

UNIVERSIDAD PERUANA LOS ANDES
ESCUELA DE POSGRADO
SEGUNDA ESPECIALIZACIÓN EN MEDICINA HUMANA



PROYECTO DE INVESTIGACIÓN

**Percentiles actuales de peso de nacimiento del niño sano según
edad gestacional y sexo en Huancayo**

**Para Optar : El Título de Segunda Especialidad Profesional en
Medicina Humana, Especialidad: Pediatría**

**Autor : M. C. David Alejandro Anccasi Hermoza
ORCID: 0009-0003-8128-6644**

**Asesor : M.E. Edilberto Pérez Torres
ORCID: 0000-0001-7551-7678**

Línea de investigación Institucional: Salud y Gestión de la Salud

Fecha de inicio : diciembre de 2023

Fecha de culminación : agosto de 2024

Huancayo, Perú

2024

JURADOS EVALUADORES



Dr. Williams Ronald Olivera Acuña
Presidente



M.E. Vivian Marlene Basulado García
Miembro



M.E. Freddy Gustavo Camayo Parraga
Miembro



M.E. Luis Walter Porras Gonzales
Miembro



Dr. Manuel Silva Infantes
Secretario Académico

DEDICATORIA

Dedico este trabajo a la curiosidad, que cada día me
lleva a encontrar nuevas dudas, sueños y caminos.

AGRADECIMIENTO

Agradezco el apoyo y la comprensión incondicionales de todos mis seres amados, desde siempre.

Agradezco con reverente admiración el estímulo, consejo continuo, y el profesionalismo de tres grandes colegas y amigos, el Dr. César Altamirano Cárdenas, el Dr. Carlos Torres Salinas y el Dr. Edilberto Pérez Torres, mi asesor.

CONSTANCIA DE SIMILITUD

N ° 0173 - POSGRADO - 2024

La Oficina de Propiedad Intelectual y Publicaciones, hace constar mediante la presente, que el **Proyecto de Investigación**, titulado:

PERCENTILES ACTUALES DE PESO DE NACIMIENTO DEL NIÑO SANO SEGÚN EDAD GESTACIONAL Y SEXO EN HUANCAYO

Con la siguiente información:

Con Autor(es) : **M.C. DAVID ALEJANDRO ANCCASI HERMOZA**

Asesor(a) : **M. E. EDILBERTO PEREZ TORRES**

Fue analizado con fecha **21/11/2024**; con **62 págs.**; con el software de prevención de plagio (Turnitin); y con la siguiente configuración:

Excluye Bibliografía.

Excluye Citas.

Excluye Cadenas hasta 20 palabras.

Otro criterio (especificar)

| |
|---|
| |
| X |
| X |
| |

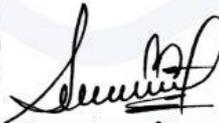
El documento presenta un porcentaje de similitud de **18 %**.

En tal sentido, de acuerdo a los criterios de porcentajes establecidos en el artículo N°15 del Reglamento de uso de Software de Prevención Versión 2.0. Se declara, que el trabajo de investigación: **Si contiene un porcentaje aceptable de similitud.**

Observaciones:

En señal de conformidad y verificación se firma y sella la presente constancia.

Huancayo, 21 de noviembre del 2024.



MTRA. LIZET DORIELA MANTARI MINCAMI
JEFA

Oficina de Propiedad Intelectual y Publicaciones

CONTENIDO

| | |
|--|-----|
| DEDICATORIA | iii |
| AGRADECIMIENTO | iv |
| CONTENIDO | vi |
| CONTENIDO DE TABLAS | ix |
| CONTENIDO DE FIGURAS | x |
| RESUMEN | xi |
| ABSTRACT | xii |
| INTRODUCCIÓN | xii |
| CAPÍTULO I PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA | 14 |
| 1.1. Descripción de la realidad problemática | 14 |
| 1.2. Delimitación del problema | 14 |
| 1.3. Formulación del problema | 15 |
| 1.3.1. Problema General | 15 |
| 1.3.2. Problemas Específicos | 15 |
| 1.4. Justificación | 16 |
| 1.4.1. Social | 16 |
| 1.4.2. Teórica | 16 |
| 1.4.3. Metodológica | 16 |
| 1.5. Objetivos | 17 |
| 1.5.1. Objetivo General | 17 |
| 1.5.2. Objetivos Específicos | 17 |
| 1.6. Aspectos éticos de la Investigación | 17 |
| CAPÍTULO II MARCO TEÓRICO | 19 |

