



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MÉXICO
FACULTAD DE MEDICINA**

**DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO E
INVESTIGACION**



DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR

SECRETARIA DE SALUD DEL ESTADO DE TABASCO

**JURISDICCION SANITARIA No. 17, DE TENOSIQUE,
TABASCO**

**“RECIÉN NACIDOS CON BAJO PESO AL NACER EN EL
HOSPITAL MUNICIPAL DE TENOSIQUE, TABASCO EN
EL 2005”**

PRESENTA:

JORGE AZAMAR

TENOSIQUE, TABASCO.

2006



Universidad Nacional
Autónoma de México



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.

**“RECIÉN NACIDOS CON BAJO PESO AL NACER EN EL
HOSPITAL MUNICIPAL DE TENOSIQUE, TABASCO EN
EL 2005”**

PRESENTA:

JORGE AZAMAR

AUTORIZACIONES

DR. MIGÜEL ANGEL FERNANDEZ ORTEGA.
JEFE DEL DEPARTAMENTO DE EDICINA FAMILIAR
FACULTAD DE MEDICINA
U.N.A.M

F. Felipe de Jesús García Pedroza

DR. FELIPE DE JESUS GARCIA PEDROZA.
COORDINADOR DE INVESTIGACION
DEL DEPRATAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR
FACULTAD DE MEDICINA
U.N.A.M

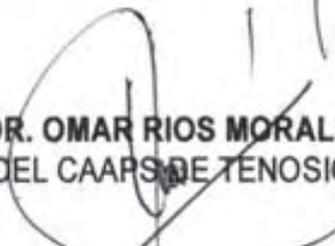
[Signature]
DR. ISAIAS HERNANDEZ TORREZ
COORDINADOR DE DOCENCIA
DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR
FACULTAD DE MEDICINA
U.N.A.M

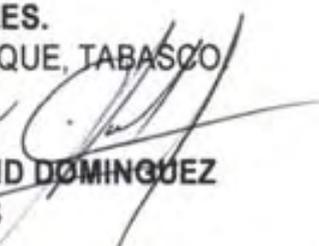
**"RECIÉN NACIDOS CON BAJO PESO AL NACER EN EL
HOSPITAL MUNICIPAL DE TENOSIQUE, TABASCO EN
EL 2005"**

PRESENTA:
JORGE AZAMAR.

AUTORIZACIONES


DR. ANDRES CRUZ HERNANDEZ
PROFESOR TITULAR DEL CURSO DE ESPECIALIZACION EN MEDICINA
FAMILIAR PARA MEDICOS GENERALES EN
EMILIANO ZAPATA, TABASCO.


DR. OMAR RIOS MORALES.
GERENTE DEL CAAPS DE TENOSIQUE, TABASCO


DRA. GLORIA DEL CARMEN ZEIND DOMINGUEZ
ASESOR DE TESIS

P.A.

DR. LUIS FELIPE GRAHAM ZAPATA.
SECRETARIO DE SALUD DEL ESTADO DE TABASCO


DR. CARLOS M. DE LA CRUZ ALCUDIA.
SUBSECRETARIO DE SERVICIOS DE SALUD DEL ESTADO DE TABASCO

P.A.

QUIMICO SERGIO LEON RAMIREZ.
DIRECTOR DE CALIDAD E INVESTIGACION DE LA SECRETARIA DE SALUD
DEL ESTADO DE TABASCO.



SECRETARIA DE SALUD
DIRECCION DE CALIDAD Y
ENSEÑANZA EN SALUD

TENOSIQUE, TABASCO

FEBRERO 2007.

DEDICATORIAS

Con todo mi amor:
A mi esposa Maria Teresa
Por su apoyo para lograr
Realizar mis sueños

A mis hijos:
Araceli
Jorge
Eduardo
Gabriela Tahimy

A mi madre:
Sra. Agustina Azamar Mérida
Por los esfuerzos y sacrificios
Que realizó por forjarme una profesión

A mis hermanos:
Araceli
Francisco Javier

AGRADECIMIENTOS

A las Instituciones de Salud del Estado de Tabasco:

- ❖ Hospital Juan Graham Casasus
- ❖ Hospital Gustavo Rovirosa Pérez
- ❖ Hospital de la Mujer
- ❖ Hospital del Niño Dr. Rodolfo Nieto Padrón

A la UNAM:

Departamento de Medicina Familiar

Les brindo un Homenaje de Gratitud

Índice

RESUMEN	Pag.	1
INTRODUCCION		2
ANTECEDENTES.		3
JUSTIFICACION		25
PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA		27
OBJETIVOS		28
MATERIAL Y METODOS		29
RESULTADOS		32
DISCUSIÓN		38
CONCLUSION Y RECOMENDACIONES		40
BIBLIOGRAFIA		41
ANEXOS		

RESUMEN

AZAMAR JORGE RECIÉN NACIDOS CON BAJO PESO AL NACER EN EL HOSPITAL MUNICIPAL DE TENOSIQUE, TABASCO EN EL 2005. Universidad Nacional Autónoma de México. Secretaria de Salud del Estado de Tabasco.

Introducción. El bajo peso al nacer ha constituido un enigma para la ciencia a través de los tiempos. Múltiples son las investigaciones realizadas a cerca de lo que lo produce y las consecuencias que provocan.

Objetivo. Determinar la frecuencia y factores relacionados de recién nacidos con bajo peso al nacer en el Hospital Municipal de Tenosique, Tabasco en el 2005.

Material y métodos. El presente de estudio se realizo en población abierta, al total de recién nacidos con bajo peso al nacer, atendidos en el periodo 1º de enero al 31 de diciembre del 2005 en el Hospital Municipal de Tenosique, Tabasco, se revisaron los expedientes y formatos de historia clínica perinatal de todas las embarazadas, se tomaron en cuenta a todos los recién nacidos vivos con un peso menor de 2.500 Kg. De 37 a 42 semanas de gestación. el análisis se llevó en el programa SPSS 11.5 a través de medidas descriptivas, la presentación de está información se realizo mediante cuadros y gráficos a fin de objetivizar la misma.

Resultados. El total de atenciones en cuanto a atención de partos del Hospital de Tenosique en el año 2005 correspondió a, 599 atenciones de las cuales fueron 598 partos eutocicos y uno por cesárea, de estos fueron 180 recién nacidos pretermino, 398 a termino con peso de mas de 2,500 grs. y 21 recién nacido a termino con bajo peso al nacer. Los cuales nos ocupan la presente investigación. La distribución de recién nacidos con bajo peso y sexo, se presenta con un 57.15% del sexo masculino. La edad de la madre de los recién nacidos con bajo peso al nacer encontramos que tenemos el 66.66% en menores de 25 años de edad. El área de residencia de las madres tenemos que 52.38% corresponde al área urbana. El control prenatal, la primera consulta ó captación de las pacientes y los laboratoriales por las unidades de primer nivel tenemos que el 9.5% de las pacientes no contaban con ninguna consulta de control prenatal, siendo esta del área rural, las captadas en el tercer trimestre con un 19% del total de las pacientes siendo del área rural. La semana de gestación en la cual se presenta el evento obstétrico considerado a termino, encontramos que el mayor porcentaje con un 42.9% lo encontramos a las 38 semanas de gestación.

Conclusiones. Estos factores relacionados pueden ser prevenidos y controlados, aplicando estrategias apropiadas como: Adecuados programas de educación sexual, dirigido principalmente a las adolescentes y mujeres en edad reproductiva, para prevenir embarazos no deseados. Reforzar las acciones de los programas institucionales de control prenatal, para difundir la importancia de los cuidados de salud y nutrición durante el embarazo, principalmente zonas marginadas. Concienciar a los padres sobre la educación materna y exhortándolos a exigir a sus hijos la conclusión mínimas de estudios primarios. Ampliación de la vigilancia preconcepcional mediante la educación sobre el espaciamiento de las embarazadas sobre todo si la mujer ha tenido hijos con bajo peso al nacer.

Palabras claves: RN Recién Nacido, bajo peso al nacer. Factores relacionados.

INTRODUCCION.

El bajo peso al nacer representa un problema de orden mundial en la salud dado que los recién nacidos con peso deficiente presentan serias limitaciones en su sobrevivencia y posteriormente en su calidad de vida. Globalmente se considera al índice de Bajo Peso al Nacer (BPN) un indicador de la calidad de los servicios de salud y de valor pronóstico en la morbilidad neonatal e infantil.

El Bajo Peso al Nacer se compone de dos formas clínicas: el crecimiento intrauterino retardado (CIUR) y el pretérmino. Los niños que nacen con CIUR tienen cinco veces más posibilidades de morir durante el periodo neonatal, cuatro veces más posibilidades durante el periodo pos neonatal y 4.7 veces más de morir en el primer año de vida cuando se les compara con los niños nacidos con peso adecuado.

Se calcula que en el mundo nacen alrededor de 20 millones de niños con peso menor de 2500g, lo que representa un 10 – 20% de los recién nacidos vivos, de los cuales un 40 o 70% son prematuros. Aunque hay variaciones según los países y el desarrollo de la neonatología, alrededor de un 30 a 60% de las muertes neonatales ocurren en los niños de menos de 1500g, y entre el 60 a 80% de todas las admisiones a las unidades de cuidados intensivos neonatología están condicionadas por los problemas derivados de la prematuridad.

En Cuba, el índice de BPN fue de 6.5 en 1999, con una disminución progresiva lográndose en los años 2001 y 2002 las cifras más bajas de la historia con 5.9. Nuestra provincia ha mantenido durante esos años comportamiento semejante a la media nacional con 6.6, 6.3, 5.9, 5.7 en los años 1999 al 2002, respectivamente.

Por el impacto que esto tiene en la morbilidad y la mortalidad de la infancia este debe ser reconocido problema de salud pública de primera magnitud.

MARCO TEORICO

IMPORTANCIA Y MAGNITUD DEL PROBLEMA

El bajo peso al nacer ha constituido un enigma para la ciencia a través de los tiempos. Múltiples son las investigaciones realizadas a cerca de lo que lo produce y las consecuencias que provocan.¹

Las dos variables más importantes y determinantes de la mortalidad y morbilidad de los recién nacidos son la prematurez y el bajo peso de nacimiento. Esto es fácilmente visible al cotejar edad gestacional o peso con mortalidad. Aunque hay variaciones según los países y el desarrollo de la Neonatología, alrededor de un 30 a 60% de las muertes neonatales es causada por los niños de menos de 1.500 gr. y entre el 60 a 80% de todas las admisiones a las Unidades de Cuidado Intensivo Neonatales están condicionadas por problemas derivados de la prematurez.²³

Si analizamos que a nivel mundial, uno de cada seis niños nacen con peso insuficiente y se considera que la mortalidad en el primer año de vida es 40 veces mayor que en aquellos que nacen con peso normal a término. Es comprensible que aun es necesario profundizar en el tema.²⁶

La bibliografía refiere en 1919 se realiza por primera vez una clasificación de los recién nacidos según el peso. Y se les llama prematuros a los de menos de 2500 g de peso al nacer, en 1947 se señala que algunos recién nacidos tenían bajo peso al nacer debido a un crecimiento intrauterino lento y que éstos debían distinguirse de aquellos cuya afectación del peso correspondían a una gestación acortada.

