



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

FACULTAD DE MEDICINA

INSTITUTO NACIONAL DE PERINATOLOGIA
ISIDRO ESPINOSA DE LOS REYES

“CRECIMIENTO ANTROPOMÉTRICO POSTNATAL DE
PREMATUROS MENORES DE 33 SEMANAS DE GESTACIÓN DE
ACUERDO A LAS CURVAS DE CRECIMIENTO DE INTERGROWTH
DE ACUERDO AL TIPO DE ALIMENTACIÓN”

T E S I S

Que para obtener el título de:

ESPECIALISTA EN

“NEONATOLOGIA”

PRESENTA

DRA. NANCY GABRIELA SERRANO VARELA

PROFESORA TITULAR DEL CURSO DE ESPECIALIZACIÓN EN
NEONATOLOGIA

DRA. IRMA ALEJANDRA CORONADO ZARCO

ASESORA DE TESIS

DRA. GABRIELA ARREOLA RAMÍREZ





Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



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 esta 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.

AUTORIZACION DE TESIS

**"CRECIMIENTO ANTROPOMÉTRICO POSTNATAL DE PREMATUROS
MENORES DE 33 SEMANAS DE GESTACIÓN DE ACUERDO A LAS CURVAS
DE CRECIMIENTO DE INTERGROWTH DE ACUERDO AL TIPO DE
ALIMENTACIÓN"**



DRA. VIRIDIANA GORBEA CHÁVEZ

Directora de Educación en Ciencias de la Salud

Instituto Nacional de Perinatología "Isidro Espinosa de los Reyes"



DRA. IRMA ALEJANDRA CORONADO ZARCO

Profesora Titular del Curso de Especialización en Neonatología

Instituto Nacional de Perinatología "Isidro Espinosa de los Reyes"



DRA. GABRIELA ARREOLA RAMIREZ

Directora de Tesis y Asesor Metodológico

Instituto Nacional de Perinatología "Isidro Espinosa de los Reyes"

AGRADECIMIENTOS:

A Daniel....

INDICE

1. RESUMEN.....	1
2. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	2
3. MARCO TEORICO.....	3
4. OBJETIVOS.....	6
5. JUSTIFICACIÓN.....	6
6. DISEÑO METODOLÓGICO.....	7
7. RESULTADOS.....	11
8. DISCUSIÓN.....	12
9. CONCLUSIONES.....	12
10. BIBLIOGRAFIA.....	13
11. ANEXOS.....	15

1. RESUMEN

“CRECIMIENTO ANTROPOMÉTRICO POSTNATAL DE PREMATUROS MENORES DE 33 SEMANAS DE GESTACIÓN DE ACUERDO A LAS CURVAS DE CRECIMIENTO DE INTERGROWTH DE ACUERDO AL TIPO DE ALIMENTACIÓN”

Introducción: La antropometría es una técnica poco costosa, portátil y aplicable en todo el mundo para evaluar el tamaño, las proporciones y la composición del cuerpo humano. Refleja el estado nutricional y de salud y permite predecir el rendimiento, la salud y la supervivencia.

Objetivo: Comparar el crecimiento antropométrico de los menores de 33 semanas de gestación de acuerdo al tipo de alimentación.

Material y métodos: Se realizó un estudio observacional, comparativo, longitudinal, la información recolectada corresponde a recién nacidos prematuros menores de 33 semanas de gestación, nacidos en el Instituto Nacional de Perinatología, pertenecientes al protocolo Intergrowth-21. El crecimiento extrauterino se valoró empleando las curvas INTERGROWTH-21, respecto al tipo de alimentación: leche humana exclusiva, leche especial para prematuro, Nutrición parenteral Total (NPT). Para las variables nutricionales se determinó el tipo de alimentación y método de alimentación, día que recupera el peso al nacimiento y tipo de alimentación al egreso. El análisis estadístico se determinó frecuencias, desviación estándar y Chi-cuadrada de Pearson, utilizando para la captura el programa de Microsoft Excel y para el análisis el programa SPSS.

