



**UNIVERSIDAD MICHOCANA DE SAN NICOLÁS  
DE HIDALGO**

**FACULTAD DE ENFERMERIA**

**TÉSIS**

**“PRINCIPALES CAUSAS DE BAJO PESO EN RECIÉN  
NACIDOS DEL HOSPITAL GENERAL DR. MIGUEL SILVA”.**

**QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE  
LICENCIADA EN ENFERMERÍA**

**PRESENTA**

**JANETH RUIZ PÉREZ**

**ASESORAS:**

**M.C. MARIA CRISTINA MARTHA REYES**

**MEyAS. MARTHA ISABEL IZQUIERDO PUENTE**

**C.A. ESTILO DE VIDA SALUDABLE**

Morelia, Mich. Agosto del 2008

## **AGRADECIMIENTOS**

### **A DIOS**

Por que con su infinito amor y bondad me dio la oportunidad de culminar la misión por la cual me envió a este mundo “Brindar atención y cuidados a quien lo necesita”

### **A MI ESPOSO**

Por su comprensión y apoyo para finalizar la meta que había emprendido para llegar a esta etapa de mi vida.

### **A MIS PADRES**

Por darme la vida, amor y comprensión. Por apoyarme económica y moralmente para llegar a ser una persona preparada y poder enfrentar la vida.

### **A MI HERMANA**

Que siempre estuvo a mi lado apoyándome sin condición alguna por compartir durante mi preparación noches de desvelo para lograr mis metas.

### **A MIS MAESTROS**

Por que sin su apoyo, dedicación, comprensión y preparación no hubiera logrado esta etapa de mi vida.

### **A MIS ASESORAS**

Por su tiempo, paciencia y su acertada asesoría en la elaboración de este trabajo.

## **INDICE**

- I. Introducción
- II. Planteamiento del problema
- III. Justificación
- IV. Objetivos
  - 5.1. Objetivo General
  - 5.2. Objetivos Específicos
- V. Marco Teórico
- VI. Hipótesis
- VII. Material y Métodos
  - 7.2 Población
  - 7.3. Muestra
  - 7.4 Variables
  - 7.5 Diseño del estudio
  - 7.6 Criterios
    - Criterios de inclusión
    - Criterios de exclusión
    - Criterios de eliminación
  - 7.7 Recursos
    - 7.7.1 Humanos
    - 7.7.2 Físicos
    - 7.7.3 Financieros
    - 7.7.4 Materiales
  - 7.8 Límites
    - 7.8.1 de Tiempo
    - 7.8.2 de Espacio
- VIII. Método de recolección de datos
- IX Manejo datos
- X. Código de ética
- XI Resultados de la investigación
- XII Conclusiones
- XIII Sugerencias
- XIV Bibliografía
- XV Anexos

## I.-INTRODUCCION

El RN con es todo aquel que en el momento de su nacimiento pesa menos de 2500gr. Independientemente de su edad gestacional. Como puede deducirse en este grupo habrá niños prematuros de término y pos termino.

Según la OMS el bajo peso al nacer es en todo el mundo y en todos los grupos de población, el factor mas importante para determinar la probabilidades del recién nacido (RN) de sobrevivir y tener desarrollo y crecimiento sano. De hay que el diagnostico precoz de esta alteración conforma uno de los objetivos mas importantes del control prenatal.

La malnutrición materna y la poca ganancia de peso durante la gestación entre otros factores son implicaciones inmediatas y a largo plazo sobre la salud fetal

El peso al nacer se considera un predicator del futuro del recién nacido el índice de mortalidad asciende a medida que disminuye el bajo peso al nacer para cualquier semana de gestación, por lo que es un factor muy importante para la supervivencia del neonato, así como el crecimiento y desarrollo saludables.

Aunque aun queda mucho por aprender sobre los efectos de la nutrición y la modificación de este proceso es bien sabido que el estado nutricional de la mujer embarazada influye en el resultado final de su embarazo y se pueden retomar otros factores como toxicomanías, edad de la madre, patologías durante el embarazo, embarazos múltiples, estado socioeconómico, prematurez, los cuales son algunos de los factores que se abordaran en la presente investigación.

En base a todas las investigaciones realizadas surge mi inquietud por analizar la incidencia del Recién Nacido con bajo peso en la sala de expulsión del Hospital Gral. Dr. Miguel Silva de Morelia Michoacán.

Con objetivo de obtener información actualizada en nuestro medio sobre esta importante aspecto los recién nacidos.

## **II. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA**

¿CUÁLES SON LAS PRINCIPALES CAUSAS DEL BAJO PESO EN RECIÉN NACIDOS EN LA SALA DE EXPULSION DEL HOSPITAL GENERAL DR. MIGUEL SILVA EN MORELIA MICHOACÁN?

### III. JUSTIFICACIÓN

La desnutrición en las mujeres antes y durante el embarazo limita la capacidad del crecimiento fetal intrauterino y es una de las principales causas de la desnutrición fetal y el bajo peso al nacer en países subdesarrollados y esto aún es más severo en el sur de Asia. La desnutrición fetal puede entre otras consecuencias provocar la muerte del producto de la concepción antes del nacimiento y si logra sobrevivir, las consecuencias serán vistas a largo plazo. Un gran número de ellos fallecen en los primeros siete días de edad. Los niños bajo peso que sobreviven pueden desarrollar enfermedades entre las que se destacan las diarreas, las neumonías y otras infecciones.

El objetivo de este trabajo es mostrar como los factores socioeconómicos influyen de forma importante en la desnutrición fetal y el bajo peso al nacer. La Organización Panamericana de la Salud (OPS) se ha propuesto lanzar estrategias sobre la nutrición para la salud y el desarrollo desde el año 2006 al 2015. El propósito es mejorar el estado nutricional durante toda la vida particularmente entre los pobres y otros grupos vulnerables, mediante esfuerzos estratégicos conjuntos de los Estados Miembros y otros socios.

Hace más de 50 años la Organización Mundial de la Salud (OMS), acuñó el término de "recién nacido de bajo peso" para identificar a todo aquel neonato con peso menor a 2 500 g. Después de 30 años la misma OMS señala: El bajo peso al nacer es, en todo el mundo y en todos los grupos de población, el factor individual más importante que determina las probabilidades del recién nacido de sobrevivir y tener un crecimiento y desarrollo sanos.(6)

Para finales de la década de los años setenta, en un estudio mexicano de población cautiva con derecho a seguridad social, se calculó que la prevalencia de BPN era de 10%. A su vez, una encuesta retrospectiva dirigida por el Fondo de Naciones Unidas para la Infancia en nuestro país entre 1980-1988, registró una incidencia nacional de 12% y, en particular, para las maternidades del área metropolitana del Distrito Federal de sólo 8.2%. En acuerdos con la OMS, en 1985, México se comprometió a reducir el problema del BPN a menos de 10%; para 1991 se reportó en 8%, con sólo 1% de niños con peso al nacer menor a 1 500 g. En el mismo año, para toda América Latina, la prevalencia de BPN fue de 13.5%, pocos años después, entre 1994 y 1996, se reportó en 11% para América Latina y el Caribe. Estas estadísticas, sin embargo, no son reflejo preciso de la realidad, ya que hasta 33% de los nacimientos ocurrían fuera de instituciones de salud y poco más de 80% de estos niños no se pesaban al nacer.

Junto con la prematuridad, el BPN es el factor predictivo más fuertemente asociado a mortalidad; por lo que ha quedado demostrada una relación inversamente proporcional entre el peso al nacimiento y la mortalidad neonatal. En 1988,

Casanueva informó que al relacionar la mortalidad con peso bajo al nacimiento en el Instituto Nacional de Perinatología (INPer), se apreció una franca relación exponencial entre ambas variables, de modo que en los productos con BPN nacidos a término, la mortalidad fue de 32 x 1 000 nacidos vivos (NV) en comparación con 104.7 x 1 000 NV de los productos con BPN prematuros; los productos con más de 2 500 g de peso y menos de 37 semanas de edad gestacional (SEG) tuvieron una mortalidad casi cuatro veces mayor que los niños de término con peso adecuado; pero en los menores de 1 500 g independientemente de la edad gestacional la tasa de mortalidad fue muy alta (707.3 x 1 000 NV). Para 1991, esta misma institución reportó una incidencia de BPN de 18%, aunque debe considerarse como un dato sesgado, por tratarse de una unidad de concentración para embarazos de alto riesgo.

En un reporte de la Organización Panamericana de la Salud (OPS) de 1973, se señala que hasta 72.7% de las muertes neonatales ocurridas en países latinoamericanos estaban asociadas a BPN. En 1995 se dio a conocer un reporte de los Estados Unidos de América (EUA), en el cual los niños con peso menor a 1 500 g constituyeron 1.2% de todos los nacimientos, pero representaron 64.2% de las muertes del período neonatal. Un análisis canadiense del comportamiento del BPN durante un período de 18 años que incluyó 6.6 millones de nacimientos, describe que de 1971 a 1989 el BPN disminuyó 30% (de 6.6 a 4.6%), en tanto que los productos prematuros aumentaron a 60%, mientras que la prevalencia de productos con peso menor a 1 500 g se mantuvo entre 0.7 y 0.8%.

Estas tendencias se explican por el advenimiento de la perinatología moderna con su nueva biotecnología, que permite mayor supervivencia de productos con menor peso y menor edad gestacional. Así, en los países más desarrollados, la supervivencia de los recién nacidos con peso menor a 1 000 g se incrementó a 85%; para 1990, 47% de los productos de 750 g lograban sobrevivir, y para 1994, sólo 30% de los productos entre 500 y 750 g morían.

En nuestro país, para 1991 la mortalidad a cinco años de productos con BPN que lograban superar la etapa neonatal, estaba alrededor de 18%, probablemente como resultado de la persistencia de retardo en el crecimiento. Otros autores han reportado secuelas asociadas al bajo peso y prematuridad, parto pélvico y/o incremento en la susceptibilidad a infecciones.

Al revisar las publicaciones de investigaciones realizadas en otros grupos poblacionales se nota que el BPN corresponde a uno de los grandes problemas en salud pública, puesto que es un predictor de morbilidad y representa la segunda causa de mortalidad perinatal. Diversos estudios han observado que la incidencia mundial de BPN es del 17%, ascendiendo en países subdesarrollados hasta un 19%, frente a cifras muy inferiores en países desarrollados: en Estados Unidos se sitúa alrededor del 7%, en el Reino Unido 6% y en España 5%.

En múltiples estudios se han relacionado ciertas variables que influyen en el bajo peso al nacer, tales como edad materna menor de 18 años y mayor de 40 años, bajo nivel socioeconómico, unión conyugal inestable, hábito tabáquico, peso materno, raza materna de origen africano pregestacional, procedencia rural y baja escolaridad.(7)



## **IV. OBJETIVOS**

### 4.1 OBJETIVO GENERAL

Evaluar las principales causas de niños nacidos con bajo peso en el Hospital general Dr. Miguel Silva.

### 4.2. OBJETIVOS ESPECIFICOS

- ◆ Determinar el peso de los RN durante tiempo de la investigación.
- ◆ Determinar la talla de los RN durante tiempo de la investigación.
- ◆ Determinar la valoración de Apgar de los RN durante tiempo de la investigación
- ◆ Determinar las causas de bajo peso en los RN durante tiempo de la investigación

## **V.-MARCO TEORICO**

### **5.1.RECIEN NACIDO**

Se puede denominar recién nacido o neonato al niño proveniente de una gestación de 22 semanas o más; desde que es separado del organismo de la madre hasta que cumple 28 días de vida extrauterina. Se considera período perinatal a aquel comprendido entre la semana 22 de gestación y los 7 días de vida postnatal.(10)

### **5.2. BAJO PESO**

El bajo peso de nacimiento ocurre cuando un bebé pesa menos de 2.500 gramos en el momento de nacer. Un peso de nacimiento menos de 1.500 gramos se considera extremadamente bajo.

Hay dos categorías de recién nacidos de bajo peso:

- Los bebés nacidos antes de tiempo (también llamados bebés prematuros), que son aquellos que nacen antes de la semana 37 del embarazo. Más del 60 por ciento de los bebés que nacen con peso bajo son prematuros. Cuanto antes nace un bebé, menos probable es que pese lo suficiente y mayor es el riesgo de que tenga problemas de salud.
- Los bebés pequeños para su edad (pequeños para su edad de gestación o de crecimiento retardado) son los que nacen al terminar el ciclo de gestación, pero pesan menos de lo normal. Este problema es debido a un crecimiento inadecuado dentro del vientre. (5)

### **5.3. CAUSAS DEL BAJO PESO**

La causa principal del bajo peso al nacer es el nacimiento prematuro (es decir, antes de las 37 semanas de gestación). Al nacer prematuramente, el bebé permanece menos tiempo en el útero materno para crecer y aumentar de peso. Éste es el problema, ya que es durante la etapa final del embarazo cuando el aumento de peso del bebé es más pronunciado.(9)

El bajo peso se asocia a variables socioeconómicas-culturales, a condiciones biológicas de la madre y a diversas patologías que afectan a la madres y al feto.

Las variables socioeconómicas-culturales y biológicas asociadas al parto prematuro han sido estudiadas específicamente en los países desarrollados. Hay diversos antecedentes y patologías de la madre, del feto, de la placenta(cuando no es

normal, es posible que un feto no crezca de la manera adecuada)y del útero que se asocian al bajo peso del nacimiento.

Las razones por las que algunos bebés son demasiado pequeños o nacen demasiado pronto se conocen, pero no todas. Los defectos fetales resultantes de enfermedades hereditarias o de factores medioambientales pueden limitar el desarrollo normal. Los embarazos múltiples (mellizos, trillizos, etc.) muchas veces resultan en bebés de bajo peso al nacer, aún cuando nacen al final del ciclo de gestación.(5)

Los problemas médicos de la madre tienen influencia en el peso de nacimiento, especialmente si ésta sufre de alta presión arterial, diabetes, ciertas infecciones o problemas del corazón, los riñones o los pulmones. Un útero o cuello de útero anormal pueden incrementar el riesgo de que la madre dé a luz a un bebé de peso bajo. (5)

En la presente investigación se abordan las siguientes posibles causa que podrían provocar el nacimiento de bebes con bajo peso.

- PREMATURO
- ESTADO NUTRICIONAL PREGESTACIONAL
- EDAD DE LA MADRE
- FACTORES SOCIOECONOMICOS
- ANALFABETISMO
- TOXICOMANIAS
- PATOLOGIA MATERNA
- ESTADO EMOCIONAL MATERNO

## **PREMATURO**

La mayoría de los embarazos dura cerca de 40 semanas. Cuando un bebé nace entre las semanas 37 y 42 de gestación se dice que es un bebé nacido a término.