En 1960, los expertos de la OMS recomendaron que la edad gestacional fuera considerada y el término prematuro se reservara para los niños nacidos antes de las 37 semanas de gestación y el término bajo peso para los niños con menos de 2500 g sin tener en cuenta su edad gestacional. En 1963, Lubchenco y colaboradores fueron los primeros en dar a conocer por primera vez la distribución en percentiles del peso al nacimiento, al contrastar peso al

nacimiento contra la edad gestacional al nacimiento y recordar la alta morbilidad en el subgrupo de recién nacidos cuyo peso corporal se ubicaba por debajo del percentil 10 para su correspondiente edad gestacional, lo cual esta vigente actualmente. ¹⁸

MORTALIDAD PERINATAL:

La Organización Mundial de la Salud ha sido la responsable de revisar las causas asociadas a morbilidad y mortalidad, las cuales están expresadas en la denominada Clasificación Internacional de Enfermedades. ²

Actualmente la clasificación vigente corresponde a la décima revisión por lo que a continuación se transcribe.

NACIMIENTO VIVO:

Nacido vivo en la expulsión o extracción completa del cuerpo de su madre, independientemente de la duración del embarazo de un producto de la concepción que, después de dicha separación, respire o de otra señal de vida, como latidos de corazón, pulsaciones del cordón umbilical o movimientos efectivos de los músculos de contracción voluntaria, tanto si se ha cortado o no el cordón umbilical y éste o no desprendida la placenta, cada producto de un nacimiento que reúna esas condiciones se considera como un nacido vivo.

DEFUNCION FETAL (FETO MORTINATO):

Es la muerte de un producto de la concepción, antes de su expulsión o su extracción completa del cuerpo de la madre, independientemente de la duración del embarazo; La muerte esta indicada por el hecho de que, después de la separación, el feto no respira ni da ninguna otra señal de vida, como latido de corazón, pulsaciones del cordón umbilical o movimientos efectivos de los músculos de contracción voluntarias.

PESO AL NACER:

Es la primera medida del peso del feto o recién nacidos hecha después del nacimiento. Para los recién nacidos vivos, el peso al nacer debe ser medido preferiblemente dentro de la primera hora de vida antes de que ocurra cualquier pérdida significativa de peso.

- **Peso bajo al nacer: menos de 2500 g (2499 g):**
- Peso muy bajo al nacer menos de 1500 g hasta (1499 g)
- Peso extremadamente bajo al nacer menos de 1000 g (hasta 999 g inclusive)
- Edad gestacional: la duración de la gestación se mide a partir del primer día del último periodo menstrual normal. La edad gestacional se expresa en días o en semanas completas.
- Pretermino: menos de 37 semanas completas (menos de 259 días de gestación)
- A término: de 37 semanas a menos de 42 semanas completas (259 días a 293 días de gestación).
- Posttérmino de 42 semanas completas o más (294 días de gestación).
- Periodo perinatal: comienza en las 22 semanas completas (154 días de gestación) el tiempo cuando el peso al nacer es normalmente de 500 g y termina 7 días completos después del nacimiento).
- Periodo neonatal: comienza con el nacimiento y termina 28 días completos después del nacimiento.⁵

En otra bibliografía existen clasificaciones de acuerdo a la AAP (Academia Americana de Pediatría), donde consideran que el recién nacido pretermino al menor de 38 semanas. Prematuro extremo menor de 31 semanas y de 1500 g de peso; Recién nacido a término; de 37 a 42 semanas y de peso 2500 g a 3999 g y al recién nacido posttérmino: mayor de 42 semanas.¹²

Observándose la clasificación por peso en recién nacidos a término.

- a) Macrosómico o hipertrofico: mayor de 4 kg.
- b) Eutrófico: 2500 g a 3999gr.

- c) Hipotrofico: Peso bajo menor de 2500 gr.
- d) Peso extremadamente bajo: menor de 1500gr.

Se clasifican de acuerdo con la relación de peso y edad gestacional en:

PBEG = (Peso Bajo para la Edad Gestacional).

PAEG = (Peso Adecuado para la Edad Gestacional).

PEEG= (Peso Elevado para la Edad Gestacional).

La clasificación del doctor Eduardo García Jurado hace más fácil entender las clasificaciones anteriores. ¹²

Prematuros:

- Hipotróficos
- Eutrófico
- Hipertrófico.

De Término:

- Hipotrófico
- Eutrófico
- Hipertrófico

Pos-maduro:

- Hipotrófico
- Eutrófico
- Hipertrófico

PANORAMA INTERNACIONAL

Se calcula que en el mundo nacen alrededor de 20 millones de niños con peso menor de 2500 gr., lo que representa un 10 – 20% de los recién nacidos vivos; y de las cuales 40 ó 70% son prematuros. Aunque hay variaciones según los países y el desarrollo de la neonatología, en los países del oeste de África, la tasa de mortalidad perinatal se informa de 41.8 por mil nacidos, que es 10 veces mayor que en las comunidades de los países desarrollados. Dentro de los países con tasa más baja están los países escandinavos, Japón y los Estados Unidos de América y Canadá en 1942 a 1994, la tasa de mortalidad neonatal temprana se comunicó en 3.4 por mil nacidos vivos y la tasa de mortalidad neonatal tardía fue de 0.7 por mil nacidos vivos. ^{1,6}

PANORAMA EN LATINOAMERICA

Publicado en 1977, el informe de los doctores Buffer y Serrano sobre la mortalidad de la niñez en Latinoamérica señalaba que habían ocurrido en ese año aproximadamente un millón en decesos en niños menores de 5 años de edad. Un cuarto de este total murieron antes de cumplir un año y el 60% de los casos estuvo presente la desnutrición proteico-calórica. Un niño Latinoamericano que carga con la desnutrición desde su nacimiento es un niño que si no muere antes de cumplir 5 años estará profundamente alterado su crecimiento físico y su desarrollo mental. En el área del desarrollo psicomotor, Cravioto ha demostrado profunda alteración en los niños desnutridos de temprana edad: trastorno de crecimiento fisiológico del sistema nervioso central. Al principio del decenio de 1990-1999 más del 10% de niños latinoamericanos y del Caribe nacían con un peso bajo y una cifra mayor de los menores de 5 años tenían una insuficiencia ponderal de moderada a grave, e incluso afectaba alrededor de 25% del total en países como Haití, Honduras y Guatemala. ^{2, 4,17}

INDICADORES EN AMERICA LATINA Y EL CARIBE.

	Recién nacidos con peso al nacer (%)	Insuficiencia ponderal grave/moderada
Países	1995-99	Niños < 5 años 1995-2000 (%)
Argentina	7	ND
Belice	4	6
Bolivia	5	10
Brasil	8	6
Chile	5	1
Colombia	9	8
Costa Rica	7	5
Cuba	7	6
Ecuador	13	17
El Salvador	13	12
Guatemala	15	24
Haití	15	28
Honduras	9	25
Jamaica	11	5
México	7	8
Nicaragua	9	12
Panamá	10	7
Paraguay	5	5
Perú	11	8
Republica dominicana	13	6
Trinidad Y Tobago	10	7
Uruguay	8	5
Venezuela	9	5
América latina y el caribe	9	9

FUENTE: UNICEF Estado Mundial de la Infancia 2001.

PANORAMA NACIONAL

En México las afecciones originadas en el periodo perinatal ocupan una de las 5 primaras causas de mortalidad dentro del país.

En nuestro país la taza de mortalidad perinatal reportada por Cerón Míreles y Cols. En un estudio realizado en 25 hospitales de la zona metropolitana de la Ciudad de México fue de de 30 por mil nacimientos. ²

En el Instituto Mexicano del Seguro Social en 1990 en un población de 38 millones de asegurados; la mortalidad fue de 19.97 por mil nacimientos, dentro de la misma institución en el año 1994, en el Hospital general de zona de Medicina Familiar en el Centro Médico Nacional de Torreón, fue de 20.97 por mil nacimientos, en Guadalajara en 1993 en nuevo Hospital Civil de Guadalajara que atiende a población abierta de escasos recursos económicos fue de 29 por mil nacimientos. En el Instituto Nacional de Perinatología, por ser una institución de tercer nivel con manejo de mujeres con embarazo de riesgo elevado, las tazas comunicadas generalmente son más elevadas que las informadas a nivel nacional, las analizadas en los años 1987 a 1997 se observó que en la mortalidad neonatal existió un descenso de 42.82 a 17.34 por mil nacidos vivos, el Distrito Federal comunicó una taza de 17.5 por mil nacimientos. ⁴

Todas las cifras anteriores son altas en comparación con la de países desarrollados.

Los informas que se tienen de diferentes Instituciones a nivel nacional varían de acuerdo al tipo de atención a otro (primero, segundo y tercer nivel de atención) en los últimos años se a venidos incrementando el interés de los investigadores tanto nacionales como internacionales por el estudio de las recién nacido con bajo peso al nacer (RNBPN) constatándose simultáneamente una marcada a ubicar esta condición en su justo nivel de importancia.

