



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE HONDURAS VALLE DE SULA
CARRERA DE MEDICINA
POST GRADO DE PEDIATRIA

TEMA:

FACTORES ASOCIADOS AL RECIÉN NACIDO PEQUEÑO PARA LA EDAD GESTACIONAL. HOSPITAL LEONARDO MARTÍNEZ VALENZUELA

Presentado por:
Dra. Águeda Anselá Arriola López

Asesor Clínico:

Dra. Elba Campos

Asesor Metodológico:

Dr. Manuel E. Bonilla C.

Comentado [WU1]: He revisado nuevamente el título y considero que se puede simplificar un poco más.
"Factores asociados al recién nacido pequeño para la edad gestacional. Hospital Leonardo Martínez Valenzuela"

o
"Factores asociados con el bajo peso al nacer. Hospital Leonardo Martínez Valenzuela"
Los detalles se pueden incluir en los Objetivos y planteamiento del problema.

Comentado [aa2R1]: Modificado

Comentado [aa3R1]: AGREGADA SPS, HONDURAS, ELIMINE PALABRAS... AUN TENTATIVA LA FECHA

San Pedro Sula, Cortés

Octubre del 2017

Agradecimiento

Agradezco a Dios, todopoderoso que me ha permitido llegar hasta este momento de mi vida y me ha mantenido perseverante para culminar una más de mis metas.

Agradezco a mi familia por acompañarme y mantenerme firme en este camino que decidí emprender con emoción y un tanto de inocencia hace tres años.

Agradezco a todos aquellos que se volvieron parte de mi formación y compartieron sus conocimientos para enriquecer el mío.

Y finalmente agradezco a mis compañeros, a esas diez personas, con las que reí, llore, soñé, me enoje, trabaje arduamente, a quienes en el transcurso de estos años aprendí a conocer y querer y hoy puedo decir firmemente que son parte de mi historia y siempre llevare en mi memoria.

Dedicatoria

Dedico este trabajo a quienes con su ejemplo de vida, trabajo, paciencia, dedicación, perseverancia, sacrificios y esfuerzos han sido y serán mis modelos a seguir, Rosa María y Oscar Rene, mis amados padres.

Índice

Resumen	5
Introducción	6
Capítulo 1: Planteamiento Del Problema	7
a. Antecedentes	7
b. Justificación	8
c. Preguntas de investigación	9
Capítulo 2: Objetivos	10
Capítulo 3: Marco Teórico	11
Capítulo 4: Diseño Metodológico	23
a. Enfoque de la investigación	
b. Diseño de la investigación	
c. Alcance de la investigación	
d. Identificación De Variables	
e. Operacionalización De Variables	
f. Población y muestra	
g. Criterios de selección	
h. Plan de recolección de datos	
i. Plan de análisis	
Capítulo 5: Consideraciones éticas	26
Capítulo 6: Resultados	27
Capítulo 7: Discusión	45
Capítulo 9: Conclusiones y Recomendaciones	49
Capítulo 10: Bibliografía	51
Capítulo 11: Anexos	55

RESUMEN

Objetivos. Objetivo General: Determinar los factores asociados al recién nacido pequeño para la edad gestacional en el Hospital Leonardo Martínez Valenzuela de San Pedro Sula, Honduras, en el periodo comprendido entre Enero del 2016 hasta Diciembre del 2016. **Materiales y métodos.** Estudio cuantitativo, observacional, descriptivo, se realizó la revisión de 84 expedientes clínicos del Hospital Leonardo Martínez Valenzuela en el periodo de estudio, se les aplicó un cuestionario que consta de 23 preguntas abiertas y cerradas, evaluando factores de riesgo fetales, maternos y demográficos. **Resultados.** 55% de los RN PEG fueron del sexo masculino, 96% eran RN a término y el 82% eran de bajo peso al nacer. Se encontraron anomalías fetales como la microcefalia y la polidactilia 2,4%; los factores maternos encontrados fueron las enfermedades maternas 9,9% descritas como la Hipertensión Gestacional, la Preeclampsia leve y severa, además de Asma Bronquial, las infecciones maternas como Infección del tracto urinario, Vaginosis y fiebre 26,5%, no se encontró asociación con fármacos, drogas lícitas y/o ilícitas; factores demográficos, como la edad entre 18-35 años 83%, escolaridad baja 89%, ser mestiza, 8%, Primigesta 63%, periodo intergenésico mayor de 2 años 52%, hijo previo pequeño para la edad gestacional no está consignado en los expedientes. **Conclusiones.** Es necesario identificar a las gestantes con factores de riesgo como los encontrados para disminuir la condición de pequeños para la edad gestacional. Se debe actuar poniendo énfasis en los factores modificables.

I. Introducción

La Organización Mundial de la Salud (OMS) define a los niños nacidos PEG como aquéllos cuyo peso al nacer está por debajo del percentil 10 por género al nacer, para la edad gestacional (1,2,3). En 2010, se estima que 32.4 millones de bebés han nacido pequeños para la edad gestacional en países de medianos y bajos ingresos. Las tasas más altas se encontraban en el sur de Asia (4).

En Latinoamérica, una evaluación realizada entre 1999 y 2004 en Colombia, reveló que el 3,6% de 14,274 eran recién nacidos pequeños para la edad gestacional. En México, una revisión de 31,209 niños nacidos entre el año 2000 y 2002 mostró una prevalencia de PEG del 6% en la población general. La discrepancia entre los niños nacidos PEG en países latinoamericanos puede depender también de la gráfica de crecimiento que se utiliza, si ha sido apropiadamente actualizada y si refleja la mezcla étnica de un determinado país (2).

En el año de 1995 se realizó en Honduras un estudio analítico, longitudinal y prospectivo en el que se estimó que el 11% de los recién nacidos nacen con bajo peso al nacer y que el 20% de los recién nacidos que mueren en nuestro país son RNBP (5). En 1996 una investigación retrospectiva y descriptiva de 210 fallecimientos en el Servicio de Neonatología de la Unidad Materno Infantil Instituto Hondureño de Seguridad Social de Tegucigalpa, Honduras, encontrándose una tasa de mortalidad neonatal de 9.3 por cada mil nacidos vivos, la cual incrementa a 15.2 entre los de bajo peso al nacer (6).

Los recién nacidos pequeños para la edad gestacional componen un grupo de la población poco estudiada hasta la fecha y que por sus características los vuelven más vulnerables que a otros recién nacidos, por lo que el presente trabajo pretende dar a conocer las causas fetales, maternas y demográficas de esta población nacidos en el Hospital Leonardo Martínez Valenzuela de San Pedro Sula en el periodo de Enero 2016 – Diciembre 2016.

Comentado [WU4]: De esta manera inicia el título y el primer renglón.
Le recomiendo que el resto de títulos los desarrolle de igual manera.

CAPITULO 1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

1.1 ANTECEDENTES

El pequeño para la edad gestacional ha constituido a lo largo de la historia un reto para la perinatología. Múltiples son las investigaciones que se han realizado acerca de las causas que lo producen y sus consecuencias.

El recién nacido pequeño para la edad gestacional es frecuente en muchos países y representa un problema importante de salud pública que conlleva a una variedad de efectos negativos a corto y largo plazo. Mientras que cerca de la mitad de los lactantes de bajo peso en el mundo industrializado nacen prematuros (< 37 semanas de gestación), la mayoría de ellos nacen a término en el resto del mundo. El informe mundial de la UNICEF de 2003, reveló una prevalencia global mundial de 14% de nacimientos de bajo peso, siendo mayor en Asia del Sur (26%), del 14% en países en vía de desarrollo y 9% en Latinoamérica y el Caribe. Sin embargo, dos tercios de los nacimientos de algunas partes de Asia, África y Latinoamérica no son registrados porque ocurren en clínicas pequeñas o en sus domicilios, por consiguiente, es lógico suponer que el número de nacimientos de bajo peso sea también sub-registrado.

En Honduras en un estudio realizado en el Hospital Escuela durante el periodo comprendido entre el primero de Julio del 2004 al 30 de septiembre del 2006 en el que se estudiaron a 510 madres adolescentes y sus recién nacidos se concluyó que el 14.3% pesaron menos de 2500 gramos. Estableciendo la relación que existe entre la edad materna y el PEG, pero existe otras causas maternas que no se han determinado aún en nuestro país.

En vista de lo antes descrito surge la siguiente interrogante ¿Cuáles son factores asociados al recién nacido pequeño para su edad gestacional en el Hospital Leonardo Martínez Valenzuela de San Pedro Sula en el periodo de Enero 2016 – Diciembre 2016?

1.2 JUSTIFICACION

Considerando las altas tasas de morbilidad y mortalidad en esta población (7), es primordial su rápida identificación. Los RN PEG tienen 5 veces más probabilidad de morir en el período neonatal y 4,7 veces más probabilidad de morir en su primer año de vida. El nacimiento prematuro y el bajo peso al nacer son causas importantes de muerte en los países de bajos y medianos ingresos (8). Los RN PEG tienen mayor riesgo de desarrollar hipertensión y diabetes tipo 2 en la edad adulta. También presentan mayor riesgo de tener talla baja, alteraciones en su neurodesarrollo (9) y menor coeficiente intelectual (CI). Los niños de bajo peso al nacer con "catch up" del crecimiento temprano, tienen mayor riesgo de desarrollar obesidad en la infancia y enfermedades del adulto, incluyendo enfermedad coronaria, accidente cerebro vascular y diabetes mellitus, las cuales, según la OMS, se encuentran entre las 10 causas principales de muerte a nivel mundial (1). En vista de que nuestros recién nacidos no están exentos de nacer PEG, y por la poca información sobre este tema en nuestro medio, es de suma importancia determinar las causas fetales, maternas y demográficas que condicionan el nacimiento de RN PEG para realizar intervenciones oportunas y evitar las posibles consecuencias que estos recién nacidos pueden llegar a desarrollar a lo largo de su infancia y vida adulta.

1.3 PREGUNTA DE INVESTIGACION

¿Cuáles son los factores asociados al recién nacido pequeño para la edad gestacional en el Hospital Leonardo Martínez Valenzuela de San Pedro Sula en el periodo comprendido entre Enero 2016 hasta Diciembre de 2016?

¿Cuáles son los factores fetales asociados al recién nacido pequeño para su edad gestacional?

¿Cuáles son los factores demográficos asociados al recién nacido pequeño para su edad gestacional?

¿Cuáles son los factores maternos asociado al recién nacido pequeño para su edad gestacional?

CAPÍTULO 2: OBJETIVOS (1 Página)

2.1 Objetivo General

Determinar los factores asociados al recién nacido pequeño para la edad gestacional en el Hospital Leonardo Martínez Valenzuela de San Pedro Sula, Honduras, en el periodo comprendido entre Enero del 2016 hasta Diciembre del 2016

Comentado [DB5]: Aquí Dra. se puede definir todo lo que falta en el título.

2.2 Objetivos Específicos

1. Enumerar los factores fetales asociados al recién nacido pequeño para su edad gestacional.
2. Mencionar los factores demográficos asociados al recién nacido pequeño para su edad gestacional.
3. Enunciar los factores maternos asociado al recién nacido pequeño para su edad gestacional.

CAPÍTULO 3: MARCO TEÓRICO (10 A 15 PÁGINAS)

La definición de recién nacido pequeño para la edad gestacional (PEG) no se ha establecido aun de modo unánime. La Organización Mundial de la Salud (OMS) define a los niños nacidos PEG como aquéllos cuyo peso al nacer está por debajo del percentil 10 por género al nacer, para la edad gestacional. (2,3) Según autores, PEG es aquel que nació con un peso y/o una longitud 2 o más desviaciones estándar por debajo de la media o inferior al percentil 10, considerando la población de referencia de su misma edad gestacional y sexo (2,4). Para ello, se debe elegir el referente más adecuado, ya que los estándares o curvas de crecimiento intrauterino son diferentes según la metodología y la muestra poblacional empleada en su elaboración (10).

El nacer PEG es un concepto meramente estadístico que no conlleva obligatoriamente una condición patológica y que se debe diferenciar del de recién nacido con bajo peso al nacer, definido como el que pesa menos de 2.500 g independientemente de la edad gestacional, y del concepto restricción del crecimiento intrauterino (RCIU) o crecimiento intrauterino retardado que se refiere a una condición en la que un feto es incapaz de alcanzar su tamaño potencial determinado genéticamente. Aproximadamente un tercio de los recién nacidos con bajo peso también son pequeños para la edad gestacional. La mayoría de estos tienen complicaciones perinatales, las cuales aparecen con carácter de gravedad en el 5% y las cifras de fallecimiento oscilan alrededor de un 7%. Además, los nacidos PEG presentan una serie de alteraciones que otorgan mayor morbilidad y mortalidad, mayor riesgo de déficit de crecimiento posnatal, y a largo plazo, mayor riesgo de síndrome metabólico e insulinoresistencia y mayor probabilidad de ser obesos y presentar enfermedades cardiovasculares en el adulto por exceso de adiposidad central (10).

Los recién nacidos pequeños para la edad gestacional tienen un riesgo considerablemente mayor de mortalidad y morbilidad en el período neonatal y postnatal. Ellos son más propensos a infecciones neonatales, depresión

Comentado [WU6]: Muy bien, solo tiene que ir soportando toda la información que consigne en base a referencias bibliográficas de los últimos cinco años. Debe ser en base a Normas de Vancouver. Si son informes técnicos ubica las referencias al pie de página.