Se le llama prematuro a un bebe que permanece menos de las 37 semanas de gestación dentro del útero de la madre lo cual es una de las causas del bajo peso al nacer ya que es en la ultima etapa del embarazo cuando los bebes ganan peso y talla.

El nacimiento prematuro es un problema de salud serio. Los bebés prematuros corren un riesgo mayor de tener complicaciones de salud al nacer e incapacidades permanentes, como retraso mental, parálisis cerebral, problemas pulmonares y gastrointestinales, pérdida de la visión y la audición, e incluso la muerte. En muchos casos, estos bebés requieren atención especial en una unidad de cuidados

intensivos neonatales (NICU), con personal médico y equipos especializados capaces de tratar los diferentes problemas a los que están expuestos.(1)

#### COMPLICACIONES DE UN PREMATURO

Los dos primeros días:

+hipotermia+hipotencion+hipocalcemia+hiperbilirubinemia+hipo e hiperglucemia  
+anemia o poliglobulina+sufriamiento cerebral+enfermedad de la membrana hialina+infección prenatal+hipernatremia e hiperkaliemia+ileo paralitico+hemorragia.

De tres a quince días:

+crisis de apnea+infección postparto+acidosis meabolica+hiponatremia+acidosis respiratoria+edemas+enterocolitis necrotizante+tapon meconial+insuficiencia pulmonar crónica.

Pasados quince días.

+anemia osteo penia+ síndrome de Wilson mikita+displasia broncopulmonar+retinopatía de prematuro+síndrome de aspiración+edema+sordera+encefalopatía.(11)

#### DESARROLLO NEUROLOGICO

#### **ESTADO NUTRICIONAL PREGESTACIONAL**

El estado nutricional materno, antes y durante la gestación, es un determinante fundamental para el crecimiento fetal y el peso del recién nacido; habiéndose establecido su relación con riesgos para el desarrollo de bajo peso al nacer, restricción del crecimiento intrauterino (RCIU) y prematuridad.(8)

El estado nutricional pregestacional materno y la ganancia de peso durante la gestación son los factores más importantes relacionados con el peso al nacer , el cual es probablemente el parámetro que se relaciona más estrechamente con la morbimortalidad perinatal, crecimiento antropométrico y el desarrollo mental ulterior del recién nacido. (8)

El estado nutricional pregestacional y la ganancia de peso durante la gestación son variables independientes y completamente aditivas o sustractivas para el peso del recién nacido, estableciéndose relaciones lineales directas entre ambas y el peso al nacer. Así, las mujeres adelgazadas tienden a procrear infantes con bajo peso al nacer y las obesas niños macrosómicos; así como las mujeres con pobre ganancia

ponderal durante la gestación, procrean niños con bajo peso al nacer y las mujeres con ganancia ponderal excesiva recién nacidos macrosómicos. (8)

Se describe también que la relación entre la ganancia ponderal durante la gestación y el peso del recién nacido difiere de acuerdo al estado nutricional pregestacional de la madre. La OMS toma como referencia las recomendaciones realizadas por el Instituto de Medicina de los Estados Unidos en 1990 sobre la ganancia ponderal durante el embarazo basados en el estado nutricional pregestacional. Se recomienda para las mujeres adelgazadas una ganancia ponderal total de 12.5 a 18 kg, para mujeres con IMC ideal entre 11.5 a 16 kg, para mujeres con sobrepeso y obesas 7 a 11.5 kg y menos de 6 kg, respectivamente. Sin embargo, el promedio de la ganancia de peso en los países en desarrollo como el nuestro es menor que estas recomendaciones y podría ser la diferencia en la incidencia de bajo peso al nacer.(8)

## **EDAD DE LA MADRE.**

Además de la repercusión e influencia adversa que puede producir un embarazo en una adolescente desde el punto de vista biosocial, tiene una influencia negativa sobre los hijos, pues de los niños nacidos de mujeres menores de 15 años de edad, aproximadamente 6% muere el primer año de vida, o sea, una cifra 24 veces mayor que la correspondiente a las mujeres de mayor edad.

La incidencia de RN con peso por debajo de 2.500g es mucho mayor en las embarazadas con una edad inferior a 20 años.

Las mujeres a menos de 17 años o de más de 35, las mujeres solteras y las que han tenido un nacimiento prematuro con anterioridad corren un mayor riesgo de tener un bebé de bajo peso. Es probable que las adolescentes no tengan buenos hábitos con respecto a la salud.(5)

Las adolescentes están en riesgo de anemia por lo que necesitan educación relativa a la importancia del hierro durante el embarazo; motivo por el que la consulta nutricional está indicada en todas las adolescentes.(12)

## **FACTORES SOCIOECONOMICOS Y ANALFABETISMO**

Algunos factores socioeconómicos como los bajos ingresos y la falta de educación también están relacionados con un mayor riesgo de que el bebé nazca con bajo peso, aunque se desconocen todavía las razones que expliquen esta situación. Aparentemente, a veces este incremento puede atribuirse a la infección bacteriana del aparato reproductivo. Las madres con bajos ingresos puede que no sean capaces de afrontar los costos de una nutrición y un seguimiento médico adecuados. A su vez, las mujeres que sufren un excesivo nivel de estrés y las víctimas de la

violencia familiar u otras formas de abuso pueden correr mayores riesgos de tener un bebe de bajo peso.(5)

## **TOXICOMANIAS**

### **TABAQUISMO ASOCIADO AL BAJO PESO DEL RECIEN NACIDO**

Las mujeres embarazadas que fuman también corren un riesgo mayor de que rompa la fuente antes de que comience el trabajo de parto. Esto causa que las fumadoras tengan mayores probabilidades de que su periodo de gestación se reduzca a menos de lo normal y existe el riesgo de que los niños llevados a termino tengan un bajo peso natal.

El riesgo de tener un bebe muy bajo de peso (entre el 5% y el 10% de los mas pequeños) es 2.5 mayor que el riesgo de las mujeres embarazadas que no fuman.

Los efectos adversos del tabaquismo pueden ocurrir en cada trimestre del embarazo y fluctúan entre abortos espontáneos en el primer trimestre hasta tasas elevadas de partos prematuros y un disminución en los pesos natales en el último trimestre. La disminución en los pesos natales que se ven en los bebes de madres que fuman reflejan la relación de la dependencia a la dosis, mientras mas fume la madre durante el embarazo mayor es la disminución en el peso natal infantil. En contraste las mujeres que dejan de fumar al comienzo de su embarazo tienen bebes con pesos similares a las que no fuman.

## **PELIGRO DE BEBER ALCOHOL DURANTE EL AMBARAZO**

Beber alcohol durante el embarazo puede provocar una serie de defectos de nacimiento que pueden variar de poco importantes a graves. Esto incluye retraso mental; problemas de aprendizaje, emocionales o de comportamiento, defectos en el corazón, la cara y otros órganos.

El término trastorno del espectro alcohólico fetal se utiliza para descubrir los muchos problemas asociados con la exposición al alcohol antes del nacimiento. El más grave es el síndrome del alcohol fetal (FAS), es una combinación de defectos de nacimiento físico y mental. El consumo de alcohol durante el embarazo incrementa también el riesgo de aborto espontáneo, bajo peso al nacer (menos de 2.500kg.) y nacimiento de niños muertos. Un estudio danés de 2002 descubrió que las mujeres que consumieron cinco o más bebidas alcohólicas a la semana tienen tres veces más probabilidades de que nazca un bebé sin vida que las mujeres que consumieron menos de una bebida alcohólica a la semana.

## **PATOLOGIAS MATERNAS**

Los problemas médicos de la madre tienen influencia en el peso de nacimiento, especialmente si ésta sufre de alta presión arterial, asma, diabetes, ciertas infecciones o problemas del corazón, los riñones o los pulmones. Un útero o cuello de útero anormal pueden incrementar el riesgo de que la madre dé a luz a un bebé de peso bajo.

## **LA HIPERTENSION GESTACIONAL**

La presión arterial es la fuerza que ejerce la sangre contra el interior de las arterias (los vasos sanguíneos que transportan sangre rica en oxígeno a todo el organismo). Cuando la presión de las arterias se eleva demasiado, se habla de alta presión arterial o hipertensión.

Hasta el ocho por ciento de las mujeres padece hipertensión durante el embarazo. Existen diferentes tipos de hipertensión que afectan a las mujeres embarazadas. Algunos de ellos comienzan antes del embarazo mientras que otros se desarrollan durante su curso. Todos los tipos de hipertensión pueden conllevar riesgos para la mujer embarazada y su bebé. Afortunadamente, por lo general es posible tratar los problemas con los cuidados prenatales adecuados.

La hipertensión del embarazo es la complicación médica más frecuente en adolescentes embarazadas.

Las mujeres de 14 a 20 años sin signos de hipertensión suelen tener valores diastólicos de 50 a 66 mm.Hg. el aumento gradual respecto a las mediciones diastólicas previas al embarazo así como el incremento de peso excesivo deben considerarse predecesores de la hipertensión en el embarazo.(12)

## **LA PRESIÓN ARTERIAL**

En cada visita prenatal, el médico mide la presión arterial de la mujer colocándole un brazalete inflable alrededor de la parte superior del brazo. La presión arterial se mide mientras el corazón se contrae (presión sistólica) y mientras el corazón se encuentra relajado entre contracciones (presión diastólica). Los valores de la presión arterial se expresan con dos números, donde el número superior representa la presión sistólica y el inferior la presión diastólica, por ejemplo 110/80. Un valor de presión sistólica de 140 o superior o un valor de presión diastólica de 90 o superior se consideran un estado de hipertensión. Debido a que la presión arterial puede subir y bajar durante el día, los médicos suelen repetir la medición una o más veces en el caso de obtener un valor alto para determinar si la mujer realmente tiene hipertensión.

## TIPOS DE HIPERTENSIÓN SE PRODUCEN DURANTE EL EMBARAZO

Existen cuatro tipos principales de hipertensión durante el embarazo:

- Preeclampsia. Este trastorno potencialmente serio se caracteriza por una alta presión arterial y la presencia de proteínas en la orina. Por lo general, se desarrolla después de las 20 semanas de embarazo y desaparece después del parto.
- Hipertensión gestacional. Este tipo de hipertensión se desarrolla después de las 20 semanas de embarazo y desaparece después del parto. Aunque las mujeres con hipertensión gestacional no tienen proteínas en la orina, algunas de ellas desarrollan preeclampsia en una etapa posterior del embarazo.
- Hipertensión crónica. Así se denomina a la presión arterial alta diagnosticada antes del embarazo o antes de las 20 semanas de embarazo. Este tipo de hipertensión no desaparece después del parto.
- Hipertensión crónica con preeclampsia. Aproximadamente el 25 por ciento de las mujeres con hipertensión crónica también desarrolla preeclampsia.<sup>1,2</sup>

## SÍNTOMAS DE PREECLAMPSIA Y OTROS TIPOS DE HIPERTENSIÓN

La mayoría de las mujeres embarazadas con preeclampsia leve y otros tipos de hipertensión no presenta síntomas. Para poder detectar estos casos, los médicos miden la presión arterial de la mujer y le realizan un análisis de orina para detectar la presencia de proteínas en cada visita prenatal. Los casos más graves de preeclampsia pueden ir acompañados de:

- Dolores de cabeza fuertes
- Problemas en la vista (visión borrosa, destellos, sensibilidad a la luz)
- Dolor en la región superior derecha del abdomen
- Aumento súbito de peso (5 libras o más en una semana) con retención de líquidos en las piernas e hinchazón de la cara



Las mujeres embarazadas deben ponerse en contacto con su médico inmediatamente si manifiestan cualquiera de estos síntomas.

La mayoría de los casos son leves, con una presión arterial de alrededor de 140/90. No obstante, estos casos también deben recibir el tratamiento adecuado para evitar que empeoren y provoquen problemas graves.

## RIESGOS QUE CONLLEVAN LA PREECLAMPSIA Y OTROS TIPOS DE HIPERTENSIÓN PARA LAS MUJERES EMBARAZADAS Y EL FETO

Si no se la trata, la preeclampsia grave puede dañar los riñones, el hígado y el cerebro de la mujer. Todos los tipos de hipertensión aumentan el riesgo de complicaciones durante el embarazo. No obstante, este riesgo es mayor en las mujeres con hipertensión crónica acompañada por preeclampsia:<sup>1</sup>

- Bajo peso al nacer. La hipertensión puede constreñir los vasos sanguíneos del útero y, en consecuencia, afectar el suministro de oxígeno y nutrientes a la placenta, que nutre al feto. Si esto ocurre antes de término, puede retrasar el crecimiento del feto y, en algunos casos, hacer que el bebé nazca con bajo peso (menos de cinco libras y media).
- Parto prematuro (antes de cumplidas las 37 semanas de gestación). Algunas mujeres desarrollan hipertensión grave u otros síntomas de empeoramiento de la preeclampsia a pesar del tratamiento. En algunos casos, puede ser necesario adelantar el parto a fin de evitar complicaciones graves para la madre y el bebé, lo que a veces da como resultado el nacimiento de un bebé prematuro y de bajo peso. Estos bebés están expuestos a un riesgo mayor de tener problemas de salud durante las primeras semanas de vida e incapacidades permanentes, como problemas de aprendizaje y parálisis cerebral.
- Desprendimiento de la placenta. La placenta se desprende de forma parcial o total de la pared uterina antes del parto. Cuando es grave, puede provocar hemorragia abundante y shock, que son situaciones peligrosas tanto para la madre como para el bebé. El síntoma más común de desprendimiento de la placenta es la hemorragia vaginal después de las 20 semanas de embarazo.

Se recomienda a las mujeres embarazadas informar inmediatamente cualquier hemorragia vaginal a su médico.

