las alteraciones feto-placentarias la ruptura prematura de membranas, se presentó con mayor frecuencia en los nacimientos de bajo peso, con 11 casos y un porcentaje de 29.7 por cien (tabla 5).

De los 96 casos reportados de mujeres que tuvieron niños de bajo peso, 59 casos que correspondieron al 61.4 por cien, tuvieron control prenatal y 37 casos con 38.6 por cien, cursaron su embarazo sin atención médica (figura 2). De las pacientes con control prenatal, 32 de ellas lo tuvieron deficiente. De éstas se observó que el 65 por cien, no acudieron a tiempo a consulta; el 31.2 por cien fueron irregulares a sus citas y el 3.2 por cien fueron renuentes a las indicaciones médicas (tabla 5) Se encontró también que 49 pacientes que correspondieron al 51 por cien, eran aseguradas; el resto, 47 pacientes con un 49 por ciento no eran derechohabientes (figura 3).

Frecuencia de nacimientos de bajo peso en el Hosp. Gen. de Zona no. 1 Cd. Obregón Son.
Periodo: febrero - agosto. 1984



Fuente: Registros post-parto de la unidad.

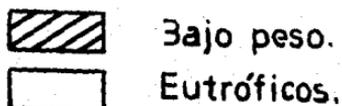


fig. 1

Frecuencia de nacimientos de bajo peso
aeg y peg en el período febrero-agosto
HGZ. No. 1. 1984

Recién nacidos	No.casos.	%
A E G.	59	2.3
P E G.	40	1.6
Excluidos.	31	1.2
Eutróficos.	2407	94.9
Total	2537	100.0

AEG : Adecuados para su edad ges-
tacional.

PEG : Pequeños para su edad ges-
tacional.

Fuente: Registros post-parto de la
unidad.

tab. 1

Frecuencia de bajo peso por grupos de edad materna, en el HGZ. No.1
Período: febrero-agosto. 1984

Gpo.de edad	No.casos	%
menos 15	2	2.09
16 - 20	35	36.46
21 - 25	28	29.16
26 - 30	16	16.66
31 - 35	9	9.38
36 - 40	5	5.21
41 - 45	1	1.04
total	96	100.00

Fuente: Datos obtenidos en el
HGZ No. 1

tab. 2

Frecuencia de nacimientos de bajo peso, por grupos de gestaciones maternas.
período: febrero-agosto 1984
HGZ No. 1

Gestaciones	No. casos	%
1	44	45.83
2 - 3	28	29.17
4 - 5	15	15.62
6 o más	9	9.38
total	96	100.00

Fuente: Expediente clínico y paciente.

tab. 3

Patología materna más frecuente, asociada a bajo peso. Período: febrero-agosto 1984
HGZ No. 1.

PATOLOGIA	CASOS	%
Anemia	58	32.76
Toxemia	21	11.86
Infección urinaria	17	9.60
Enf. respiratorias	16	9.03
Amenaza de aborto	10	5.64
Parasitosis	10	5.64
Sangrados	8	4.51
Amenaza parto prematuro	7	3.95
Antecedente de aborto	6	3.49
Vulvovaginitis	5	2.82
Emesis gravídica	4	2.26
Rh negativo	3	1.69
Hipertensión arterial	3	1.69
Distocia	2	1.13
Hepatitis	2	1.13
Enfermedad de Ebstein	1	.56
Leucemia	1	.56
Tuberculosis pulmonar	1	.56
Hipertiroidismo	1	.56
Parotiditis	1	.56
Total	177	100.00

Fuente: expediente clínico

tab. 4

Patología feto-placentaria asociada más frecuente, a nacimientos de bajo peso. período febrero - agosto 1984.