Comentado [aa7R6]: modificado

Comentado [aa8R6]: referencia numero 1 agregada

respiratoria, ictericia, policitemia, hipoglucemia, mala alimentación e hipotermia. Estas morbilidades a su vez los colocan en mayor riesgo de muerte (11,12). En un análisis agrupado del Child Health Epidemiology Reference Group (CHERG), el PEG se asoció con un mayor riesgo de enfermedad neonatal y mortalidad postnatal, (relación de riesgo 1,83 (95% de confianza intervalo 1,34 a 2,50) para la mortalidad neonatal; 1,90 (1,32 a 2,73) para la mortalidad infantil postneonatal) comparado con bebés nacidos con un tamaño adecuado para la gestación edad ($\geq 10\%$ de peso al nacer para la edad gestacional). El riesgo fue aún mayor entre los nacidos tanto prematuros y pequeños para la edad gestacional. Los recién nacidos pequeños para edad gestacional también tienen un mayor riesgo de neurodesarrollo y crecimiento lineal deficiente, con aquellos nacidos de término y prematuros siendo 2,4 y 4,5 veces, respectivamente, más probabilidades de ser atrofiado en la infancia que bebés a término bebés nacidos de tamaño apropiado para edad gestacional (11,12). El PEG debe ser detectado tempranamente en la consulta obstétrica, PEG se ha definido de forma variable como peso fetal estimado por ecografía (PFEE) $<10^{\circ}$ percentil o $<5^{\circ}$ percentil para la edad gestacional (EG), circunferencia abdominal <10 o $<$ Percentil 5 para EG, aplanamiento de la curva de crecimiento, o como Doppler anormal de la arteria umbilical. Los PEG al nacer han sido definido como peso al nacer en $<25a$, $<15a$, $<10^{\circ}$, $<5^{\circ}$, o $<3^{\circ}$ percentil para EG. No obstante la Academia Americana de Obstetras y Ginecólogos y la Sociedad de Medicina Materno-Fetal caracterizan sospechosos de ser PEG como PFEE $<10^{\circ}$ percentil para EG y PEG como peso al nacer $<$ percentil 10 para EG (13,14).

Factores de riesgo como el índice de masa corporal (IMC) pregestacional, el número de controles prenatales (CPN), el nivel socioeconómico bajo, la paridad, la desnutrición, enfermedades como preeclampsia, periodo intergenésico corto, edad materna joven e infecciones maternas entre otras, guardan asociación con el recién nacido PEG (11,15).

En estudios realizados en Cuba, se obtuvo que las adolescentes (16) y mujeres de 35 y más años, madres solteras, fumadoras y con período intergenésico corto, tuvieron niños con bajo peso al nacer. También se asociaron al nacimiento de niños

bajo peso, la preeclampsia-eclampsia, la amenaza de parto pretérmino, rotura prematura de membranas, síntomas sutiles de amenaza de parto pretérmino, infección cervicovaginal, ganancia insuficiente de peso y la hipertensión arterial crónica (15,17).

El peso al nacer es el resultado de la interacción de diferentes factores socioeconómicos y clínico-biológicos, de los cuales muchos son susceptibles de modificar, y otros pueden ser controlados con una adecuada atención integral (15).

La caracterización de un recién nacido PEG debería tomar en cuenta la talla, peso, paridad, edad, etnicidad y ubicación geográfica de la madre. Se debería también determinar la malnutrición materna (aumento insuficiente del peso durante la gestación), tamaño y disfunción de la placenta y la presencia de enfermedades de la madre (2,18). Ver Cuadro No 1.

Cuadro No 1

<p><i>Causas Fetales:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - Cromosopatías: Trisomía 13, 18, 21, Sd. Turner, deleciones autonómicas, cromosomas en anillo. - Anomalías congénitas: Sd. Potter, anomalías cardíacas. - Enfermedades genéticas: acondroplasia, Sd. Bloom.
<p><i>Causas maternas:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - Enfermedades médicas: HTA, enfermedad renal, diabetes mellitus, enf del colágeno, hipoxemia materna (enf. Cardíaca cianósante, anemia crónica, enf pulmonar crónica). - Infecciones: toxoplasma, rubéola, CMV, herpes virus, malaria, tripanosomiasis, VIH. - Estado nutricional: peso bajo antes del embarazo, poca ganancia ponderal-desnutrición durante el embarazo. - Abuso de sustancias-drogas: tabaco, alcohol, drogas ilegales, drogas terapéuticas (warfarina, anti-convulsivantes, antineoplásicos, antagonistas del ácido fólico).
<p><i>Causas utero-placentarias:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - Alteraciones en la implantación placentaria: placenta baja, placenta previa. - Alteraciones de la estructura placentaria: inserción anómala del cordón, arteria umbilical única, inserción velamentosa umbilical, placenta bilobular, hemangiomas, infartos o lesiones focales.
<p><i>Causas demográficas:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - Talla baja familiar. - Edad materna extrema. - Etnia. - Paridad. - Hijo previo PEG.

Tomado de: Protocolos Diagnóstico Terapéuticos de la AEP: Neonatología. 2008.

El tabaquismo, el consumo de alcohol y el uso de drogas son causas evitables, por lo tanto, se deberían registrar los hábitos de la madre relacionados con estos factores. El crecimiento fetal depende tanto de los factores genéticos como de un ambiente óptimo de salud materno-fetal que permita el flujo libre de los nutrientes y el oxígeno, además de la integridad de los factores de crecimiento similares a la insulina (IGF-1 e IGF-2), la acción y síntesis de la insulina. Adicionalmente, un exceso de cortisol en el sistema circulatorio fetal produce una alteración en el crecimiento del mismo (19).

La mayoría de los niños nacidos PEG recuperan el déficit de peso y talla. Los RN a término PEG generalmente completan el “catch up” alrededor de los 2 años de edad, mientras que los RN prematuros pueden tardar más en completar dicho “catch up” que los RN a término (19).

La recuperación se completa cuando ellos alcanzan su potencial genético que está determinado por la estatura parental. Sin embargo, entre el 10 y el 15% de esos PEG continuará presentando una talla significativamente menor (≤ -2 DE) durante la infancia y la vida adulta (19).

Aproximadamente el 90% de los niños nacidos PEG a término y sanos, experimentarán recuperación del retardo del crecimiento durante sus primeros 2 años de vida, lo cual puede ocurrir a una edad tan temprana como a las 12 semanas de edad postnatal. Un niño que no presente recuperación del crecimiento durante los 6 primeros meses de vida se debería evaluar por más tiempo. La misma recomendación es válida para un niño cuyo peso es ≤ -2 DE a la edad de 2 años (19).

Los niños PEG que no recuperan la talla generalmente tienen una secreción endógena de hormona de crecimiento adecuada en respuesta a las pruebas farmacológicas. Sin embargo, a menudo tienen niveles séricos bajos de IGF-1 y una alteración en los patrones de secreción fisiológica de hormona de crecimiento (19).

Las enfermedades metabólicas y cardiovasculares más comunes del adulto, son causadas por factores exógenos específico de riesgo debidos a determinados estilos de vida: sedentarismo, aumento en el consumo calórico y de grasas saturadas y tabaquismo, que actúan sobre individuos genéticamente susceptibles. Adicionalmente a estos factores, se ha propuesto una teoría: el impacto de las condiciones de vida intrauterina del individuo en la aparición de enfermedades crónicas en su vida extrauterina. Al respecto, los estudios epidemiológicos realizados en Inglaterra y replicados en otros países apoyan la hipótesis de Barker, quien propuso los mecanismos por los cuales una acción durante la vida intrauterina es capaz de inducir una programación anormal de diversos sistemas relacionados entre sí, que se manifestarán en la vida extrauterina del individuo. Este fenómeno denominado por muchos como "programación", consiste en la modificación estructural, funcional o ambas, permanente de uno o varios sistemas, generada en un periodo sensitivo o crítico de la vida fetal. La consecuencia de esta impronta, es

una mayor susceptibilidad para el desarrollo de obesidad, resistencia a la insulina, hipertensión arterial, disfunción endotelial, osteoporosis y otras alteraciones. La mayor evidencia descrita para el desarrollo de esta programación prenatal se apoya en: (1) un fenotipo ahorrador; (2) una susceptibilidad para un crecimiento postnatal acelerado y fácil; (3) efecto de glucocorticoides; (4) cambios epigenéticos; (5) estrés oxidativo; (6) hipoxia prenatal; (7) disfunción placentaria y (8) reducción del número de células progenitoras. Los factores 2, 4 y 8 podrían ser los mecanismos que inciden mayormente en esta modificación orgánica (20).

Las observaciones referidas, conducen al contexto de los factores que determinan el crecimiento y el desarrollo funcional del individuo durante su vida fetal, procesos regulados por tres circunstancias: a) el estado nutricional de la madre gestante, b) la función placentaria y c) la capacidad del feto para utilizar nutrientes: (ver Figura 1) (20)

Algunos datos apoyan la teoría de que la mala nutrición materna es uno de los factores que más influyen en la programación de la vida fetal. Aunque la respuesta materna a un estado nutricional deficiente varía mucho, se ha observado que una disminución en el consumo de alimentos por la madre o de su capacidad de absorción, puede causar menor crecimiento fetal. La mala nutrición durante la gestación puede causar defectos persistentes en el producto, como la reducción del número de células de los tejidos, la modificación estructural de los órganos, la selección de ciertos clones de células y la modificación en el ajuste de ejes hormonales clave. El impacto a largo plazo dependerá del estadio en el que haya mala nutrición, de su duración e intensidad (20).

La menor edad gestacional puede explicar que las madres de los PEG ganen menos peso durante la gestación al faltar el incremento de las últimas semanas del embarazo. Sin embargo, otro factor que puede explicar tal asociación es que las madres cuya ganancia de peso durante la gestación es menor tienden a tener recién nacidos de menor peso (10).

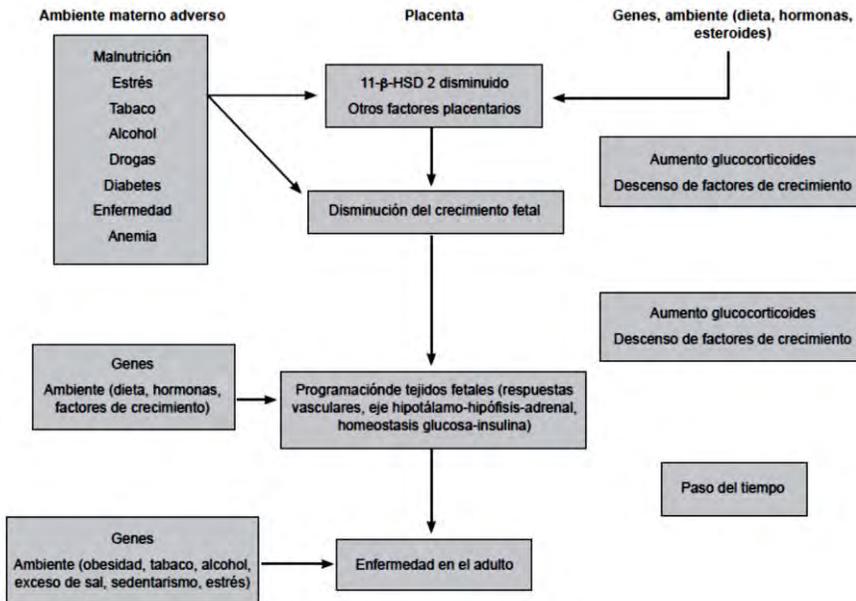
Un factor a considerar y determinante del crecimiento intrauterino es el tabaquismo materno. Constituye uno de los factores ambientales más importantes para prevenir el bajo peso al nacer. Presumiblemente, esto ocurre tanto por la vasoconstricción placentaria inducida por la nicotina como por la hipoxia crónica por el aumento de carboxihemoglobina (10).

Se sabe que cada órgano y cada tejido tienen un periodo crítico o sensible de mayor replicación celular, durante el cual puede verse más afectado. Por otra parte, la hiperglucemia o la hipoglucemia durante la embriogénesis temprana pueden ser causa de bajo peso al nacer. Si la deficiencia de nutrientes es moderada en la mitad de la gestación, se afecta al feto pero no la placenta, la cual se hipertrofia como un mecanismo compensador para mantener el aporte de nutrientes al producto. El efecto de la mala nutrición materna al final de la gestación, es el retraso del crecimiento fetal que altera la relación entre el feto y la placenta. En su vida extrauterina este individuo tendrá menor tolerancia a la glucosa y mayor resistencia a la insulina, lo que se explica presumiblemente por una alteración permanente de las células beta del páncreas o por una modificación en la sensibilidad tisular a la insulina (hipótesis del “fenotipo ahorrador”) (20).

Un estado funcional suficiente de la placenta, regula en forma positiva el crecimiento fetal. Por el contrario, el desarrollo inadecuado del lecho vascular placentario, reduce su circulación, y es causa de trombosis e infartos, lo que disminuye la masa de tejido placentario funcional. La consecuencia final es un aporte reducido de oxígeno y nutrientes al feto y retraso del crecimiento intrauterino. No obstante, algunos autores señalan que cuando existe déficit de aporte nutritivo a la madre, puede haber placentas aumentadas de tamaño, lo cual cuestiona el papel de la placenta en la teoría de la programación fetal (20).

Si la capacidad del feto se halla reducida para utilizar los nutrientes, a pesar de la buena nutrición materna y de la adecuada función placentaria, su crecimiento intrauterino será pobre. Es el caso de las cromosomopatías, las malformaciones uterinas o fetales y de las infecciones intrauterinas (20).

Figura 1



Esquema de interacciones entre factores maternos y genéticos que actúan sobre el crecimiento fetal y modifican la respuesta de la descendencia en la vida adulta. Tomada de Moreno VJM, Serra JD. Alteraciones en la nutrición fetal y efectos a largo plazo: ¿algo más que una hipótesis? . Act Ped Esp 2001;59:573-581.

El bajo peso al nacer se ha relacionado de forma consistente, con la distribución central de la grasa, la insulino resistencia, el síndrome metabólico, la disfunción endotelial, la hipertensión arterial y las enfermedades cardiovasculares. Se ha comprobado que niños expuestos a malnutrición aguda en los primeros estadios del embarazo pueden tener más posibilidades de ser obesos a lo largo de su vida (21).