En México, la creación de comité de mortalidad materna y perinatal tiene como finalidad analizar y prevenir en lo posible las causas de muerte evitables, coadyuvando a la reducción de la mortalidad perinatal, en 1984, en el Instituto Nacional de Perinatología se forma el (COMOPER) Comité de Mortalidad

Perinatal que analiza cada una de las muertes fetales, neonatales y de los lactantes. Que ocurren en el Instituto con el fin de determinar las causas de muerte. Estos comités reúnen un grupo de multidisciplinarios de profesionistas (obstetras, pediatras, neonatólogos, patólogos, infectólogos, genetistas, personal de enfermería y trabajo social.) que tienen como objetivo evaluar las causas prevenibles, que originan el fallecimiento y consecuentemente proporcionar soluciones aplicables para mejorar el bienestar del binomio madre-hijo de la misma maneja mejorar el subregistro de las muertes, fomentar la enseñanza e investigación.^{3,4}

**COMPORTAMIENTO DE NACIMIENTOS CON BAJO PESO POR ENTIDAD
FEDERATIVA 2002, 2003 Y 2004. (14)**

Entidad federativa	2002	2003	2004
Estados Unidos Mexicanos	4.5	7.4	6.4
Aguascalientes	4.0	6.3	6.4
Baja California	2.4	4.1	4.7
Baja California Sur	2.7	4.7	4.1
Campeche	4.0	5.2	5.2
Coahuila de Zaragoza	5.6	4.3	4.2
Colima	3.2	4.1	4.8
Chiapas	8.3	9.5	7.6
Chihuahua	2.6	14.2	4.6
Distrito Federal	6.3	9.4	10.2
Durango	3.7	5.5	4.8
Guanajuato	4.2	6.6	6.6
Guerrero	6.4	6.9	6.6
Hidalgo	5.3	9.9	7.2
Jalisco	2.7	4.7	5.6
México	4.0	7.5	6.6
Michoacán de Ocampo	5.0	6.4	6.8
Morelos	5.8	7.3	7.0

Continúa cuadro

Nayarit	3.2	4.1	3.5
Nuevo León	2.5	17.3	4.8
Oaxaca	5.3	5.4	6.5
Puebla	5.1	6.9	6.4
Querétaro Arteaga	4.8	7.3	7.0
Quintana Roo	3.0	6.1	6.0
San Luís Potosí	4.2	6.3	6.0
Sinaloa	2.7	4.3	4.3
Sonora	2.5	4.2	4.5
Tabasco	4.9	6.7	7.0
Tamaulipas	3.5	5.2	5.6
Tlaxcala	7.0	8.7	9.3
Veracruz de Ignacio de la Llave	4.8	7.4	5.5
Yucatán	4.7	8.3	8.2
Zacatecas	5.2	6.4	6.7

NOTA: Se refiere a los recién nacidos vivos con peso menor a 2 500 gramos.

FUENTE: Para 2002: SSA. *Boletín de Información Estadística. Programas sustantivos. Volumen III. núm. 22.* México, DF., 2003
 Para 2003 y 2004: SSA. *Boletín de Información Estadística. Servicios otorgados y programas sustantivos. Volumen III Núm. 23 y 24.* México, DF.

PORCENTAJE DE NACIMIENTO CON BAJO PESO AL NACER A NIVEL NACIONAL 1999 A 2004. (14)

Año	Porcentaje
1999	9.5
2000	8.9
2001	6.1
2002	4.5
2003	7.4
2004	6.4

NOTA: Se refiere a los recién nacidos con peso menor a 2 500 gramos.

FUENTE: Para 1999 a 2002: SSA. *Boletín de Información Estadística. Programas sustantivos. Volumen III* (varios años). México, DF.

Para 2003 y 2004: SSA. *Boletín de Información Estadística. Servicios otorgados y programas sustantivos. Volumen III* Núm. 23 y 24. México, DF.

ETIOLOGIA

Un recién nacido puede ser pequeño en el momento del nacimiento, (por debajo del percentil 10) debido a factores genéticos (padres de pequeña estatura o alteraciones genéticas asociada a una talla baja) o a otros factores que pueden retrasar el crecimiento intrauterino. Estos factores intrauterinos (no genéticos) no suelen ser operativos antes de las 32 – 34 semanas de gestación e incluye la insuficiencia placentaria que suele ser consecuencia de una enfermedad materna que afecta los pequeños vasos sanguíneos. El recién nacido de bajo peso al nacer (menos de 2500 g) pueden ser subclasificados en tres condiciones clínicas diferentes: ³

- Recién nacidos de pretermino
- Recién nacido sano. Constitucionalmente pequeño
- Recién nacido con restricción del crecimiento intrauterino

El peso del neonato es un factor pronóstico de la vida perinatal, también interviene la edad del embarazo, y con ambos se establecen oportunidades de supervivencia y pronóstico, son diversas las variables relacionadas con el peso neonatal las podemos agrupar en: ^{10,26}

- Biológicas (genéticos, raza, talla de los padres.)
- Hábitos (tabaco, alcoholismo, drogas.)
- Patologías maternas (hipertensión, toxemias, desnutrición.)

Otra forma de referirnos serian factores maternos, placentarios y fetales. Así mismo factores asociados como: nivel socioeconómico bajo, carencia de atención prenatal, intervalo intergenesico menor de 18 meses, grupo étnico. ⁴

La interacción de estos factores son responsables de bajo peso al nacimiento.

AGENTE:

- a) Preeclampsia
- b) Infecciones genitourinarias y/o corioamnionitis.
- c) Condiciones socioeconómicas desfavorables.
- d) Trabajo extenuante y condición de madre trabajadora
- e) Tabaquismo y adicciones.

HUESPED:

- Grupo étnico → Negras e indígenas
- Edad → Mayor frecuencia en adolescentes
- Ocupación → trabajo fuera de casa

AMBIENTE

MACROAMBIENTE:

- Pobreza y marginación social

MATROAMBIENTE:

- Resistencia física disminuida
- Enfermedades sistémicas como tuberculosis, lupus, leucemia, insuficiencia renal

MICROAMBIENTE:

- Anormalidades uterinas, incompetencia del cervix
- Embarazos múltiples

SIGNOS:

A pesar de su pequeño tamaño los recién nacidos con bajo peso al nacer presentan características físicas y de conductas similares a los de peso normal de la misma edad gestacional, por lo tanto un recién nacido de 1400 g nacido entre la 37 y la 42 semanas de gestación a la exploración física puede tener la piel, el cartílago de la oreja, los pliegues plantares, el desarrollo genital, el desarrollo neurológico, el estado de alerta, la actividad espontánea y el gusto de la comida de un recién nacido a término. Si el retraso del crecimiento intrauterino ha sido provocado por mala nutrición crónica, los recién nacidos Pequeño para la Edad Gestacional (PEG) pueden presentar una recuperación

del crecimiento después del nacimiento si recibe aporte calórico adecuado. A continuación se mencionan complicaciones perinatales frecuentes: ³

PEG	PREMATURO
<ul style="list-style-type: none"> • Asfixia • Hipoglicemia • Sufrimiento fetal agudo • Acidosis • Aspiración meconio • Hipotermia • Policitemia • Anomalías congénitas 	<ul style="list-style-type: none"> • Asfixia • Hipoglicemia • Membrana hialina • Hemorragia intracraneana • Enterocolitis necrotizante • Apnea • Bradicardia • Dificultad en la succión • Hipocalcemia • Hiperbilirrubinemia • Hemorragia pulmonar 19, 25

PREVENCIÓN Y ENFOQUE PERINATAL DE LA PREMATUREZ Y BAJO PESO DE NACIMIENTO

La prevención de la prematuridad y del bajo peso de nacimiento, debe ser una de las prioridades en la salud pública de los países, por su frecuencia, por el impacto que tiene en salvar vidas con una larga expectativa de vida intacta. A esto se agrega el alto costo que tiene el cuidado neonatal del prematuro.

Como ya se mencionó, hay una gran variedad de factores socio-económicos y culturales que influyen sobre las condiciones y estilos de vida de la mujer que inciden en este problema y que deben ser considerados. La intervención sobre ellos escapa muchas veces a la acción médica directa. Hay otros factores que si son responsabilidad directa de la atención médica:

- Control prenatal. Este debe cubrir a todas las embarazadas. Esta es una medida fundamental para la prevención de la prematuridad. Permite identificar oportunamente los factores de riesgo, intervenir anticipadamente y derivar consecuentemente los casos calificados a centros de nivel secundario y terciario.
- Regionalización del Cuidado Perinatal. La atención perinatal en la mayor parte de los casos, se atiende a la supervisión de una situación fisiológica como es el embarazo y el nacimiento. Sin embargo hay un porcentaje que requiere de alta complejidad en su cuidado pre y post natal. Esto es lo que justifica diversos niveles de atención en cada uno de los cuales debe existir el equipamiento y el personal capacitado correspondiente. La regionalización del cuidado perinatal se basa en una red de centros de atención primaria y secundaria conectados con un centro terciario de alta complejidad, que atiende una determinada región de un país. Esta organización permite darle la mayor seguridad a la madre y al recién nacido con una eficiente inversión de costo beneficio. Se evita que se desarrollen centros de alta complejidad con pequeño número de pacientes que son de alto costo y en los cuales es difícil mantener la capacitación del personal. Una buena regionalización sirve además de base para la formación de médicos y enfermeras y para la realización de trabajos de investigación. Para que ella funcione, es necesario que las autoridades de salud acrediten los centros de atención precisando los requisitos en planta física personal y equipamiento que debe tener cada nivel de atención y los criterios para una derivación oportuna. No es aceptable que hoy día un prematuro, especialmente si es de muy bajo peso, nazca en un lugar sin cuidado intensivo neonatal. El traslado oportuno de la madre es mucho más fácil y seguro que el traslado de un prematuro después del nacimiento: "no hay mejor incubadora de transporte que el útero materno".
- Evaluación perinatal, integración obstétrica neonatal. Es indispensable considerar la continuidad del proceso del embarazo con el nacimiento. En los casos en que se presentan problemas complejos como es la eventualidad de un parto prematuro o la necesidad de decidir la interrupción de un embarazo debido a que las condiciones del feto en el

útero, comienzan a ser más peligrosas que el nacer prematuramente, es necesario que sean conocidas y discutidas por obstetras y neonatólogos. En el caso de un parto prematuro, permite al equipo de atención neonatal prepararse anticipadamente para recibir al niño, conociendo las patologías concomitantes que puedan existir. Cuando se trata de decidir la interrupción del embarazo, se requiere conocer cuáles son las expectativas de vida que tienen los prematuros en la Unidad donde va a nacer y evaluar conjuntamente con los obstetras si éstas son mejores que el riesgo que está teniendo dentro del útero.

- Corticoides prenatales: Este debe ser considerado un hito en la prevención de uno de los mayores problemas de la prematuridad.
- Cesárea o parto vaginal. La vía de resolución del parto es motivo de controversia en cuanto a cuál es aquella forma que tiene menos riesgos para el niño prematuro. Algunos estudios comunican menor incidencia de hipoxia, trauma y hemorragia intracraneana en los niños de bajo peso cuando éstos nacen por cesárea. Sin embargo, estudios posteriores no han demostrado que la operación cesárea de rutina proporcione ventajas para el prematuro. No existen estudios prospectivos con resultados concluyentes.

Es importante que cada centro evalúe su propia experiencia. Como recomendación general, se considera conveniente ofrecer un parto vaginal cuando el trabajo se inició espontáneamente, la presentación es cefálica de vértice y las condiciones maternas y fetales son normales, siempre que se trate de un feto único. Esto exige un especial control del desarrollo del trabajo de parto.

MORBILIDAD DEL PREMATURO Y RN DE BAJO PESO DE NACIMIENTO.