Resultados: Se encontró recuperación de peso al nacimiento una media de 9.7 días. Los pacientes alimentados a través de leche humana y NPT alcanzaron más rápido el peso al nacimiento ($p=0.115$), sin ser estadísticamente significativo, respecto a los de leche fortificada o leche especial para prematuro, respecto al tipo de alimentación sólo el 25.8% egreso con leche humana exclusiva.

Conclusiones: Se requiere de estándares de crecimiento y recomendaciones específicas respecto al mejor tipo de alimentación, así como del catch up para neonatos nacidos antes de las 33 semanas de gestación

Palabras clave: Peso al nacimiento, peso al egreso, tipo de alimentación.

2. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Los bebés de todo el mundo son evaluados al momento de nacer utilizando gráficos antropométricos neonatales como una cuestión de rutina clínica. (14)

Entre los RNPT con peso extremadamente bajo al nacer se ha reportado una alta incidencia de retraso en el crecimiento extrauterino con sus consecuencias a largo plazo sobre todo en el neurodesarrollo así como mayor riesgo de padecer enfermedades crónico-degenerativas.

Para mejorar la velocidad de crecimiento no se han establecido estándares en las estrategias nutricionales por lo que debemos conocer sus resultados en relación a las estrategias del Instituto Nacional de Perinatología respecto al tipo de alimentación, día de recuperación del peso al Nacimiento, y comportamiento del crecimiento respecto a estos tipos de alimentación.

3. MARCO TEÓRICO

La antropometría es una técnica no invasiva y poco costosa, portátil y aplicable en todo el mundo para evaluar el tamaño, las proporciones y la composición del cuerpo humano. Refleja el estado nutricional y de salud y permite predecir el rendimiento, la salud y la supervivencia. (1)

El peso al nacer puede ser dividido en 4 grandes grupos: menores de 1000 gr (peso extremadamente bajo al nacimiento), menores de 1500 gr (Peso muy bajo al nacimiento), menores de 2500 gr (Bajo peso al nacimiento) y mayores de 2500 gr (Peso adecuado al nacimiento). (2)

La OMS derivado de los Objetivos del Desarrollo Sostenible (ODS), se plantea en la Meta 3 garantizar una vida sana y promover el bienestar de todos en todas las edades (2) y se propone poner fin a las muertes evitables de recién nacidos, tomando en cuenta que el nacimiento prematuro ha sido difícil de estudiar y prevenir (4), y se asocia a una carga de morbilidad considerable. Se estima que en 2005, los nacimientos prematuros representaron casi 13 millones de nacimientos en todo el mundo. (4, 5)

Existen grandes diferencias en el tamaño al nacer y en las tasas de deterioro del crecimiento fetal en todo el mundo. Los efectos relativos de la nutrición, las enfermedades, el medio ambiente y la genética en estas diferencias a menudo se debaten. En la práctica clínica, a menudo se usan varias referencias para evaluar el crecimiento fetal y el tamaño del recién nacido en poblaciones y orígenes étnicos, mientras que se han establecido estándares internacionales para evaluar el crecimiento en bebés y niños. (6)

En 2014, el consorcio INTERGROWTH-21st publicó estándares internacionales, basados en recién nacidos sin complicaciones importantes o evidencia ecográfica

de restricción del crecimiento fetal (FGR), que nacieron de madres sanas sin factores de riesgo de FGR. (7)

Se ha diferenciado a los recién nacidos mediante una combinación de medidas antropométricas, como el Índice Ponderal de Rohrer (peso/longitud) (8,9)

Estos estándares deben usarse para la evaluación de bebés prematuros hasta las 64 semanas de edad postmenstrual, después de lo cual los Estándares de Crecimiento Infantil de la OMS son apropiados. Las tablas de tamaño al nacer no se deben usar para medir el crecimiento postnatal de los bebés prematuros. (10, 11)