La preeclampsia puede avanzar rápidamente y convertirse en una enfermedad potencialmente fatal llamada eclampsia, que provoca convulsiones y, en algunos casos, coma. Afortunadamente, la eclampsia es poco común en mujeres que reciben los cuidados prenatales adecuados a intervalos regulares. (2)

## **ASMA Y EMBARAZO**

Existen suficientes evidencias de que el asma es un riesgo probable para la supervivencia materna y fetal al igual que el crecimiento del feto. Las metas para el tratamiento de asma durante el embarazo son las mismas que para pacientes no embarazadas: prevenir hospitalización, visitas a urgencias, ausencias laborales e incapacidad crónica, el manejo del asma en ambas situaciones también es similar, se deben evitar alérgenos o irritantes.(3)

## **ESTADO EMOCIONAL MATERNO**

### **DEPRESION EN EL EMBARAZO**

Para muchas mujeres el embarazo puede ser una etapa maravillosa mientras que para otras puede significar un período de angustia y depresión difícil de sobrellevar. Según las últimas investigaciones el 10% de las mujeres embarazadas sufren de depresión, especialmente entre las semanas 6 y 10 del embarazo y durante el tercer trimestre, cuando el cuerpo se prepara para el parto y el nacimiento del bebé. Se estima que el 50% de las mujeres que sufren de depresión durante el embarazo desarrollarán depresión postparto, pero este número se reduce a menos del 2% si se efectúa un tratamiento psicoterapéutico adecuado durante este período.(4)

### **SÍNTOMAS DE DEPRESIÓN**

Puedes estar sufriendo de depresión si sufres cuatro o más de los siguientes síntomas:

- Tristeza persistente
- Cambios repentinos de humor
- Sentir que nada es divertido
- Falta de concentración
- Ansiedad
- Irritabilidad
- Problemas para dormir
- Cansancio extremo
- Deseos de comer en todo momento o no comer nada

### **CAUSAS DE LA DEPRESIÓN EN EL EMBARAZO**

Pueden ser muchos los factores que causan la depresión en el embarazo entre las que destacan:

## • LAS HORMONAS DEL EMBARAZO

Las hormonas del embarazo pueden ser una de las causas, ya que los grandes cambios hormonales que se experimentan en esta etapa, pueden afectar directamente los niveles de los neurotransmisores, químicos del cerebro que regulan nuestro humor. Por otro lado, los cambios hormonales también pueden hacerte sentir más ansiosa de lo habitual y como la depresión debe ser tratada de igual manera durante el embarazo.

## • ANTECEDENTES PERSONALES O FAMILIARES DE DEPRESIÓN

Si ya has sufrido de depresión o la depresión a afectado a algún miembro de tu familia, es más factible que sufras de depresión durante el embarazo.

## • PROBLEMAS DE PAREJA

Esta es una de las principales causas de depresión durante el embarazo. Si no te llevas bien con tu pareja y notas que tu relación es conflictiva, que ni siquiera puedes hablar claro con él te recomendamos que busques apoyo desde ahora. Muchas personas creen que una vez que el bebé nace, la relación mejorará y por el contrario aumentará las tensiones entre ustedes si no se busca la ayuda adecuada desde ahora.

## • COMPLICACIONES DEL EMBARAZO

Los embarazos con complicaciones o de riesgo de interrupción, como así también los embarazos múltiples pueden ponerte al borde de la depresión. Los tratamientos que deben efectuarse y el reposo, combinados con el miedo que se siente por el futuro del bebé son las causas que la generan.

## • TRATAMIENTOS DE FERTILIDAD

El estrés que se produce durante los tratamientos de fertilidad son la causa de depresión cuando finalmente se logra el embarazo, por los temores de perder al bebé en el transcurso del mismo.

## • PÉRDIDA DE EMBARAZOS ANTERIORES

Si has tenido interrupciones de embarazos con anterioridad seguramente te preguntarás sobre el destino del embarazo actual. El miedo que esto produce predispone a la depresión.

## • SITUACIONES ESTRESANTES

La pérdida de un ser querido, los problemas laborales, las mudanzas u otra situación de estrés que hayas experimentado hace poco o estés atravesando pueden conducir directamente a la depresión.(4)

## PREVENCIÓN DE LA PTEMATUREZ Y EL BAJO PESO AL NACER

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

Debido a los formidables avances en el cuidado de los bebés enfermos y prematuros, a pesar de nacer antes de término y ser muy pequeños, cada vez más bebés logran sobrevivir. Sin embargo, la prevención de nacimientos prematuros es una de las mejores maneras de evitar el bajo peso al nacer.

El cuidado prenatal es un factor clave en la prevención de nacimientos prematuros y bebés con bajo peso al nacer. En las consultas prenatales, se controla la salud tanto de la madre como del feto. Dado que la nutrición y el aumento de peso maternos están vinculados con el aumento de peso fetal y el peso al nacer, es fundamental seguir una dieta saludable y aumentar de peso durante el embarazo. Las madres también deberían evitar el alcohol, los cigarrillos y las drogas ilícitas, ya que estos factores pueden contribuir a un crecimiento fetal deficiente, entre otras complicaciones.(9)

Hay una gran variedad de factores socio-económicos y culturales que influyen sobre las condiciones y estilos de vida de las mujeres que inciden en este problema y que deben ser considerados. La intervención sobre ellos escapa muchas veces a la

acción médica directa. Hay otros factores que si son responsabilidad de la atención médica:

La conducta de la madre—antes y durante el embarazo—puede afectar al peso de su bebé. Toda mujer embarazada debe hacer lo siguiente:

- Obtener cuidados prenatales regulares desde temprano, un factor importante de prevención contra el bajo peso de nacimiento.
- Consumir 400 microgramos de ácido fólico por día (la cantidad que contiene la mayoría de las multivitaminas) antes de quedar embarazada y durante los primeros meses de gestación.
- Seguir una dieta equilibrada. Dado que la nutrición del feto depende de lo que come la madre, el bebé puede sufrir daños si la madre no se alimenta adecuadamente.
- Aumentar de peso suficientemente. Los profesionales de la salud recomiendan que una mujer de peso normal aumente entre 25 y 35 libras.
- No fumar. Las mujeres que fuman tienen bebés más pequeños que las que no lo hacen. La exposición al humo de otros fumadores también puede reducir el peso de nacimiento del bebé.
- Evitar las bebidas alcohólicas y las drogas ilícitas, como también todo tipo de droga que no haya sido recomendada por un médico que sepa que está embarazada. El uso de drogas y de alcohol limita el crecimiento fetal y puede provocar defectos de nacimiento. (6)

## **DIAGNOSTICO DEL BAJO PESO AL NACER**

El peso que tendrá un bebé al nacer se puede calcular de distintas maneras durante el embarazo. Por ejemplo, se puede medir la altura uterina (se mide la parte superior del útero) desde el pubis hasta el fondo uterino. Esta medida en centímetros generalmente coincide con la cantidad de semanas de gestación después de la semana 20. Si la cifra es baja para la cantidad de semanas, es posible que el bebé sea más pequeño que lo previsto. La ecografía (un estudio a que utiliza ondas sonoras para generar una imagen de las estructuras internas) es el método más exacto para calcular el tamaño fetal. Se pueden medir la cabeza y el abdomen del feto, y comparar los resultados con una tabla de crecimiento para calcular su peso.

Los bebés se pesan durante las primeras horas después del nacimiento y la cifra se compara con su edad gestacional y se registra en los antecedentes médicos. Un

peso menor que 2500 gramos (5 libras y 8 onzas) se diagnostica como bajo peso al nacer. En cambio, un bebé que pesa menos de 1500 gramos (3 libras y 5 onzas), recibe un diagnóstico de muy bajo peso al nacer.(9)

## **TRATAMIENTO DEL BAJO PESO AL NACER**

El tratamiento específico para el bajo peso al nacer será determinado por el médico de su bebé basándose en lo siguiente:

- la edad gestacional de su bebé, su estado general de salud y los antecedentes médicos
- la tolerancia de su bebé a ciertos medicamentos, procedimientos o terapias
- su opinión o preferencia

El cuidado de los bebés con bajo peso al nacer suele incluir:

- Cuidados en la UCIN
- Camas con control de temperatura
- Alimentación especial, en ocasiones con una sonda en el estómago, si el Bebé no puede succionar
- Otros tratamientos para las complicaciones

Los bebés con bajo peso al nacer normalmente "recuperan" el crecimiento físico si no hay otras complicaciones. Sin embargo, es posible que se los derive a programas especiales de seguimiento de la salud.(9)

## VI. HIPOTESIS

- **Ha** las causas del bajo peso en los recién nacidos se debe al nacimiento prematuro, la edad, estado nutricional, analfabetismo y nivel socioeconómico de la madre
- **Ho** el bajo peso en los recién nacidos no se debe al nacimiento prematuro, la edad, estado nutricional, analfabetismo y nivel socioeconómico de la madre

## VII. MATERIAL Y METODO

### 7.1. POBLACION

Todos los recién nacidos del 15 de mayo al 15 de junio 2008 en el Hospital Gral. Dr. Miguel Silva.

### 7.2. MUESTRA.

Se tomó una muestra no probabilística por conveniencia

### 7.3. VARIABLES

#### VARIABLE DEPENDIENTE.

RN con bajo peso al nacer

#### VARIABLE INDEPENDIENTE.

- Prematuro
- Estado nutricional pregestacional
- Edad de la madre
- Factores socio-económicos
- Analfabetismo
- Toxicomanías
- Patologías maternas
- Estado emocional materno
- Embarazo múltiple

#### 7.4. DISEÑO DE ESTUDIO

- Transversal
- Prospectivo
- Descriptivo
- Observacional

#### 7.5. CRITERIOS

##### CRITERIOS DE INCLUSION

Todos los RN durante el periodo de la investigación cuyas madres aceptaron participar en el estudio en el Hospital General Dr. Miguel Silva en Morelia Michoacán

##### CRITERIOS DE NO INCLUSION

Todos los RN no vivos durante el periodo de la investigación en el Hospital General Dr. Miguel Silva en Morelia Michoacán

##### CRITERIOS DE ELIMINACION

Todos los RN durante el periodo de la investigación cuyas madres no aceptaron participar en el estudio en el Hospital General Dr. Miguel Silva en Morelia Michoacán

Cuestionarios incompletos

#### 7.5. RECURSOS

##### HUMANOS

- 1 investigadora R.P.J.
- Todos los RN durante el periodo de la investigación
- Las madres de los RN

##### FISICO

- Hospital Gral. Dr. Miguel Silva
- Escuela de la Licenciatura en enfermería

##### FINANCIEROS

- Los disponibles por la investigadora

##### MATERIALES

- Internet
- Fotocopias
- Transporte



- Alimentación
- Lápices y lapiceros
- Gomas

#### **7.6. LIMITES**

TIEMPO. El estudio se realizo del 15 de mayo al 15 junio del 2008

ESPACIO. Hospital General. Dr. Miguel Silva

### **VIII. METODO DE RECOLECCION DE DATOS**

Para recabar la información se aplicó un cuestionario validado con alpha de Cronbach de 7.1, estructurado con preguntas abiertas y cerradas a la madre y con los datos generales del RN

### **IX. MANEJO DE DATOS**

Se utilizó la estadística descriptiva del programa SPSS versión 14.0 para analizar la información y se presentaran los resultados como frecuencias y porcentajes en cuadros y gráficos.

### **X. ETICA DE ESTUDIO**

La investigación se efectuó respetando a las personas que en ella colaboraron manteniendo su anonimato y garantizado que los datos obtenidos únicamente serán manejados por el investigador para los fines de estudio

# **XI. RESULTADOS ANÁLISIS DE LOS DATOS**

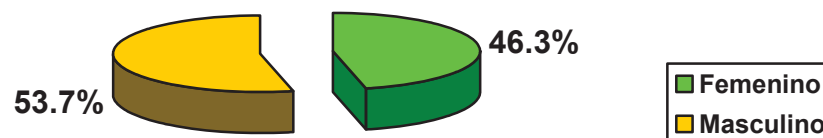
### CUADRO No 1

#### SEXO DE LOS RECIÉN NACIDOS

SEXO	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Femenino	25	46.3%
Masculino	29	53.7%
Total	54	100.0%

Fuente: Revisión de Expediente y Encuesta aplicada a pacientes del servicio de Ginecología del Hospital General Dr. Miguel Silva en Morelia. Julio del 2008

### GRÁFICA No 1



En la gráfica No 1 se encontró que de los recién nacidos estudiados del Hospital General. Dr. Miguel Silva, el 53.7% (29) fueron hombres y el 46.3% (25) mujeres

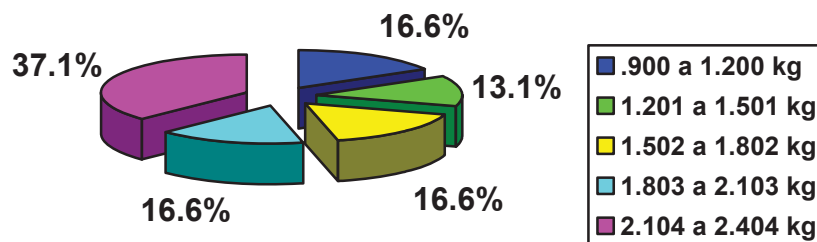
## CUADRO No 2

### PESO DEL RECIÉN NACIDO

Peso del R.N.	FRECUENCIA	PORCENTAJE
.900 a 1.200 kg	9	16.6%
1.201 a 1.501 kg	7	13.1%
1.502 a 1.802 kg	9	16.6%
1.803 a 2.103 kg	9	16.6%
2.104 a 2.404 kg	20	37.1%
Total	54	100.0%

Fuente: Revisión de Expediente y Encuesta aplicada a pacientes del servicio de Ginecología del Hospital General Dr. Miguel Silva en Morelia. Julio del 2008

### GRÁFICA No 2



Respecto al peso de los RN estudiados del Hospital General Dr Miguel Silva, se encontró que el 37% (20) pesaron entre 2.104 a 2.404 kg., el 16.7% (9) entre 1.803 a 2.103 kg., otro 16.7% (9) de 1.502 a 1.802 kg., el 16.7% (9) entre .900 a 1.200 kg y un 13% (7) entre 1.201 a 1.501 kg. El peso mínimo fue de .900 y el peso máximo de 2.404 kg, con una media de 1.832 y desviación estándar de .50484

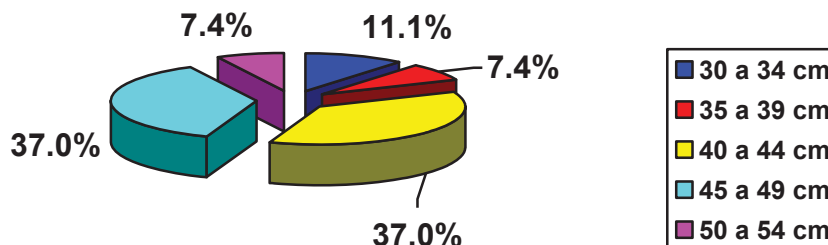
### CUADRO No 3

#### TALLA DEL RECIÉN NACIDO

Talla del R.N.	FRECUENCIA	PORCENTAJE
30 a 34 cm	6	11.1%
35 a 39 cm	4	7.4%
40 a 44 cm	20	37.0%
45 a 49 cm	20	37.0%
50 a 54 cm	4	7.4%
Total	54	100.0%