| | |
|--|----|
| 2.1. Antecedentes | 19 |
| 2.1.1. Internacionales | 19 |
| 2.1.2. Nacionales | 20 |
| 2.2. Bases Teóricas o Científicas | 21 |
| 2.3. Marco Conceptual | 22 |
| CAPÍTULO III HIPÓTESIS | 23 |
| 3.1. Hipótesis General | 23 |
| 3.2. Hipótesis Específica | 23 |
| 3.3. Variables | 23 |
| 3.3.1. Variables independientes | 23 |
| 3.3.2. Variables dependientes | 23 |
| CAPÍTULO IV METODOLOGÍA | 25 |
| 4.1. Método de Investigación | 25 |
| 4.2. Tipo de Investigación | 25 |
| 4.3. Nivel de Investigación | 25 |
| 4.4. Diseño de la Investigación | 25 |
| 4.5. Población y muestra | 26 |
| 4.6. Técnicas e Instrumentos de recolección de datos | 27 |
| 4.7. Técnicas de procesamiento y análisis de datos | 29 |
| CAPÍTULO V RESULTADOS | 30 |
| 5.1. Descripción de resultados | 30 |
| 5.2. Contrastación de hipótesis | 38 |
| ANÁLISIS Y DISCUSIÓN DE RESULTADOS | 39 |
| CONCLUSIONES | 44 |
| RECOMENDACIONES | 45 |

| | |
|--|----|
| REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS | 46 |
| ANEXOS | 51 |
| 1. MATRIZ DE CONSISTENCIA | 52 |
| 2. INSTRUMENTO DE INVESTIGACIÓN | 53 |
| 3. MATRIZ DE OPERACIONALIZACIÓN DEL INSTRUMENTO | 54 |
| 4. CONFIABILIDAD Y VALIDEZ DEL INSTRUMENTO | 55 |
| 5. DECLARACIÓN JURADA DE ORIGINALIDAD | 56 |
| 6. BASE DE DATOS RECOLECTADOS Y EVIDENCIA DE PROCESAMIENTO | 57 |
| 7. AUTORIZACIÓN DE LA INSTITUCIÓN | 58 |
| 8. FICHA DEL SISTEMA DE VIGILANCIA PERINATAL DE ESSALUD | 59 |
| 9. EVIDENCIA FOTOGRÁFICA DEL ESTUDIO | 61 |

CONTENIDO DE TABLAS

| | |
|--|----|
| Tabla 1: Tabla principal de recolección de datos _____ | 28 |
| Tabla 2: Percentiles peso de nacimiento según la edad gestacional y sexo _____ | 34 |
| Tabla 3: Análisis de similitud de medias de peso de nacimiento _____ | 37 |

CONTENIDO DE FIGURAS

| | |
|--|----|
| Figura 1: Diseño de investigación _____ | 26 |
| Figura 2: Reclutamiento de recién nacidos _____ | 27 |
| Figura 3: Distribución proporcional de recién nacidos según su sexo _____ | 30 |
| Figura 4: Clasificación de los recién nacidos según su edad gestacional y sexo _____ | 31 |
| Figura 5: Clasificación de los recién nacidos pretérmino _____ | 31 |
| Figura 6: Clasificación de los recién nacidos según su peso de nacimiento _____ | 32 |
| Figura 7: Distribución de recién nacidos según su edad gestacional y sexo _____ | 33 |
| Figura 8: Curvas de crecimiento intrauterino en varones _____ | 35 |
| Figura 9: Curva de crecimiento intrauterino en mujeres _____ | 36 |
| Figura 10: Comparación de neonatos por sexo en EsSalud Huancayo _____ | 39 |
| Figura 11: Comparación de neonatos según su edad gestacional _____ | 40 |
| Figura 12: Variación de grupos de pretérminos según su edad gestacional _____ | 40 |
| Figura 13: Variación de curvas de crecimiento intrauterino _____ | 42 |

RESUMEN

El peso de nacimiento de los recién nacidos en altura es un capítulo poco abordado por la pediatría, en EsSalud Huancayo se viene utilizando una tabla de percentiles de peso de nacimiento de hace más de una década de antigüedad, por lo que es imperativo actualizarla. **Método:** Se reclutaron a 30756 recién nacidos vivos, registrados en el sistema perinatal de EsSalud, se calcularon los percentiles de peso de nacimiento para cada edad gestacional por examen físico y según sexo, y se calculó su similitud estadística mediante la prueba de *t* de Student para muestras independientes. **Resultados:** se encontró 48.91% de recién nacidos mujeres y 51.09% de varones; 94.08% a término y 5.92% pretérmino; 85.71% pretérmino tardío y 14.29% pretérmino temprano; 95.25% normosómicos, 2.7% macrosómicos, 1.59% con bajo peso al nacer, 0.43% con muy bajo peso al nacer y 0.04% con extremo bajo peso al nacer; no hay diferencia significativa entre las medias de peso de nacimiento de los menores o iguales a 36 semanas (IC 95%, $p > 0.05$), pero sí la hay, a partir de la semana 37 (IC 95%, $p < 0.05$). **Conclusiones:** se encontró una diferencia significativa en los percentiles de peso de nacimiento diferenciadas por sexo de los neonatos a término, mas no en los pretérmino.