La lactancia materna es un factor protector para varias enfermedades infecciosas, atópicas y cardiovasculares, así como para la leucemia, la enterocolitis necrotizante, la enfermedad celíaca y la enfermedad inflamatoria intestinal. También tiene un impacto positivo en el desarrollo neurológico, mejora el coeficiente intelectual y reduce el riesgo de trastorno por déficit de atención y trastornos generalizados del desarrollo y del comportamiento. La lactancia puede disminuir el riesgo de síndrome de muerte súbita infantil en un 36% y prevenir el 13% de la mortalidad infantil en todo el mundo. La lactancia materna conlleva un ahorro directo en el uso de fórmulas e indirectamente en los costos de salud, muertes prematuras y años de vida, no deja una huella ecológica. El uso de fórmulas aumenta el riesgo de morbilidad. (12)

La programación in útero se refiere a las adaptaciones fisiológicas o metabólicas que adquiere el feto en respuesta a un microambiente adverso con un pobre aporte de nutrientes y oxígeno, o bien a un abastecimiento exagerado de los mismos que suceden en una etapa crítica del desarrollo estructural o funcional de ciertos órganos, y que influyen de manera permanente en las condiciones en las que el individuo se enfrentará a la vida extrauterina. (13)

El crecimiento postnatal temprano en todos los neonatos debe ser lo más fisiológico posible para una supervivencia óptima y resultados a largo plazo. La identificación de patrones de crecimiento dentro del rango normal requiere una comparación con estándares prescriptivos basados en el crecimiento de bebés clasificados como sanos. Además, los estándares se pueden usar para monitorear y evaluar la efectividad de las intervenciones y evitar efectos negativos, como la sobrealimentación. (10)

4. OBJETIVOS:

Objetivo general:

Comparar el crecimiento antropométrico de los menores de 33 semanas de gestación.

Objetivos específicos:

- Comparar el crecimiento antropométrico de acuerdo a las curvas de Intergrowth-21 respecto a alimentación con leche humana exclusiva, leche especial para prematuros y nutrición parenteral total.
- Comparar promedios de ganancia de peso, talla y perímetro cefálico en postnatales.
- Conocer el tipo de alimentación al egreso.

5. JUSTIFICACIÓN

La evaluación antropométrica prenatal y sus implicaciones en el crecimiento y desarrollo postnatal, pueden beneficiar a la población al poder realizar intervenciones tempranas, ante la identificación de problemas perinatales que pueden interferir en la composición corporal, por lo que es de suma importancia la comparación antropométrica respecto al tipo de alimentación.

6. DISEÑO METODOLÓGICO

Tipo de estudio

- Observacional: se utilizó información obtenida de la plataforma Intergrowth-21, Interpractice; no se realizaron intervenciones o procedimientos experimentales.
- Comparativo: se analizaron los datos de bebés menores de 33 semanas de gestación al nacimiento según el tipo de alimentación.
- Longitudinal: se realizó un estudio de seguimiento con mediciones repetidas de variables antropométricas.

Ubicación temporo-espacial

Se recolectó información de la plataforma de Interpractice-21 de recién nacidos menores de 33 semanas de gestación nacidos en el Instituto Nacional de Perinatología

Población objetivo

Recién nacidos prematuros (RNPT) pertenecientes al protocolo de Intergrowth-21.

Criterios de inclusión

- Pacientes RNPT menores de 33 semanas de edad gestacional.

Criterios de exclusión

- Pacientes que no cumplen con las evaluaciones de seguimiento antropométrico
- Pacientes que no cuentan con información completa en plataforma de Interpractice-21

Criterios de eliminación

- Pacientes con datos incompletos
- Pacientes que hubieran fallecido antes de los 28 días de vida extrauterina

Tamaño de muestra

La muestra final fue de 30 pacientes.