HGZ.No. 1

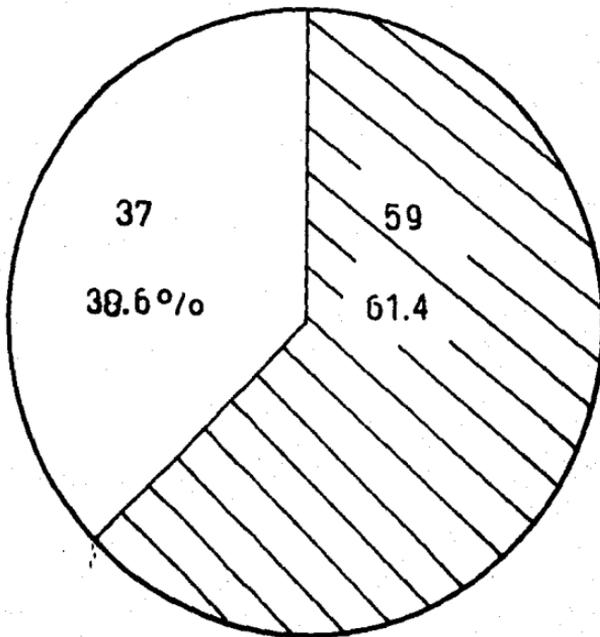
PATOLOGIA	CASOS	%
Ruptura prem. membrana	11	29.7
Circular de cordón	7	19.0
Gemelares	6	16.2
Placenta previa	4	10.8
Anomalías uterinas	4	10.8
Nudos del cordón	3	8.1
Desprendimiento de P*	1	2.7
Corioamnioitis	1	2.7
Total	37	100.0

*P Placenta

Fuente: registros post-parto de la unidad.

tab. 5

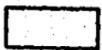
Relación de pacientes con productos de bajo peso, que llevaron control prenatal en el período febrero - agosto, 1984.
HGZ. No. 1.



Fuente: Datos tomados del paciente.



Con control prenatal.



Sin control prenatal.

fig. 2

Relación de causas, en madres que llevaron control prenatal deficiente, en el período: febrero-agosto 1984.

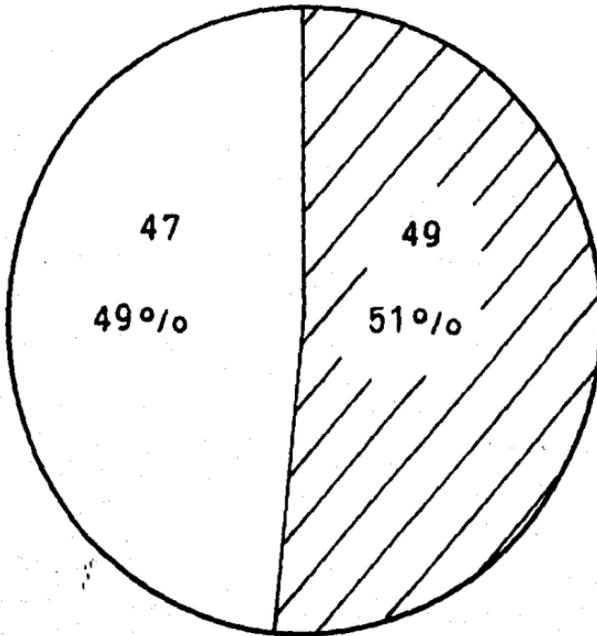
HGZ. No. 1

CAUSAS	CASOS	o/o
Acude después 4o. mes	21	65.6
Irregular a las citas	10	31.2
Renuencia a las indicaciones	1	3.2
Total	32	100.0

Fuente: Expediente clínico e información de la paciente.

tab. 6

Madres con y sin derecho a seguro social, que tuvieron niños de bajo peso en el Hosp. Gen. de Zona no. 1.
Período: febrero-agosto. 1984



Fuente: expediente clínico.



Derechohabiente.

No derechohabiente.

fig. 3

DISCUSION

La frecuencia de prematuridad, incluyendo productos tanto adecuados como pequeños para su edad gestacional, en el Hospital General de Zona No 1 de Cd. Obregón Sonora, en el período febrero-agosto, fué de 5.1 por cien, con 130 casos. Cifra con la cual no se puede conocer exactamente que tan elevada es la frecuencia, ya que no contamos con datos de estudios anteriores que nos permitan hacer una comparación con estos resultados; pero sí hacernos una idea de la cantidad de niños de bajo peso -- que entran en las salas de prematuros. De este grupo se encontró que el 2.3 por cien, correspondió a niños adecuados para su edad gestacional, en los cuales su frecuencia fué mayor con respecto a los pequeños para su edad gestacional, que ocuparon el 1.6 por cien.