Fuente: Revisión de Expediente y Encuesta aplicada a pacientes del servicio de Ginecología del Hospital General Dr. Miguel Silva en Morelia. Julio del 2008

### GRÁFICA No 3



En la grafica No 3 con respecto a la talla de los RN se encontró que el 37.0%(20) se encontró con una talla de 40 a 44 cm., otro 37%(20) de 45 a 49 cm., el 11.1%(6) de 30 a 34 cm., un 7.4%(4) de 35 a 39 cm., y otro 7.4% de 50 a 54 cm. La talla mínima fue de 26 cm. y la talla máxima de 52 cm. Con una media de 43.27 y una desviación estándar de 6.88

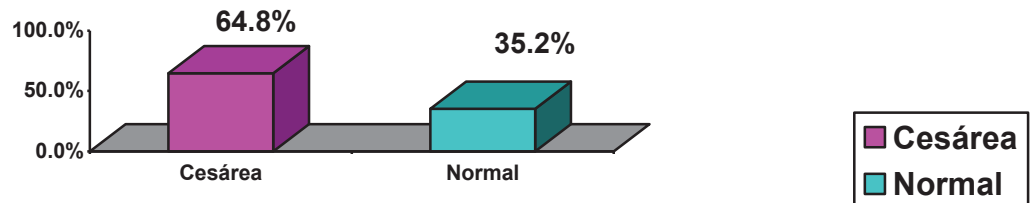
#### CUADRO No 4

#### TIPO DE PARTO

Tipo de parto.	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Cesárea	35	64.8%
Normal	19	35.2%
Total	54	100.0%

Fuente: Revisión de Expediente y Encuesta aplicada a pacientes del servicio de Ginecología del Hospital General Dr. Miguel Silva en Morelia. Julio del 2008

#### GRÁFICA No 4



En la grafica No 4 de acuerdo al tipo de parto, el 64.8% de los RN nacieron por cesárea y el 35.2% por parto normal. Se observo que la mayoría de los partos fueron por cesárea debida a que la mayoría de las pacientes llegaron con algún tipo de complicación entre las que se observaron ruptura de membrana, placenta y posición fetal inadecuada.

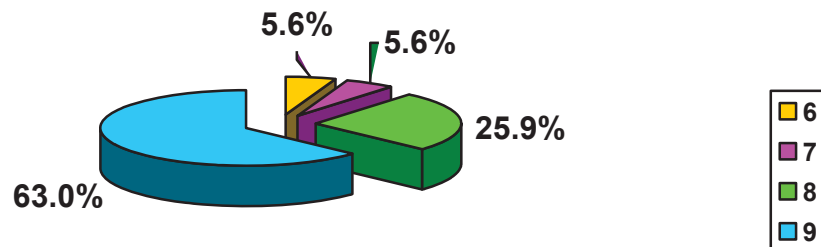
## CUADRO No 5

### CALIFICACIÓN DEL APGAR

Apgar del R.N.	FRECUENCIA	PORCENTAJE
6	3	5.6%
7	3	5.6%
8	14	25.9%
9	34	63.0%
Total	54	100.0%

Fuente: Revisión de Expediente y Encuesta aplicada a pacientes del servicio de Ginecología del Hospital General Dr. Miguel Silva en Morelia. Julio del 2008

### GRÁFICA No 5



Dentro de la calificación del Apgar a los 5 min. Se encontró que el 63% (34) tuvieron 9, el 25.9% (14) tuvieron 8, el 5.6% (3) tuvieron 7 y el 5.6% (3) tuvieron 6.

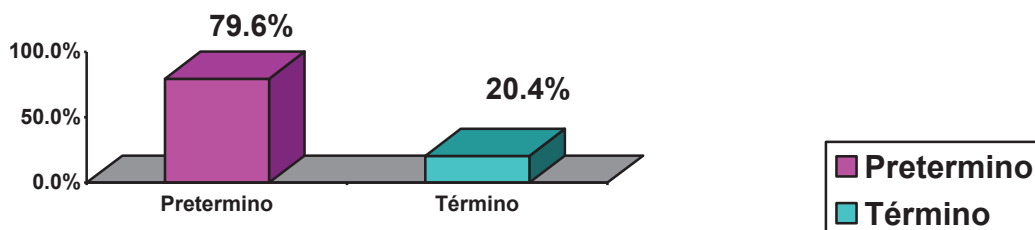
## CUADRO No 6

### PERÍODO GESTACIONAL

Período	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Pretermino	43	79.6%
Término	11	20.4%
Total	54	100.0%

Fuente: Revisión de Expediente y Encuesta aplicada a pacientes del servicio de Ginecología del Hospital General Dr. Miguel Silva en Morelia. Julio del 2008

## GRÁFICA No 6



Con respecto al período gestacional de los RN el 79.6%(43) fueron pretérmino y el 20.4%(11) de término



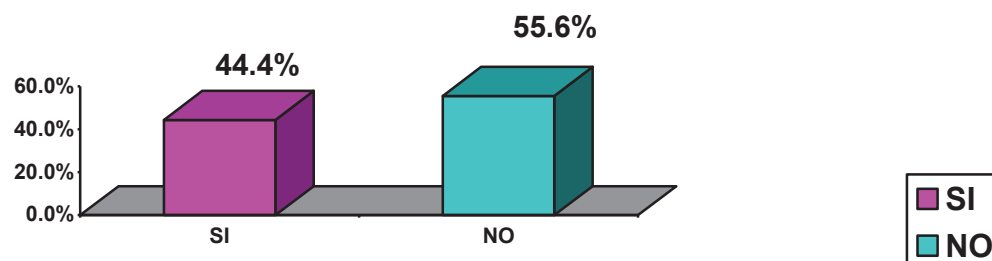
## CUADRO No 7

### COMPLICACIONES AL NACER

Se presentaron Complicaciones	FRECUENCIA	PORCENTAJE
SI	24	44.4%
NO	30	55.6%
Total	54	100.0%

Fuente: Revisión de Expediente y Encuesta aplicada a pacientes del servicio de Ginecología del Hospital General Dr. Miguel Silva en Morelia. Julio del 2008

## GRÁFICA No 7



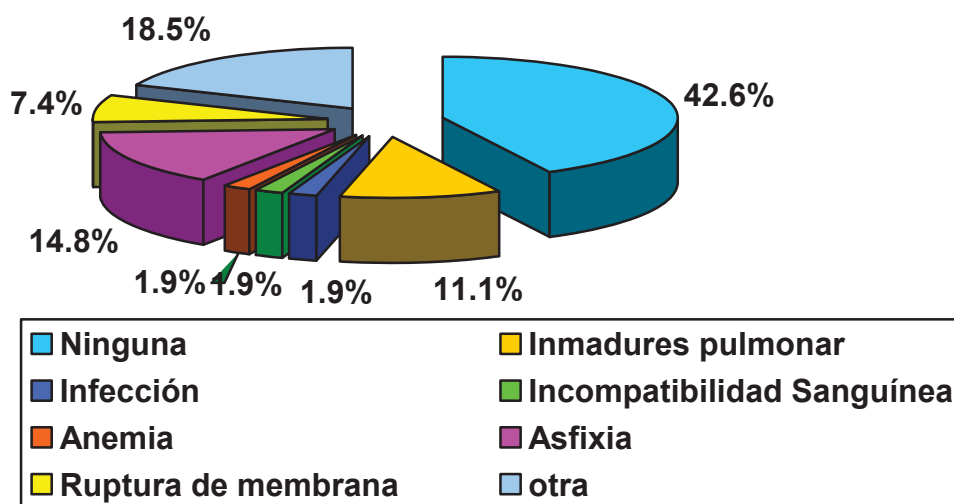
Dentro de las complicaciones que tuvieron los RN al nacer se encontró que el 55.6%(30) no presentaron ninguna, solo el 44.4%(24) presentaron alguna.

**CUADRO No 8**  
**COMPLICACIONES**

Complicaciones	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Ninguna	23	42.6%
Inmadures pulmonar	6	11.1%
Infección	1	1.9%
Incompatibilidad sanguínea	1	1.9%
Anemia	1	1.9%
Asfixia	8	14.8%
Ruptura de membrana	4	7.4%
Otra	10	18.5%
<b>Total</b>	<b>54</b>	<b>100.0%</b>

Fuente: Revisión de Expediente y Encuesta aplicada a pacientes del servicio de Ginecología del Hospital General Dr. Miguel Silva en Morelia. Julio del 2008

**GRÁFICA No 8**



En la grafica numero ocho se encontró que el 14.8%(8) de los RN tuvieron complicación por asfixia, un 11.1%(6) por inmadurez pulmonar, el 7.4%(4) por ruptura de membrana un 1.9%(1) fue por incompatibilidad sanguínea, otro 1.9%(1) por anemia, otro1.9%(1) por infección y un 18.5%(19) por otra causa

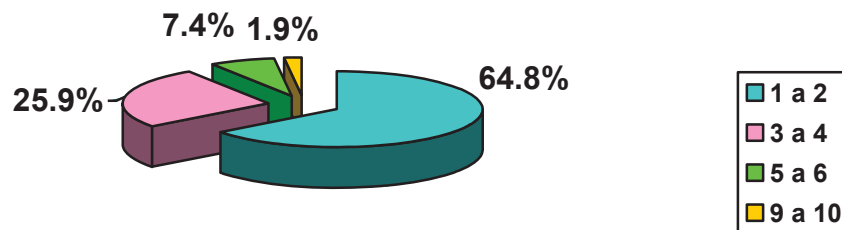
### CUADRO No 9

#### NÚMERO DE GESTACIÓN DEL RECIÉN NACIDO

No de Gestación	FRECUENCIA	PORCENTAJE
1 a 2	35	64.8%
3 a 4	14	25.9%
5 a 6	4	7.4%
9 a 10	1	1.9%
Total	54	100.0%

Fuente: Revisión de Expediente y Encuesta aplicada a pacientes del servicio de Ginecología del Hospital General Dr. Miguel Silva en Morelia. Julio del 2008

### GRÁFICA No 9



En cuanto al número de gestación que le correspondió al RN el 64.8%(35) fue la primera o segunda gestación, el 25.9%(14) la tercera o cuarta gestación, el 7.4%(4) la quinta o sexta gestación y un 1.9%(1) entre la novena gestación

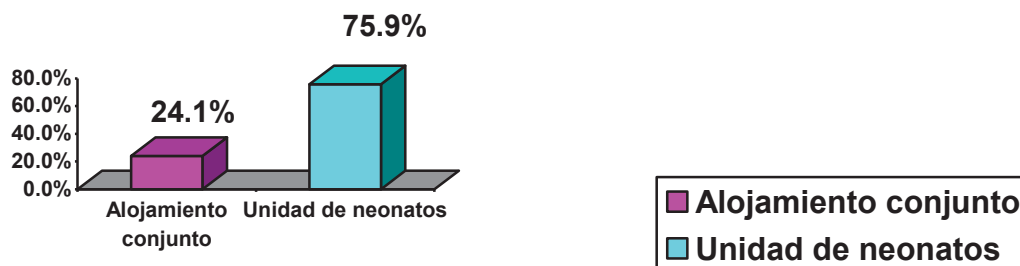
### CUADRO No 10

#### ATENCIÓN POSTERIOR DEL RECIÉN NACIDO

PASA A	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Alojamiento conjunto	13	24.1%
Unidad de Neonatos	41	75.9%
<b>Total</b>	<b>54</b>	<b>100.0%</b>

Fuente: Revisión de Expediente y Encuesta aplicada a pacientes del servicio de Ginecología del Hospital General Dr. Miguel Silva en Morelia. Julio del 2008

### GRÁFICA No 10



El 75.9%(41) de los Recién nacidos pasaron a unidad de neonatos, y el 24.1%(13) pasaron a alojamiento conjunto

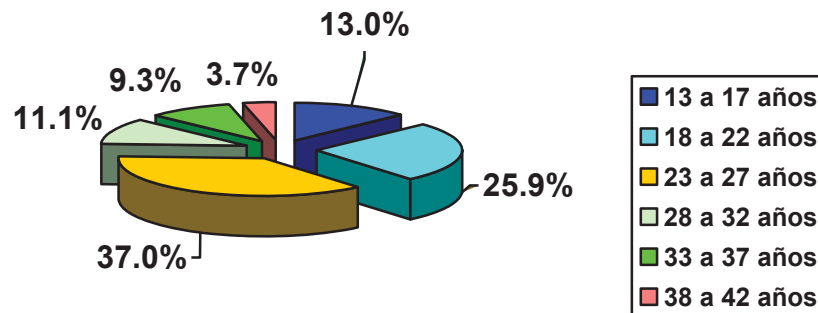
## CUADRO No 11

### EDAD DE LA MADRE

Edad	FRECUENCIA	PORCENTAJE
13 a 17 años	7	13.0%
18 a 22 años	14	25.9%
23 a 27 años	20	37.0%
28 a 32 años	6	11.1%
33 a 37 años	5	9.3%
38 a 42 años	2	3.7%
Total	54	100.0%

Fuente: Revisión de Expediente y Encuesta aplicada a pacientes del servicio de Ginecología del Hospital General Dr. Miguel Silva en Morelia. Julio del 2008

### GRÁFICA No 11



De acuerdo a la edad de la madre el 37%(20) son pacientes entre 23 y 27 años, el 25.9%(14) entre 18 y 22 años, el 13%(7) entre 13 y 17 años, el 11.1%(6) entre 28 y 32 años, el 9.3%(5) entre 33 y 37 años y un 3.7%(2) entre 48 y 42 años. La edad menor de las madres fue de 14 años, la mayor de 43 y la media de 25.01 con una desviación estándar de 6.88

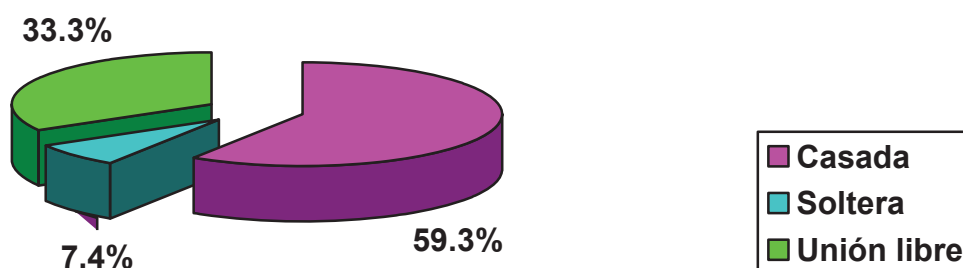
## CUADRO No 12

### ESTADO CIVIL DE LAS MADRES

Estado Civil	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Casada	32	59.3%
Soltera	4	7.4%
Unión libre	18	33.3%
Total	54	100.0%