Según los estándares correspondientes por género, edad y población de referencia, con respecto al peso al nacimiento, existe un mayor riesgo de desarrollar alteraciones metabólicas durante el periodo prepuberal que conllevan al desarrollo de pubertad adelantada, fundamentalmente en el sexo femenino. Estas alteraciones incluyen resistencia a la insulina, dislipemia, exceso de adiposidad visceral y

hepática, alteraciones del perfil de adipoquinas (proteínas producidas por el tejido adiposo), maduración ósea acelerada, disminución de la proteína transportadora de las hormonas sexuales (SHBG), adelanto en la edad de la adrenarquia con niveles de andrógenos suprarrenales elevados pubertad adelantada con menarquia precoz y talla final por debajo de su potencial genético (22).

Haber nacido pequeño para la edad gestacional y el aumento rápido de peso durante la primera infancia y la infancia ha sido fuertemente vinculado a una serie de riesgos a largo plazo incluyendo intolerancia a la glucosa, resistencia a la insulina, la diabetes tipo 2, el aumento de la presión arterial sistólica, la enfermedad coronaria del corazón, la mortalidad cardiovascular, el cortisol plasmático elevado, adrenarquia prematura e hiperandrogenismo ovárico (23).

La resistencia a la insulina puede estar presente tan tempranamente como al primer año de edad y se considera un factor de riesgo para la diabetes tipo 2 y podría representar el preludio de otras manifestaciones metabólicas. Es bien sabido que la insulina y el deterioro del metabolismo de la glucosa están estrictamente vinculados al daño cardiovascular. La hipótesis propuesta señala que la interacción conduce a cambios dinámicos en la adiposidad, porque no sólo son cuantitativas, sino también cualitativas las anomalías de tejido adiposo las que han sido observadas en los PEG, lo que sugiere un papel crítico de este órgano en el desarrollo de complicaciones metabólicas (23).

La programación de las respuestas adaptativas en niños nacidos PEG incluye una asociación con el aumento de la presión arterial, cambios en la función endotelial, propiedades arteriales y la enfermedad coronaria. Los posibles mecanismos implicados en el desarrollo de la presión arterial alta incluyen una reducción en el número de nefronas; cambios en el sistema renina- angiotensina aldosterona y un aumento de mineralocorticoides actividad debido a cambios en la 11β – hidroxisteroide deshidrogenasa tipo 2, que inactiva el cortisol y modifica endotelio (23).

Durante varios años, los datos epidemiológicos han demostrado diferentes componentes del síndrome metabólico durante la vida en los recién nacidos PEG. Varias asociaciones entre peso al nacer y los componentes separados del síndrome se han encontrado. Los cambios dinámicos en la adiposidad que ocurren durante este período sugieren un papel crítico en el desarrollo de complicaciones metabólicas; los trastornos metabólicos en individuos PEG se amplifican cuando son adultos por el aumento de peso tanto probablemente influenciado por la programación fetal (23).

Algunos de los componentes del síndrome metabólico podrían estar presente ya en la edad prepuberal. Por lo tanto, deben aplicarse las estrategias destinadas a prevenir el desarrollo del síndrome metabólico (23).

En la población general, las niñas que inician más temprano la pubertad (8-9 años), presentan una evolución más lenta, con un efecto compensador sobre la talla, no viéndose afectado el pronóstico de talla. Este fenómeno compensador se pierde en las niñas con antecedente de PEG, quedando estas pacientes en una situación de “desamparo terapéutico” por no ser candidatas a tratamientos convencionales. El inicio puberal suele ser demasiado tardío como para recibir tratamiento frenador con análogos de GnRH, y el pronóstico de talla, aún estando por debajo de la talla parental, no es tan desfavorable para plantear tratamiento con hormona de crecimiento recombinante (22).

En julio de 2001, la Agencia Federal para el control de Alimentos y Fármacos (FDA) aprobó el tratamiento con la hormona de crecimiento (GH) (inyección de GH [de origen ADNr]) para el tratamiento prolongado del déficit de crecimiento en niños nacidos PEG, que no experimentaron catch-up del crecimiento a la edad de 2 años. Esto se refiere a los niños mayores de 2 años de edad con talla baja (< -2 DE), que presentaron un bajo peso al nacer < 2500 g a una edad gestacional de ≥ 37 semanas, o bien, un peso o talla al nacer menor al percentil 3 para la edad gestacional, o un índice de peso ponderado ($100 \times [\text{peso en g}] / [\text{talla en cm}]^3$) < -2 DE (19).

En Europa, en junio de 2003 fue aprobado el tratamiento con hormona de crecimiento por el Comité de Especialidades Farmacéuticas (CPMP) para niños nacidos PEG (peso y talla al nacer < -2 DE) con talla baja (< -2,5 DE y/o talla < -1,0 DE del potencial genético) y para aquellos que no completen el catch-up del crecimiento a la edad de 4 años o más (19). Ver Cuadro No 2

Cuadro No 2

Tabla II. Criterios para la utilización racional de la Hormona de Crecimiento en niños. Comité Asesor para la Hormona de Crecimiento del Ministerio de Sanidad y Consumo. Aprobado del 10 de Octubre de 2003
<p><i>Criterios de inclusión:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - Cumplir definición de PEG siendo tal una longitud y/o peso al nacimiento menor de - 2 DE utilizando para ello las tablas de referencia adecuadas (Delgado Beltrán) - No haber tenido a los 4 años de vida una recuperación del crecimiento aportando por lo menos dos referencias somatométricas con intervalo de 6 meses o más entre los 0 y 2 años y otras 2 entre los 2 y 4 años. - En el momento de la solicitud la talla debe ser inferior a 2,5 DE y menor de - 1 DE ajustada a la talla media parental.
<p><i>Criterios de exclusión:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - Incumplimiento de uno de los criterios de inclusión. - Inicio de la pubertad (se deberá remitir al Comité Asesor copia de la Rx de muñeca en paciente con edad cronológica >11 años en niñas y >12 años en niños. - Síndrome de Silver-Russell y cualquier otro síndrome. - Intolerancia hidrocarbonada - Diabetes mellitus. - Resistencia insulínica. - Pacientes tratados con GnRh.

Tomado de: Protocolos Neonatales actualizados al año 2008. Asociación Española de Pediatría.

Se ha observado un aumento notorio en la velocidad de crecimiento dependiente de la dosis durante el primer año de tratamiento en los niños nacidos PEG. La talla óptima se obtiene con un tratamiento prolongado con GH antes de comenzar la pubertad. Además, la ganancia de talla obtenida con el tratamiento durante los años previos a la pubertad se mantiene hasta la talla final. Las recomendaciones de las

dosis de GH para niños PEG difieren en los Estados Unidos y Europa: la dosis recomendada en los Estados Unidos es hasta 0,48 mg/kg/semana (68,5 µg/kg/día) dividida en dosis diarias, y la dosificación correspondiente en Europa es de 0,035 mg/kg/día hasta que se alcance la talla definitiva (19).

La eficacia del tratamiento con GH en niños nacidos PEG se ha comprobado en varias series y por resultados en la talla final bajo tratamiento continuo con dicha hormona (24). Sin embargo, conociendo el efecto de la GH sobre el metabolismo de la glucosa, la seguridad en los niños PEG tratados con GH en relación al metabolismo de la glucosa, ha sido y continúa siendo un tema de particular importancia. Los niños PEG tratados con GH experimentan un aumento transitorio en las concentraciones de insulina sérica y grados variables de compromiso en la tolerancia a la glucosa (25). Investigaciones previas han señalado estos efectos colaterales, los cuales son el resultado de una respuesta predecible a las acciones fisiológicas de la GH. No obstante, no se han observado efectos a largo plazo sobre la prevalencia de diabetes tipo 2. Además, los efectos de la resistencia a la insulina parecen ser reversibles (19).

CAPÍTULO 4: DISEÑO METODOLÓGICO

4.1. Enfoque de la investigación: Cuantitativo

4.2. Diseño de la investigación: Observacional

4.3. Alcance de la investigación: Descriptivo

4.4. Variables:

Variable dependiente: recién nacido pequeño para la edad gestacional

Variables independientes:

- Datos del recién nacido: sexo, peso, bajo peso al nacer, talla, destino del recién nacido
- Factores del recién nacido: cromosomopatía, anomalía congénita, enfermedades genéticas, infecciones.
- Factores maternos: enfermedades médicas, infecciones, estado nutricional materno, uso de fármacos, uso de drogas ilícitas.
- Factores demográficos: procedencia de la madre, escolaridad edad materna, ocupación, edad, etnia, paridad, periodo intergenésico, recién nacido previo PEG.

4.5. Operacionalización de las variables (Ver Anexos)

4.6. Población y muestra:

4.6.1 Población o Universo:

Recién nacidos pequeños para la edad gestacional, nacidos en el área de Labor y parto del Hospital Leonardo Martínez Valenzuela de San Pedro Sula en el periodo de Enero 2016 – Diciembre 2016.

4.6.2 Área de Estudio:

Comentado [WU9]: Recuerde considerar las nuevas variables si aparecieron. Aquí únicamente la identificación de las variables. La operacionalización de variables es el primer Anexo, es decir va al final.

Comentado [aa10R9]: modificado

Hospital Leonardo Martínez Valenzuela de San Pedro Sula

4.6.3 Unidad de Análisis:

Recién nacidos pequeños para la edad gestacional atendidos en el área de Labor y parto del Hospital Leonardo Martínez Valenzuela de San Pedro Sula en el período de Enero 2016- Diciembre 2016

4.6.4 Muestra:

Recién nacidos pequeños para la edad gestacional atendidos en el área de Labor y parto del Hospital Leonardo Martínez Valenzuela de San Pedro Sula en el período de Enero 2016 – Diciembre 2016

1. Tamaño de la Muestra:

84

Comentado [WU11]: Es importante conocer de donde obtuvo esta fórmula. Para poblaciones menor y mayor de 10,000 hay una fórmula y si no se obtiene en el mismo programa que va usar como Epi-info. Si utiliza esta fórmula que le muestro debe tener la prevalencia.

4.5.6 Métodos de Muestreo: Probabilístico

4.6.6 Técnicas de Muestreo: Muestreo por conveniencia

4.7 Criterios de selección

1. Criterios de inclusión:

Todo expediente que se encuentre completo en el área de Estadística del Hospital Leonardo Martínez Valenzuela de San Pedro Sula en el periodo de Enero 2016 – Diciembre 2016.

2. Criterios de exclusión:

Todo expediente que se encuentre incompleto en el área de Estadística del Hospital Leonardo Martínez Valenzuela de San Pedro Sula en el periodo de Enero 2016 – Diciembre 2016.

4.8 Plan de recolección de datos

Métodos y Técnicas de Recolección de Datos:

Se identificaron los recién nacidos pequeños para su edad gestacional del Hospital Leonardo Martínez Valenzuela en el periodo comprendido entre Enero 2016-Diciembre 2016 de los listados de Labor y parto, se utilizaron las curvas de Jurado-García (ver curva en anexos) para clasificarlos y posteriormente se procedió a la búsqueda de expedientes en el área de Estadística de dicho centro hospitalario. Se aplicó un instrumento de recolección de información tipo cuestionario, validado previamente, el cual constaba de 23 preguntas, abiertas y cerradas, que tenía las siguientes secciones: datos de identificación del cuestionario, datos del recién nacido, factores del recién nacido, factores de la madre y factores demográficos, el cual fue aplicado a los expedientes clínicos.(Ver instrumento en anexos).

4.9 Plan de Análisis de datos

1. Plan de Tabulaciones :

La información fue ingresada en una base de datos (Programa EpiInfo 3.5 para Windows 3.5, CDC, Atlanta, GA, EUA). Los resultados se presentaron como frecuencias y porcentajes de las variables estudiadas.

4.8 Aspectos Éticos:

La base datos y formularios serán protegidos, teniendo acceso solamente el investigador del estudio. Para la recolección de los datos se utilizara el expediente clínico.

CAPITULO 5: CONSIDERACIONES ETICAS

Aspectos Éticos:

La base de datos y formularios fueron protegidos, teniendo acceso solamente el investigador del estudio. Para la recolección de los datos se utilizó el expediente clínico.

5.1 PRINCIPIOS ETICOS A CONSIDERAR

Principio de respeto a la dignidad humana.

Beneficencia

Justicia

5.2 CLASIFICACION DE RIESGO DE LA INVESTIGACION

Categoría I: investigación sin riesgos.

CAPÍTULO 6. RESULTADOS

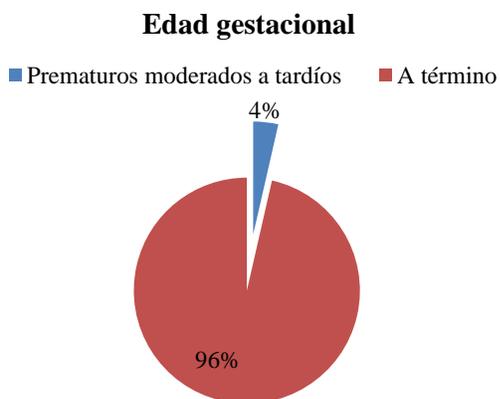
Tabla No 1. Sexo de los recién nacidos pequeños para la edad gestacional en el Hospital Leonardo Martínez Valenzuela de San Pedro Sula en el periodo comprendido entre Enero 2016 hasta Diciembre de 2016.

Sexo	Frecuencia	Porcentaje
Femenino	38	45%
Masculino	46	55%
Total	84	100%

Fuente: los expedientes clínicos.

El 55% de los recién nacidos pequeños para su edad gestacional corresponden al sexo masculino.

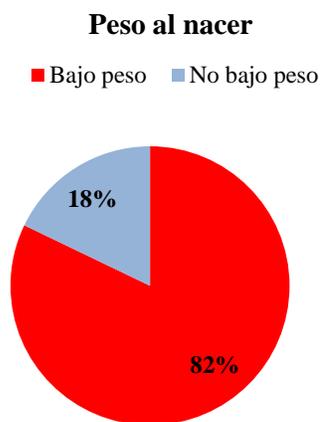
Grafico No 1. Edad gestacional de los recién nacidos pequeños para la edad gestacional en el Hospital Leonardo Martínez Valenzuela de San Pedro Sula en el periodo comprendido entre Enero 2016 hasta Diciembre de 2016.