Palabras clave: *Recién nacido, percentil, peso de nacimiento, edad gestacional, altitud.*

ABSTRACT

The birth weight of newborns at high altitude is a chapter little addressed by pediatrics, in EsSalud Huancayo a table of birth weight percentiles has been used for more than a decade, so it is imperative to update it. **Method:** 30756 live newborns registered in the EsSalud perinatal system were recruited, birth weight percentiles were calculated for each gestational age by physical examination and according to sex, and their statistical similarity was calculated using Student's t-test for independent samples. **Results:** 48.91% female and 51.09% male newborns were found; 94.08% at term and 5.92% preterm; 85.71% late preterm and 14.29% early preterm; 95.25% normosomic, 2.7% macrosomic, 1.59% with low birth weight, 0.43% with very low birth weight and 0.04% with extreme low birth weight; there is no significant difference between the mean birth weights of those less than or equal to 36 weeks (95% CI, $p > 0.05$), but there is a significant difference after 37 weeks (95% CI, $p < 0.05$). **Conclusions:** a significant difference was found in the sex-differentiated birth weight percentiles of term neonates, but not in preterm neonates.

Key words: *Newborn, percentile, birth weight, gestational age, altitude.*

INTRODUCCIÓN

El peso de nacimiento de los recién nacidos a mayor altitud es un tópico muy poco abordado por la pediatría, en nuestro país, que cuenta con muchas ciudades ubicadas a diferentes niveles de altitud respecto al nivel del mar, se utilizan tablas antropométricas, para la estratificación de recién nacidos de riesgo, únicas, sin considerar los cambios que la altura pueda condicionar en ellos, ya que se ha descrito diferencias significativas en el peso de nacimiento de los nacidos a mayor altitud respecto a los nacidos a nivel del mar.

En Huancayo, particularmente en EsSalud, se viene trabajando con una tabla de percentiles de peso de nacimiento, calculada con pesos de nacimiento de recién nacidos en el mismo Huancayo, pero que tiene una antigüedad mayor a diez años, por lo que, debido a los cambios culturales, comerciales y migratorios que ocurren en nuestra ciudad, debido a su posición estratégica en el centro del Perú, es imperativo actualizar dicha tabla de percentiles de peso de nacimiento, lo que motivó la realización del presente trabajo de investigación.

CAPÍTULO I

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

1.1. Descripción de la realidad problemática

La ciudad de Huancayo está ubicada a una altitud de 3350 m.s.n.m., su ubicación estratégica conecta a ciudades y regiones de diferentes altitudes como Huancavelica, la selva central y Lima, entre otras, lo que ha diversificado tanto los hábitos alimentarios como la distribución demográfica en la región central, estos cambios requieren una actualización periódica de nuestros referentes demográficos y antropométricos para tener una mejor y más exacta identificación de los grupos de riesgo poblacionales.

La identificación de factores de riesgo es de suma importancia en la práctica médica diaria, porque con ello, disminuimos la incidencia de morbimortalidad por cualquier causa en nuestros pacientes; un grupo de especial interés en el área de la Pediatría, en particular de la Neonatología (1), es el recién nacido a mayor altitud, porque se cuenta con información científica de calidad limitada.

El embarazo y nacimiento a mayor altitud promueve cambios fisiológicos adaptativos, tanto en la madre como en el producto, en respuesta a las condiciones barométricas diferentes a las presentadas a nivel del mar, generando un incremento de la incidencia de prematuridad, y de algún grado de peso de nacimiento disminuido (2), incrementando así la población de riesgo.

1.2. Delimitación del problema

La Organización Mundial de la Salud (OMS), como ente rector sobre la prevención y control de la desnutrición infantil, recomienda actualizar los percentiles antropométricos de niños y adolescentes cada 10 años (3), lo que incluye a los percentiles

de peso de nacimiento; nuestro país no cuenta con datos antropométricos actualizados a nivel local (4), tampoco a nivel regional o departamental (5), especialmente en EsSalud y a mayor altitud, como Huancayo.

Así también, el intercambio cultural y crecimiento demográfico de las ciudades ubicadas a mayor altitud, han variado los patrones nutricionales y epidemiológicos de las patologías perinatales, que resultan en cambios de los patrones antropométricos del recién nacido (1).

Por todo ello se realizó este estudio, para actualizar de los percentiles de peso de nacimiento y poder identificar mejor a los grupos de recién nacido de riesgo, como los de bajo peso o muy bajo peso al nacer, además, diferenciar los pesos de nacimiento de los nacidos varones de las mujeres.

1.3. Formulación del problema

1.3.1. Problema General

- ¿Cuáles son los percentiles actuales de peso de nacimiento del recién nacido sano según su edad gestacional y el sexo en Huancayo?

1.3.2. Problemas Específicos

- ¿Cuáles son los percentiles actuales de peso de nacimiento del recién nacido sano según su edad gestacional en Huancayo?
- ¿Cuáles son los percentiles actuales de peso de nacimiento del recién nacido sano según su sexo en Huancayo?

1.4. Justificación

1.4.1. Social

Contar con una tabla actualizada de percentiles de peso de nacimiento con datos propios de EsSalud Huancayo, ayudaría a identificar con mayor precisión a los recién nacidos de riesgo de acuerdo a su edad gestacional, lo que mejoraría la calidad de su atención y por lo tanto su manejo y pronóstico, la tabla que actualmente utiliza EsSalud Huancayo tiene una antigüedad mayor a 10 años (4).