Fuente: Revisión de Expediente y Encuesta aplicada a pacientes del servicio de Ginecología del Hospital General Dr. Miguel Silva en Morelia. Julio del 2008

### GRÁFICA No 12



Respecto al estado civil de la paciente se encontró que el 59.3% (32) son casadas, el 33.3% (18) viven en unión libre y el 7.4% (4) son solteras

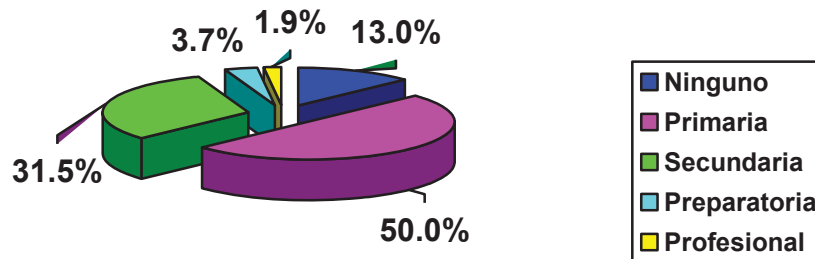
CUADRO No 13

ESCOLARIDAD DE LA MADRE

Escolaridad	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Ninguno	7	13.0%
Primaria	27	50.0%
Secundaria	17	31.5%
Preparatoria	2	3.7%
Profesional	1	1.9%
Total	54	100.0%

Fuente: Revisión de Expediente y Encuesta aplicada a pacientes del servicio de Ginecología del Hospital General Dr. Miguel Silva en Morelia. Julio del 2008

GRÁFICA No 13



Dentro de la escolaridad de la madre se encontró que el 13%(7) son analfabetas, el 50%(27) cuentan con estudios de primaria ,el 31.5%(17) de secundaria, un 3.7%(2) de preparatoria y un 1.0% (1) es profesional.

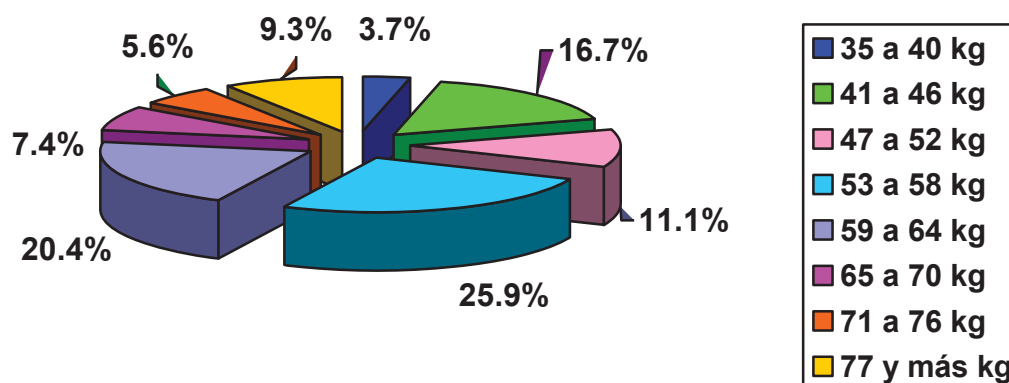
## CUADRO No 14

### PESO HABITUAL DE LA MADRE

Peso Habitual	FRECUENCIA	PORCENTAJE
35 a 40 kg	2	3.7%
41 a 46 kg	9	16.7%
47 a 52 kg	6	11.1%
53 a 58 kg	14	25.9%
59 a 64 kg	11	20.4%
65 a 70 kg	4	7.4%
71 a 76 kg	3	5.6%
77 y más kg		9.3%
<b>Total</b>	<b>54</b>	<b>100.0%</b>

Fuente: Revisión de Expediente y Encuesta aplicada a pacientes del servicio de Ginecología del Hospital General Dr. Miguel Silva en Morelia. Julio del 2008

### GRÁFICA No 14



Respecto al peso habitual de la paciente el 25.9% (14) pesaron entre 53 y 58 kg., el 20.4% (11) entre 59 y 64 kg., el 16.7% (9) de 41 a 46 kg., el 11.1% (6) de 47 a 52 kg., un 9.3% (5) mas de 77kg. Un 7.4% (4) de 65 a 70 kg. El 5.6% (3) de 71 a 76 kg., y un 3.7% (2) de 35 a 40 kg.,



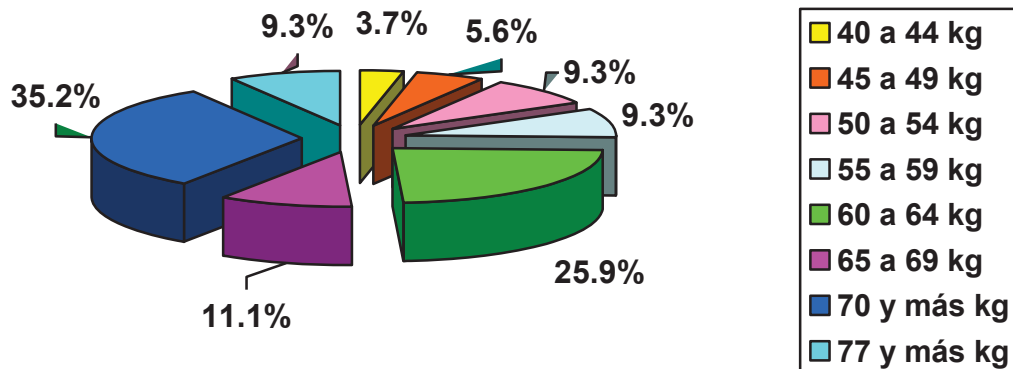
CUADRO No 15

PESO DE LA MADRE DURANTE EL ÚLTIMO MES DEL EMBARAZO

No de Gestación	FRECUENCIA	PORCENTAJE
40 a 44 kg	2	3.7%
45 a 49 kg	3	5.6%
50 a 54 kg	5	9.3%
55 a 59 kg	5	9.3%
60 a 64 kg	14	25.9%
65 a 69 kg	6	11.1%
70 y más kg	19	35.2%
Total	54	100.0%

Fuente: Revisión de Expediente y Encuesta aplicada a pacientes del servicio de Ginecología del Hospital General Dr. Miguel Silva en Morelia. Julio del 2008

GRÁFICA No 15



Tomando en cuenta el peso durante el ultimo mes del embarazo de las pacientes se encontró que el 35.2%(19) pesaron mas de 70kg.. 25-9%(14) pesaron entre 60 a 64kg. El 11.1%(6) entre 65 y 69kg., un 9.3%(5) de 55 a 59kg. Otro 9.3%(5) entre 50 y 54kg. Un 5.6%(3) entre 45 y 49 kg. Y un 3.7%(2) entre 40 y 44kg

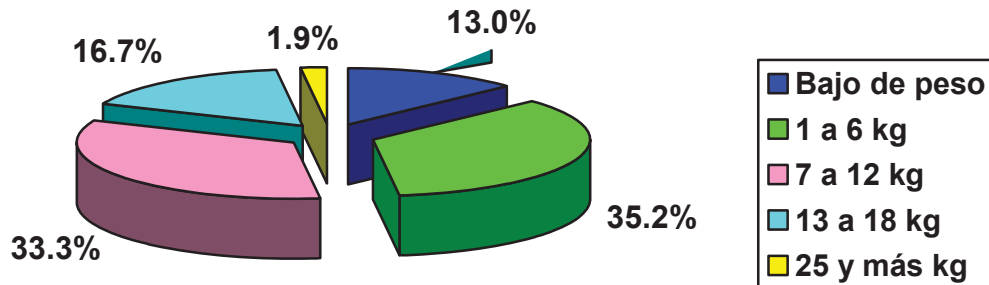
CUADRO No 16

AUMENTO DE PESO DURANTE EL EMBARAZO

Aumento de peso	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Bajo de peso	7	13.0%
1 a 6 kg	19	35.2%
7 a 12 kg	18	33.3%
13 a 18 kg	9	16.7%
25 y más kg	1	1.9%
Total	54	100.0%

Fuente: Revisión de Expediente y Encuesta aplicada a pacientes del servicio de Ginecología del Hospital General Dr. Miguel Silva en Morelia. Julio del 2008

GRÁFICA No 16



En cuanto al aumento de peso durante el embarazo se encontró que el 35.2%(19) subieron de 1 a 6 kg., el 33.3% (18) entre 7 y 12 kg., el 16.7% (9) entre 13 y 18 kg., un 13% (7) bajo de peso y un 1.9% (1) subió mas de 25kg.

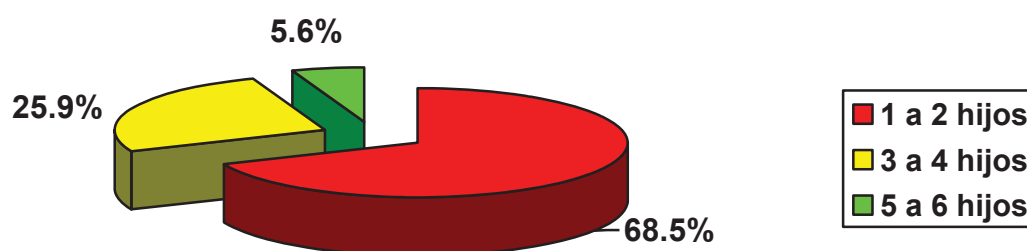
### CUADRO No 17

#### NÚMERO DE HIJOS NACIDOS VIVOS

HIJOS NACIDOS VIVOS	FRECUENCIA	PORCENTAJE
1 a 2 hijos	37	68.5%
3 a 4 hijos	14	25.9%
5 a 6 hijos	3	5.6%
Total	54	100.0%

Fuente: Revisión de Expediente y Encuesta aplicada a pacientes del servicio de Ginecología del Hospital General Dr. Miguel Silva en Morelia. Julio del 2008

### GRÁFICA No 17



Tomando en cuenta el número de hijos nacidos vivos de las pacientes, el 68.5% (37) tubo de a 2 hijos vivos, el 25.9% (14) de 3 a 4 hijos y un 5.3% (3) de 5 a 6 hijos.

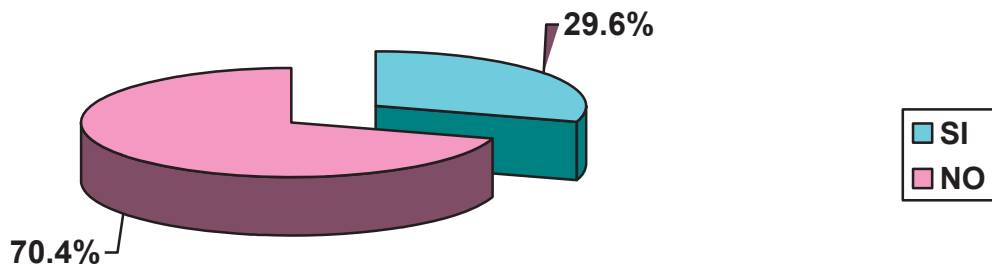
### CUADRO No 18

#### HA TENIDO ABORTOS

ABORTOS	FRECUENCIA	PORCENTAJE
SI	16	29.6%
NO	38	70.4%
Total	54	100.0%

Fuente: Revisión de Expediente y Encuesta aplicada a pacientes del servicio de Ginecología del Hospital General Dr. Miguel Silva en Morelia. Julio del 2008

### GRÁFICA No 18



Respecto a los abortos de las pacientes, solo el 29.6% (16) ha tenido abortos y el 70.4%(38) no han tenido abortos.

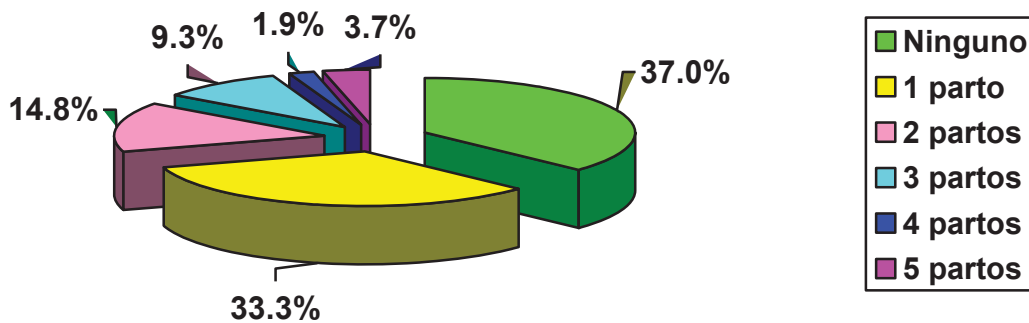
### CUADRO No 19

#### NUMERO DE PARTOS NORMALES

Partos Normales	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Ninguno	20	37.0%
1 partos	18	33.3%
2 partos	8	14.8%
3 partos	5	9.3%
4 partos	1	1.9%
5 partos	2	3.7%
Total	54	100.0%

Fuente: Revisión de Expediente y Encuesta aplicada a pacientes del servicio de Ginecología del Hospital General Dr. Miguel Silva en Morelia. Julio del 2008

### GRÁFICA No 19



El 37% (20) de las pacientes no ha tenido ningún parto normal, el 33.3% (18) ha tenido 1 parto normal el 14.8% (8) ha tenido 2 partos normales, el 9.3% (5) ha tenido 3 partos normales, el 3.7%(2) ha tenido 5 partos normales y solo un 1.9% (1) ha tenido 4 partos normales.