Tomado de: Tabla No. 2 (Ver anexos)

El 96% (N=81) de los recién nacidos pequeños para su edad gestacional son recién nacidos a término, el 4% (N=3) son recién nacidos pretérmino, no se encontraron recién nacidos post término.

Grafico No 2. Peso al nacer de los recién nacidos pequeño para la edad gestacional en el Hospital Leonardo Martínez Valenzuela de San Pedro Sula en el periodo comprendido entre Enero 2016 hasta Diciembre de 2016.



Tomado de: Tabla No. 3 (Ver anexos)

El 82% (N=69) de los recién nacidos pequeños para la edad gestacional presentaron bajo peso al nacer, es decir peso < 2500 gramos, y el 18% (N=15) restante presentó peso mayor de 2500 gramos.

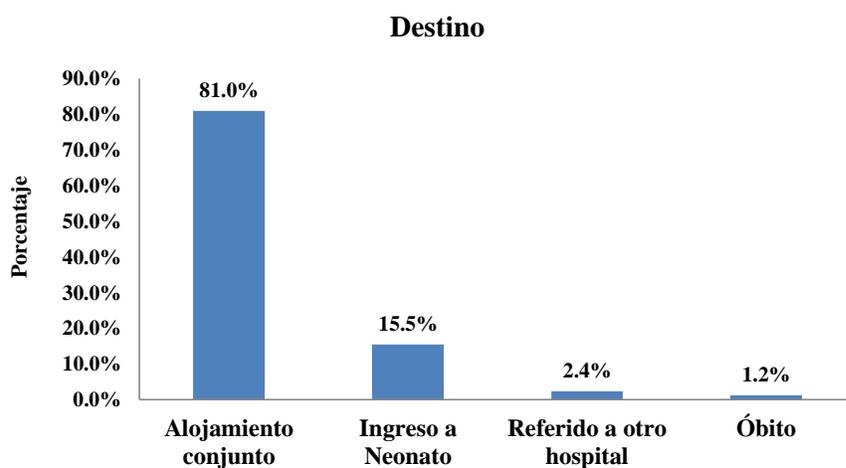
Tabla No 4. Talla al nacer de los recién nacidos pequeño para la edad gestacional en el Hospital Leonardo Martínez Valenzuela de San Pedro Sula en el periodo comprendido entre Enero 2016 hasta Diciembre de 2016.

Agrupación de Talla	Frecuencia	Porcentaje
Talla inferior a lo normal	69	82%
Talla normal	15	18%
Total	84	100%

Fuente: los expedientes clínicos.

El 82% de los recién nacidos pequeños para su edad gestacional presentaron talla inferior a 48 centímetros, el 15% mostro talla entre 48 y 52 centímetros.

Grafico No 3. Destino de los recién nacidos pequeño para la edad gestacional en el Hospital Leonardo Martínez Valenzuela de San Pedro Sula en el periodo comprendido entre Enero 2016 hasta Diciembre de 2016.



Tomado de: Tabla No. 5 (Ver anexos)

El 81% (N=68) de los RN PEG se enviaron a alojamiento conjunto con la madre, el 15,5 % (N=13) de los mismos precisó de ingreso al área de neonato del hospital y 2,4% (N=2) fue referido a otro hospital (Hospital Nacional Mario Catarino Rivas); un RN PEG fue catalogado como Óbito extra hospitalario.

Tabla No 6. Diagnóstico de ingreso de los recién nacidos pequeño para la edad gestacional en el Hospital Leonardo Martínez Valenzuela de San Pedro Sula en el periodo comprendido entre Enero 2016 hasta Diciembre de 2016.

Diagnóstico de ingreso	Frecuencia	Porcentaje
Taquipnea transitoria recién nacido	6	32%
Síndrome de aspiración meconial	2	11%
Riesgo alto de Sepsis por ITU materna	2	11%
Restricción crecimiento intrauterino	2	11%
Riesgo alto de Sepsis por fiebre materna	2	11%
Leucocitosis recién nacido	1	5%
Hijo de madre con Chikungunya	1	5%
Neumonía connatal	1	5%
Riesgo alto de Sepsis parto extra hospitalario	1	5%
Potencialmente Séptico por manipulación vía aérea	1	5%
Total	19	100%

Fuente: los expedientes clínicos.

Los RN PEG hospitalizados fueron un total de (N=13) de estos el 32% (N=6) fueron ingresados bajo el diagnóstico de Taquipnea transitoria del recién nacido, en menor porcentaje 11% los ingresos fueron por Síndrome de aspiración meconial, riesgo de sepsis por fiebre materna, infección del tracto urinario materno y restricción del crecimiento intrauterino, entre otros.

Tabla No 7. Motivo de referencia de los recién nacidos pequeño para la edad gestacional en el Hospital Leonardo Martínez Valenzuela de San Pedro Sula en el periodo comprendido entre Enero 2016 hasta Diciembre de 2016.

Motivo de Referencia	Frecuencia	Porcentaje
Neumonía connatal	1	50%
Taquipnea transitoria recién nacido	1	50%
Total	2	100%

Fuente: los expedientes clínicos.

Los diagnósticos de los RN PEG que requirieron referencia fueron: Neumonía connatal y Taquipnea transitoria del recién nacido.

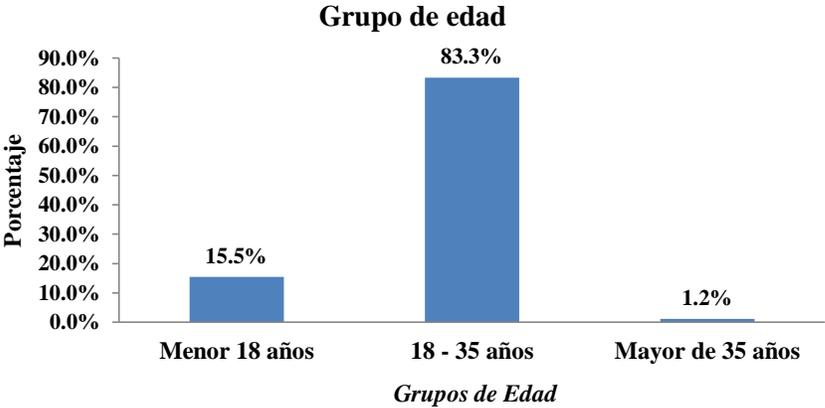
Tabla No 8. Factores fetales asociados a los recién nacidos pequeño para la edad gestacional en el Hospital Leonardo Martínez Valenzuela de San Pedro Sula en el periodo comprendido entre Enero 2016 hasta Diciembre de 2016.

Factores del recién nacido	Patología	Frecuencia	Porcentaje
Anomalías Congénitas	Microcefalia	1	33.3%
	Polidactilia cubital	1	33.3%
Infecciones	Neumonía connatal	1	33.3%
Total		3	100.0%

Fuente: los expedientes clínicos.

Los factores fetales encontrados en los RN PEG fueron anomalías congénitas como: microcefala 33% (N=1) y polidactílica cubital 33% (N=1), además de infecciones como Neumonía connatal 33% (N=1).

Grafico No 4. Edad de las madres de los recién nacidos pequeño para la edad gestacional en el Hospital Leonardo Martínez Valenzuela de San Pedro Sula en el periodo comprendido entre Enero 2016 hasta Diciembre de 2016.



Tomado de: Tabla No. 13 (Ver anexos)

El 83,3% (N=70) de las madres se encuentran en el grupo de edad comprendido entre los 18-35 años, el 15,5% (N=13) son menores de 18 años y el 1,2% (N=1) son mayores de 35 años.

Tabla No 9. Procedencia de las madres de los recién nacidos pequeño para la edad gestacional en el Hospital Leonardo Martínez Valenzuela de San Pedro Sula en el periodo comprendido entre Enero 2016 hasta Diciembre de 2016.

Municipio	Frecuencia	Porcentaje
San Pedro Sula	52	62%
Villanueva	10	12%
Choloma	10	12%
La Lima	2	2%
San Manuel	2	2%
Puerto Cortés	1	1%
Santa Bárbara	1	1%
Santa Cruz de Yojoa	1	1%
No consignado	5	6%
Total	84	100%

Fuente: los expedientes clínicos

El 62% (N=52) de las madres son procedentes del municipio de San Pedro Sula.

Tabla No 10. Grupo étnico de las madres de los recién nacidos pequeño para la edad gestacional en el Hospital Leonardo Martínez Valenzuela de San Pedro Sula en el periodo comprendido entre Enero 2016 hasta Diciembre de 2016.

Etnia	Frecuencia	Porcentaje
Mestiza	80	95.2%
Garífuna	1	1.2%
Misquita	1	1.2%
Otra	2	2.4%
Total	84	100.0%

Fuente: los expedientes clínicos

El 95,2% (N=80) de las madres eran mestizas.

Tabla No 11. Escolaridad de las madres de los recién nacidos pequeño para la edad gestacional en el Hospital Leonardo Martínez Valenzuela de San Pedro Sula en el periodo comprendido entre Enero 2016 hasta Diciembre de 2016.

Escolaridad	Frecuencia	Porcentaje
Primaria incompleta	6	7,1%
Primaria completa	36	42,8%
Secundaria incompleta	20	23,8%
Secundaria completa	12	14,2%
Superior incompleta	1	1,1%
Superior completa	0	0%
No consignado	9	10,7%
Total	84	100%

Fuente: los expedientes clínicos

El 42,8% (N=36) de las madres curso primaria completa, solamente el 1,1% (N=1) de las mismas alcanzó la educación superior.

Tabla No 12. Ocupación de las madres de los recién nacidos pequeño para la edad gestacional en el Hospital Leonardo Martínez Valenzuela de San Pedro Sula en el periodo comprendido entre Enero 2016 hasta Diciembre de 2016.

Ocupación	Frecuencia	Porcentaje
Ama de casa	51	61%
Desempleada	15	18%
Oficios domésticos	4	5%
Comerciante	2	2%
Estudiante	2	2%
Vendedora	1	1%
No consignada	9	11%
Total	84	100%

Fuente: los expedientes clínicos

El 61% (N=51) de las madres se dedican a ser ama de casa.

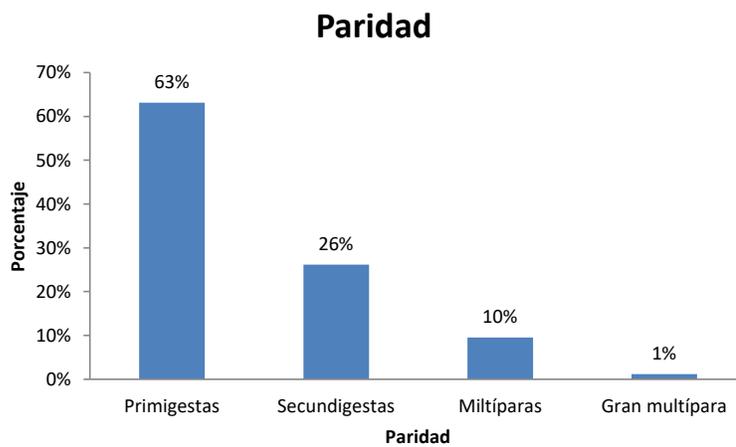
Tabla No 13. Factores maternos asociados a los recién nacidos pequeño para la edad gestacional en el Hospital Leonardo Martínez Valenzuela de San Pedro Sula en el periodo comprendido entre Enero 2016 hasta Diciembre de 2016.

Categoría	Detalle	Frecuencia	Porcentaje
Enfermedades Médicas	Preclampsia leve	1	1%
	Hipertensión gestacional, Chikungunya	1	1%
	Preclampsia severa	1	1%
	Asma Bronquial	1	1%
Infecciones de la Madre	Fiebre	1	1%
	Infección del tracto urinario	5	6%
	Vaginosis	2	2%
Uso de Fármacos	No consignado	0	0%
Estado nutricional	Bajo peso	2	2%
	Peso normal	10	12%
	Obesidad	1	1%
	Sobrepeso	3	4%
	No consignado	68	81%

Fuente: los expedientes clínicos.

El 13,2% (N=20) de las madres tenían enfermedades médicas asociadas a los RN PEG, el 20% (N=4) corresponden a enfermedades médicas, como Asma Bronquial, Hipertensión Gestacional, Preeclampsia leve y severa. El 40% (N=8) de ellas tenía infecciones asociadas, siendo las infecciones del tracto urinario las más frecuentes en un 25%, (N=5); de las madres con peso y talla consignados del 10% (N=2) tenían bajo peso. Ninguno de los expedientes tiene consignado el uso de drogas lícitas o ilícitas.

Grafico No 5. Paridad de las madres de los recién nacidos pequeño para la edad gestacional en el Hospital Leonardo Martínez Valenzuela de San Pedro Sula en el periodo comprendido entre Enero 2016 hasta Diciembre de 2016.



Tomado de: Tabla No. 15 (Ver anexos)

El 63% (N=53) de las madres eran primigestas, el 26% (N=22) secundigestas, el 10% (N=8) múltiparas y el 1% (N=1) gran múltipara.

Tabla No 14. Período intergenésico de las madres de los recién nacidos pequeño para la edad gestacional en el Hospital Leonardo Martínez Valenzuela de San Pedro Sula en el periodo comprendido entre Enero 2016 hasta Diciembre de 2016.

Período intergenésico	Frecuencia	Porcentaje
Menor de 2 años	15	48%
Mayor de 2 años	16	52%
Total	31	100%

Fuente: los expedientes clínicos

El 52% (N=16) de las madres tenía un periodo intergenésico mayor de 2 años y el 48% (N=15) menor de 2 años.

Tabla No 15. Hijo Previo pequeño para edad gestacional de las madres de los recién nacidos pequeño para la edad gestacional en el Hospital Leonardo Martínez Valenzuela de San Pedro Sula en el periodo comprendido entre Enero 2016 hasta Diciembre de 2016.