1.4.2. Teórica

La población que vive a mayor altitud tiene diferencias genéticas, anatómicas y fisiológicas claramente diferenciadas, frente a la población que vive a nivel del mar, esto como resultado de procesos adaptativos y evolutivos, debidos principalmente a las condiciones barométricas diferentes de la altura, que se expresan principalmente con cambios hematológicos, cardiovasculares, pulmonares, metabólicos, etc. (6) que condicionan variaciones antropométricas de los recién nacidos; asociado a los cambios gestacionales, se producen cambios fisiopatológicos en el feto gestado a mayor altitud, incrementando la incidencia de prematuridad y de bajo peso al nacer respecto a los fetos gestados a nivel del mar (7).

1.4.3. Metodológica

Es importante destacar que más del 80% de tablas de percentiles de peso de nacimiento engloban en un solo grupo a varones y mujeres (8), son notorias las diferencias en la práctica clínica entre estos grupos, por lo que una parte importante del

presente estudio será evidenciar estadísticamente esta diferencia de los peso de nacimiento según el sexo de los recién nacidos.

1.5. Objetivos

1.5.1. Objetivo General

- Determinar los percentiles actuales de peso de nacimiento del recién nacido sano según su edad gestacional y sexo en Huancayo.

1.5.2. Objetivos Específicos

- Identificar los percentiles actuales de peso de nacimiento del recién nacido sano según su edad gestacional en Huancayo.
- Identificar los percentiles actuales de peso de nacimiento del recién nacido sano según su sexo en Huancayo.
- Diferenciar los percentiles actuales de peso de nacimiento del recién nacido sano según la edad gestacional y sexo en Huancayo.

1.6. Aspectos éticos de la Investigación

En cumpliendo con las disposiciones institucionales plasmadas en el Reglamento General de Investigación en sus artículos 86to y 87mo (9) y el Código de Ética para la Investigación en su artículo 4to (10), se mantuvo respeto continuo de los principios descritos durante cada momento de la elaboración y ejecución del presente trabajo de investigación, en virtud a ello se cuenta con la aprobación y el permiso de la Red Asistencial Junín de EsSalud (Anexo 7), para la utilización de los datos requeridos en la presente investigación, los cuales están considerados en el instrumento de recolección de

datos (Anexo 2), así mismo, se ha mantenido en estricta reserva todos los datos personales de los sujetos de investigación, además, debido a que el presente estudio es de tipo retrospectivo y no se tiene contacto directo con dichas personas, no se requiere la utilización de un consentimiento informado individualizado para el manejo de los datos requeridos, es suficiente con la aprobación institucional referida.

CAPÍTULO II

MARCO TEÓRICO

2.1. Antecedentes

2.1.1. Internacionales

Uno de los primeros estudios sobre curvas de crecimiento intrauterino más reconocidas y difundidas en el mundo, fue realizada por Lubchenco y col. (11), con su estudio establecieron una nueva clasificación de los recién nacidos a través de los percentiles de peso, además clasificaron al recién nacidos como pequeño para la edad gestacional, adecuado para la edad gestacional y grande para la edad gestacional.

En la búsqueda de grupos de riesgo neonatal, Fescina y col. (12) buscaron estandarizar la altura uterina como predictor de peso de nacimiento neonatal, encontrando un valor predictivo negativo para retardo de crecimiento intrauterino importante y significativa.

En España, Meler y col. (13) buscaron normalizar la creación de curvas de crecimiento intrauterino propias para su población, concluyendo que con ello se puede detectar con mejor calidad de hallazgo a las poblaciones de riesgo neonatal, como los pequeños para la edad gestacional y mejorar su intervención y pronóstico.

Esfuerzos de organizaciones internacionales para identificar mejor a las poblaciones neonatales de riesgo, recomendaron la implementación de patrones antropométricos locales (3) y actualizarlos periódicamente debido a los cambios sociodemográficos y culturales, implicados en el crecimiento y desarrollo de las personas y niños en general.

2.1.2. Nacionales

En nuestro país aún se utiliza, en algunas instituciones de salud, los patrones antropométricos de Lubchenco (1), dichas tablas están formuladas con una población con características antropométricas muy diferentes a la nuestra, lo que resulta en un sesgo en nuestros grupos de riesgo neonatal.

Nuestro país cuenta con patrones no actualizados de peso de nacimiento en varias regiones a diferentes altitudes; Baigorria y Soto (14) observaron y demostraron diferencias antropométricas en los habitantes de Cerro de Pasco ubicado a 4380 m.s.n.m., con lo que ganaron el premio Kaelin Nivel C en 1994.

Un intento por generar una curva nacional estratificada por regiones fue realizado por Ticona y Huanco (5), con la finalidad de identificar nuestra población neonatal de riesgo, utilizaron los peso de nacimiento de diferentes hospitales del Ministerio de Salud (MINSA), logrando demostrar que la población de riesgo neonatal, especialmente a mayor altitud, sigue una distribución más amplia respecto a las descritas por Lubchenco.

Ticona y col. (15), buscaron también analizar la influencia de la raza y altitud de nacimiento en el peso neonatal, encontraron un peso de nacimiento menor en los habitantes de mayor altitud respecto a los demás en todas las edad gestacional evaluadas.