Variables de estudio

- Variables demográficas

VARIABLE	DEFINICION OPERACIONAL	TIPO DE VARIABLE	UNIDAD DE MEDICION
Edad gestacional	Edad de un recién nacido desde el primer día de la fecha de última menstruación	Cuantitativa Discontinua	Semanas
Peso para la edad gestacional al nacimiento	Peso de un recién nacido inmediatamente después del nacimiento	Cualitativa Nominal	- Peso adecuado - Peso bajo - Peso elevado
Sexo	Condición orgánica que distingue a los hombres de las mujeres	Cualitativa Nominal	- Femenino - Masculino
Tipo de embarazo	Producto de un embarazo único o múltiple	Cualitativa Nominal	- Único - Múltiple
Comorbilidades	Presencia de uno o más trastornos o enfermedades además de la enfermedad primaria	Cualitativa Nominal	-Síndrome de Dificultad Respiratoria -Taquipnea Transitoria del Recién Nacido -Neumonía -Apnea -Displasia broncopulmonar -Sepsis

			-Conducto arterioso permeable
--	--	--	-------------------------------

- Variables antropométricas

VARIABLE	DEFINICION OPERACIONAL	TIPO DE VARIABLE	UNIDAD DE MEDICION
Peso	Cantidad de masa corporal de un recién nacido	Cuantitativa continua	Gramos
Talla	Tamaño de un recién nacido desde la coronilla de la cabeza hasta los pies	Cuantitativa continua	Centímetros
Perímetro cefálico	Tamaño del perímetro de la cabeza de un recién nacido medida en su parte más grande	Cuantitativa continua	Centímetros

- Variables nutricionales

VARIABLE	DEFINICION OPERACIONAL	TIPO DE VARIABLE	UNIDAD DE MEDICION
Duración con Leche humana	Leche proveniente de la madre o de banco de leche	Cuantitativa	Días
Duración con Leche especial para prematuros	Fórmula dietética, diseñada para bebés prematuros	Cuantitativa	Días

Procedimiento

Se recolectó información de los pacientes de base de datos Intergrowth-21, Interpractice, se capturaron con el programa Microsoft Excel formando la base de datos y posteriormente se trasladó al programa SPSS para el análisis estadístico.

IMPLICACIONES ÉTICAS

En esta investigación se cumple con lo especificado en la Ley General de Salud en materia de investigación para la salud, no se presentaron riesgos para los pacientes ya que se utilizó el métodos de investigación documental retrospectivo, no modificó el estado clínico ni la evolución del paciente.

7. RESULTADOS

Se encontró al nacimiento peso mínimo de 506 grs y máximo de 2225 grs, con una media de 1265.67 grs, la talla mínima observada fue mínima de 29 cm y máxima de 44cm, con una media de 38.16 cm, respecto al perímetro cefálico se encontró un mínimo de 21.5 cm y máximo de 33cm, con media de 27.7 cm. (Tabla I)

Respecto al tipo de alimentación al egreso se encontraron 8 bebes alimentados mediante leche humana exclusiva (25.8%), predominantemente leche materna 6 (19.4%), predominantemente fórmula 16 bebes (51.6) y alimentados exclusivamente con fórmula 1 (3.2%). (Tabla II)

El aporte de Nutrición Parenteral Total (NPT) represento el tipo de alimentación en aquellos para aquellos pacientes que cursaron con mayor número de días en ayuno y con sonda orogástrica (SOG), siendo el de mayor aporte el de 153 días (3.2%) y el mínimo 5, re reportaron 5 casos en los cuales no se amerito el uso de la misma (25.8%).

La edad promedio de recuperación del peso al nacimiento fue de 9.7 días, con un mínimo de 1 día y máximo de 18 días.