La característica que define la patología del prematuro es la inmadurez de sus diferentes sistemas, los cuales no están preparados para responder a las exigencias de la vida extrauterina. De acuerdo a esto, a menor edad gestacional más graves y frecuentes son los problemas de adaptación y más complejo su tratamiento. Prácticamente no hay ningún órgano o sistema que no requiera de una adecuación a las nuevas condiciones que demanda la vida

extrauterina y que en el caso del prematuro puede estar afectado y requiere de cuidado. Los problemas más críticos se dan en el sistema respiratorio y cardiocirculatorio, los cuales, ponen rápidamente en peligro la vida del niño. Problemas frecuentes y de gravedad variable, se relacionan con: la regulación de su temperatura; la nutrición y alimentación; las infecciones; la hemorragia intracraneana y la hiperbilirrubinemia.

- Problemas de adaptación respiratoria.
- Termorregulación. Uno de los primeros avances importantes en el cuidado del prematuro fueron las observaciones sobre las dificultades que este tiene para mantener su temperatura y la relación de esto con la mortalidad.
- Nutrición. La nutrición del prematuro presenta desafíos tanto desde el punto de vista de tener requerimientos más altos de algunos nutrientes comparado con el niño a término, como por las limitaciones que tiene para alimentarse por la inmadurez anatómico funcional de su tubo digestivo.

El lograr una nutrición adecuada tiene impacto en el desarrollo de todos los órganos y sistemas del prematuro y por ende en facilitar la resolución de sus principales problemas de adaptación.

El momento de iniciar la alimentación enteral en el prematuro, ha sido motivo de controversia. Como norma general, se requiere que antes de iniciarla se haya logrado la estabilización de funciones básicas como son el estado respiratorio, cardiocirculatorio y la termorregulación.

En los niños de menos de 1.500 gr., esta estabilización es más demorosa y lo habitual es que se requiera dejarlos en régimen 0 por 24 a 72 horas. No es posible establecer normas rígidas en este aspecto. Se requiere balancear las ventajas que tiene la alimentación precoz con los problemas que ella puede producir. El aporte enteral, especialmente si es leche humana fresca de la propia madre, aunque sea en pequeñas cantidades, estimula la maduración intestinal, disminuye la ictericia colestásica que se asocia a la alimentación parenteral y aporta factores de inmunidad. En esta decisión hay que considerar

las facilidades de enfermería, la experiencia de cada Unidad y las posibilidades de administrar alimentación parenteral completa.

El alimento de elección para el prematuro es la leche fresca de la propia madre. Esta tiene una composición más rica en proteínas y sodio que la leche madura, y es así más concordante con las necesidades nutricionales del prematuro. Sus ventajas inmunológicas son imposibles de reproducir con una fórmula artificial. En el caso de los niños de menos de 1.500 g. se requiere adicionar algunos nutrientes que están contenidos en forma insuficiente en la leche humana: calcio; fósforo; vitaminas A, C y D; proteínas y algunos oligoelementos. Esto se ha visto facilitado por la existencia de productos comerciales denominados suplementos de la leche humana, que cumplen con aportar los nutrientes arriba mencionados.

La mayoría de los niños de menos de 34 semanas y de peso inferior a 1.800 g. tienen una función de succión y deglución inmaduras y requieren ser alimentados por sonda nasogástrica.

Como criterio general, mientras más prematuro un niño se debe ser más cuidadoso en el inicio de la alimentación y en su técnica. Comenzando con volúmenes pequeños fraccionados en 1 a 3 hrs. según el caso, y evitando aumentos bruscos en el volumen administrado. Esto último se ha asociado a enterocolitis necrotizante.

- Infecciones: La alta incidencia de infecciones en los prematuros es un hecho descrito desde los comienzos de la Neonatología. Estas evolucionan con rapidez hacia una generalización con carácter de septicemia. Esto se debe principalmente a una inmadurez en su inmunidad celular.

El prematuro puede tener infecciones parasitarias, virales y bacterianas. Las virales y parasitarias son adquiridas en su gran mayoría dentro del útero. Las bacterianas son las más frecuentes.

- Hemorragia Intracraneana. La hemorragia intracraneana que se ve especialmente en el prematuro es la periventricular. Esta es una complicación grave, más frecuente en los niños de 1.500 g., y que aumenta a menor peso. ²⁸

Su incidencia ha disminuido desde la década de los 70, cuando en los prematuros con pesos inferiores a 1.500 g. era de 39 a 49%. En la década de los 80 ha disminuido a alrededor de un 20%, según datos de estudios colaborativos en los Estados Unidos de América. Sin embargo, hay una gran variabilidad entre las distintas unidades. Es necesario que cada centro tenga su propio registro al respecto. En nuestra unidad, la incidencia periventriculares en RN de menos de 1500g bajo de un 23% en la década del 80 a un 14% en la década de los 90. En recién nacidos de 500 a 750 g se han reportado incidencias de hasta 70%.¹⁹

La hemorragia intraventricular, puede dar escasas signología clínica, o signos clínicos sugerentes, tales como un brusco deterioro general y/o descenso del hematocrito. Es la ultrasonografía cerebral la que permite el diagnóstico preciso y su gravedad.

La clasificación más utilizada es la descrita por Papile:

Grado I: Cuando hay sólo hemorragia de la matriz germinal subependimaria sin que pase a los ventrículos laterales.

Grado II: Hay paso de sangre a los ventrículos sin provocar dilatación.

Grado III: Hay sangre que ocupa los 2/3 de los ventrículos con dilatación de éstos.

Grado IV: Hay, además de lo anterior, hemorragia intraparenquimatosas.

Los grados III y IV son los más graves en cuanto a pronóstico vital y especialmente en la incidencia de secuelas.²⁸

Los principales factores que condicionan el que los prematuros presenten esta complicación son: una anatomía vascular más lábil en la región subependimaria y limitaciones en su capacidad para la autorregulación del flujo cerebral. Esto implica que todos los factores que alteran la presión arterial repercuten en el flujo cerebral y por ende en el riesgo de hemorragia. Para su prevención es de especial importancia la estabilidad hemodinámica del

paciente. La administración cuidadosa de líquidos evitando su infusión rápida ha demostrado disminuir la incidencia de hemorragia. Por último hay que evitar episodios de hipoxia e hipercapnia que alteran el flujo cerebral y su regulación y pesquisar oportunamente alteraciones de los factores de la coagulación.

- Hiperbilirrubinemia

La hiperbilirrubinemia es un problema muy frecuente en el prematuro debido a la inmadurez de su sistema de conjugación y excreción hepático.

En los recién nacidos prematuros el pasaje de bilirrubina al sistema nervioso central puede ocurrir con cifras bastante más bajas que en el niño a término.

Esto se debe a que el prematuro presenta con frecuencia condiciones para que aparezca bilirrubina libre no conjugada, es decir no unida a la albúmina sérica, capaz de atravesar la barrera hematoencefálica. Entre estos hay que mencionar los siguientes: bajas proteínas séricas, acidosis, enfriamiento. Por estas razones se trata de prevenir el problema utilizando la fototerapia preventiva precozmente, con cifras de bilirrubina bastante más bajas que las peligrosas. Estas varían según el peso y las condiciones del niño. La bilirrubina debe controlarse diariamente en los primeros días de vida.⁶

- Otras Causas de Morbimortalidad

Los prematuros presentan con frecuencia alteraciones de la homeostasis del calcio y de la glucemia, especialmente en los primeros días de vida. La glucemia y la calcemia deben ser controladas durante este período, especialmente en los prematuros de muy bajo peso que pueden tener hipoglucemia e hipocalcemia sintomáticas.³⁰

También son frecuentes las alteraciones de la coagulación y la anemia. Estas patologías deben ser consideradas para su oportuna pesquisa y eventual prevención. Los prematuros requieren suplemento de hierro cuando cumplen 2 meses de edad postnatal o cuando duplican el peso. Se les administra 2 a 4mg/Kg./día de hierro elemental.

La enterocolitis necrotizante (ECN) es otra complicación temible que afecta especialmente a los prematuros. Tiene una alta mortalidad y morbilidad. Su fisiopatología es multifactorial. Está condicionada fundamentalmente por la inmadurez anatómica-funcional e inmunológica del intestino sobre el cual actúan factores predisponentes como son: la hipoxia, la hipoperfusión del intestino, la alimentación muy precoz con volúmenes altos y la invasión de la mucosa intestinal por diferentes gérmenes.²¹

En los últimos años se estudia el rol que juega el factor activador de plaquetas en su etiopatogenia. Este se ha encontrado elevado en los recién nacidos con ECN. En estudios animales, el uso de antagonistas de este factor ha frenado la enfermedad

En su prevención hay que considerar todos los factores antes mencionados y usar leche materna, teniendo precaución de no alimentar en forma muy precoz y con aumento brusco de volúmenes. Hay que estar alerta a sus primeros síntomas, que son poco específicos: alteraciones de la termorregulación, apnea, hipotonía, baja reactividad. Más específicos y típicos es la triada de residuo gástrico bilioso, distensión abdominal y deposiciones con sangre. La confirmación del diagnóstico se hace con la radiografía de abdomen donde se observan imágenes típicas de gas intraluminal: neumatosis intestinal aire en la circulación portal.

Por último mencionaremos la fibroplasia retrolental, importante causa de ceguera en los niños. El sustrato fundamental para su génesis es la inmadurez de los vasos retinianos y la exposición a altas presiones parciales de oxígeno.

Morbilidad del Recién Nacido Pequeño para la Edad Gestacional.

Estos niños tienen una morbilidad propia relacionada con la desnutrición e hipoxia crónica que sufren dentro del útero. Esta se agregará a los problemas propios del prematuro en caso de que se trate de niños pretérmino PEG. Los problemas que mencionaremos se ven especialmente en aquellos niños PEG que están bajo el percentil 6 y con mayor frecuencia si están bajo el 2 de las curvas de crecimiento intrauterinas utilizadas en nuestra Unidad.¹³

- Mayor incidencia de asfixia perinatal y en algunos casos se ha descrito hipertensión pulmonar persistente.
- Hipoglucemia: la falta de reservas de glicógeno condiciona que en las primeras 24 a 48 horas de vida estos niños tengan mayor riesgo de hipoglucemia. Se debe controlar sistemáticamente durante este período c/4-6 hrs. Para su prevención, se debe iniciar precozmente la alimentación oral o en los RN PEG de muy bajo peso, iniciar una infusión de suero glucosado, con una carga de 4 a 6 miligramos de glucosa por Kg. por minuto. La hipoglucemia se acompaña a veces de hipocalcemia.³⁰
- Poliglobulia: como resultado de la hipoxia crónica, estos niños presentan con frecuencia poliglobulia, que se define como un hematocrito venoso mayor de 65%. Esta debe tratarse con un recambio parcial de sangre por plasma o suero fisiológico, cuando presenta síntomas o si el hematocrito excede el 70%.
- Enterocolitis Necrotizante: En todos los niños bajo el percentil 2, esta es una complicación que se debe tener presente. Hay que considerar las medidas preventivas anteriormente mencionadas, en especial el ser muy cuidadoso en el inicio de la alimentación y en el aumento de ésta.²¹
- Malformaciones, estigmas de infecciones virales congénitas y genetopatías. Los RN con este tipo de problemas son con frecuencia RN PEG severos. Este hecho debe tenerse presente cuando se está evaluando a este tipo de niños.