En Huancayo, Argandoña (4) en 2008 formuló un patrón de percentiles de peso de nacimiento según edad gestacional, demostrando también que, a mayor altitud, la población de riesgo neonatal se presenta en mayor proporción respecto a los resultados de Lubchenco.

2.2. Bases Teóricas o Científicas

Dentro de los múltiples factores de riesgo de la gestante, del embarazo y del feto, se destacan algunos por su mayor incidencia y repercusión en el desarrollo y crecimiento fetal.

El embarazo gemelar constituye un factor de riesgo para que los productos presenten pesos discordantes, con pesos disminuidos respecto a la media esperada para su edad gestacional, o se produzca parto pretérmino; estas características incrementan la morbimortalidad general de los recién nacidos gemelares en particular las relacionadas a la inadecuada ganancia de peso fetal (16–18).

Las malformaciones congénitas son producto de múltiples factores, con alteraciones genéticas que pueden condicionar malformaciones mayores que comprometan la vida intra y extrauterina del feto, hasta alteraciones que pueden pasar desapercibidas hasta la adultez, pueden ser causadas por factores hereditarios, la edad parental, producirse de novo o deberse a factores exógenos como medicamentos o radiación ionizante; un efecto de estas malformaciones, es la inadecuada ganancia de peso durante la gestación (19–21).

El retardo de crecimiento intrauterino es consecuencia de múltiples factores tanto maternos como fetales, y condiciona una disminución marcada del peso de nacimiento medio esperado para su edad gestacional, que condiciona diferentes estados de morbimortalidad específicas relacionados con disfunción renal, cardíaca, metabólica o encefálica, entre otras (22–25).

2.3. Marco Conceptual

- Recién nacido (RN): se considera nacido vivo cuando después de la expulsión o extracción completa del cuerpo de la madre de un producto de la concepción, independientemente de la duración del embarazo, respira o da señales de vida como latidos del corazón, pulsaciones del cordón umbilical o movimientos efectivos de los músculos de contracción voluntaria, tanto si se ha cortado o no el cordón umbilical y esté o no desprendida la placenta (26).
- Percentil: es el valor que divide un conjunto ordenado de datos estadísticos de forma que un porcentaje de tales datos sea inferior a dicho valor (27).
- Peso de nacimiento (PN): es la primera medición de peso hecha después de la extracción o expulsión del producto y se expresa en gramos (28).
- Edad gestacional (EG): es el tiempo de duración de la gestación; se mide a partir del primer día del último periodo menstrual normal y el momento en que se realiza el cálculo, se expresa en días o semanas completas (29).
- Sexo: condición orgánica, masculina o femenina, de los animales y las plantas (27).

CAPÍTULO III

HIPÓTESIS

3.1. Hipótesis General

No corresponde, porque el presente estudio busca únicamente describir los resultados hallados, sin realizarles alteración alguna, para que así sean aplicados en la práctica clínica diaria de forma directa (30,31).

3.2. Hipótesis Específica

No corresponde, porque el presente estudio es de carácter descriptivo y no tiene hipótesis general (30,31).

3.3. Variables

3.3.1. Variables independientes

- Sexo: se define como la condición orgánica, masculina o femenina, de los animales y las plantas, presenta los indicadores: varón y mujer, por lo que su escala de medición es nominal.

3.3.2. Variables dependientes

- Peso de nacimiento: se define como la primera medición de peso hecha después de la extracción o expulsión del producto, se expresa en gramos, por lo que su escala de medición es numérica continua.

- Edad gestacional: se define como el tiempo de duración de la gestación; se mide a partir del primer día del último periodo menstrual normal y el momento en que se realiza el cálculo, se expresa en días o semanas completas, por lo que su escala de medición es numérica discreta.

CAPÍTULO IV

METODOLOGÍA

4.1. Método de Investigación

El método de investigación del presente estudio es cuantitativo, debido a que los valores de las variables de interés (peso de nacimiento y edad gestacional) se presentan con datos numéricos (30,31).

4.2. Tipo de Investigación

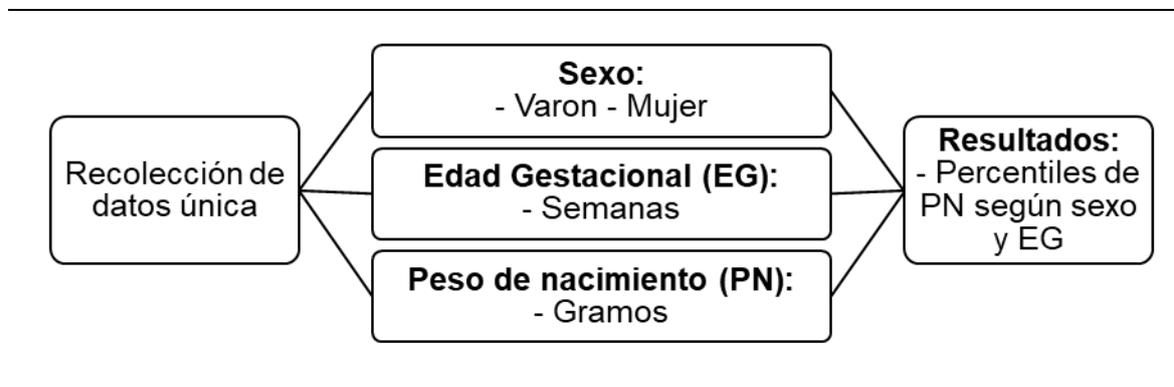
El tipo de investigación del presente estudio es básico, porque la intención es la de generar información nueva con los datos obtenidos luego del proceso consolidación y ordenamiento de datos (30,31).