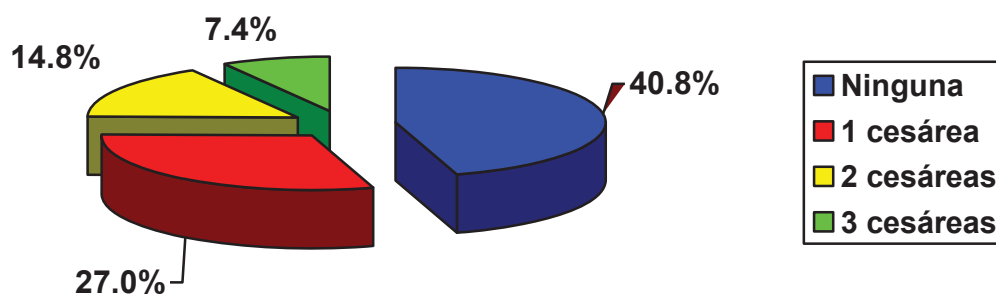
### CUADRO No 20

#### NÚMERO DE CESÁREAS QUE HA TENIDO

Cesáreas	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Ninguna	22	40.8%
1 cesárea	20	37.0%
2 cesáreas	8	14.8%
3 cesáreas	4	7.4%
Total	54	100.0%

Fuente: Revisión de Expediente y Encuesta aplicada a pacientes del servicio de Ginecología del Hospital General Dr. Miguel Silva en Morelia. Julio del 2008

### GRÁFICA No 20



Respecto al número de cesáreas de las pacientes, encontramos que el 40.8% (22) no ha tenido ninguna cesárea, el 37% (20) ha tenido una cesárea, el 14.8% (8) ha tenido 2 cesáreas y el 7.4% (4) ha tenido 3 cesáreas

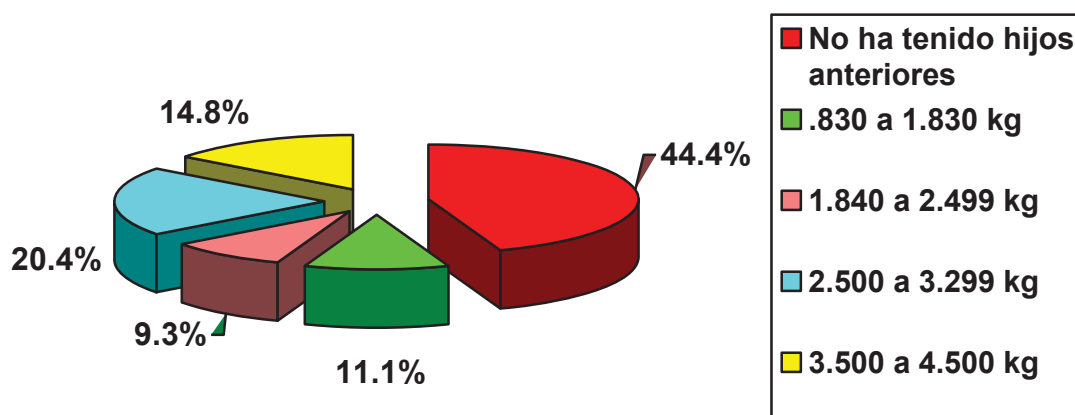
### CUADRO No 21

#### PESO DEL ÚLTIMO HIJO

Peso	FRECUENCIA	PORCENTAJE
No ha tenido hijos anteriores	24	44.4%
.830 a 1.830 kg	6	11.1%
1.840 a 2.499 kg	5	9.3%
2.500 a 3.499 kg	11	20.4%
3.500 a 4 500	8	14.8%
<b>Total</b>	<b>54</b>	<b>100.0%</b>

Fuente: Revisión de Expediente y Encuesta aplicada a pacientes del servicio de Ginecología del Hospital General Dr. Miguel Silva en Morelia. Julio del 2008

### GRÁFICA No 21



Tomando en cuenta el peso del ultimo hijo se encontró que el 20.4% (11) pesaron de 2.500 a 3.550 kg. el 14.8% (8) de 3.560 a 4.500kg., el 11.1% (6) de .830 a 1.830 kg., el 9.3% (5) entre 1.840 y 2.499 kg., y un 44.4% (24) no ha tenido hijos anteriores

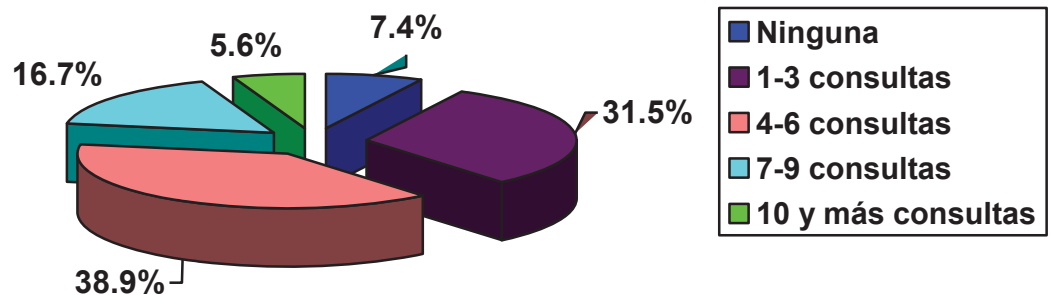
CUADRO No 22

NÚMERO DE CONSULTAS PRENATALES A LAS QUE ASISTIO

No de consultas	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Ninguna	4	7.4%
1-3 consultas	17	31.5%
4-6 consultas	21	38.9%
7-9 consultas	9	16.7%
10 y más consultas	3	5.6%
Total	54	100.0%

Fuente: Revisión de Expediente y Encuesta aplicada a pacientes del servicio de Ginecología del Hospital General Dr. Miguel Silva en Morelia. Julio del 2008

GRÁFICA No 22



De acuerdo al número de consultas prenatales al que asistieron las pacientes se encontró que el 7.4% (4) nunca asistió, el 31.5% (17) asistió entre 1 y 3 consultas, el 38.9% (21) entre 4 y 6 consultas, el 16.7% (9) entre 7 y 9 consultas y el 5.6% asistió a 10 o más consultas.



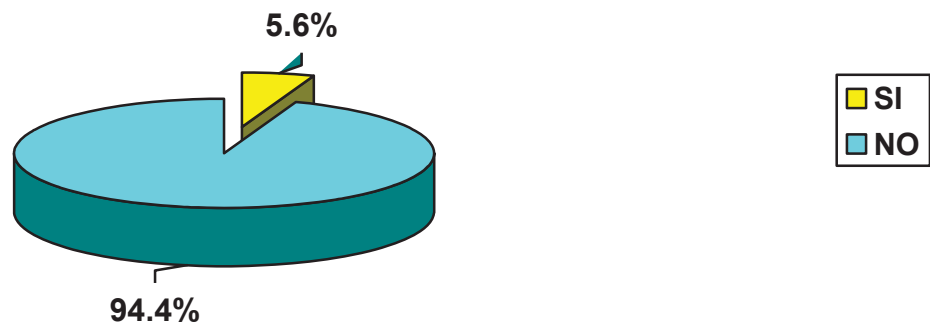
**CUADRO No 23**

**FUMO DURANTE EL EMBARAZO**

FUMO	FRECUENCIA	PORCENTAJE
SI	3	5.6%
NO	51	94.4%
Total	54	100.0%

Fuente: Revisión de Expediente y Encuesta aplicada a pacientes del servicio de Ginecología del Hospital General Dr. Miguel Silva en Morelia. Julio del 2008

**GRÁFICA No 23**



El 94.4% (51) de las madres encuestadas contestó que no fumó, solo el 5.6% (3) de las madres fumó.

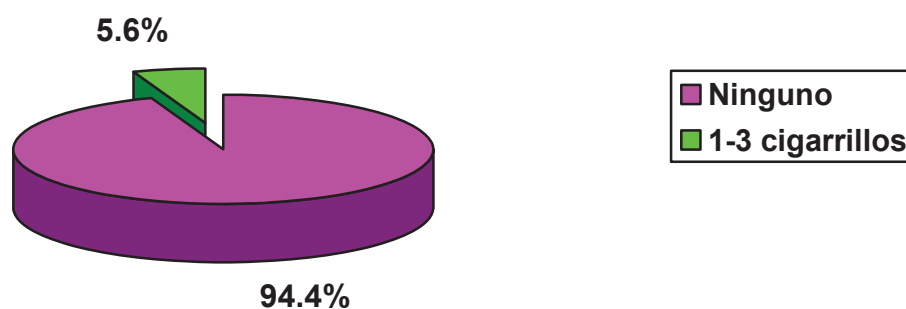
### CUADRO No 24

#### NÚMERO DE CIGARRILLOS AL DÍA

No de cigarros	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Ninguno	24	94.4%
De 1 a 3 cigarrillos	6	5.6%
Total	54	100.0%

Fuente: Revisión de Expediente y Encuesta aplicada a pacientes del servicio de Ginecología del Hospital General Dr. Miguel Silva en Morelia. Julio del 2008

### GRÁFICA No 24



El 5.6% (3) de las madres estudiadas fumaron de 1 a 3 cigarrillos al día, el 94.4% (51) de las madres no fuman.

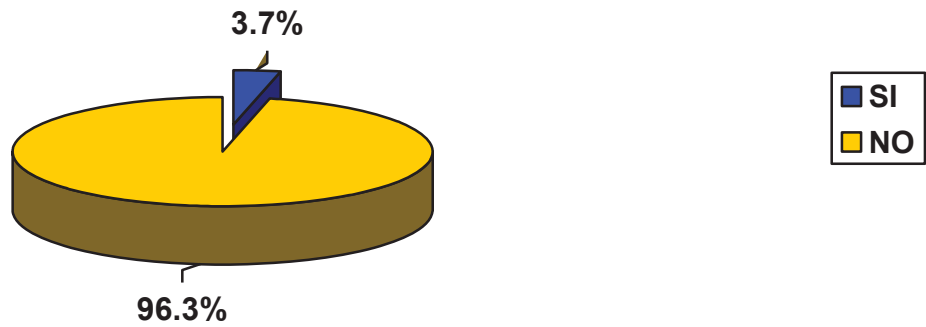
**CUADRO No 25**

**TOMÓ BEBIDAS ALCOHÓLICAS DURANTE EL EMBARAZO**

Bebidas alcohólicas	FRECUENCIA	PORCENTAJE
SI	2	3.7%
NO	53	96.3%
Total	54	100.0%

Fuente: Revisión de Expediente y Encuesta aplicada a pacientes del servicio de Ginecología del Hospital General Dr. Miguel Silva en Morelia. Julio del 2008

**GRÁFICA No 25**



El 3.7% (2) de las madres estudiadas tomó bebidas alcohólicas durante el embarazo y el 96.3% (52) no las consumió

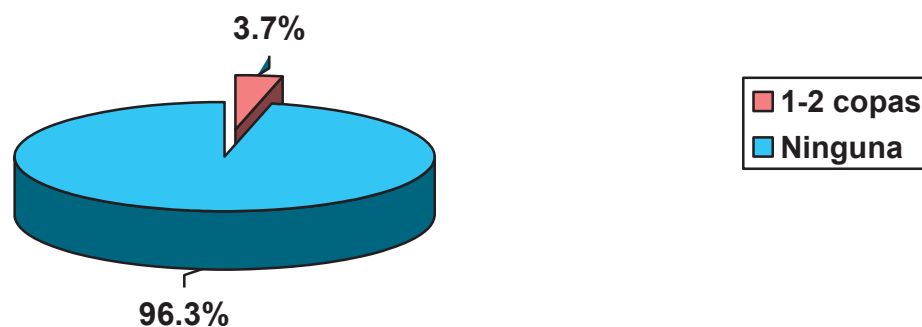
### CUADRO No 26

#### NÚMERO DE COPAS QUE CONSUMIÓ POR SEMANA

No de copas	FRECUENCIA	PORCENTAJE
1-2 copas	2	3.7%
Ninguna	52	96.3%
Total	54	100.0%

Fuente: Revisión de Expediente y Encuesta aplicada a pacientes del servicio de Ginecología del Hospital General Dr. Miguel Silva en Morelia. Julio del 2008

### GRÁFICA No 26



El 3.7% (2) de las madres consumieron de 1 a 2 copas de bebidas alcohólicas por semana, el 96.3% no las consumió

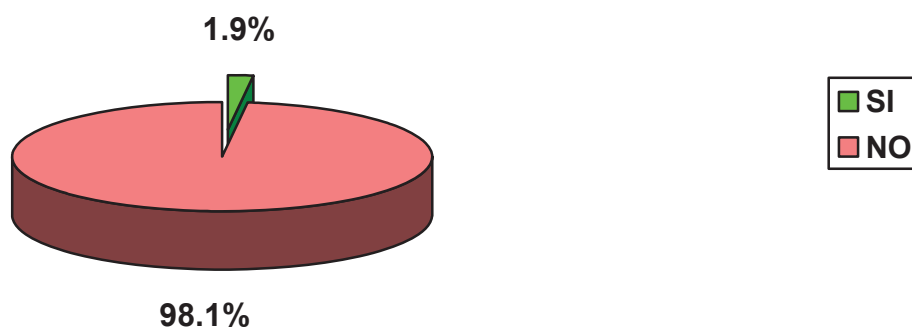
**CUADRO No 27**

**CONSUMIÓ ALGÚN TIPO DE DROGAS DURANTE EL EMBARAZO**

Consumo de drogas	FRECUENCIA	PORCENTAJE
SI	1	1.9%
NO	53	98.1%
Total	54	100.0%

Fuente: Revisión de Expediente y Encuesta aplicada a pacientes del servicio de Ginecología del Hospital General Dr. Miguel Silva en Morelia. Julio del 2008

**GRÁFICA No 27**



El 98.1% (53) de las madres no han consumido ningún tipo de drogas, solo el 1.9% (1) las consumió

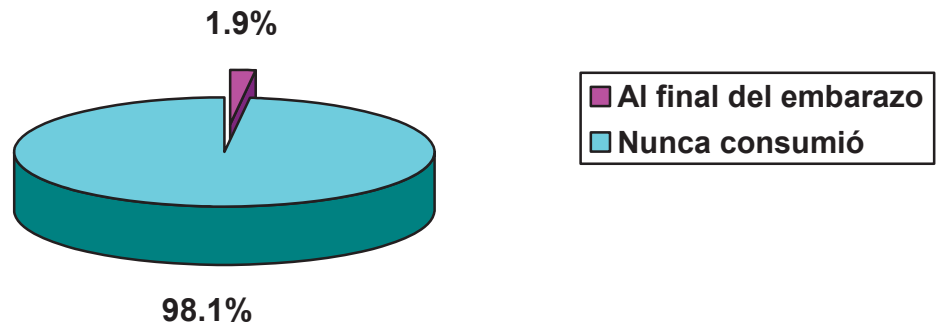
**CUADRO No 28**

**CONSUMIÓ LA DROGA**

<b>Consumo</b>	<b>FRECUENCIA</b>	<b>PORCENTAJE</b>
<b>Al final del embarazo</b>	<b>1</b>	<b>1.9%</b>
<b>Nunca</b>	<b>53</b>	<b>98.1%</b>
<b>Total</b>	<b>54</b>	<b>100.0%</b>