El prematuro y sus padres.

Todo el período neonatal es un tiempo muy importante para la relación de los padres con su hijo. Para la madre es un momento especialmente sensible e importante para el fortalecimiento de sus vínculos maternos. Esto adquiere gran relevancia para el niño muy prematuro que requiere de períodos largos de hospitalización. Los estudios de Klaus demostraron como este vínculo se debilitaba radicalmente cuando las madres estaban impedidas de visitar y tocar

a sus hijos prematuros. Por eso este contacto debe ser estimulado y facilitado en las unidades de prematuros y de cuidados intensivos neonatales. Quien ha podido observar el cariño y la abnegación que van desarrollando las madres en contacto con sus niños prematuros, se da cuenta de la importancia que esto tiene para el desarrollo del niño dentro de la Unidad y para el cuidado futuro después del alta. ¹⁵

Seguimiento del Prematuro y Recién Nacido de bajo peso

Todos los prematuros con peso inferior a 1.500 g. o que han requerido de cuidado intensivo, deben entrar en un programa de seguimiento especial con controles regulares. Este tiene por objeto apoyar a los padres, evaluar su desarrollo y dar guías para estimularlo; requisar y tratar oportunamente problemas que resultan de su patología neonatal. Los problemas más frecuentes son: la displasia broncopulmonar; diversas alteraciones o retrasos en el desarrollo psicomotor; alteraciones sensoriales, especialmente auditivas y la fibroplasia retrolental. La intervención oportuna en cada uno de estos campos puede prevenir o paliar el desarrollo de mayores complicaciones. ⁹

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Según lo publicado por la Organización Mundial de la Salud (OMS) en 1979, el 18% de los recién nacidos en los países en vía de desarrollo presentó bajo peso al nacer, lo que establece como un problema de salud pública.

A raíz de lo anterior y tomando en cuenta los servicios con los que contamos en el Estado de Tabasco, no deberíamos tener este problema en nuestra población derechohabiente en la Jurisdicción Sanitaria de Tenosique Tabasco es por lo que surge la idea de realizar el presente trabajo que tiene como objetivo conocer la frecuencia de bajo peso al nacer en niños a término, de 37 a 42 semanas de gestación donde el problema no debe estar presente, así mismo identificar los factores relacionados, para poder incidir con acciones en la consulta de medicina familiar en la población del municipio de Tenosique, Tabasco, México.

¿Cuál es la frecuencia de recién nacidos con bajo peso al nacer en el Hospital Municipal de Tenosique, Tabasco en el 2005?

JUSTIFICACION

El Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF), reporta para México una incidencia de bajo peso al nacer de 12% para el periodo 1980 a 1988, sin embargo no existen reportes para la edad gestacional de estos infantes, ni los factores pre y gestacionales que pudieran dar una respuesta a la incidencia del problema.

Los informes que se tienen de diferentes Instituciones a nivel nacional varían de acuerdo al tipo de atención a otro (primero, segundo y tercer nivel de atención) en los últimos años se ha venido incrementando el interés de los investigadores tanto nacionales como internacionales por el estudio de las recién nacido con bajo peso al nacer (RNBP) constatándose simultáneamente una marcada a ubicar esta condición en su justo nivel de importancia.

El niño de muy bajo peso es probablemente el mayor problema de la patología neonatal, es la causa de mas del 50% de mortalidad total de países de desarrollo, el grado de desarrollo alcanzado por la madre, guarda estrecha relación con el riesgo que corre el recién nacido, por eso en América latina donde la ignorancia y la desnutrición son frecuentes entre la madre y el bajo peso al nacer se convierten en un agravante más en la supervivencia de estos infantes, el bajo peso al nacer con cifras inferiores de 2500 gr., es una de las causas más importantes para la mortalidad infantil y perinatal.

Hay una gran variedad de factores socio-económicos y culturales que influyen sobre las condiciones y estilos de vida de la mujer que inciden en este problema y que deben ser considerados. La intervención sobre ellos escapa muchas veces a la acción médica directa. Hay otros factores que si son responsabilidad directa de la atención médica:

El objetivo de nuestro estudio fueron conocer los factores de relacionados al recién nacido de bajo peso así como la prevalencia en el municipio de Tenosique, Tabasco México. Con la finalidad de poder identificar los factores asociados, y poder prestar atención preventiva de calidad a nuestras pacientes en su etapa de embarazo, e incidir en la disminución de recién nacidos con bajo peso.

OBJETIVOS

OBJETIVO GENERAL

Determinar la frecuencia y factores relacionados de recién nacidos con bajo peso al nacer en el Hospital Municipal de Tenosique, Tabasco en el 2005.

OBJETIVOS ESPECIFICOS

1.- Cuantificar el número de recién nacidos con bajo peso al nacer en el Hospital Municipal de Tenosique Tabasco en el periodo Enero – Diciembre 2005.

2.- Conocer las características del control prenatal y resolución del embarazo de los recién nacido de bajo peso al nacer en el Hospital Municipal de Tenosique Tabasco en el periodo Enero – Diciembre 2005.

3.- Describir las características de la comunidad de procedencia de las madres de recién nacidos con bajo peso al nacer en el Hospital Municipal de Tenosique Tabasco en el periodo Enero – Diciembre 2005.

METODOLOGIA

TIPO DE ESTUDIO.

Observacional, descriptivo, de corte transversal.

DEFINICION DE LA POBLACIÓN DE ESTUDIO.

El presente de estudio se realizo en población abierta, al total de recién nacidos con bajo peso al nacer, atendidos en el periodo 1º de enero al 31 de diciembre del 2005 en el Hospital Municipal de Tenosique, Tabasco, se revisaron los expedientes y formatos de historia clínica perinatal de todas las embarazadas, se tomaron en cuenta a todos los recién nacidos vivos con un peso menor de 2.500 Kg. De 37 a 42 semanas de gestación.

UNIDAD DE ANALISIS.

Recién nacidos vivos con un peso menor de 2.500 Kg. de 37 y 41 semanas de gestación

UNIVERSO.

Los 21 recién nacidos con bajo peso al nacer, atendidos en el periodo 1º de enero al 31 de diciembre del 2005, en el Hospital Municipal de Tenosique, Tabasco.

CRITERIOS DE INCLUSION.

Recién nacidos con un peso menor de 2.500 Kg., de 37 a 41 semanas de gestación, atendidos en el periodo 1º de enero al 31 de diciembre del 2005, en el Hospital Municipal de Tenosique, Tabasco.

CRITERIOS DE EXCLUSION.

Recién nacidos con un peso menor de 2.500 Kg., de menos de 37 semanas de gestación, atendidos en el periodo 1º de enero al 31 de diciembre del 2005, en el Hospital Municipal de Tenosique, Tabasco

CRITERIOS DE ELIMINACION

1.- Recién nacidos con un peso menor de 2.500 Kg., de 37 a 41 semanas de gestación, atendidos en el periodo 1º de enero al 31 de diciembre del 2005, en el Hospital Municipal de Tenosique, Tabasco, con malformaciones congénitas.

2.- Recién nacidos con un peso menor de 2.500 Kg., de 37 a 41 semanas de gestación, atendidos en el periodo 1º de enero al 31 de diciembre del 2005, en el Hospital Municipal de Tenosique, Tabasco cuyas madres presenten enfermedad toxémica del embarazo

VARIABLES.

VARIABLE DEPENDIENTE

Recién nacidos con bajo peso: Recién nacidos con un peso menor de 2.500 Kg., de 37 a 41 semanas de gestación.

VARIABLE INDEPENDIENTE:

CONTROL PRENATAL:

Trimestre en el que se otorga la primera consulta de control prenatal.
Cuantitativa ordinal

No de Consultas durante el embarazo. Cuantitativa ordinal.

Laboratoriales durante el embarazo: Cualitativa nominal.

DEL RECIEN NACIDO.

Sexo: Identificación por caracteres biológicos. Cualitativa nominal.

METODO DE RECOLECCION, ANALISIS Y PRESENTACION DE LA INFORMACION.

Se revisaron los expedientes clínicos de pacientes con diagnóstico de atención de Parto del servicio de ginecología y obstetricia y que reunieron los criterios de inclusión para este trabajo de investigación a las que se les estudiaron las hojas de egreso, de control prenatal, historia clínica y estudio socioeconómico para identificar las variables maternas y del recién nacidos en el hospital municipal de Tenosique, Tabasco.

Para el procesamiento de los datos obtenidos, se creó una base de datos en el programa Microsoft Excel 2003, el análisis se llevó en el programa SPSS 11.5 a través de medidas descriptivas, la presentación de esta información se realizó mediante cuadros y gráficos a fin de objetivar la misma.

CONSIDERACIONES ETICAS.

El presente trabajo de investigación se realizó en base a los preceptos médicos y legales que protegen la integridad física y emocional del paciente. Según los criterios de Helsinki, por lo que los procedimientos que se realizaron no implicaron un riesgo para la salud del paciente, situación que les fue notificada en la entrevista, así como aceptación a participar mediante carta de consentimiento informado. (Anexo 2).

RESULTADOS

El hospital de Tenosique, atiende a una población total de 60,718 habitantes, de los cuales el 70.7% de esta población, cuenta con seguro popular, es decir un total de 42,927 habitantes. El 19.5% de la población total corresponde a mujeres en edad fértil, con un total de 11,812 mujeres. Las cuales son atendidas en el Hospital Municipal de Tenosique.

El Hospital Municipal de Tenosique, es una unidad de atención que cuenta con atención de primer nivel de Salud, los 365 días del año, cuenta con una infraestructura física de 9 consultorios, en los que se brinda atención médica en 9 Núcleos Básicos, 1 consultorios de Odontología, 1 consultorio de Medicina Preventiva e Inmunizaciones, 1 consultorio de Ginecología, 1 consultorio de pediatría, 1 consultorio de Traumatología y 1 consultorio de Cirugía. Además cuenta con el servicio de rayos x, laboratorio.

En los últimos años la presencia de recién nacidos con bajo peso al nacer, a pesar de que el programa de materno infantil cuenta con todos los recursos para ir disminuyendo las patologías presentes en esta etapa, ocupa un lugar importante de demanda de consulta, con un importante incremento en los últimos años, básicamente los servicios del Programa de Control Prenatal que se otorgan corresponden a: Diagnostico, Seguimiento, Control y Tratamiento de la madre y el recién nacido, que implican acciones de tipo educativos, los factores de riesgo relacionados como son: las principales complicaciones, las cuales al presentarse son tratados y valorados por el segundo nivel de atención.