4.3. Nivel de Investigación

El nivel de investigación del presente estudio es descriptivo, ya que los hallazgos (percentiles de peso de nacimiento según edad gestacional y sexo) se pueden utilizar sin modificación o necesidad de procesamiento previo en el campo clínico (30,31).

4.4. Diseño de la Investigación

Figura 1: Diseño de investigación (30,31)



4.5. Población y muestra

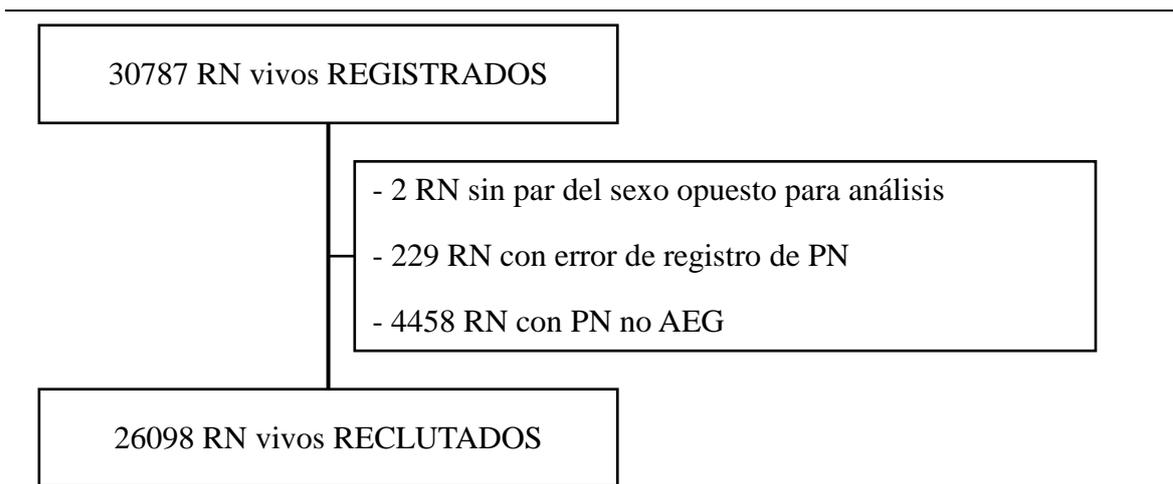
El presente estudio se realizó en la ciudad de Huancayo, iniciado en el mes de diciembre del año 2023 y culminado en el mes de agosto del año 2024. La población se compone de todos los recién nacidos registrados en la base de datos del Sistema de Vigilancia Perinatal de EsSalud de Huancayo, nacidos desde enero del año 2011 hasta diciembre del año 2023. La muestra incluye a todos los neonatos que cumplieron los criterios de inclusión y exclusión.

- Criterios de inclusión:
 - Recién nacido vivo, varón o mujer.
 - Edad gestacional entre 24 a 44 semanas, calculada por examen físico.
- Criterios de exclusión:
 - Producto de embarazo gemelar.
 - Malformación congénita (cromosomopatías, genopatías).
 - Retardo de crecimiento intrauterino de cualquier tipo y causa.

- Edad gestacional discordante: diferencia mayor a 2 semanas entre la edad gestacional por examen físico y por fecha de última menstruación.

Entre el los años 2011 y 2023 nacieron alrededor de 31000 neonatos, de los cuales 26098 cumplieron los criterios de inclusión y no fueron eliminados por los criterios de exclusión, 2 fueron retirados del estudio por no tener muestra del sexo opuesto para comparar, 229 fueron retirados por evidenciarse error de registro de sus pesos de nacimiento y, 4458 por no haber nacido con un peso adecuado para su edad gestacional, finalmente ingresaron al estudio 26098 recién nacidos vivos de entre 28 y 42 semanas de edad gestacional según su examen físico (Figura 2).

Figura 2: Reclutamiento de recién nacidos



RN: recién nacidos, **PN:** peso de nacimiento

El tipo de muestreo fue por conveniencia, tomándose toda la población disponible en la base de datos del Sistema de Vigilancia Perinatal de EsSalud que cumplieron con los criterios de inclusión.