El número de casos de niños de bajo peso que se presentaron por grupos de edad materna, fué más alto en el correspondiente a los 16 a 20 años, con 35 casos y un 36.4 por cien, siguiéndole el grupo de 21 a 25 años con 28 casos y un 29.1 por cien; datos que concuerdan con los antecedentes de otros estudios, que demuestran que la edad materna, es un factor importante en el nacimiento de niños con un peso subnormal, cuando las madres se encuentran por debajo de los 20 años de edad y después de los 35; aunado a ésto el antecedente de que madres jóvenes, son más susceptibles de presentar productos de bajo peso adecuados para su edad gestacional y que madres mayores, los presentan pequeños o desnutridos en útero. Se encontró que en los primeros la frecuencia fué mayor en mujeres jóvenes, correspondientes al grupo de los 16 a 20 años y en el de 21 a 25. En ---

cuanto a los pequeños para su edad gestacional, no estuvieron de acuerdo con los antecedentes existentes, ya que también éstos se presentaron en mujeres de los mismos grupos de edad; ésto se explica porque las mujeres jóvenes, fueron las que tuvieron una frecuencia más alta de bajo peso y también cursaron con una deficiente alimentación, aunadas las características de ser la mayoría de ellas, del medio socioeconómico bajo, primigestas en un 45.8 por cien, las cuales no tuvieron derecho a Seguro Social durante su gestación, encontrando que la mayoría solo fué atendida al final del embarazo en la unidad, lo cual no permitió un buen control prenatal en la mayorías de ellas, que pudiera corregir la patología presente; siendo ésta la anemia la más frecuente como consecuencia de la deficiente ingesta proteica.- Así pues, fue de gran importancia el factor control prenatal, - el cual estuvo presente en 59 casos, de los cuales en 32 fué deficiente, no por inadecuada atención médica; si no porque la paciente se presentó tarde a solicitarla, quedando sin protección en la etapa de formación fetal; otras fueron irregulares a sus citas y un caso fue renuente a las indicaciones médicas. Encontrándose así que solo 27 pacientes tuvieron adecuado control prenatal.

La patología asociada se dividió en materna y feto-placentaria. La patología materna asociada más frecuente, fué la anemia con 58 casos y un 32.7 por cien, la cual estuvo dada por la deficiente alimentación. En segundo lugar se presentaron los casos de toxemias, que dieron lugar a la terminación del embarazo como medida resolutive del problema, con 21 casos y 11.8 por cien. Hubo una asociación de enfermedades generales: urinarias con 9.6 por cien, respiratorias con 9 por cien, existieron ante

cedentes de amenaza de aborto y parto prematuro; así como emesis gravídica en el primer trimestre, que pudieron haber producido debilitamiento orgánico. Estas cantidades no son muy significativas, pero orientan a los problemas asociados que pudieran ser más frecuentes.

La patología feto-placentaria con 11 casos de ruptura prematura de membranas con un 29.7 por cien, fué definitivo en la presentación de productos prematuros, 7 casos con 19 por cien, presentaron circulares de cordón, siendo un factor muy relativo como causa, ya que esto puede ocurrir al final del embarazo --- cuando el feto ha tenido ya un buen aporte proteico, al igual de lo que ocurre cuando el cordón presenta nudos, los que ocurrieron en 3 casos con 8.1 por cien. De 4 anomalías uterinas -- que se presentaron, todas dieron origen a la presentación de -- productos de bajo peso, dos casos con tumores uterinos en los -- que se practicó cesarea electiva y dos con incontinencia cervical, que produjeron parto prematuro, dando un 10.8 por cien. Así también el desprendimiento prematuro de placenta, con un caso, que se comportó de igual forma.