Para el presente estudio se estudiaron 21 pacientes con Diagnostico de Recién Nacidos con bajo peso del periodo comprendido del 1º de Enero del 2005 a 31 de Diciembre del 2005, de los cuales se llevo a cabo la revisión de control prenatal, y revisión de expediente del servicio de ginecoobstetricia del hospital aunado se realizo revisión de estudio socioeconómico de la paciente realizado por trabajo social.

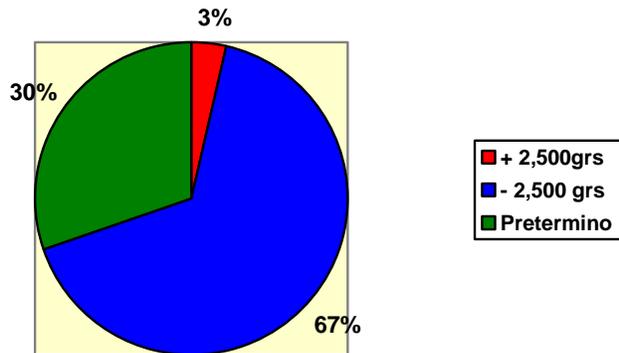
El total de atenciones en cuanto a atención de partos del Hospital de Tenosique en el año 2005 correspondió a, 599 atenciones de las cuales fueron 598 partos eutócicos y uno por cesárea, de estos fueron 180 recién nacidos pretermino, 398 a termino con peso de mas de 2,500 grs. y 21 recién nacido a termino con bajo peso al nacer. Los cuales nos ocupan la presente investigación. (Tabla 1, Grafico 1).

Cuadro 1. Distribución de Atenciones obstétricas del Hospital Municipal de Tenosique Tabasco 2005

No. de atenciones obstétricas		No	Porcentaje
Pretermino		180	30.05
A termino	+ 2,500 grs.	398	66.44
	- 2,500 grs.	21	3.51
TOTAL		599	100

Fuente: Archivo clínico.

GRAFICA 1.
Distribución de Atenciones obstétricas del Hospital Municipal de Tenosique Tabasco 2005



Fuente: Archivo clínico.

Los resultados encontrados en el presente estudio indican que la distribución de recién nacidos con bajo peso y sexo, se presenta con un 57.15% del sexo masculino y el 42.86% femenino. (Cuadro 2, Grafica 2)

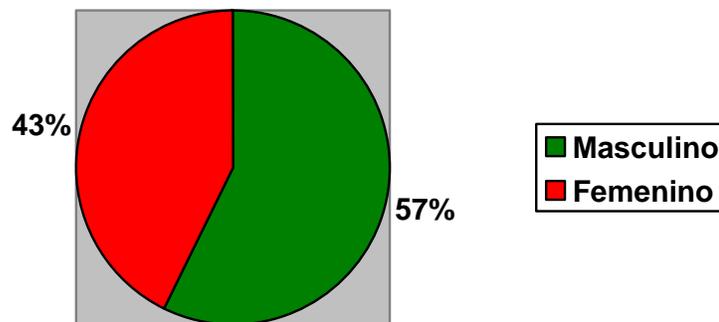
Cuadro 2. Distribución por sexo del Recién Nacido.

SEXO DEL RECIEN NACIDO	No	Porcentaje
MASCULINO	12	57.14
FEMENINO	9	42.86
Total	21	100,0

Fuente: Expediente clínico.

GRAFICA 2

Distribución por sexo del Recién Nacido.



Fuente: Expediente clínico.

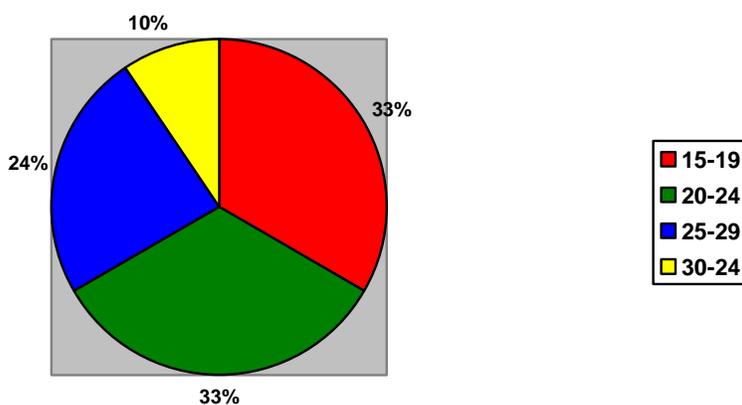
En lo referente a la edad de la madre de los recién nacidos con bajo peso al nacer encontramos que tenemos el 66.66% en menores de 25 años de edad, el 23.81% en pacientes de 25 a 29 años de edad, y el 9.52% en el grupo de 30-34. (Cuadro 2, Grafica 3).

Cuadro 3. Distribución por edad de la Madre

EDAD DE LA MADRE	No	%
15 – 19	7	33.33
20 - 24	7	33.33
25 – 29	5	23.81
30 - 34	2	9.52
TOTAL	21	100

Fuente: Expediente clínico

GRAFICA 3
Distribución por edad de la Madre



Fuente: Expediente clínico

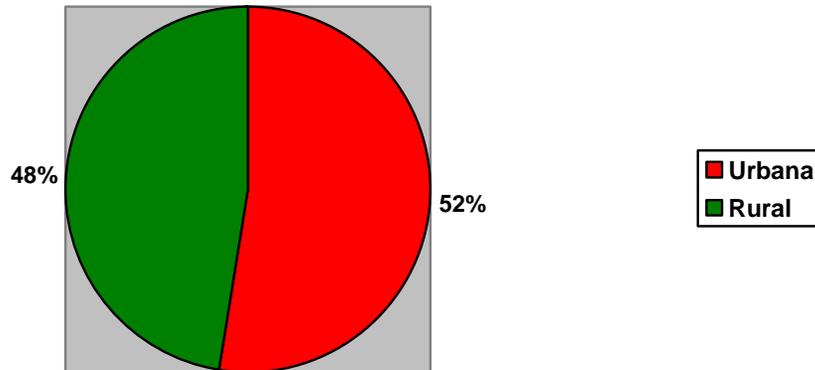
En cuanto al área de residencia de las madres tenemos que 52.38% corresponde al área urbana, y el 47.62% al área rural. (Cuadro 4, Grafico 4)

Cuadro 4. Distribución por lugar de residencia.

AREA DE PROCEDENCIA	No	Porcentaje
URBANA	11	52.38
RURAL	10	47.62
Total	21	100,0

Fuente: Expediente clínico

GRAFICA 4
Distribución por lugar de residencia.



Fuente: Expediente clínico

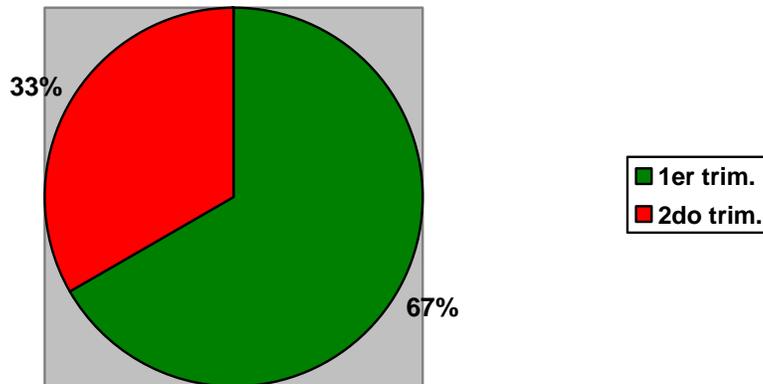
Con lo referente al control prenatal, la primera consulta ó captación de las pacientes y los laboratoriales por las unidades de primer nivel tenemos que el 9.5% de las pacientes no contaban con ninguna consulta de control prenatal, siendo esta del área rural, en el primer trimestre fueron captadas el 38.1% de las pacientes siendo estas del área urbana, en el segundo trimestre fueron captadas el 19% de las pacientes siendo del área urbana y el 14.3% del área rural, y por ultimo en el tercer trimestre con un 19% del total de las pacientes siendo estas del área rural.(Cuadro 5, Grafica 5 y 6).

Cuadro 5. Distribución de trimestre de captación de pacientes en consulta externa por lugar de residencia.

TRIMESTRE DE CAPTACIÓN EN CONSULTA EXTERNA	1ER TRIM.		2DO. TRIM.		3er TRIM		SIN CONTROL	
	No	%	No	%	No	%	No	%
URBANA	8	38.1	4	19.0	0	0	0	0
RURAL	0	0	3	14.3	4	19.0	2	9.5
Total	8	38.1	7	33.3	4	19.0	2	9.5

Fuente: Expediente clínico

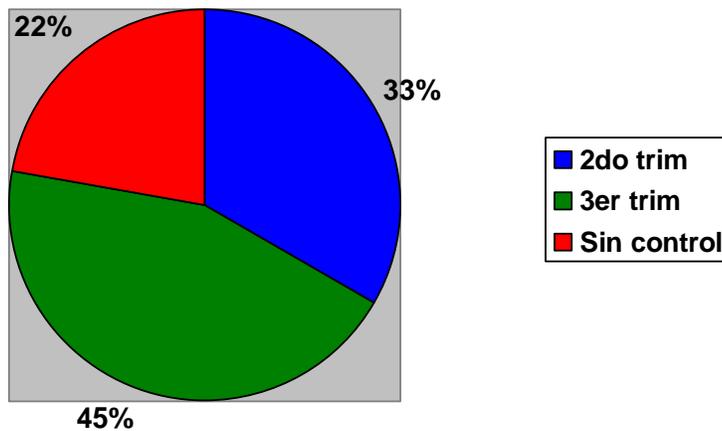
GRAFICO 5
Distribución de trimestre de captación de pacientes en consulta externa por lugar de residencia