4.6. Técnicas e Instrumentos de recolección de datos

Los datos que se utilizaron en el presente estudio fueron obtenidos de la Base de Datos del Sistema de Vigilancia Perinatal de EsSalud; estos datos se recolectan de la

Ficha del Sistema de Vigilancia Perinatal de EsSalud (Anexo 8), desde hace más de 10 años; los datos son registrados en dos tiempos, primero: la cara frontal es llenada por el personal de Obstetricia, el Ginecólogo Obstetra o el Residente Médico de Ginecología y Obstetricia al ingreso de la gestante a la sala de dilatación u hospitalización, y la cara posterior es llenada por el Pediatra, el Neonatólogo o el Residente Médico de Pediatría luego de la recepción del recién nacido, además, es verificada al alta del paciente por dichos personales de salud; posteriormente es derivada al personal de Informática para su registro en el Sistema de Vigilancia Perinatal de EsSalud; los datos de los recién nacidos seleccionados fueron trasladados a una tabla general para el manejo de datos inicial y el análisis estadístico posterior (Tabla 1).

Tabla 1: Tabla principal de recolección de datos

| MADRE | | RECIÉN NACIDO | | | | | | |
|--------------|-----|----------------------|----|----|----|-------|-------|----|
| ID | ENF | ID | TN | SX | PN | EG_UR | EG_EF | EN |
| | | 1 | | | | | | |
| | | 2 | | | | | | |
| | | 3 | | | | | | |
| | | ... | | | | | | |

ENF: Enfermedades o condiciones durante el embarazo, **ID:** número de identificación, **TN:** tipo de nacimiento, **SX:** sexo, **PN:** peso de nacimiento, **EG_UR:** edad gestacional por fecha de última regla, **EG_EF:** edad gestacional por examen físico, **EN:** estado al nacer

Para la medición antropométrica del recién nacido se utilizan las balanzas electrónicas integradas a cuna de calor radiante de sala de partos o de sala de operaciones,

que se calibran dentro de los cinco minutos previos a cada parto de obligatoriamente, además de recibir mantenimiento especializado trimestral.

4.7. Técnicas de procesamiento y análisis de datos

Se utilizó el programa Microsoft Excel 2019 para la recolección, el tratamiento inicial y, para la tabulación y análisis principal de datos; se utilizó el programa IBM SPSS Statistics 26 para complementar el cálculo de percentiles y para el análisis estadístico y validación de resultados, en el siguiente orden:

- Se distribuyó a los recién nacidos según su sexo.
- En cada grupo por sexo se los distribuyó según su edad gestacional.
- Se realizó la distribución de frecuencias absoluta y relativa de cada subgrupo de edad gestacional respecto al total de su grupo de sexo.
- Se calcularon los percentiles de peso de nacimiento en cada edad gestacional, diferenciándolos según su sexo.
- Se verificó la distribución normal de los pesos de nacimiento de cada grupo de edad gestacional y sexo.
- Se calculó la media de peso de nacimiento debido a que presentaron una distribución normal.
- Se valoró la similitud estadística de dichas medias en cada subgrupo de edad gestacional diferenciado según su sexo con la prueba t de Student, tomándose un índice de confiabilidad del 95% y un valor de significancia $p < 0.05$.
- Al resultar las muestras diferentes (es decir: valor de t de Student menor o igual al valor crítico muestral y $p < 0.05$), se elaboró una tabla de percentiles de peso de nacimiento diferenciada para cada sexo.

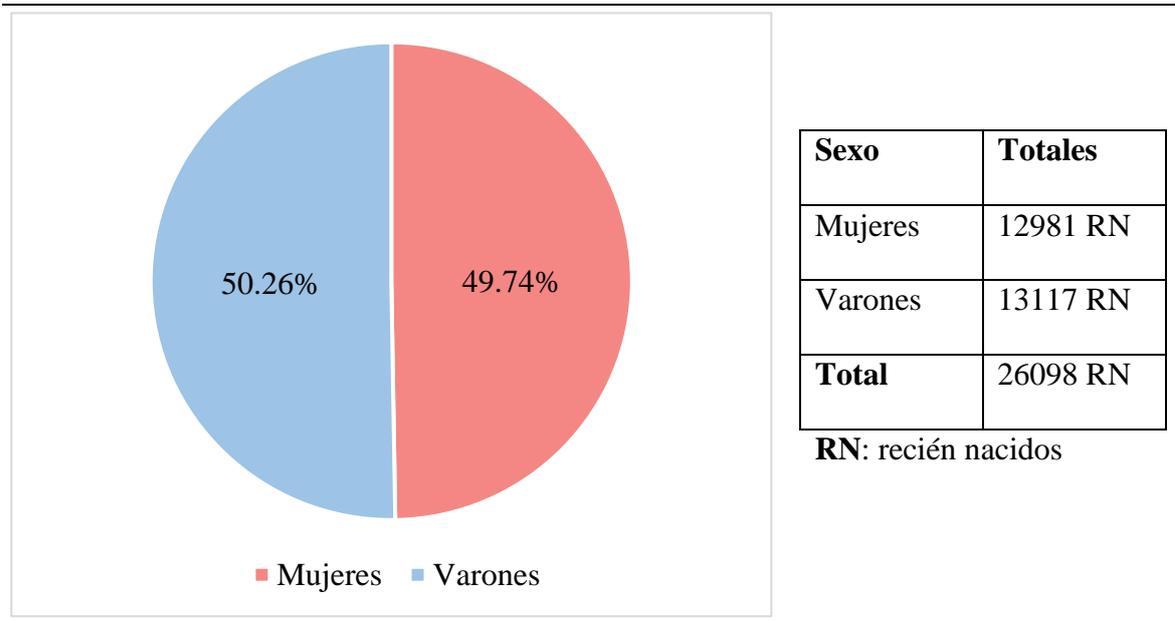
CAPÍTULO V

RESULTADOS

5.1. Descripción de resultados

El reclutamiento de los recién nacidos que ingresaron al estudio se grafica en la Figura 2. Ingresaron al estudio un total de 26098 neonatos vivos, de los cuales 49.74% son mujeres (12981 recién nacidos) y 50.26% varones (13117 recién nacidos), como se grafica en la Figura 3.