La patología que con más frecuencia se presento fue la Displasia Broncopulmonar (56.3), seguida de Síndrome de Dificultad Respiratoria (53.3%) y Apneas de la prematuridad (50%).

8. DISCUSIÓN:

Se analizaron 30 pacientes de los cuales fallecieron 3 durante su estancia en UCIN, se inició alimentación con leche humana exclusiva (materna/pasteurizada) en todos los recién nacidos, sin embargo en algunos pacientes no se completaban las tomas, por lo que se inició alimentación con leche para prematuro, en otros casos se utilizó como estrategia para incremento ponderal, sin embargo todos ellos se encontraban en el carril percentilar de acuerdo a las curvas de Intergrowth 21 al nacimiento, lo cual no justifica suspender o reemplazar la leche humana, ya que fue mediante ésta que se alcanzó en primer lugar el peso al nacimiento sin ser estadísticamente significativo.

9. CONCLUSIONES

Se requiere de estándares de crecimiento y recomendaciones específicas respecto al mejor tipo de alimentación, así como del catch up para neonatos nacidos antes de las 33 semanas de gestación, ya que debido a su prematurez y comorbilidades asociadas, así como, problemas éticos e implicaciones socioeconómicas a largo plazo, tienen mayor riesgo de padecer enfermedades crónico-degenerativas, al no alcanzar o sobrepasar el peso estimado para la edad gestacional corregida, teniendo impacto en el neurodesarrollo.

10. BIBLIOGRAFIA

1. El estado físico: Uso e interpretación de la antropometría, WHO, Ginebra, 1995.
2. World Health Organization. Essential newborn care: Report of a technical working group. Geneva: WHO; 1996.
3. OMS, Comunicado de prensa, Ginebra, 17 May 2017, consultado el 25 May 2019 en <http://www.who.int/mediacentre/news/releases/2017/half-deaths-recorded/es/>
4. Barros FC, Papageorghiou AT, Vicora CG, Pang R, Iams JM, Lambert A et al. La distribución de los fenotipos clínicos del síndrome del nacimiento prematuro: implicaciones para la prevención. JAMA Pediatr 2015, 169 (3): 229-29. [doi: 10.1001 / jamapediatrics.2014.3040](https://doi.org/10.1001/jamapediatrics.2014.3040).
5. Bhutta ZA, Giuliani F, Haroon A, Knight HE, Albernaz E, Batra M et al. Estandarización de la práctica clínica neonatal. BJOG 2013, 120: 56-63. [doi: 10.1111 / 1471-0528.12312](https://doi.org/10.1111/1471-0528.12312)
6. Villar J, Papageorghiou AT, Pang R, Lambert A, Ohuma EO, Purwar M et al. La semejanza de crecimiento fetal y el tamaño del recién nacido a través de poblaciones no aisladas en el Intercrecimiento-21 st Proyecto: Crecimiento fetal y neonatal Estudio Longitudinal estudio transversal. Lancet Diabetes Endocrinol 2014, 2 (10): 781-92. [doi: 10.1016 / S0140-6736 \(16\) 00384-6](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(16)00384-6)
7. Villar J, Giuliani F, Fenton TR, Ohuma EO, Ismail LC, Kennedy SH et al. INTERGROWTH-21 st tamaño muy prematuro en las tablas de referencia de nacimiento . Lancet 2016, 387 (10021): 844-45. doi:10.1016/S0140-6736 (16) 00384-6
8. Victora CG, Villar J, Barros FC, Bertino E, Noble JA, Purwar M et al. Caracterización antropométrica del deterioro del crecimiento fetal: factores de riesgo y pronóstico de los recién nacidos con retraso del crecimiento o atrofia. JAMA Pediatr 2015, 169 (7): e151431. [doi: 10.1001 / jamapediatrics.2015.1431](https://doi.org/10.1001/jamapediatrics.2015.1431)