AREA URBANA

Fuente: Expediente clínico

GRAFICO 6



AREA RURAL

Fuente: Expediente clínico

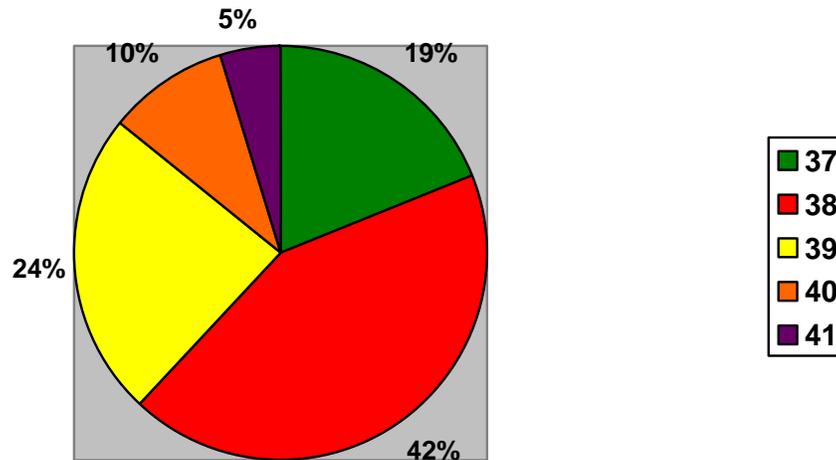
En lo referente a la semana de gestación en la cual se presenta el evento obstétrico considerado a termino, encontramos que el mayor porcentaje con un 42.9% lo encontramos a las 38 semanas de gestación, en segundo lugar con un 23.8% las pacientes que presentaron 39 semanas de gestación, en tercer lugar con un 19% las pacientes con 37 semanas de gestación, continuando con las pacientes que presentaban 40 semanas de gestación con un 9.5% y por ultimo con un 4.8% las que presentaron 41 semanas de gestación. Cuadro 6, Grafica 7)

Cuadro 6. Distribución por semanas de gestación

SEMANA DE GESTACION	No	%
37	4	19.0
38	9	42.9
39	5	23.8
40	2	9.5
41	1	4.8
TOTAL	21	100

Fuente: Expediente clínico

GRAFICA 7
Distribución por semanas de gestación



Fuente: Expediente clínico

DISCUSIÓN

Diversos estudios epidemiológicos sobre Recién nacidos de bajo peso demuestran la relación entre factores biológicos y ginecológicos que son determinantes en la presencia de este problema, así mismo existe la condición de ser modificables a través de medidas preventivas las cuales llevan implícitas actividades de prevención y educación para la salud.

Con respecto a los resultados encontrados en el presente estudio con respecto al sexo del producto encontramos que el mas afectado fue el sexo masculino con un 57.14% lo que coincide con lo encontrado por Garcia A. y cols. en su estudio realizado en Madrid España, y lo referido por Briceño Sainz así como lo referido por Fanaite y Cols en el Hospital "Dr. Rodolfo Prince Lara" en Venezuela, no coincidiendo con lo referido por Lemus y Cols. En su estudio realizado en el policlinico docente 19 de abril del municipio Plaza de la Revolución de Cuba.

De los resultados encontrados en el presente estudio en lo referente a la edad de la madre la más afectada menor a 25 años de edad con un 66.6% encontramos resultados concuerdan con lo encontrado en nuestro estudio es lo encontrado por Sodero y Cols en su estudio realizado en el Hospital J.R. Vidal en Argentina. Y a lo estudiado por Santos Rivera y Cols. En un estudio en Perú.

Con respecto a los resultados en el presente estudio sobre el area de residencia de las pacientes encontramos el area urbana con un 52.38% lo que no es coincidente con lo encontrado en estudio realizado por Faneite y Cols.

De acuerdo a los resultados en cuanto el inicio del control prenatal vemos que las mas tardíamente inician o no presentaron ninguna consulta de control prenatal fue el área rural los cuales nos reportan 42.9% es similar a lo encontrado por Rivera y Cols. en su estudio realizado en el 2002 en Perú.

Con lo referente a las semanas de gestación que presentaron las madres de

recien nacidos con bajo peso fueron en la semana 37 referidos en el presente estudio que el 42.9% presentaron solo una pareja sexual es similar a lo referido en su estudio por Bolzan y Guimarey en el Hospital de niños en Buenos Aires Argentina.

CONCLUSION

Al termino de este trabajo se puede concluir: La frecuencia de bajo peso al nacer de niños a termino en el hospital municipal de tenosique, tabasco fue de (3.5%) para el año 2005.

- El total de atenciones en cuanto a atención de partos del Hospital de Tenosique en el año 2005 correspondió a, 599 atenciones de las cuales fueron 598 partos eutocicos y uno por cesárea, de estos fueron 180 recién nacidos pretermino, 398 a termino con peso de mas de 2,500 grs. y 21 recién nacido a termino con bajo peso al nacer. Los cuales nos ocupan la presente investigación.
- La distribución de recién nacidos con bajo peso y sexo, se presenta con un 57.15% del sexo masculino.
- La edad de la madre de los recién nacidos con bajo peso al nacer encontramos que tenemos el 66.66% en menores de 25 años de edad.
- El área de residencia de las madres tenemos que 52.38% corresponde al área urbana.
- El control prenatal, la primera consulta ó captación de las pacientes y los laboratoriales por las unidades de primer nivel tenemos que el 9.5% de las pacientes no contaban con ninguna consulta de control prenatal, siendo esta del área rural, en el primer trimestre fueron captadas el 38.1% de las pacientes siendo estas del área urbana, en el segundo trimestre fueron captadas el 19% de las pacientes siendo del área urbana y el 14.3% del área rural, y por ultimo en el tercer trimestre con un 19% del total de las pacientes siendo estas del área rural.
- La semana de gestación en la cual se presenta el evento obstétrico considerado a termino, encontramos que el mayor porcentaje con un 42.9% lo encontramos a las 38 semanas de gestación

Estos factores relacionados pueden ser prevenidos y controlados, aplicando estrategias apropiadas como:

1.- Adecuados programas de educación sexual, dirigido principalmente a las adolescentes y mujeres en edad reproductiva, para prevenir embarazos no deseados.

2.- reforzar las acciones de los programas institucionales de control prenatal, para difundir la importancia de los cuidados de salud y nutrición durante el embarazo, principalmente zonas marginadas.

3.-concienciar a los padres sobre la educación materna y exhortándolos a exigir a sus hijos la conclusión mínimas de estudios primarios.

4.- Ampliación de la vigilancia preconcepcional mediante la educación sobre el espaciamiento de las embarazadas sobre todo si la mujer ha tenido hijos con bajo peso al nacer.

BIBLIOGRAFIA

1. Fernando Althabe. Parto Pretermino. Vol – 1 Medicina familiar y Practica
2. Ambulatoria 2004, Pág. 526 - 527
3. Roberto Ahued. Restricción en el Crecimiento Intrauterino, Ginecología Obstetricia 2003, Cáp. 15 Pág. 35. Cáp.54 Pág. 531.
4. Roberto Berkow. Enfermedades de los Recién nacidos y Lactantes, Manual de Merk.2002. Cáp. , 189 Pág., 2184,
5. Francisco Javier Mercado. El proceso de Salud-Enfermedad en el Niño y el Adolescente, Situación de Latino América- Martinez- Martinez 2005. Pág. 3-13.
6. Norma Oficial Mexicana, NOM- 007 SSA. Atención a la Mujer Durante el Embarazo, Parto y Puerperio a Recién Nacido. 4,7.2- 4.10.
7. Glady Maria Cruz Laguna- Comportamiento del Bajo Peso al Nacer. Hospital Docente Vladimir 1999,-2003. La Habana Cuba.
8. Pablo Vilchi, Juan Gallardo. Mortalidad Perinatal, una Propuesta de Análisis. Ginecol Obstetra, Méx. 2002. 70 (10)510-540.
9. García Arias-P, Zuluaga. Factores de Riesgo en la Mortalidad de los Recién Nacidos de muy Bajo Peso con Membrana Hialina. Vol. 63 num. 02. 2002.
10. Silvia Valencia Verde-Bárbara Castillo. Evaluación del Programa para la Reducción del Bajo Peso al nacer en la Provincia de Santiago de Cuba. Rev. Cubana Med. Gen. Interg. 1999.
11. Pedro Faneite A.-Clara Rivera. Recién Nacido de Bajo Peso. Evaluación-Rev. Obstet-Ginecol- Venezuela 2002- 62
12. Gil Vicente Sarmiento- Javier Pagula Leyva. Importancia de los Antecedentes Maternos en el Recién Nacido de Bajo Peso. Rev. Cubana Med. Gen. Intergr.2000.
13. Beatriz Azures López. Algo de Neonatología. Rev. Medica. Hospital General de México. DF,- Vol.64 num. 1. Ene-Mar 2001.
14. Víctor José Tovar Guzmán-Maria Lourdes Flores Luna. Perinatología y Reproducción Humana- Perinatol-Reprod. Hum. 2002- Vol.- 16.
15. INEGI. Porcentaje de nacidos vivos con bajo peso al nacer por entidad federativa. FUENTE: Boletín información estadísticas de programas sustantivos. Vol. III. Num. 22. Méx. DF 2003.

16. Sodero Hipólito-Lezcano Silviana A. Características del recién nacido en madres adolescentes en el hospital Dr. J. R. Vidal, división materna, sector obstetricia Argentina 2001.
17. Andrés Bolzan-Luís Guimarey. Tamaño corporal del recién nacido y estado nutricional materno durante la gestación. Medicina infantil vol. IV num. 4, 1997. hospital materno infantil San Clemente de Tuyu, Buenos Aires, Argentina.
18. Organización Panamericana de la salud perfil de los niños en centro América 1999.
19. José R. Bello Muñiz – Recién nacido de muy bajo peso. Morbilidad 2001.
20. Antonio J. Briseño Sainz – restricción en el crecimiento intrauterino – ginecología y obstetricia, 2003.
21. Daniel Clover Isas – Recién nacidos de muy bajo peso. 2001.
22. Bury. RG, Tudehope D= Antibióticos enterales para la prevención de la enterocolitis necrosante en Recién nacidos prematuros o de bajo peso al nacer.
23. Félix Rafael Martines Leye Recién nacidos con peso 2500 gr. Y menos, factores biológicos que influyeron en su producción 2003.
24. Freddy Hernández Cisneros y col. – Recién nacido de bajo peso al nacer, comportamiento de algunos factores – revista de cuba 2002-44-49.
25. T J Boma J K Weinstein Rustein Datos sobre el peso al nacer en países en desarrollo, 2000.
26. Inés Hernández Herrera, Factores de incidencia sobre el recién nacido de bajo peso y pretermino 2001.
27. Udaeta – Mora E. El recién nacido: neonato de bajo peso Rev. Méx. 2001.
28. Stüsser R. y cols. Riesgo de bajo peso al nacer en el área Plaza de la habana 2001.
29. Pedro Faneite A, y cols. Departamento de Obstetricia y Ginecología, Hospital “Dr. Adolfo Prince Lara”, Puerto Cabello, Estado Carabobo. 2002 .

A N E X O S

EXAMENES COMPLEMENTARIOS			
Día	Mes		

HOSPITALIZACION					
ESTABLECIMIENTO	INGRESO		EGRESO		
	Día	Mes	Día	Mes	

* OBSERVACIONES

CARNET PERINATAL

- * El embarazo no es una enfermedad, pero exige vigilancia del equipo de salud para evitar complicaciones.
- * Es importante que su primera consulta al centro de salud sea lo más pronto posible.
- * Cumpla con las citas y las recomendaciones que le sean dadas.