Hijo Previo pequeño para EG	Frecuencia	Porcentaje
No consignado	31	100.00%

Fuente: los expedientes clínicos

En ninguno de los expedientes clínicos estaba consignado este dato.

CAPITULO 7. DISCUSION

De acuerdo a las curvas de Jurado-García (26-29), en el periodo de Enero a Diciembre del 2016, se encontraron un total de 632 RN PEG nacidos en el área de Labor y parto del Hospital Leonardo Martínez Valenzuela, en este mismo periodo se contabilizaron un total de 12 203 nacimientos en dicha área hospitalaria, con lo que podríamos estimar una prevalencia de 5,1%, dato acorde con los encontrados en otros países de América Latina. Una evaluación realizada entre 1999 y 2004 en el Hospital Militar Central de Bogotá, Colombia, reveló que el 3,6% de 14 274 recién nacidos eran PEG y en México, una revisión de 31 209 niños nacidos entre el año 2000 y 2002 mostró una prevalencia de PEG del 6% en la población general. (2)

En nuestro estudio el 55% (N=46) de los RN PEG correspondían al sexo masculino, concordando con lo encontrado el estudio de Garcia-Basteiro et al, realizado en el Sur de Mozambique en el periodo 2010- 2012 donde se encontró que el 51,4% de los RN nacidos PEG correspondían al sexo masculino. (7)

Del total de RN PEG de nuestro estudio el 96% (N=81) corresponden a RN nacidos a término y el 4% (N=3), discrepando con lo encontrado en la literatura donde en el estudio de Black R. sobre prevalencia de los recién nacidos pequeños para su edad gestacional a nivel mundial, publicado en el 2015, estima que, hasta el 20% de los RN PEG nacidos en países del sur de Asia y algunos países de África, son pretérmino. (1)

El 82% (N=69) de los RN PEG tenían bajo peso al nacer, es decir un peso inferior a 2500 gramos, mostrando una relación directa entre ser PEG y tener bajo peso al nacer, encontrando en nuestro estudio incluso cifras mayores a las descritas en otros artículos, ya que en países asiáticos se han encontrado prevalencias de hasta 10,3%. (1,7) no encontramos en la literatura una relación entre ser PEG y la talla, pero en nuestro estudio estimamos que el 82% (N=69) de nuestros RN PEG presentaron talla inferior a 48 centímetros.

El 15,5% (N=13) de los RN PEG requirieron de hospitalización, siendo la Taquipnea Transitoria del Recién Nacido en un 32% (N=6), el principal diagnóstico de ingreso. El 81% (N=68) luego de su nacimiento y de recibir los cuidados inmediatos del recién nacido, se alojaron conjuntamente con la madre, indicando que a pesar de ser PEG, no presentaron mayor morbilidad, coincidiendo con otros estudios, como el estudio Marzouk et al, quienes en el 2011 estimaron los costos que generan a nivel nacional, de los hospitales franceses, ser PEG, encontrando que el 10,9% requirió de hospitalización a lo largo de su primer años de vida. (3)

De acuerdo a la OMS, Las anomalías congénitas afectan a uno de cada 33 neonatos y causan 3,2 millones de discapacidades al año. Se calcula que 2-5% de los recién nacidos (RN) vivos y 10% de los RN muertos, presentan algún defecto congénito. (31) En nuestro estudio el 4% de los RN PEG presento algún tipo de anomalía congénita; microcefalia y polidactilia cubital; el 96% no presento ningún factor de riesgo fetal.

Kozuki et al, en 2013, analizaron datos de 14 estudios de cohorte donde encontraron que las madres menores de 18 años tienen mayor riesgo de tener un RN PEG, Una explicación plausible puede ser, el incompleto crecimiento biológico de la madre y a una desnutrición relativa, que está relacionado con la edad ginecológica de la madre más que con la edad cronológica; diferenciándose de los resultados obtenidos en este estudio donde se encontró que las madres en la edad comprendida entre 18 y 35 años se asocian más a los RN PEG, en un 83% (N=70) (16).

El 62% (N=52) de las madres de los RN PEG eran procedentes del Municipio de San Pedro Sula, el 95% (N=80) eran mestizas, en vista de la ausencia de estudios locales similares, estos resultados no pueden ser correlacionados con otra literatura. 61% (N=51) de las madres eran amas de casas, no se encontró en la literatura asociación con la ocupación materna.

El 10% (N=4) de las madres presentaron enfermedades medicas tipo Hipertensión gestacional, Preeclampsia leve y severa (30), que se asociaron con el nacimiento de RN PEG, relación que está ampliamente descrita en otros estudios (1,7,15). El estudio de Cohorte retrospectiva de Mariaca et al, que utilizó datos del Sistema Informático Materno Perinatal del Hospital María Auxiliadora de Lima, del período 2000 a 2010, con (N=64 670) gestantes, encontró que el haber presentado preeclampsia duplicó el riesgo para el recién nacido PEG y la eclampsia lo triplicó. Se sustenta que el mecanismo fisiopatológico implicado es una disrupción de la vasculatura útero-placentaria y/o un volumen sanguíneo materno reducido a nivel placentario (18).

El 10% (N=8) de las madres de este estudio documentaron infecciones durante el embarazo, predominando las infecciones del tracto urinario en un 6% (N=5) Infección del tracto urinario, 6,6% (N=2), discrepando con la literatura, que reporta que el nacimiento de RN PEG se han asociado a infecciones maternas tales como Rubeola, Citomegalovirus, VIH, Herpes virus, Tripanosomiasis, según Paisan et al. (19)

El tabaquismo materno constituye uno de los factores ambientales más importantes para prevenir ser PEG, esto ocurre tanto por la vasoconstricción placentaria inducida por la nicotina como por la hipoxia crónica por el aumento de carboxihemoglobina (10). En nuestro estudio ninguno de los expedientes clínicos consignaba el consumo de tabaco, drogas ilícitas y fármacos, lo cual constituye una limitante para asociar a los RN PEG del Hospital Leonardo Martínez Valenzuela con dicho factor de riesgo.

Otro factor de riesgo asociado al PEG es el estado nutricional materno, específicamente el bajo peso previo al embarazo y durante el mismo, se ha observado que una disminución en el consumo de alimentos por la madre o de su capacidad de absorción, puede causar menor crecimiento fetal además de defectos

persistentes en el producto, el impacto a largo plazo dependerá del estadio en el que haya mala nutrición, de su duración e intensidad (20), Tejeda-Mariaca et al, en 2015, determino que el bajo peso materno y ser primigesta son factores de riesgo. (7) En nuestro estudio el 81% (N=68) de las madres no tenían su peso consignado en la historia perinatal, restringiendo la asociación entre el estado nutricional materno y el nacer PEG y el 53% (N=63) de las madres eran primigestas. (18)

Estudio de cohorte, realizado en 2002 en Complejo Hospitalario Metropolitano de la Caja del Seguro Social de Panamá, determinaron que un periodo intergenésico menor de 6 meses constituye un factor de riesgo para nacer pretérmino y PEG, además de que un periodo intergenésico mayor de 49 meses predispone a Preeclampsia, en nuestro estudio el 48% (N=16) presento periodo intergenésico corto. (32) No es posible asociar el tener un hijo previo para la edad gestacional ya que este dato no está consignado en los expedientes clínicos, debido a que este no es parte de la historia perinatal.

CAPITULO 8. CONCLUSIONES

- En la población general las anomalías congénitas se dan en un 2-5%, de los (N=84) RN PEG el 2,4 % si las presento, por lo que se concluye que es un factor asociado para ser PEG en la población estudiada.
- Pese a que la literatura asocia la edad menor de 18 años y la nuliparidad como factores de riesgo para nacer PEG, en nuestro estudio las madres de entre 18 y 35 años presentaron mayor riesgo.
- El síndrome de TORCH y la Tripanosomias no constituyo un factor de riesgo para nacer PEG en nuestro estudio, las infecciones maternas asociadas fueron, la infección del tracto urinario y la Vaginosis.

CAPITULO 9. RECOMENDACIONES

- En vista de que ser pequeño para la edad gestacional es una condición frecuente entre los recién nacidos, es imperativo que el pediatra conozca las patologías asociadas a los niños PEG para brindarle una atención médica oportuna y adecuada a este grupo de la población. Además debe ser capaz de ajustar el aporte calórico para evitar tanto la ganancia insuficiente como excesiva de peso, vigilar el crecimiento armónico de peso y talla, favorecer una recuperación ponderoestatural lenta y progresiva, favorecer la lactancia materna y la dieta saludable.
- En vista de que durante la recolección de datos pudimos apreciar que los expedientes clínicos, específicamente la Historia Perinatal, no fueron llenados de forma adecuada, ya que mucha información no fue indagada, lo que dificultó el proceso de investigación, recomendamos al personal que labora en el Hospital Leonardo Martínez Valenzuela que se lleve a cabo, llenado completo de dicha Historia, el cual debe ser supervisado para garantizar que los datos sean recolectados adecuadamente.
- Se recomienda realizar más estudios sobre los recién nacidos pequeños para la edad gestacional a nivel local y nacional, con el fin de que Honduras así como otros países Latinoamericanos, pueda elaborar curvas de crecimiento que se apeguen a la realidad de nuestra población y que de esta manera no se subestime o sobreestime la cantidad de recién nacidos pequeños sobre la edad gestacional en nuestro país.

CAPITULO 10. BIBLIOGRAFIA

1. Black R. Global Prevalence of Small for Gestational Age Births. NestleÂ Nutr Inst Work Ser. 81:1-7. 2015.
2. Boguszewski M, Mericq V, Bergada I, Damiani D, Belgorosky A, Gunczle P et al. Consenso Latinoamericano: niños pequeños para la edad gestacional. Revista Chilena de Pediatría. 83 (6): 620-634. 2012.
3. Marzouk A, Filipovic-Pierucci A, Baud O, Tsatsaris V, Ego A, Charles MA et al. Prenatal and post-natal cost of small for gestational age infants: a national study. BMC Health Services Research. 17:221. 2017.
4. Lee A, Katz J, Blencowe H, Cousens S, Kozuki N, Vogel J et al. National and regional estimates of term and preterm babies born small for gestational age in 138 low-income and middle-income countries in 2010. Lancet Glob Health. 1:e26–36. 2013.
5. Reyes D, Fernández-Zelaya K, Osorio-Murillo A, Zelaya-Lozano E, Pineda-Barahona E, Dala-Sierra E. Curvas De Crecimiento De Niños Hondureños De Bajo Peso Al Nacer Y Normales Durante El Primer Año De Vida. Rev Med Post UNAH. 1(1): 2-5. 1996.
6. Banegas O, Pineda-Barahona E, Meía N. Mortalidad Neonatal En Niños De Bajo Peso Al Nacer En El Servicio De Neonatología Del I.H.S.S. Rev med Post UNAH. 3(1): 78-84. 1998.
7. Garcia-Basteiro A, Quinto L, Macete E, Bardajõ A, Gonzalez R, Nhacolo A, et al. Infant mortality and morbidity associated with preterm and small-for-gestational-age births in Southern Mozambique: A retrospective cohort study. 12(2): 1-14. 2017.
8. Kc A, Wrammert J, Nelin V, Ewald U, Clark R, Malqvist M. Level of mortality risk for babies born preterm or with a small weight for gestation in a tertiary hospital of Nepal. BMC Public Health. BMC Public Health.15: 877. 2015.

Comentado [WU12]: Recordando las Normas Vancouver y agregar más referencias.

Comentado [aa13R12]: modificado

9. Mello B, Gagliardo H, Gonçalves V Neurodevelopment of small-for-gestational age infants: behavioral aspects in first year *Arq Neuropsiquiatr.* 72(7):517-523.2014.
10. Biosca Pàmies M, Rodríguez Martínez G, Samper Villagrasa M, Odriozola Grijalbac M, Cuadrón Andrés L, et al. Aspectos perinatales, crecimiento y tipo de lactancia de los nacidos pequeños para su edad gestacional. *An Pediatr (Barc).* 78(1):14-20.2013.
11. Lee AC, Kozuki N, Cousens S, Stevens GA, Blencowe H, Silveira MF, et al. Estimates of burden and consequences of infants born small for gestational age in low and middle income countries with INTERGROWTH-21 standard: analysis of CHERG datasets. *BMJ.* 358:3677.2017.
12. Katz J, Lee AC, Kozuki N, et al. CHERG Small-for-Gestational-Age-Preterm Birth Working Group. Mortality risk in preterm and small forgestational-age infants in low-income and middle-income countries: a pooled country analysis. *Lancet.* 382:417-25.2013.
13. Mlynarczyk M; Chauhan SP; Baydoun HA; Wilkes CM; Earhart KR; Zhao Y et al. The clinical significance of an estimated fetal weight below the 10th percentile: a comparison of outcomes of <5th vs 5th-9th percentile. *Am J Obstet Gynecol.* 217(2):1-11.2017.
14. Grisarú-Granovsky S, Reichman B, Lerner-Geva L, et al. Mortality and morbidity in preterm small-for-gestational-age infants: a populationbased study. *Am J Obstet Gynecol.*206(150)1-7.2012.
15. Zerquera-Rodríguez J, Cabada-Martínez Y, Zerquera-Rodríguez D, María-Delgado-Acosta H. Factores de riesgo relacionados con bajo peso al nacer en el municipio Cienfuegos. *Medisur [revista en Internet].* 2015 [citado 2015 Jun 20]; 13(3): [aprox. 8 p.]. Disponible en : <http://www.medisur.sld.cu/index.php/medisur/article/view/2861>
16. Kozuki N, Lee A, Mariangela F Silveira³, Ayesha Sania⁴, Joshua P Vogel^{5,6}, Linda Adair⁷. The associations of parity and maternal age with small-for-gestational-age, preterm, and neonatal and infant mortality: a meta-analysis. *BMC Public Health.*13(3):S2.2013.