9. Villar J, Puglia F, Fenton T, Cheikh Ismail L, Staines-Urias E, Giuliani F et al. Composición corporal al nacer y su relación con las relaciones antropométricas neonatales: Estudio de la composición corporal del recién nacido de INTERGROWTH-21stProject. *Pediatr Res* 2017. doi: [10.1038 / pr.2017.52](https://doi.org/10.1038/pr.2017.52)
10. Villar J, Giuliani F, Bhutta ZA, Bertino E, Ohuma EO, Ismail LC et al. Estándares de crecimiento postnatal para los neonatos prematuros: el prematuro seguimiento postnatal. Estudio de la Intercrecimiento-21st Proyecto. *Lancet Glob Health* 2015, 3 (11): e681-e691. doi: [10.1016 / S2214-109X \(15\) 00163-1](https://doi.org/10.1016/S2214-109X(15)00163-1)
11. <https://globalhealthtrainingcentre.tghn.org/elearning/education/intergrowth-21st-course-maternal-fetal-and-newborn-growth-monitoring/neonatal-anthropometry/2996/>
12. Brahm P, Valdés V. The benefits of breastfeeding and associated risks of replacement with baby formulas, *Rev Chil Pediatr*. 2017 Feb; 88(1):7-14. doi:10.4067/S0370-41062017000100001.
13. Garibay, N, Miranda, A, Impacto de la programación fetal y la nutrición durante el primer año de vida en el desarrollo de obesidad y sus complicaciones, Vol 65, Méx, 2008.
14. Giuliani F, Ohuma E, Spada E, et al. Revisión sistemática de la calidad metodológica de los estudios diseñados para crear cuadros antropométricos neonatales. *Acta Paediatr* 2015, 104 (10): 987-96. doi:10.1111/apa.13112
15. Norma Oficial Mexicana NOM-004-SSA3-2012, Del expediente clínico, Diario Oficial de la Federación.

11. ANEXOS

Tabla I. Antropometría Neonatal al nacimiento

	Mínimo	Máximo	Media	Desviación estándar
Peso al Nacimiento en gramos	506	2225	1265.67	433.527
Talla al nacimiento (cm)	29.0	44.0	38.167	3.5070
Perímetro cefálico al nacimiento (cm)	21.5	33.0	27.790	2.7384

Tabla II. Tipo de alimentación al egreso.

	Frecuencia	Porcentaje
Leche humana exclusiva	8	25.8
Predominantemente leche materna	6	19.4
Predominantemente fórmula	16	51.6
Sólo fórmula	1	3.2
Total	31	100.0