Este carné contiene información indispensable para su salud y la de su hijo. Llévelo con Ud. Como si fuera un documento y entreguelo al equipo de salud toda vez que requiera una atención, ya sea para el embarazo, parto, puerperio o control de crecimiento y desarrollo de su hijo.

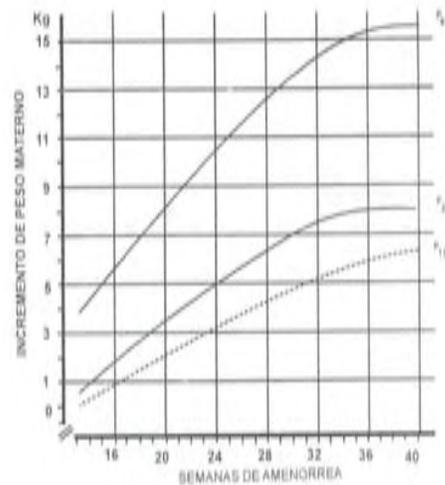
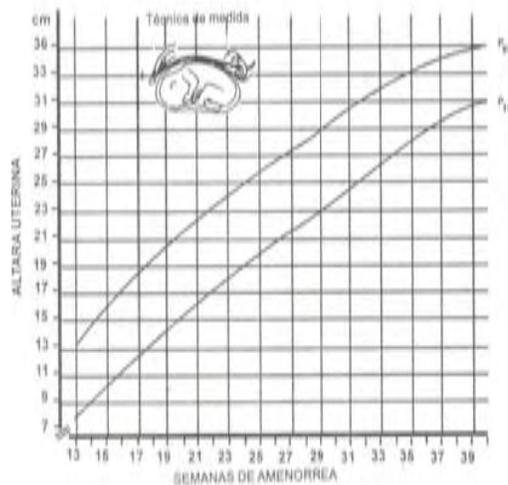
En caso de extravío se ruega dirigirse a

NOMBRE

DOMICILIO

TELEFONO

LOCALIDAD



CLAP OPS/OMS HISTORIA CLINICA PERINATAL .BASE										ESTABLEC.		N° H. C.							
NOMBRE _____										EDAD años		ESTAD. CIVIL							
DOMICILIO _____										menor de 15		causada estable soltera otros							
LOCALIDAD _____ TEL _____										ALFABETA		ESTUDIOS							
ANTECEDENTES PERSONALES FAMILIARES: diabetes <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> TBC <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> TBC pulmonar <input type="checkbox"/> hipertension <input type="checkbox"/> gemelares <input type="checkbox"/> otros <input type="checkbox"/> otros <input type="checkbox"/> PERSONALES: diabetes <input type="checkbox"/> hipertension cronica <input type="checkbox"/> cirugía plvica-uterina <input type="checkbox"/> infertilidad <input type="checkbox"/>										OBSTETRICOS gestas <input type="checkbox"/> abortos <input type="checkbox"/> vaginles <input type="checkbox"/> nacidos vivos <input type="checkbox"/> vien <input type="checkbox"/> (p anterior embarazo) mes año <input type="checkbox"/> ringulo 0 <input type="checkbox"/> más de 3 partos <input type="checkbox"/> algún RN menor de 2500 g <input type="checkbox"/> gemelares <input type="checkbox"/> jatos <input type="checkbox"/> cesáreas <input type="checkbox"/> nacidos muertos <input type="checkbox"/> muertos 1ª sem <input type="checkbox"/> después 1ª Sem. <input type="checkbox"/> RN con mayor peso <input type="checkbox"/> g									
EMBARAZO ACTUAL PESO ANTERIOR <input type="checkbox"/> kg TALLA (cm) <input type="checkbox"/> FFP FUM <input type="checkbox"/> DUDAS <input type="checkbox"/> ANITETANICA <input type="checkbox"/> actual 1a <input type="checkbox"/> 2a <input type="checkbox"/> 3a <input type="checkbox"/> GRUPO <input type="checkbox"/> FUMA <input type="checkbox"/> HOSPITALIZACION <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> PREVIA <input type="checkbox"/> mes gesta <input type="checkbox"/> Rh <input type="checkbox"/> sensibil <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> Hb <input type="checkbox"/> dias mes <input type="checkbox"/> dias mes <input type="checkbox"/> dias mes <input type="checkbox"/> dias mes <input type="checkbox"/> EX. CLINICO normal <input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> EX. MAMAS normal <input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> EX. OOCIT. normal <input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> PELVIS normal <input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> PARAMIC normal <input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> COLPOSCOPIA normal <input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> CERVIX normal <input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> VDRL <input type="checkbox"/> dia mes <input type="checkbox"/> dia mes <input type="checkbox"/> dia mes <input type="checkbox"/> dia mes <input type="checkbox"/>										TRASLADO <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> lugar _____ Fecha de la consulta 1/ 2/ 3/ 4/ 5/ 6/ 7/ 8/ 9/ semanas de amenorrea <input type="checkbox"/> peso (kg) <input type="checkbox"/> tension arterial max/min (mm hg) <input type="checkbox"/> alt. Uterina /presen. Pubic fondo /Ct.Psu./h <input type="checkbox"/> F.C.P. /Lat (min.) /Mov. Fetal <input type="checkbox"/> Edema <input type="checkbox"/> Proteinuria <input type="checkbox"/>									
PARTO ABORTO CONSULTA PRENATAL ORIGEN <input type="checkbox"/> en el hosp. <input type="checkbox"/> con camé. <input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> INGRESO <input type="checkbox"/> temperatura <input type="checkbox"/> °C EDAD GEST. sem. menor 37 <input type="checkbox"/> mayor 41 <input type="checkbox"/> PRES. cef. <input type="checkbox"/> pelv. <input type="checkbox"/> tran. <input type="checkbox"/> TAM AÑO FETAL acorde <input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> INICIO <input type="checkbox"/> hora <input type="checkbox"/> min. <input type="checkbox"/> dia <input type="checkbox"/> mes <input type="checkbox"/> año <input type="checkbox"/> MEMBRANAS <input type="checkbox"/> hora <input type="checkbox"/> min. <input type="checkbox"/> dia <input type="checkbox"/> mes <input type="checkbox"/> fecha ruptura <input type="checkbox"/>										TRABAJO DE PARTO hora <input type="checkbox"/> tension arterial máx./mín. (mm hg) <input type="checkbox"/> contracciones frec./10 min /dur seg <input type="checkbox"/> altura /var. Posic. <input type="checkbox"/> F.c.f. / F.C. mat. (Latidos/minuto) <input type="checkbox"/> dilat. cerv. /meconio <input type="checkbox"/> TERMINACION: espont. <input type="checkbox"/> forceps <input type="checkbox"/> cesárea <input type="checkbox"/> otra <input type="checkbox"/> hora <input type="checkbox"/> min. <input type="checkbox"/> dia <input type="checkbox"/> mes <input type="checkbox"/> año <input type="checkbox"/> NIVEL DE ATENCION <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> domic. <input type="checkbox"/> otro <input type="checkbox"/> No. H. C. RN <input type="checkbox"/>					INDICACION PRINCIPAL DE PARTO OPERATORIO O INDUCCION ATENCION <input type="checkbox"/> médico <input type="checkbox"/> enf/ obst. <input type="checkbox"/> auxil. <input type="checkbox"/> estud/ empic. <input type="checkbox"/> Otro <input type="checkbox"/> nombre RN <input type="checkbox"/> PARTO <input type="checkbox"/> nombre <input type="checkbox"/> NEONATO <input type="checkbox"/> nombre <input type="checkbox"/> MEDICACION EN PARTO <input type="checkbox"/> anest. neg. <input type="checkbox"/> anest. gen. <input type="checkbox"/> analges. tranquil. <input type="checkbox"/> otros <input type="checkbox"/> antibiot. <input type="checkbox"/> otros <input type="checkbox"/>				
RECIE NACIDO En aborto y FM sólo sexo y peso <input type="checkbox"/> SEXO <input type="checkbox"/> PESO AL NACER <input type="checkbox"/> g PER. CEF. <input type="checkbox"/> cm EDAD POR EX. FISICO <input type="checkbox"/> sem. E.G. <input type="checkbox"/> to. <input type="checkbox"/> minuto <input type="checkbox"/> 50. <input type="checkbox"/> REANIM. RESPIR. <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> VDRL <input type="checkbox"/> ALD. CONJUNTO <input type="checkbox"/> HOSPITA- LIZADO <input type="checkbox"/> horas o dias post parto o aborto <input type="checkbox"/> Temperatura <input type="checkbox"/> pulso (lat./min.) <input type="checkbox"/> tension arterial máx./mín. (mm hg) <input type="checkbox"/> Invol. Uterina <input type="checkbox"/> características de loquios <input type="checkbox"/>										EXAMEN FISICO normal <input type="checkbox"/> anormal <input type="checkbox"/> PATOLOGIAS: ninguna <input type="checkbox"/> otros SDR <input type="checkbox"/> infecciones <input type="checkbox"/> otras <input type="checkbox"/> hemibrana hialina <input type="checkbox"/> hemorragia <input type="checkbox"/> defectos congen <input type="checkbox"/> sind. aspirat. <input type="checkbox"/> hiperbilirub. <input type="checkbox"/> Neurológicas <input type="checkbox"/> apnea <input type="checkbox"/> metab./nutric. <input type="checkbox"/> metab./nutric. <input type="checkbox"/>					EGRESO R.N. hora <input type="checkbox"/> dia <input type="checkbox"/> mes <input type="checkbox"/> sano <input type="checkbox"/> traslado <input type="checkbox"/> con patol. <input type="checkbox"/> fallece <input type="checkbox"/> ALIMENTO <input type="checkbox"/> pecho <input type="checkbox"/> mixto <input type="checkbox"/> artificial <input type="checkbox"/> PESO AL EGRESO <input type="checkbox"/> g EGRESO MATERNO dia <input type="checkbox"/> mes <input type="checkbox"/> año <input type="checkbox"/> sana <input type="checkbox"/> con patol. <input type="checkbox"/> fallece <input type="checkbox"/> ANTICONCEPCION <input type="checkbox"/> condon <input type="checkbox"/> d.i.u. <input type="checkbox"/> pildora <input type="checkbox"/> referida <input type="checkbox"/> Ligadura tubaria <input type="checkbox"/> ritmo <input type="checkbox"/> otro <input type="checkbox"/>				
Responsable: _____										Responsable: _____									
SIN RIESGO <input type="checkbox"/> MAL PRONOSTICO <input type="checkbox"/> RIESGO <input type="checkbox"/>																			

Este color significa ALERTA

DOC. INT. CLAP 10/91