17. Kiya A, Rugolob L, De Lucaa A, Correntec J. Growth of preterm low birth weight infants until 24 months corrected age: effect of maternal hypertension. *J Pediatr (Rio J)*. 91(3):256-262.2015.
18. Tejada-Mariaca J, Pizango-Mallqui O, Alburquerque-Duglio M, Mayta-Tristán P. Factores De Riesgo Para El Neonato Pequeño Para La Edad Gestacional En Un Hospital De Lima, Perú *Rev Peru Med Exp Salud Publica*.32(3): 449-56.2015.
19. Paisán Grisolí L, Sota Busselo I, Muga Zurriarian O, Imaz Murgiondo M. El recién nacido de bajo peso. *Protocolos Diagnóstico Terapéuticos de la AEP: Neonatología*. 78-84.2008.
20. Perea-Martínez A, López-Navarrete G, Carbajal-Rodríguez L, Rodríguez-Herrera R, Zarco-Román J, Loredó-Abdalá A. Alteraciones en la nutrición fetal y en las etapas tempranas de la vida. Su repercusión sobre la salud en edades posteriores. *Acta Pediatr Mex*.33(1):26-31.2012.
21. Ferrer Arrocha M, Fernández- Britto Rodríguez J, Alonso Martínez M, Carballo Martínez R, Pérez Assef H. Asociación del peso al nacer con sobrepeso e hipertensión arterial en adolescentes. *Revista Habanera de Ciencias Médicas*.14(1):22-32.2015.
22. Prado-Carro A, Velásquez-Rodríguez A, Ibáñez L. Pubertad adelantada y pequeño para la edad gestacional: seguimiento longitudinal en dos hermanas gemelas tratadas con sensibilizantes de la acción de la insulina. *Rev Esp Endocrinol Pediatr*.4(1): 93-98.2013.
23. Hernández M, Mericq V. Metabolic syndrome in children born small-for-gestational age. *Arq Bras Endocrinol Metab*.55(8): 583-589.2011.
24. Bosch Muñoz J, Marfil Godoy L, Martínez-Alonso M, Trujillano Cabello J, Solé Mir E. Estudio de la población nacida pequeña para la edad gestacional en tratamiento con hormona del crecimiento. *Acta Pediatr Esp*. 74(5): 118-123.2016
25. Güemes Hidalgo M, Fernández de la Rea Baz N, Muñoz Calvo M, Argente J. Respuesta al tratamiento con rhGH durante 3 años en niños pequeños

- para la edad gestacional: parámetros clínicos, hormonales y metabólicos. *An Pediatr (Barc)*. 78(5): 288-296.2013.
26. Monroy-Torres R, Ramírez-Hernández S, Guzmán-Barcenas J, Naves-Sánchez J. Comparación de cinco curvas de crecimiento de uso habitual para prematuros en un hospital público. *Revista de Investigación Clínica*; 62 (2):121-127.2010.
 27. Alcantara Chagas de Freitas B, Moreira Lima L, Moreira Lopes M, Lisboa Valente C, Silvia C, Priore E, et al. Comparison of two growth curves for detecting small-for-gestational-age newborns. *Rev. Bras. Saúde Matern. Infant*.16 (1): 21-27.2016.
 28. Ayerza Casas A, Rodríguez Martínez G, Samper Villagrasa M, Ventura Faci P. Nacer pequeño para la edad gestacional puede depender de la curva de crecimiento utilizada. *Nutr Hosp*.26:752-758.2011.
 29. Saldívar-Ruiz L, Sánchez-Michaca V, Espinoza-Dzib M, Sánchez-Torres R, Jimenez-Urueta P, Propuesta de nuevas curvas de somatometría para recién nacidos sanos de nivel económico medio en la Ciudad de México. *Perinatol Reprod Hum*. 28 (1): 7-15.2014.
 30. Collins S, Welsh A, Impey L, Noble A, Stevenson G. 3D fractional moving blood volume (3D-FMBV) demonstrates decreased first trimester placental vascularity in pre-eclampsia but not the term, small for gestation age baby. *PLOS*. 2017
 31. Mazzi E. Defectos congénitos. *Rev. bol. ped*. 54 (3). 2015.
 32. Domínguez L, Vigil-De Gracia P. El intervalo intergenésico: un factor de riesgo para complicaciones obstétricas y neonatales. *Clin Invest Gin Obst*. 32(3):122-6. 2005.

CAPITULO 11. ANEXOS

Operacionalización de las variables

Variable dependiente

Variable	Conceptualización	Indicador	Índice
Recién Nacido Pequeño para la Edad Gestacional (RN PEG)	Recién nacido cuyo peso al nacer está por debajo del percentil 10 por género al nacer, para la edad gestacional.	Según grafico de Jurado-García	

Variables independientes

Variable	Conceptualización	Indicador	Índice
Bajo peso al nacer	Recién nacido cuyo peso se encuentra por debajo de 2500 gramos al nacer.		
Sexo	Condición anatómica que diferencia al hombre de la mujer	El que indique el expediente	1. Mujer 2. Hombre
Destino	Lugar a donde va dirigido el recién nacido luego de su nacimiento.	El que indique el expediente.	1. Alojamiento conjunto 2. Ingreso a Neonato

			3. Referido a otro Hospital
Cromosomopatía	Alteración en la composición cromosómica de un individuo.	El que indique el expediente.	NO SI CUAL
Anomalía congénita	Se trata de anomalías estructurales o funcionales, como los trastornos metabólicos, que ocurren durante la vida intrauterina y se detectan durante el embarazo, en el parto o en un momento posterior de la vida	El que indique el expediente.	NO SI CUAL
Enfermedad genética	Es una enfermedad causada en su totalidad o en parte por un cambio en la secuencia de ADN.	El que indique el expediente.	NO SI CUAL
Infecciones Fetales	Son aquellas enfermedades infecciosas transmitidas de madre a hijo durante la gestación manifestándose al nacimiento afectado	La que indique el expediente	NO SI CUAL

	por la infección congénita.		
Enfermedad medica	Las enfermedades médicas son enfermedades crónicas de la madre de larga duración y por lo general de progresión lenta.	Las que indique el expediente.	<ol style="list-style-type: none"> 1. Hipertensión Arterial 2. Enfermedad Renal 3. Diabetes Mellitus 4. Enfermedad del Colágeno 5. Hipoxemia Materna (enfermedad cardiaca cianotisante, anemia crónica, enfermedad pulmonar cronica)
Infección materna	Es la entrada, establecimiento y multiplicación del agente en la superficie o interior del huésped.	La que indique el expediente	SI NO CUAL
Estado nutricional	Es la situación en la que se encuentra una persona en relación con la ingesta y adaptaciones fisiológicas que tienen	Índice de masa corporal	<ol style="list-style-type: none"> 1. Bajo peso 2. Peso normal 3. Sobrepeso 4. Obesidad

	lugar tras el ingreso de nutrientes.		
Fármaco	Sustancia química purificada que se utiliza para el tratamiento, la cura, la prevención o el diagnóstico de alguna enfermedad o también para inhibir la aparición de un proceso fisiológico no deseado.	La que indique el expediente	SI NO CUAL
Drogas lícitas o ilícitas	Sustancia que se utiliza con la intención de actuar sobre el sistema nervioso con el fin de potenciar el desarrollo físico o intelectual, de alterar el estado de ánimo o de experimentar nuevas sensaciones, y cuyo consumo reiterado puede crear dependencia o puede tener efectos	Las que indique el expediente	SI NO CUAL

	secundarios indeseados.		
Procedencia	Principio de donde nace o se deriva algo.	El que indique el expediente	
Escolaridad	Conjunto de cursos que un estudiante sigue en un establecimiento docente.	El que indique el expediente	<ol style="list-style-type: none"> 1. Primaria incompleta 2. Primaria completa 3. Secundaria incompleta 4. Secundaria completa 5. Universidad incompleta 6. Universidad completa
Ocupación	Trabajo, empleo, oficio.	La que indique el expediente	
Edad materna	Años de vida transcurridos desde el nacimiento hasta la fecha de la encuesta	La que indique le expediente	<ol style="list-style-type: none"> 1. Menor de 18 años 2. 18- 35 años 3. Mayor de 35 años
Etnia	Comunidad humana definida por afinidades raciales, lingüísticas, culturales, etc.	La que indique el expediente	<ol style="list-style-type: none"> 1. Garífuna 2. Lenca 3. Mestiza 4. Misquita 5. Pech

			6. Tolupán 7. Otra
Paridad	Número total de embarazos que ha tenido una mujer, incluyendo abortos.	La que indique el expediente	1. Primigesta 2. Secundigesta 3. Multípara 4. Gran multípara
Hijos previos PEG	Recién nacido cuyo peso al nacer está por debajo del percentil 10 por género al nacer, para la edad gestacional, en el embarazo previo de la madre	El que indique el expediente	SI NO NO APLICA
Periodo intergenésico	Periodo comprendido entre el nacimiento de un hijo y el siguiente embarazo	El que indique el expediente	1. Menor de 2 años 2. Mayor de 2 años

INSTRUMENTO DE RECOLECCION DE DATOS



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE HONDURAS VALLE DE SULA
ESCUELA UNIVERSITARIA DE CIENCIAS DE LA SALUD**

CARRERA DE MEDICINA

**POST GRADO DE PEDIATRIA
INSTRUMENTO DE RECOLECCION DE DATOS
(Cuestionario)**

Factores asociados al recién nacido pequeño para la edad gestacional en el Hospital Leonardo Martínez Valenzuela de San Pedro Sula en el período comprendido entre Enero 2016 hasta Diciembre de 2016

Comentado [DB14]: En este instrumento pienso que debe girar alrededor de por lo menos estos factores asociados:

- Edad materna,
- Antecedentes patológicos maternos
- Ganancia de peso durante la gestación,
- Evaluación nutricional al inicio del embarazo,
- Periodo intergenésico,
- Edad gestacional al momento del parto
- Enfermedades asociadas al embarazo.

Numero de cuestionario:	Fecha de elaboración:
Departamento:	Municipio:
Unidad de salud donde se aplicó la encuesta:	
Nombre del encuestador (a):	
Datos del recién nacido	
1. Fecha de nacimiento	2. Sexo: F: M:
3. Edad gestacional:	
4. Peso (gramos)	
5. Talla (cm)	
6. Destino: Alojamiento conjunto _____ Ingreso a Neonato: _____ Referido a otro hospital _____ Diagnóstico de ingreso: _____ Motivo de referencia: _____	
Factores del recién nacido	
7. Cromosomopatía: NO:	SI: CUAL:
8. Anomalías congénitas: NO:	SI: CUAL:
9. Enfermedades genéticas: NO:	SI: CUAL:
10. Infecciones NO:	SI: CUAL:

Factores maternos

11. Enfermedades Medicas: NO:	SI:	CUAL:
12. Infecciones: NO:	SI:	CUAL:
13. Estado nutricional:	Bajo peso:___	Peso normal:___
	Sobrepeso:___	Obesidad:___
	No consignado:___	
14. Uso de fármacos: NO:	SI:	CUAL:
15. Uso de drogas lícitas o ilícitas: NO:	SI:	CUAL:

Factores demográficos:

16. Procedencia:	17. Escolaridad:___	18. Ocupación:___	
19. Edad materna	Menor 18 años:___	18-35 años: ___	Mayor 35 años:___
20. Etnia:	Garífuna:___	Tolupán:___	Lenca:___
	Misquita:___	Mestiza:___	Pech:___
	Otras:___		
		21. Paridad: Primigesta:___	Secundigesta:___
		Múltipara:___	Gran múltipara:___
		22. Periodo intergenésico:	Menor 2 años:___
			Mayor 2 años:___
			No aplica:___
23. Hijo previo pequeño para la edad gestacional: NO:___	SI:___	No consignado:___	No aplica:___

TABLAS

Tabla No. 2 Edad gestacional de los recién nacidos pequeños para la edad gestacional en el Hospital Leonardo Martínez Valenzuela de San Pedro Sula en el periodo comprendido entre Enero 2016 hasta Diciembre de 2016.

Edad Gestacional	Frecuencia	Porcentaje
Prematuros moderados a tardíos	3	4%
A término	81	96%
Total	84	100%

Tabla No. 3 Peso al nacer de los recién nacidos pequeño para la edad gestacional en el Hospital Leonardo Martínez Valenzuela de San Pedro Sula en el periodo comprendido entre Enero 2016 hasta Diciembre de 2016.

Agrupación de peso	Frecuencia	Porcentaje
Bajo peso al nacer	69	82%
No bajo peso al nacer	15	18%
Total	84	100%

Tabla No. 5 Destino de los recién nacidos pequeño para la edad gestacional en el Hospital Leonardo Martínez Valenzuela de San Pedro Sula en el periodo comprendido entre Enero 2016 hasta Diciembre de 2016.

Destino	Frecuencia	Porcentaje
Alojamiento conjunto	68	81.0%
Ingreso a Neonato	13	15.5%
Referido a otro hospital	2	2.4%
Óbito	1	1.2%
Total	84	100.0%

Tabla No. 13 Edad de las madres de los recién nacidos pequeño para la edad gestacional en el Hospital Leonardo Martínez Valenzuela de San Pedro Sula en el periodo comprendido entre Enero 2016 hasta Diciembre de 2016.