Fuente: Revisión de Expediente y Encuesta aplicada a pacientes del servicio de Ginecología del Hospital General Dr. Miguel Silva en Morelia. Julio del 2008

**GRÁFICA No 28**



El 1.9% de las madres consumieron drogas al final del embarazo, el 98.1% nunca las ha consumido

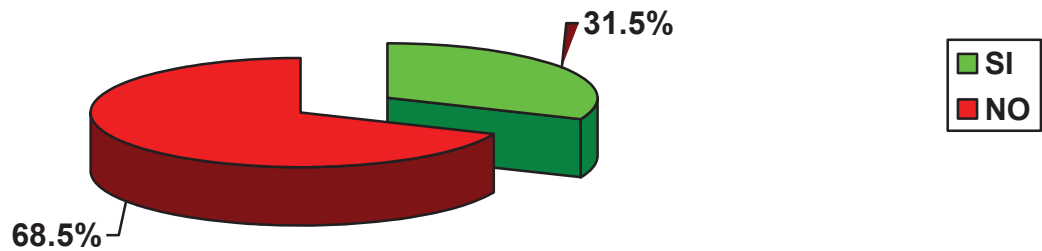
### CUADRO No 29

#### PADECE ALGUNA ENFERMEDAD

Peso	FRECUENCIA	PORCENTAJE
SI	17	31.5%
NO	37	68.5%
Total	54	100.0%

Fuente: Revisión de Expediente y Encuesta aplicada a pacientes del servicio de Ginecología del Hospital General Dr. Miguel Silva en Morelia. Julio del 2008

### GRÁFICA No 29



El 31.5% (17) de las madres padece alguna enfermedad, el 68.5% (37) no

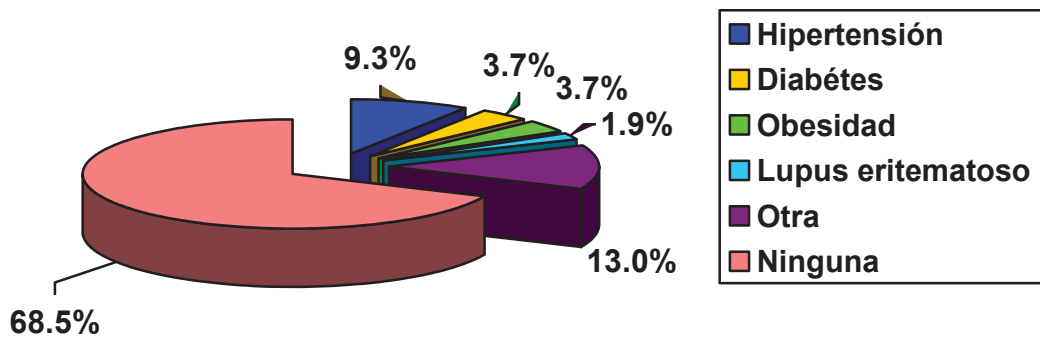
**CUADRO No 30**

**ENFERMEDADES QUE PADECEN**

Enfermedad	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Hipertensión	5	9.3%
Diabétes	2	3.7%
Obesidad	2	3.7%
Lupus eritematoso	1	1.9%%
Otra	7	13.0%
Ninguna	37	68.5%
<b>Total</b>	<b>54</b>	<b>100.0%</b>

Fuente: Revisión de Expediente y Encuesta aplicada a pacientes del servicio de Ginecología del Hospital General Dr. Miguel Silva en Morelia. Julio del 2008

**GRÁFICA No 30**



El 9.3% (5) de las madres estudiadas sufre de hipertensión arterial, un 3.7% (2) de diabetes mellitus, otro 3.7% (2) de obesidad, el 1.9% (1) de Lupus eritematoso, un 13.0% (7) de otros padecimientos como la hipotensión arterial, migraña, estrés, alergia, tuvo eclampsia y el 68.5% no tiene ninguna



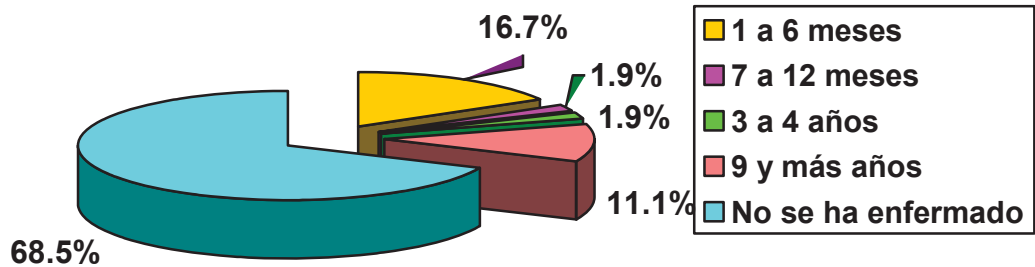
**CUADRO No 31**

**HACE CUANTO QUE PADECE LA ENFERMEDAD**

<b>Peso</b>	<b>FRECUENCIA</b>	<b>PORCENTAJE</b>
<b>1 a 6 meses</b>	<b>9</b>	<b>16.7%</b>
<b>7 a 12 meses</b>	<b>1</b>	<b>1.9%</b>
<b>3 a 4 años</b>	<b>1</b>	<b>1.9%</b>
<b>9 y más años</b>	<b>6</b>	<b>11.1%</b>
<b>No se ha enfermado</b>	<b>37</b>	<b>68.5%</b>
<b>Total</b>	<b>54</b>	<b>100.0%</b>

Fuente: Revisión de Expediente y Encuesta aplicada a pacientes del servicio de Ginecología del Hospital General Dr. Miguel Silva en Morelia. Julio del 2008

**GRÁFICA No 31**



El 68.5% (37) de las madres no se han enfermado, el 16.7% ( 9) tiene de 1 a 6 meses con la enfermedad, un 11.1 (6) de 9 a más años de padecerla, el 1.9% (1) de 7 a 12 meses con la enfermedad y otro 1.9% (1) de 3 a 4 años.

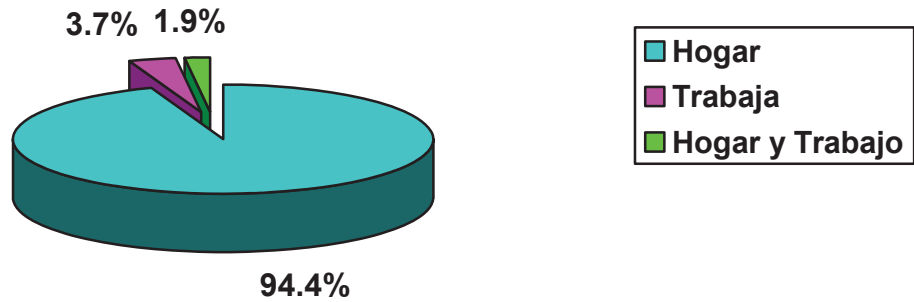
**CUADRO No 32**

**HA QUE SE DEDICA**

<b>Peso</b>	<b>FRECUENCIA</b>	<b>PORCENTAJE</b>
Hogar	51	94.4%
Trabaja	2	3.7%
Hogar y Trabajo	1	1.9%
<b>Total</b>	<b>54</b>	<b>100.0%</b>

Fuente: Revisión de Expediente y Encuesta aplicada a pacientes del servicio de Ginecología del Hospital General Dr. Miguel Silva en Morelia. Julio del 2008

**GRÁFICA No 32**



El 94.4% (51) de las madres estudiadas se dedican al hogar, un 3.7% (2) trabaja y un 1.9% (1) al hogar y trabaja.

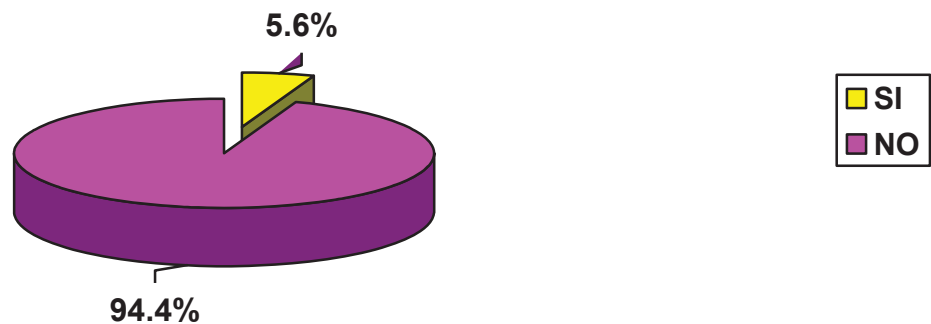
**CUADRO No 33**

**TRABAJA FUERA DEL HOGAR**

Trabaja	FRECUENCIA	PORCENTAJE
SI	3	5.6%
NO	51	94.4%
Total	54	100.0%

Fuente: Revisión de Expediente y Encuesta aplicada a pacientes del servicio de Ginecología del Hospital General Dr. Miguel Silva en Morelia. Julio del 2008

**GRÁFICA No 33**



El 5.6% (3) de las madres estudiadas trabaja fuera de su casa y el 94.4% solo se dedica al hogar

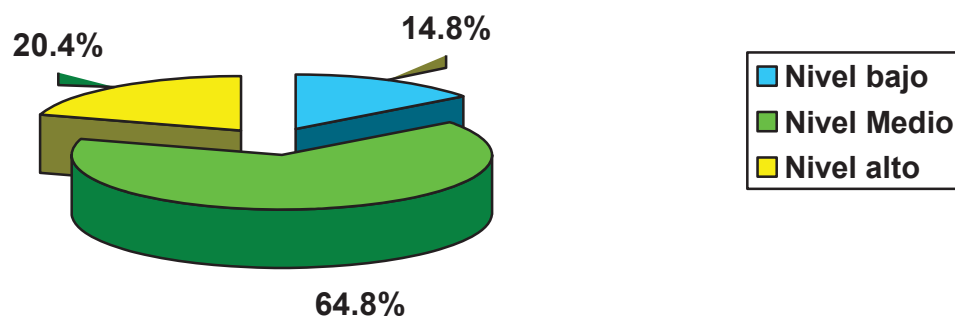
**CUADRO No 34**

**NIVEL SOCIOECONÓMICO**

<b>Peso</b>	<b>FRECUENCIA</b>	<b>PORCENTAJE</b>
Nivel bajo	8	14.8%
Nivel Medio	35	64.8%
Nivel alto	11	20.4%
<b>Total</b>	<b>54</b>	<b>100.0%</b>

Fuente: Revisión de Expediente y Encuesta aplicada a pacientes del servicio de Ginecología del Hospital General Dr. Miguel Silva en Morelia. Julio del 2008

**GRÁFICA No 34**



El 64.8% (35) de las madres estudiadas pertenece al nivel socioeconómico medio, un 20.4% (11) al nivel socioeconómico alto y solo el 14.8% (8) al nivel socioeconómico bajo.

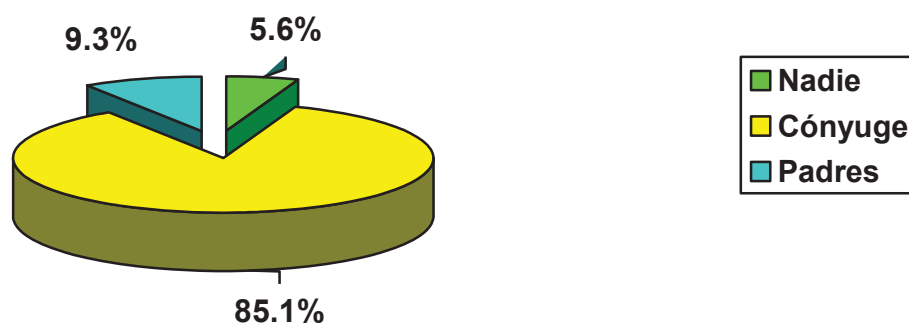
### CUADRO No 35

#### DE QUIEN DEPENDE ECONÓMICAMENTE

Dependencia económica	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Nadie	3	5.6%
Cónyuge	46	85.1%
Padres	5	9.3%
Total	54	100.0%

Fuente: Revisión de Expediente y Encuesta aplicada a pacientes del servicio de Ginecología del Hospital General Dr. Miguel Silva en Morelia. Julio del 2008

### GRÁFICA No 35



El 85.1% (46) de las madres estudiadas dependen del cónyuge, un 9.3% (5) dependen de los padres y el 5.6% (3) no dependen de nadie, ellas se sostienen

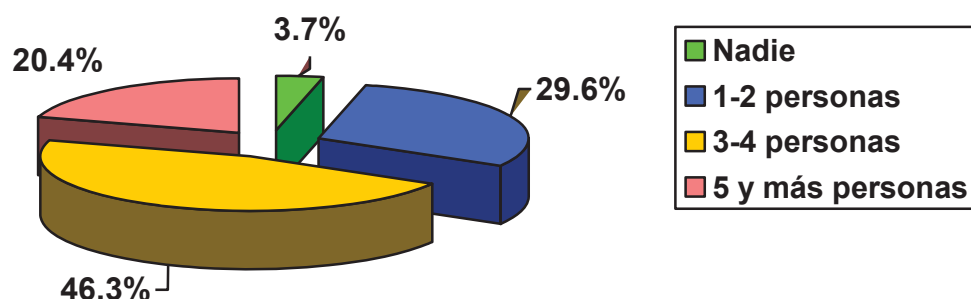
**CUADRO No 36**

**NÚMERO DE PERSONAS QUE DEPENDEN ECONÓMICAMENTE DE USTED**

Personas que dependen	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Nadie	2	3.7%
1-2 personas	16	29.6%
3-4 personas	25	46.3%
5 y más personas	11	20.4%
Total	54	100.0%

Fuente: Revisión de Expediente y Encuesta aplicada a pacientes del servicio de Ginecología del Hospital General Dr. Miguel Silva en Morelia. Julio del 2008

**GRÁFICA No 36**



El 46.3% ( 25) de las madres refieren que dependen de ellas de 3 a 4 personas, un 29.6% (16) dijo que dependen de 1 a 2 personas de ellas, el 20.4% (11) mencionó que dependen 5 y más personas de ellas, y un 3.7% (2) no tienen dependientes.