CONCLUSIONES

- 1.- La frecuencia de niños de bajo peso fué del 5.1 por -- cien.
- 2.- Los productos adecuados para su edad gestacional, fueron mas frecuentes en primigestas jóvenes.
- 3.- Los productos pequeños para su edad gestacional fueron menos frecuentes.
- 4.- La frecuencia mayor de bajo peso, tanto adecuados como pequeños para su edad gestacional se presentó en mujeres de 16 a 20 años y primigestas.
- 5.- Las mujeres con mala alimentación y que no fueron aseguradas, presentaron también niños de bajo peso.
- 6.- Se presentó un deficiente control prenatal, en mujeres con niños de peso subnormal.
- 7.- Como factor patológico asociado, la anemia fué la que se presentó más frecuentemente.
- 8.- La toxemia fué un factor que influyó directamente en el nacimiento de niños de bajo peso; así como la ruptura prematura de membranas y la incontinencia cervical.

BIBLIOGRAFIA

- 1.- Aranda PJ, Kevany JP. Ganancia de peso durante el embarazo. Boletín de la oficina Sanitaria Panamericana -- 1980; 39: 489-493.
- 2.- Ramirez MJ, Salas AL, Loredo AA. Alimentación de niños de peso bajo al nacer. Boletín Médico del Hospital Infantil 1977; 34: 185-202.
- 3.- Whitridge WJ. Williams Obstetricia. México DF: Salvat editores de México SA, 1977. 890-893.
- 4.- Heras LJ. Patología placentaria en el recién nacido pequeño para la edad gestacional. Boletín Médico del Hospital Infantil 1977; 34: 755-764.
- 5.- Arroyo AP. Evaluación y manejo durante el embarazo. -- Cuadernos de nutrición 1983; enero-febrero-marzo. 17-32.
- 6.- Esqueda CG. Pruebas de madurez fetal. Revista Médica - del IMSS 1981; 19: 387-392.
- 7.- Yoshida AP, Mendoza PA. Estudios de bajo peso sobre el recién nacido de peso subnormal. Gaceta Médica de México 1982; 118: 101-104.
- 8.- Yoshida AP. Ruido y bajo peso. Actualidades Médicas, - Britis Journal of Obstetrics and Ginecology 1978; 84: 115-118.
- 9.- Martinez PD. Consecuencia de la desnutrición en la vida social y en la Salud Pública. Boletín Médico del -- Hospital Infantil 1973; 30: 265-271.

CUESTIONARIO

Fecha _____
 Número de nacimientos diarios en general _____
 Número de nacimientos diarios de bajo peso _____
 Peso al nacer _____
 Semanas de gestación por fecha de última regla _____
 Usher correspondiente a semanas de gestación _____
 Lubchenco: Adecuados para su edad gestacional _____
 Pequeños para su edad gestacional _____

ANTECEDENTES MATERNOS

I) NO PATOLOGICOS

Edad _____
 Talla _____
 Peso al inicio de la gestación _____
 Ganancia de peso a los nueve meses _____
 Escolaridad _____
 Tabaquismo _____
 Alcoholismo _____
 Calidad de la alimentación _____
 Nivel socioeconómico _____

II) OBSTETRICOS

Número de gestaciones _____
 Fecha de última regla _____
 Tiempo transcurrido entre un embarazo y otro _____
 Antecedente de niños de bajo peso _____ grs. _____

III) PATOLOGICOS

A) CRONICOS

Diabetes Mellitus _____

Hipertensión arterial _____ evolución _____

Anemia: menos 10 grs de hemoglobina _____

Clínica _____

Otros _____

B) INFECCIONES GENERALES

Renales _____ Urinarias _____

Respiratorias _____

Otras _____

IV) PRENATALES

Placenta previa _____

Toxemia _____

Sangrados _____

Ruptura prematura de membranas _____

Alteraciones del cordón _____

Se realizaron estudios prenatales adecuados _____

Acudió a control prenatal _____ a que mes _____

Fué bueno _____ malo _____

Acudia regularmente: Si _____ No _____

IDENTIFICACION

Nombre _____

Afiliación _____