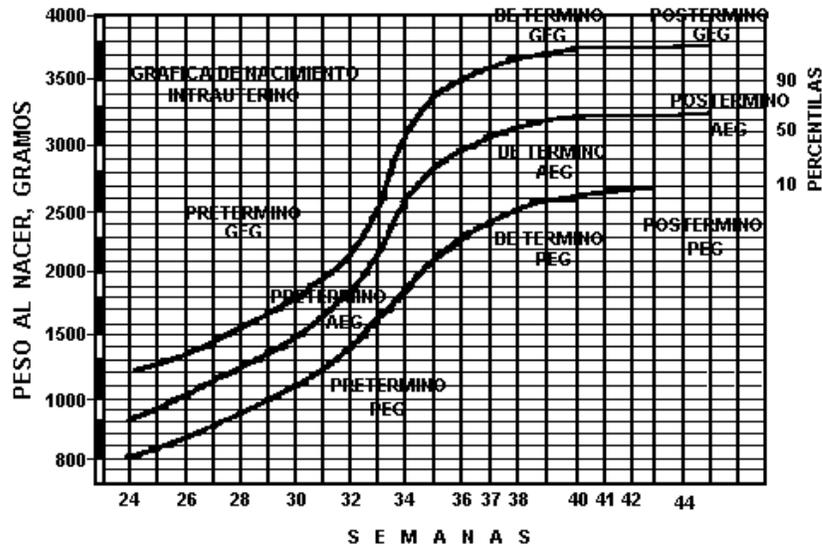
Grupo de Edad de la Madre	Frecuencia	Porcentaje
Menor 18 años	13	15.5%
18 - 35 años	70	83.3%
Mayor de 35 años	1	1.2%
Total	84	100.0%

Tabla No. 15 Paridad de las madres de los recién nacidos pequeño para la edad gestacional en el Hospital Leonardo Martínez Valenzuela de San Pedro Sula en el periodo comprendido entre Enero 2016 hasta Diciembre de 2016.

Paridad	Frecuencia	Porcentaje
Primigestas	53	63%
Secundigestas	22	26%
Múltiparas	8	10%
Gran múltipara	1	1%
Total	84	100%

PESO AL NACER EN RELACION CON LA EDAD GESTACIONAL

AMBOS SEXOS



PRETERMINO TERMINO POSTERMINO
 PEG- PEQUEÑO PARA EDAD GESTACIONAL Dr. Jurado García
 AEG- ADECUADO PARA EDAD GESTACIONAL
 GEG- GRANDE PARA EDAD GESTACIONAL



LUGAR	FechaNacimiento	Sexo	EdadGestacional	Peso
Hopital Leonardo Martinez Valenzuela	11-abr-16	Masculino	37	2400
Hopital Leonardo Martinez Valenzuela	18-may-16	Femenino	39.5	2300
Hopital Leonardo Martinez Valenzuela	18-may-16	Femenino	40.4	2600
Hopital Leonardo Martinez Valenzuela	18-may-16	Masculino	39.6	2350
Hopital Leonardo Martinez Valenzuela	19-may-16	Masculino	39.1	2400
Hopital Leonardo Martinez Valenzuela	20-may-16	Femenino	39	2400
Hopital Leonardo Martinez Valenzuela	21-may-16	Femenino	36.2	2150
Hopital Leonardo Martinez Valenzuela	21-may-16	Masculino	39.6	2400
Hopital Leonardo Martinez Valenzuela	22-may-16	Femenino	37.5	2250
Hopital Leonardo Martinez Valenzuela	22-may-16	Masculino	39	2400
Hopital Leonardo Martinez Valenzuela	23-may-16	Femenino	37	2650
Hopital Leonardo Martinez Valenzuela	23-may-16	Masculino	37.6	2500
Hopital Leonardo Martinez Valenzuela	24-may-16	Femenino	39	2250
Hopital Leonardo Martinez Valenzuela	27-may-16	Masculino	39	2550
Hopital Leonardo Martinez Valenzuela	28-may-16	Masculino	37.4	2100
Hopital Leonardo Martinez Valenzuela	29-may-16	Masculino	38.5	3700
Hopital Leonardo Martinez Valenzuela	29-may-16	Masculino	37	2300
Hopital Leonardo Martinez Valenzuela	31-may-16	Masculino	39	2500
Hopital Leonardo Martinez Valenzuela	31-may-16	Femenino	39.6	2350
Hopital Leonardo Martinez Valenzuela	31-may-16	Masculino	38.2	2500
Hopital Leonardo Martinez Valenzuela	1-jun-16	Femenino	40	2250
Hopital Leonardo Martinez Valenzuela	1-jun-16	Masculino	38.5	2550
Hopital Leonardo Martinez Valenzuela	2-jun-16	Masculino	37.5	2350
Hopital Leonardo Martinez Valenzuela	6-jun-16	Masculino	37.1	2400

Hopital Leonardo Martinez Valenzuela	5-jun-16	Masculino	37.4	2400
Hopital Leonardo Martinez Valenzuela	3-jun-16	Masculino	39.3	2450
Hopital Leonardo Martinez Valenzuela	4-jun-16	Masculino	38.3	2400
Hopital Leonardo Martinez Valenzuela	4-jun-16	Femenino	38.5	2300
Hopital Leonardo Martinez Valenzuela	5-jun-16	Masculino	39	2400
Hopital Leonardo Martinez Valenzuela	8-jun-16	Masculino	36.1	2251
Hopital Leonardo Martinez Valenzuela	11-jun-16	Masculino	38	2400
Hopital Leonardo Martinez Valenzuela	11-jun-16	Masculino	39	2450
Hopital Leonardo Martinez Valenzuela	22-jun-16	Masculino	40.3	2400
Hopital Leonardo Martinez Valenzuela	23-jun-16	Masculino	37.1	2300
Hopital Leonardo Martinez Valenzuela	24-jun-16	Femenino	39	2300
Hopital Leonardo Martinez Valenzuela	26-jun-16	Masculino	41.2	2250
Hopital Leonardo Martinez Valenzuela	29-jun-16	Masculino	37	2300
Hopital Leonardo Martinez Valenzuela	5-sep-16	Femenino	38.5	1900
Hopital Leonardo Martinez Valenzuela	5-jun-16	Masculino	38.5	2450
Hopital Leonardo Martinez Valenzuela	6-jun-16	Masculino	37.1	2500
Hopital Leonardo Martinez Valenzuela	7-jun-16	Femenino	37.5	2550
Hopital Leonardo Martinez Valenzuela	7-jun-16	Femenino	39.1	2350
Hopital Leonardo Martinez Valenzuela	8-jun-16	Femenino	38	2550
Hopital Leonardo Martinez Valenzuela	12-jun-16	Femenino	37	2300
Hopital Leonardo Martinez Valenzuela	12-jun-16	Femenino	37.3	2450
Hopital Leonardo Martinez Valenzuela	13-jun-16	Femenino	37.5	2400
Hopital Leonardo Martinez Valenzuela	15-jun-16	Femenino	40	2350
Hopital Leonardo Martinez Valenzuela	15-jun-16	Femenino	40	2350

Hopital Leonardo Martinez Valenzuela	18-jun-16	Masculino	39.1	2450
Hopital Leonardo Martinez Valenzuela	18-jun-16	Masculino	38.4	2200
Hopital Leonardo Martinez Valenzuela	22-jun-16	Masculino	38.3	2450
Hopital Leonardo Martinez Valenzuela	22-jun-16	Femenino	40.5	2100
Hopital Leonardo Martinez Valenzuela	22-jun-16	Femenino	37	2400
Hopital Leonardo Martinez Valenzuela	24-jun-16	Masculino	37.5	2300
Hopital Leonardo Martinez Valenzuela	25-jun-16	Masculino	38.6	2300
Hopital Leonardo Martinez Valenzuela	25-jun-16	Masculino	40.5	2500
Hopital Leonardo Martinez Valenzuela	28-jun-16	Femenino	38.4	2400
Hopital Leonardo Martinez Valenzuela	30-jun-16	Femenino	38.5	2300
Hopital Leonardo Martinez Valenzuela	8-ene-16	Femenino	39.5	2450
Hopital Leonardo Martinez Valenzuela	3-ene-16	Femenino	40.1	2300
Hopital Leonardo Martinez Valenzuela		Masculino	37	2300
Hopital Leonardo Martinez Valenzuela	25-jun-16	Masculino	38.6	2300
Hopital Leonardo Martinez Valenzuela	22-jun-16	Femenino	40.6	2100
Hopital Leonardo Martinez Valenzuela	12-jun-16	Masculino	37.3	2450
Hopital Leonardo Martinez Valenzuela	9-jun-16	Masculino	37	1750
Hopital Leonardo Martinez Valenzuela	22-jun-16	Masculino	38.3	2450
Hopital Leonardo Martinez Valenzuela		Femenino	37	2450
Hopital Leonardo Martinez Valenzuela	8-jun-16	Femenino	38.5	2350
Hopital Leonardo Martinez Valenzuela	22-jun-16	Femenino	37	2400
Hopital Leonardo Martinez Valenzuela	6-jun-16	Masculino	38.5	2500
Hopital Leonardo Martinez Valenzuela	27-jun-16	Masculino	39.1	2400
Hopital Leonardo Martinez Valenzuela	29-jun-16	Femenino	38.2	2300
Hopital Leonardo Martinez Valenzuela	15-jun-16	Femenino	40	2320

Hopital Leonardo Martinez Valenzuela	15-jun-16	Femenino	40	2350
Hopital Leonardo Martinez Valenzuela		Femenino	37.5	2400
Hopital Leonardo Martinez Valenzuela		Masculino	39	2500
Hopital Leonardo Martinez Valenzuela		Femenino	38.4	2400
Hopital Leonardo Martinez Valenzuela	25-jun-16	Masculino	40	2200
Hopital Leonardo Martinez Valenzuela	31-ene-16	Femenino	39.5	2400
Hopital Leonardo Martinez Valenzuela	12-may-16	Masculino	39	2450
Hopital Leonardo Martinez Valenzuela	6-ene-16	Femenino	39.1	2500
Hopital Leonardo Martinez Valenzuela	15-feb-16	Masculino	38	2250
Hopital Leonardo Martinez Valenzuela	18-feb-16	Masculino	36.3	1450
Hopital Leonardo Martinez Valenzuela	29-ene-16	Femenino	38	2400

Talla	Destino
48	Alojamiento conjunto
44	Alojamiento conjunto
49	Alojamiento conjunto
46	Obito
45	Alojamiento conjunto
45	Alojamiento conjunto
47	Alojamiento conjunto
44	Alojamiento conjunto
28	Alojamiento conjunto
45	Alojamiento conjunto
46	Alojamiento conjunto
51	Alojamiento conjunto
46	Alojamiento conjunto
47	Alojamiento conjunto
49	Alojamiento conjunto
48	Alojamiento conjunto
46	Alojamiento conjunto
47	Alojamiento conjunto
45	Alojamiento conjunto
33	Alojamiento conjunto

48 Alojamiento conjunto
47 Alojamiento conjunto
47 Alojamiento conjunto
45 Alojamiento conjunto
48 Referido a otro hospital
44 Ingreso a Neonato
45 Alojamiento conjunto
45 Alojamiento conjunto
48 Alojamiento conjunto
47 Alojamiento conjunto
47 Alojamiento conjunto
44 Ingreso a Neonato
48 Alojamiento conjunto
44 Alojamiento conjunto
47 Alojamiento conjunto
49 Alojamiento conjunto
46 Ingreso a Neonato
46 Ingreso a Neonato
47 Alojamiento conjunto
47 Alojamiento conjunto
46 Alojamiento conjunto
46 Alojamiento conjunto
47 Ingreso a Neonato
47 Ingreso a Neonato

49	Alojamiento conjunto
47	Alojamiento conjunto
45	Alojamiento conjunto
46	Alojamiento conjunto
46	Alojamiento conjunto
43	Alojamiento conjunto
48	Alojamiento conjunto
46	Alojamiento conjunto
48	Alojamiento conjunto
42	Alojamiento conjunto
47	Alojamiento conjunto
47	Alojamiento conjunto
43	Alojamiento conjunto
48	Alojamiento conjunto
46	Alojamiento conjunto
46	Alojamiento conjunto
42	Ingreso a Neonato
45	Alojamiento conjunto
46	Ingreso a Neonato
47	Alojamiento conjunto
46	Alojamiento conjunto
47	Alojamiento conjunto
43	Alojamiento conjunto
44	Alojamiento conjunto
47	Ingreso a Neonato

47	Ingreso a Neonato
46	Alojamiento conjunto
46	Alojamiento conjunto
46	Alojamiento conjunto
47	Alojamiento conjunto
47	Referido a otro hospital
45	Ingreso a Neonato
48	Alojamiento conjunto
47	Alojamiento conjunto
40	Ingreso a Neonato
45	Ingreso a Neonato

Taquipnea transitoria recién nacido
Taquipnea transitoria recién nacido
Riesgo alto de Sepsis parto extrahospitalario
Potencialmente séptico por fiebre materna
Potencialmente séptico por ITU materna
Taquipnea transitoria recién nacido
Síndrome de aspiración meconial

Taquipnea transitoria RN, potencialmente Septico por manipulación via aerea, restricción

Neumonía connatal

Taquipnea transitoria RN, riesgo alto de Sepsis por ITU

Hijo de madre con Chiungunya

Taquipnea transitoria recién nacido

No		No	
No		Si	Neumonía connatal
No		No	

Enfermedades Médicas	Cuales Enfermedades	Infecciones de Madre	Infecciones Maternas	Estado nutricional
No		No		No consignado
No		No		No consignado
No		No		No consignado
No		No		No consignado
No		No		No consignado
No		No		No consignado
No		No		No consignado
No		No		No consignado
No		No		No consignado
No		No		No consignado
No		No		No consignado
No		No		No consignado
No		No		Peso normal
No		No		No consignado
No		No		No consignado
No		No		No consignado
No		No		No consignado
No		No		No consignado
No		No		No consignado
No		No		No consignado
No		No		Sobrepeso
No		No		No consignado
No		No		Peso normal
No		No		Bajo peso
No		No		No consignado

No		No		No consignado
No		No		No consignado
No		No		Sobrepeso
No		No		No consignado
No		No		No consignado
No		No		No consignado
No		No		No consignado
No		No		No consignado
No		No		No consignado
No		No		Peso normal
No		No		No consignado
No		No		No consignado
No		No		No consignado
No		No		No consignado
No		No		No consignado
No		No		Peso normal
Si	Preclampsia	No		No consignado
No		No		Peso normal
No		Si	Fiebre	No consignado
No		No		No consignado
No		No		No consignado
No		Si	Infección del tracto urinario	Obesidad
No		No		No consignado
No		No		No consignado
No		No		No consignado