Gráfico 1: Tipo de alimentación al egreso
FUENTE: Tabla 2

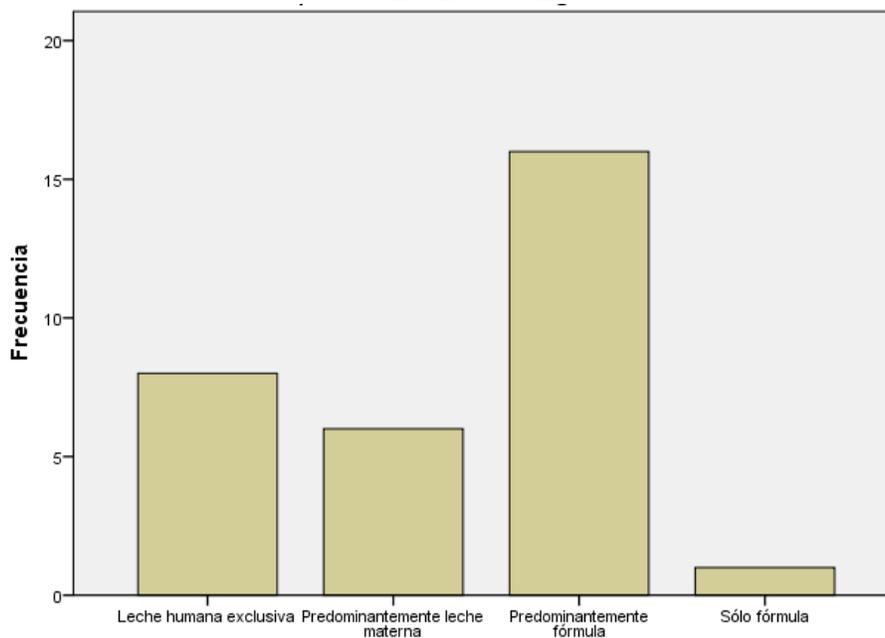


Tabla III. Días con aporte de NPT (n=30)

		Frecuencia	Porcentaje
Días	0	8	25.8
	5	1	3.2
	8	2	6.5
	9	2	6.5
	12	4	12.9
	13	1	3.2
	20	1	3.2
	21	1	3.2
	25	1	3.2
	29	1	3.2
	32	1	3.2
	33	1	3.2
	36	1	3.2
	63	1	3.2
	72	1	3.2
	73	1	3.2
	122	1	3.2
	153	1	3.2
	Total	30	100

Tabla IV. Antropometría al nacimiento respecto a curvas de Intergrowth21

	Mínimo	Máximo	Media	Desviación estándar
Z-Score Talla	-2.2100	.6900	-.387333	.6854482
Percentil Talla	1.34	75.73	37.6477	20.86206
Z-Score Peso	-2.56	1.30	-.3650	.84564
Percentil Peso	.00	90.42	38.8720	25.40151
Z-Score PC	-1.51	6.54	.5572	1.36405
Percentil PC	6.47	100.00	62.8170	23.95685

**Tabla V. Media en cuanto a
recuperación de peso al nacimiento**

Media	N	Desviación estándar
9.77	30	4.446

**Tabla VI. Día que alcanza el peso al nacimiento de bebes que recibieron
Leche Humana**

		LECHE MATERNIZADA		Total
		Si	No	
DÍA QUE ALCANZA EL	1	0	1	1
PESO AL NACIMIENTO	3	1	1	2
	5	0	1	1
	6	0	5	5
	7	0	2	2
	8	0	2	2
	9	0	2	2
	10	0	2	2
	12	0	4	4
	13	0	2	2
	14	0	2	2
	15	0	1	1
	16	0	3	3
	18	0	1	1
Total		1	29	30

Tabla VII. Día que alcanza el peso al nacimiento de bebés que recibieron Leche Humana Fortificada

		LECHE HUMANA FORTIFICADA		Total
		SI	No	
DÍA QUE ALCANZA EL	1	1	0	1
PESO AL NACIMIENTO	3	0	2	2
	5	1	0	1
	6	1	4	5
	7	0	2	2
	8	1	1	2
	9	0	2	2
	10	1	1	2
	12	2	2	4
	13	1	1	2
	14	0	2	2
	15	0	1	1
	16	2	1	3
	18	1	0	1
Total		11	19	30

Tabla VIII. Día que alcanza el peso al nacimiento de bebés que recibieron Leche Especial para prematuro

Recuento

		LECHE PARA PREMATURO		Total
		Si	No	
DÍA QUE ALCANZA EL PESO AL NACIMIENTO	1	1	0	1
	3	0	2	2
	5	1	0	1
	6	1	4	5
	7	2	0	2
	8	1	1	2
	9	0	2	2
	10	1	1	2
	12	4	0	4
	13	2	0	2
	14	2	0	2
	15	0	1	1
	16	1	2	3
	18	1	0	1
Total		17	13	30

Tabla VX. Patologías con las que cursaron los bebés analizados

Patología	N	Porcentaje
SDR	16	53.3
TTRN	7	23.3
Neumonía	9	30
Apnea	15	50
BDP	17	56.3
Sepsis	18	3.3
PCA con cierre Farmacológico o Qx	7	23.3
N válido	30	100