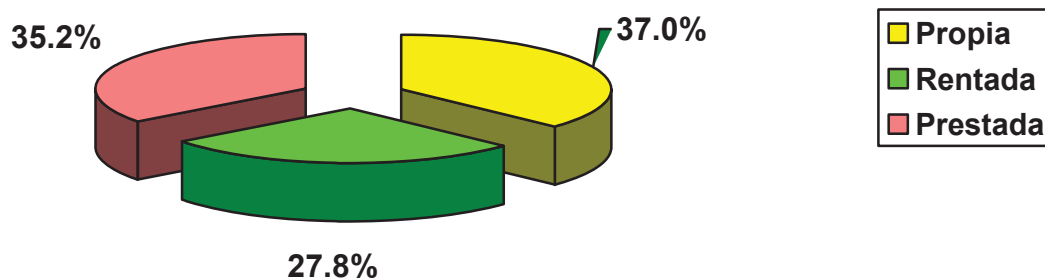
### CUADRO No 37

#### SU CASA ES

Casa	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Propia	20	37.0%
Rentada	15	27.8%
Prestada	19	35.2%
Total	54	100.0%

Fuente: Revisión de Expediente y Encuesta aplicada a pacientes del servicio de Ginecología del Hospital General Dr. Miguel Silva en Morelia. Julio del 2008

### GRÁFICA No 37



El 37.0% (20) de las madres estudiadas viven en casa propia, un 35.2% (19) viven en casa prestada por algún familiar y el 27.8% rentan casa.

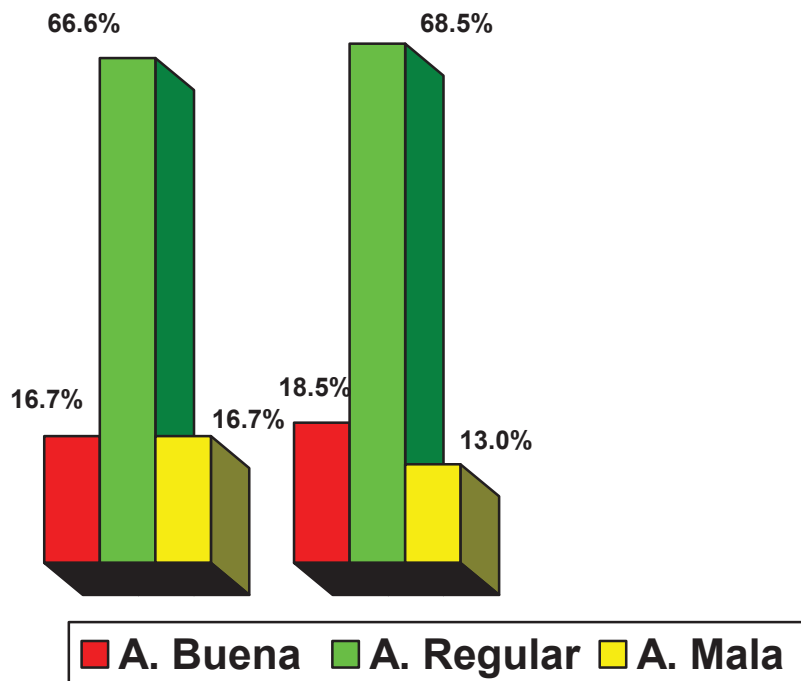
CUADRO No 38

ALIMENTACIÓN

Alimentación	FRECUENCIA		PORCENTAJE	
	ANTES	ANTES	DURANTE	DURANTE
Alimentación buena	9	16.7%	10	18.5%
Alimentación regular	36	66.6%	37	68.5%
Mala alimentación	9	16.7%	7	13.0%
Total	54	100.0%	54	100.0%

Fuente: Revisión de Expediente y Encuesta aplicada a pacientes del servicio de Ginecología del Hospital General Dr. Miguel Silva en Morelia. Julio del 2008

GRÁFICA No 37



En esta gráfica se encontró que las mujeres antes y después del embarazo tenían preferentemente una alimentación regular el 66.6% (36) contra 68.5% (10) y que la buena alimentación pasó de 16.7% (9) antes a 18.7% (10) durante el embarazo y solo el 16.7%(9) antes y 13.0 (7)es una alimentación mala o deficiente



## **XII. CONCLUSIONES**

De todos los RN del 15 de mayo al 15 de junio en el Hospital General Dr. Miguel Silva se encontraron 54 con bajo peso (10.6%)

De cada cinco RN con bajo peso, 1 fue a término y 4 pre-término

Las principales complicaciones que presentaron los RN: Asfixia, inmadurez pulmonar, ruptura de membrana, incompatibilidad sanguínea, anemia, infección .

Se encontró que la edad y la escolaridad no son causa para que el RN presente bajo peso

Las principales patologías presentadas por las madres estudiadas fueron hipertensión arterial, diabetes mellitus, obesidad, Lupus eritematoso, y otras hipotensión arterial, migraña, estrés, alergia, eclampsia.

De cada 5 madres 4 son de nivel socioeconómico medio

Es importante mencionar que las mujeres antes y después del embarazo tenían preferentemente una alimentación regular en donde se observa que la dieta fue rica leche, huevo, frutas y verduras; La carne la consumieron entre 2 y 4 veces a la semana..

## **DISCUSIÓN**

En la bibliografía revisada se encontró que las principales causas por las que se presenta el bajo peso en los RN fueron las variables socioeconómicas-culturales, asociadas a condiciones biológicas de la madre y a diversas patologías que afectan a la madres y al feto.

En el estudio realizado con madres del Hospital General Dr. Miguel Silva, se encontró que la principal causa del bajo peso en los RN fue la prematurez, asociada al bajo nivel educativo y a la falta de atención prenatal (comprensión en la información), algo importante que se debe mencionar es el hecho de que las madres en su alimentación incluyeron todos los nutrientes por lo que no se consideró la desnutrición como causal de bajo peso en los RN.

### **XIII. SUGERENCIAS**

El programa de atención prenatal debe continuar siendo el eje rector de la mujer en edad fértil, para prevenir discapacidades, desnutrición y prematuridad.

Que la atención prenatal se dé motivando la participación activa de ellas para fomentar el autocuidado a su embarazo .

### **XIV. BIBLIOGRAFÍAS**

1.-Martin, J.A., et al. Births: Final Data for 2004. National Vital Statistics Reports, volumen 55, número 1, 29 de septiembre de 2006.

2.- Roberts, J.M., et al. Summary of the NHLBI Working Group on Research on Hypertension During Pregnancy. Hypertension, volumen 41, marzo de 2003, págs. 437-445. Y Podymow, T., August, P. Update on the Use of Antihypertensive Drugs in Pregnancy. Hypertension, publicado en Internet 7 de febrero de 2008, <http://hyper.ahajournals.org/>.

3.-Academia Americana de Alergia, Asma e Inmunología

<http://www.aaaai.org/public/publicedmat/tips/spanishtips/tip17.stm>

4.- <http://www.babysitio.com/>

5.-March of Dimes <http://www.nacersano.org>

6.-Rev Cubana Salud Pública v.34 n.1 Ciudad de La Habana jan.-mar. 2008

7.-Rev Colomb Obstet Ginecol v.59 n.1 Bogotá jan./mar. 2008

8.- Rev Med Hered v.14 n.3 Lima set. 2003

9.-[http://www.healthsystem.virginia.edu/uva health/childrenshospital/](http://www.healthsystem.virginia.edu/uva%20health/childrenshospital/)

10.-<http://es.wikipedia.org/>

11.-Tratado de pediatría edición 8 volumen I, Manuel Cruz Hernandez.2001 ediciones eragon S.A.

12 Enfermería Materno Infantil cuarta edición Salli B. Olds, Marcia L. London, Patricia W. Ladwing.

13.-Manual de Pediatría Valenzuela, décima edición9980,décimo primera edición, Dr. Rogelio H. Valenzuela,Javier Luengas Bartels, Luis Marquet Santillan.

14.-Tratado de Pediatría Vol. , By Richard E. Behrman, Robert m. Klingman, Waldo E. Nelson y Victor E. Vaughan III, 1992.

## XV. ANEXOS

- INSTRUMENTO
- CARTA DE ACEPTACIÓN



### UNIVERSIDAD MICHOACANA DE SAN NICOLÁS DE HIDALGO FACULTAD DE ENFERMERÍA

#### INSTRUMENTO DE VALORACION

El presente cuestionario tiene como finalidad valorar el peso de los recién nacidos del Hospital Gral. Dr. Miguel Silva para obtener la incidencia de recién nacidos con bajo peso al nacer y sus posibles causas.

#### I.-DATOS GENERALES DEL RECIEN NACIDO

Nombre del recién nacido

---

1.-sexo

- 1) Femenino                      2) Masculino

2.-Peso\_\_\_\_\_kg.

3.-Talla\_\_\_\_\_cm-

4.-Tipo de Parto.

- 1) Cesárea                      2) Parto Normal

5.-Calificación del recién nacido      Apgar\_\_\_\_\_

6.-Periodo de gestación.

- 1) Pretermino                  2) Termino                  3) Post Termino

7.- ¿Tuvo alguna complicación al nacer?

- 1) Si                                  2) No

8.-¿Cual fue y por que?

---

---

9.- Numero de Gesta \_\_\_\_\_

10.-Pasa a:

1)Alojamiento Conjunto

2) Unidad de Neonatos

## II.DATOS DE LA MADRE

Nombre \_\_\_\_\_

11.- Edad \_\_\_\_\_

12.-Estado Civil

1)Casada 2) Soltera 3) Unión Libre 4) Viuda 5)Divorciada

13.-Grado escolar con que cuenta

1)Ninguno 2) Primaria 3) Secundaria 4) Preparatoria 5) Profesional

## III.-SOMATOMETRIA

14.- Peso Habitual \_\_\_\_\_ kg.

15.- Peso durante el ultimo mes del embarazo \_\_\_\_\_ kg-

16.- ¿Cuánto peso aumento durante el embarazo?

1) bajo peso 2)1 a 6 kg. 3) 7 a 12 kg. 4) 13 a 18kg. 5)19 a 24kg.

6)25 a mas

## IV.-HISTORIA GINECO OBSTETRA

17.-Numero de hijos nacidos vivos \_\_\_\_\_

18.- ¿Ha tenido abortos?

1)Si\_\_ 2) No\_\_¿Por qué?\_\_\_\_\_

19.-¿Cuántos partos normales a tenido?\_\_\_\_\_

20.-¿ Cuantas cesáreas ha tenido?\_\_\_\_\_

21.- ¿Cuánto peso el ultimo de sus hijos? \_\_\_\_\_kg

22.-¿Cuántas veces asistió a consulta prenatal?

1)ninguna      2) 1-3      3) 4-6      4) 7 a 9      5)10 y mas

## **V.- TOXICOMANIAS**

23.- ¿Usted fumo durante el embarazo?

1)Si      2) No

24.- ¿Cuántos cigarrillos al día?\_\_\_\_\_

25.- ¿Tomo usted bebidas alcohólicas durante el embarazo?

1)Si      2) No

26.- ¿Cuántas copas consumió a la semana?\_\_\_\_\_

27.- ¿Ha consumido usted algún tipo de droga?

1)Si      2)No

28.-¿Consumió la droga?

1)Al principio      2)Continuo      3) Al final      4)Nunca

## **VI.-PATOLOGIAS**

29.- ¿Usted padece de alguna enfermedad ?

1)Si      2) No

30.- ¿Cuál?\_\_\_\_\_

31.- ¿Hace cuanto que lo padece?

- 1) 1-6 meses    2) 7 -12 meses    3) 1-2 años    4) 3 a 4 años    5) 5 a 6 años  
6) 7 a 8 años    .7) 9 y mas    8)Nunca

## VII.- SOCIOECONOMICO

32.- ¿A que se dedica?

- 1)Hogar    2) Trabaja    3) Hogar y trabaja

33.- ¿Trabaja fuera del hogar?

- 1)Si    2) No

34.- ¿Cuál es su nivel socioeconómico?

- 1) Bajo \$200 semanales    2)Medio \$201-\$500semanales  
3) Alto \$501-\$1000 semanales

35.- ¿De quien depende económicamente?

- 1)De nadie    2) Del conyugue    3) De los padres    d) Otros

36.- ¿Cuántos dependen económicamente de usted?

- 1)Nadie    2) 1-2    3) 3-4    4) 5 o mas

37.- ¿Su casa es?

- 1)Propia    2) Rentada    3) Prestada

## VIII.- ESTADO NUTICIONAL

38.- ¿Cual es su peso habitual? \_\_\_\_\_ kg \_\_\_\_\_ cm-

39.- ¿Cual es su peso ideal? \_\_\_\_\_ kg

40.- ¿Antes del embarazo usted consumía, y cada cuando?

- |                  |          |               |                |
|------------------|----------|---------------|----------------|
| 1)Carnes         | a)diario | b)cada 3 días | c) cada semana |
| 2)leche          | a)diario | b)cada 3 días | c) cada semana |
| 3)frutas         | a)diario | b)cada 3 días | c) cada semana |
| 4)verduras       | a)diario | b)cada 3 días | c) cada semana |
| 5)cereal y fibra | a)diario | b)cada 3 días | c) cada semana |
| 6)huevo          | a)diario | b)cada 3 días | c) cada semana |
| 7)pan            | a)diario | b)cada 3 días | c) cada semana |
| 8)agua           | a)-1lit. | b 1-2lit.     | c) +2lit.      |

41.- ¿Durante su embarazo usted consumió?

- |                  |          |               |                |
|------------------|----------|---------------|----------------|
| 1)Carnes         | a)diario | b)cada 3 días | c) cada semana |
| 2)leche          | a)diario | b)cada 3 días | c) cada semana |
| 3)frutas         | a)diario | b)cada 3 días | c) cada semana |
| 4)verduras       | a)diario | b)cada 3 días | c) cada semana |
| 5)cereal y fibra | a)diario | b)cada 3 días | c) cada semana |
| 6)huevo          | a)diario | b)cada 3 días | c) cada semana |
| 7)pan            | a)diario | b)cada 3 días | c) cada semana |
| 8)agua           | a)-1lit. | b 1-2lit.     | c) +2lit.      |

42.- ¿ Padeció anemia durante el embarazo ?

- 1)Si                      2) No

43.- ¿Durante su embarazo usted tomo?

- 1)Suplemento vitamínico    2) Acido fólico    3) Hierro    4) todos los anteriores
- 5) Otros

## IX.- ESTADO EMOCIONAL

44.- ¿Que relación lleva con su pareja?

- 1)Excelente            2) Buena            3) Regular            4)Ninguna

45.- ¿Su embarazo fue deseado?

- 1)Si                                      2) No

46.- ¿Cómo se sintió emocionalmente en su embarazo?

- 1) Alegre-Ilusionada    2) Confundida-Incomoda    3) Presionada-Frustrada