No		No		No consignado
No		No		No consignado
No		No		No consignado
No		No		No consignado
No		Si	Infección del tracto urinario	No consignado
No		Si	Vaginosis	No consignado
No		Si	Infección del tracto urinario	No consignado
No		Si	Vaginosis	No consignado
No		No		No consignado
Si	Hipertensión gestacional, Chiungunya	No		No consignado
Si	Asma Bronquial	No		Bajo peso

UsodeFármacos	CualFarmaco	sodedrógasilícita	CualDrogasilicita	Procedencia	Escolaridad
No		No		No consignada	No consignada
No		No		Area Rural	Primaria completa
Si	No consignado	No		Area Rural	No consignada
No		No		Choloma	Primaria incompleta
No		No		Villanueva	Secundaria incompleta
No		No		Lomas del Carmen	Primaria completa
No		No		Calpules	Primaria completa
				Santa Cruz	Primaria completa
No		No		Col. Satelite	Primaria completa
No		No		Lomas del Carmen	Primaria incompleta
No		No		Barrio Medina	Secundaria incompleta
No		No		Barrio Medina	No consignada
No		No		Rivera Hernández	Secundaria completa
No		No		San Pedro Sula	Primaria completa
No		No		Chamelecón	Primaria completa
No		No		No consignada	Primaria completa
No		No		Col. Gracias a Dios	Secundaria incompleta
No		No		La Lima	Primaria completa
No		No		San Pedro Sula	Primaria completa
No		No		Aldea El Carmen	Primaria completa
No		No		No consignada	Secundaria completa
No		No		Col. Primavera	Primaria completa
No		No		Rivera Hernández	Primaria completa
No		No		San Manuel	Secundaria completa

No		No		La Lima	Primaria completa
No		No		No consignada	Primaria incompleta
No		No		Villanueva	Primaria completa
No		No		San Pedro Sula	Secundaria completa
No		No		Santa Bárbara	Primaria completa
No		No		San Pedro Sula	No consignada
No		No		San Pedro Sula	Primaria completa
No		No		Area Rural	Universidad incompleta
No		No		San Manuel	Primaria completa
No		No		Choloma	No consignada
No		No		San Pedro Sula	Primaria completa
No		No		No consignada	No consignada
No		No		Villanueva	Primaria completa
No		No		Area Rural	Primaria incompleta
No		No		Choloma	Primaria incompleta
No		No		San Pedro Sula	Secundaria incompleta
No		No		San Pedro Sula	Secundaria completa
No		No		San Pedro Sula	Secundaria completa
No		No		San Pedro Sula	Secundaria incompleta
No		No		San Pedro Sula	Secundaria incompleta
No		No		San Pedro Sula	No consignada
No		No		Puerto Cortés	Primaria completa
No		No		Villanueva	No consignada
No		No		Villanueva	Secundaria incompleta

No		No		San Pedro Sula	Secundaria incompleta
No		No		San Pedro Sula	Secundaria incompleta
No		No		San Pedro Sula	Secundaria incompleta
No		No		San Pedro Sula	Primaria completa
No		No		San Pedro Sula	Secundaria incompleta
No		No		Villanueva	Primaria completa
No		No		San Pedro Sula	Secundaria completa
No		No		San Pedro Sula	Secundaria incompleta
No		No		Choloma	Secundaria completa
No		No		Cofradía	Secundaria incompleta
No		No		San Pedro Sula	Primaria completa
No		No		San Pedro Sula	Secundaria completa
No		No		Villanueva	Secundaria incompleta
No		No		San Pedro Sula	Secundaria incompleta
No		No		San Pedro Sula	Primaria completa
No		No		San Pedro Sula	Primaria completa
No		No		Choloma	Primaria incompleta
No		No		San Pedro Sula	Primaria completa
No		No		San Pedro Sula	Secundaria incompleta
No		No		San Pedro Sula	Primaria completa
No		No		San Pedro Sula	Secundaria incompleta
No		No		San Pedro Sula	Primaria completa
No		No		San Pedro Sula	No consignada
No		No		San Pedro Sula	Primaria completa
No		No		Villanueva	Primaria completa

No		No		Villanueva	Secundaria completa
No		No		San Pedro Sula	Primaria completa
No		No		San Pedro Sula	Secundaria completa
No		No		Choloma	Secundaria completa
Si	No consignado	No		Las Brisas	Primaria completa
No		No		Cofradía	Secundaria incompleta
No		No		Villanueva	Primaria completa
No		No		San Pedro Sula	Secundaria incompleta
No		No		San Pedro Sula	Secundaria incompleta
No		No		San Pedro Sula	Primaria completa
No		No		San Pedro Sula	Secundaria incompleta

Ocupacion	EdadMadre	Etnia	Paridad	Período intergenésico
No consignada	18	Mestiza	Primigesta	
Ama de casa	22	Mestiza	Primigesta	
Ama de casa	31	Mestiza	Secundigesta	Mayor de 2 años
No consignada	19	Mestiza	Primigesta	
Ama de casa	19	Mestiza	Primigesta	
Ama de casa	19	Otra	Secundigesta	Mayor de 2 años
No consignada	21	Mestiza	Primigesta	
No consignada	21	Mestiza	Secundigesta	Mayor de 2 años
Ama de casa	19	Mestiza	Primigesta	
Oficios domésticos	18	Mestiza	Primigesta	
Ama de casa	17	Mestiza	Primigesta	
Desempleada	19	Mestiza	Primigesta	
Desempleada	23	Mestiza	Primigesta	
Vendedora	18	Mestiza	Primigesta	
Ama de casa	18	Mestiza	Primigesta	
No consignada	19	Mestiza	Primigesta	
Desempleada	18	Garifuna	Primigesta	
Oficios domésticos	27	Mestiza	Múltipara	Mayor de 2 años
Oficios domésticos	16	Mestiza	Primigesta	
Desempleada	19	Mestiza	Secundigesta	Menor de 2 años
No consignada	18	Mestiza	Primigesta	
Desempleada	26	Otra	Múltipara	Mayor de 2 años
Desempleada	22	Mestiza	Primigesta	
Oficios domésticos	21	Mestiza	Secundigesta	Mayor de 2 años

Desempleada	31	Mestiza	Miltípara	Mayor de 2 años
Ama de casa	42	Mestiza	Gran múltipara	Menor de 2 años
Desempleada	29	Mestiza	Miltípara	Mayor de 2 años
Desempleada	22	Mestiza	Secundigesta	Mayor de 2 años
Ama de casa	21	Mestiza	Primigesta	
No consignada	14	Mestiza	Primigesta	
Ama de casa	17	Mestiza	Primigesta	
Desempleada	25	Mestiza	Miltípara	Menor de 2 años
Ama de casa	28	Mestiza	Secundigesta	Mayor de 2 años
Desempleada	22	Mestiza	Primigesta	
Desempleada	17	Mestiza	Primigesta	
Desempleada	24	Mestiza	Miltípara	Menor de 2 años
Desempleada	20	Mestiza	Primigesta	
Desempleada	20	Mestiza	Primigesta	
Ama de casa	22	Mestiza	Primigesta	
Ama de casa	18	Mestiza	Secundigesta	Menor de 2 años
Ama de casa	19	Mestiza	Primigesta	
Ama de casa	19	Mestiza	Primigesta	
Ama de casa	19	Mestiza	Primigesta	
Estudiante	19	Mestiza	Primigesta	
No consignada	22	Mestiza	Secundigesta	Menor de 2 años
Ama de casa	19	Mestiza	Secundigesta	Menor de 2 años
No consignada	19	Mestiza	Primigesta	
Estudiante	19	Mestiza	Primigesta	

Ama de casa	23	Mestiza	Primigesta	
Ama de casa	20	Mestiza	Primigesta	
Ama de casa	32	Mestiza	Secundigesta	Mayor de 2 años
Ama de casa	21	Mestiza	Secundigesta	Menor de 2 años
Ama de casa	21	Mestiza	Secundigesta	Menor de 2 años
Ama de casa	18	Mestiza	Primigesta	
Ama de casa	24	Mestiza	Secundigesta	Menor de 2 años
Ama de casa	17	Mestiza	Miltípara	Menor de 2 años
Ama de casa	31	Mestiza	Primigesta	
Ama de casa	24	Mestiza	Primigesta	
Ama de casa	15	Mestiza	Primigesta	
Comerciante	23	Mestiza	Secundigesta	Menor de 2 años
Ama de casa	18	Mestiza	Primigesta	
Ama de casa	24	Mestiza	Miltípara	Mayor de 2 años
Comerciante	21	Mestiza	Secundigesta	Menor de 2 años
Ama de casa	22	Mestiza	Secundigesta	Mayor de 2 años
Ama de casa	21	Mestiza	Primigesta	
Ama de casa	32	Mestiza	Secundigesta	Mayor de 2 años
Ama de casa	19	Mestiza	Primigesta	
Ama de casa	19	Mestiza	Primigesta	
Ama de casa	21	Mestiza	Secundigesta	Mayor de 2 años
Ama de casa	18	Mestiza	Secundigesta	Menor de 2 años
Ama de casa	19	Mestiza	Primigesta	
Ama de casa	17	Mestiza	Primigesta	
Ama de casa	19	Mestiza	Primigesta	

Ama de casa	19	Mestiza	Primigesta	
Ama de casa	19	Mestiza	Secundigesta	Menor de 2 años
Ama de casa	17	Mestiza	Secundigesta	Mayor de 2 años
Ama de casa	31	Mestiza	Primigesta	
Ama de casa	20	Mestiza	Primigesta	
Ama de casa	20	Mestiza	Primigesta	
Ama de casa	16	Mestiza	Primigesta	
Ama de casa	19	Misquita	Primigesta	
Ama de casa	17	Mestiza	Primigesta	
Ama de casa	16	Mestiza	Primigesta	
Ama de casa	17	Mestiza	Primigesta	

Previopequeño	UniqueKey	RECSTATUS	Municipio
	1	1	No consignado
	2	1	Area Rural
No consignado	3	1	Area Rural
	4	1	Choloma
	5	1	Villanueva
No consignado	6	1	San Pedro Sula
	7	1	San Pedro Sula
No consignado	8	1	Santa Cruz de Yojoa
	9	1	San Pedro Sula
	10	1	San Pedro Sula
	11	1	San Pedro Sula
	12	1	San Pedro Sula
	13	1	San Pedro Sula
	14	1	San Pedro Sula
	15	1	San Pedro Sula
	16	1	No consignado
	17	1	San Pedro Sula
No consignado	18	1	La Lima
	19	1	San Pedro Sula
No consignado	20	1	San Pedro Sula
	21	1	No consignado
No consignado	22	1	San Pedro Sula
	23	1	San Pedro Sula
No consignado	24	1	San Manuel

No consignado	25	1 La Lima
No consignado	26	1 No consignado
No consignado	27	1 Villanueva
No consignado	28	1 San Pedro Sula
	29	1 Santa Bárbara
	30	1 San Pedro Sula
	31	1 San Pedro Sula
No consignado	32	1 Area Rural
No consignado	33	1 San Manuel
	34	1 Choloma
	35	1 San Pedro Sula
No consignado	36	1 No consignado
	37	1 Villanueva
	38	1 Area Rural
	39	1 Choloma
No consignado	40	1 San Pedro Sula
	41	1 San Pedro Sula
	42	1 San Pedro Sula
	43	1 San Pedro Sula
	44	1 San Pedro Sula
No consignado	45	1 San Pedro Sula
No consignado	46	1 Puerto Cortés
	47	1 Villanueva
	48	1 Villanueva

	49	1 San Pedro Sula
	50	1 San Pedro Sula
No consignado	51	1 San Pedro Sula
No consignado	52	1 San Pedro Sula
No consignado	53	1 San Pedro Sula
	54	1 Villanueva
No consignado	55	1 San Pedro Sula
No consignado	56	1 San Pedro Sula
	57	1 Choloma
	58	1 San Pedro Sula
	59	1 San Pedro Sula
No consignado	60	1 San Pedro Sula
	61	1 Villanueva
No consignado	62	1 San Pedro Sula
No consignado	63	1 San Pedro Sula
No consignado	64	1 San Pedro Sula
	65	1 Choloma
No consignado	66	1 San Pedro Sula
	67	1 San Pedro Sula
	68	1 San Pedro Sula
No consignado	69	1 San Pedro Sula
No consignado	70	1 San Pedro Sula
	71	1 San Pedro Sula
	72	1 San Pedro Sula
	73	1 Villanueva

	74	1 Villanueva
No consignado	75	1 San Pedro Sula
No consignado	76	1 San Pedro Sula
	77	1 Choloma
	78	1 San Pedro Sula
	79	1 San Pedro Sula
	80	1 Villanueva
	81	1 San Pedro Sula
	82	1 San Pedro Sula
	83	1 San Pedro Sula
	84	1 San Pedro Sula

Frequency

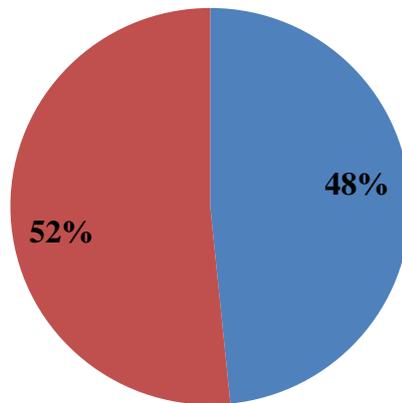
Frequency variable: **Período intergenésico**

Include missing: **False**

Período intergenésico	Frecuencia	Porcentaje
Menor de 2 años	15	48%
Mayor de 2 años	16	52%
Total	31	100%

Período intergenésico

■ Menor de 2 años ■ Mayor de 2 años



Frequency

Frequency variable: **HijoPreviopequeño para EG**

Include missing: **False**

Hijo Previo pequeño para EG	Frecuencia	Porcentaje
No consignado	31	100.00%