Figura 3: Distribución proporcional de recién nacidos según su sexo



Al clasificar a los neonatos según su edad gestacional y sexo (Figura 4), se encontró que 94.27% fueron a término y 5.73% pretérmino con una proporción ligeramente mayor a favor de los varones; no se describen abortos por los criterios de inclusión, tampoco se encontraron postérmino.

Figura 4: Clasificación de los recién nacidos según su edad gestacional y sexo

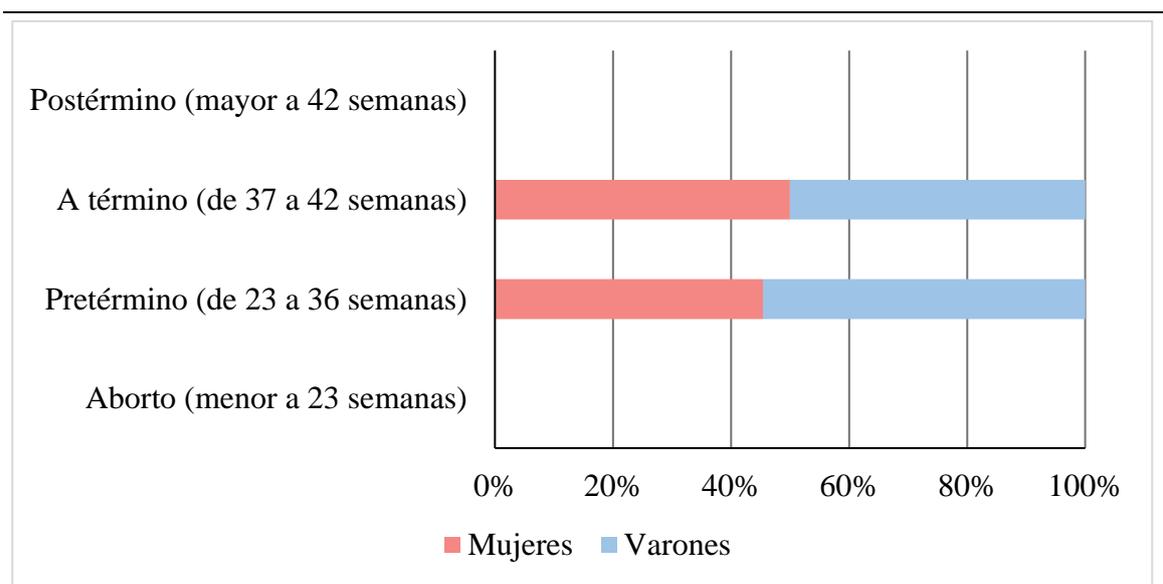
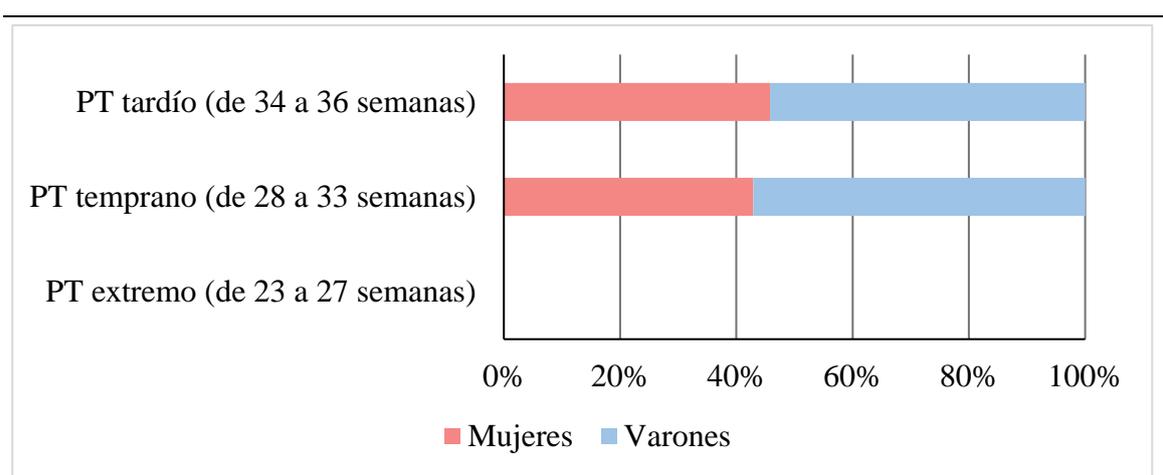


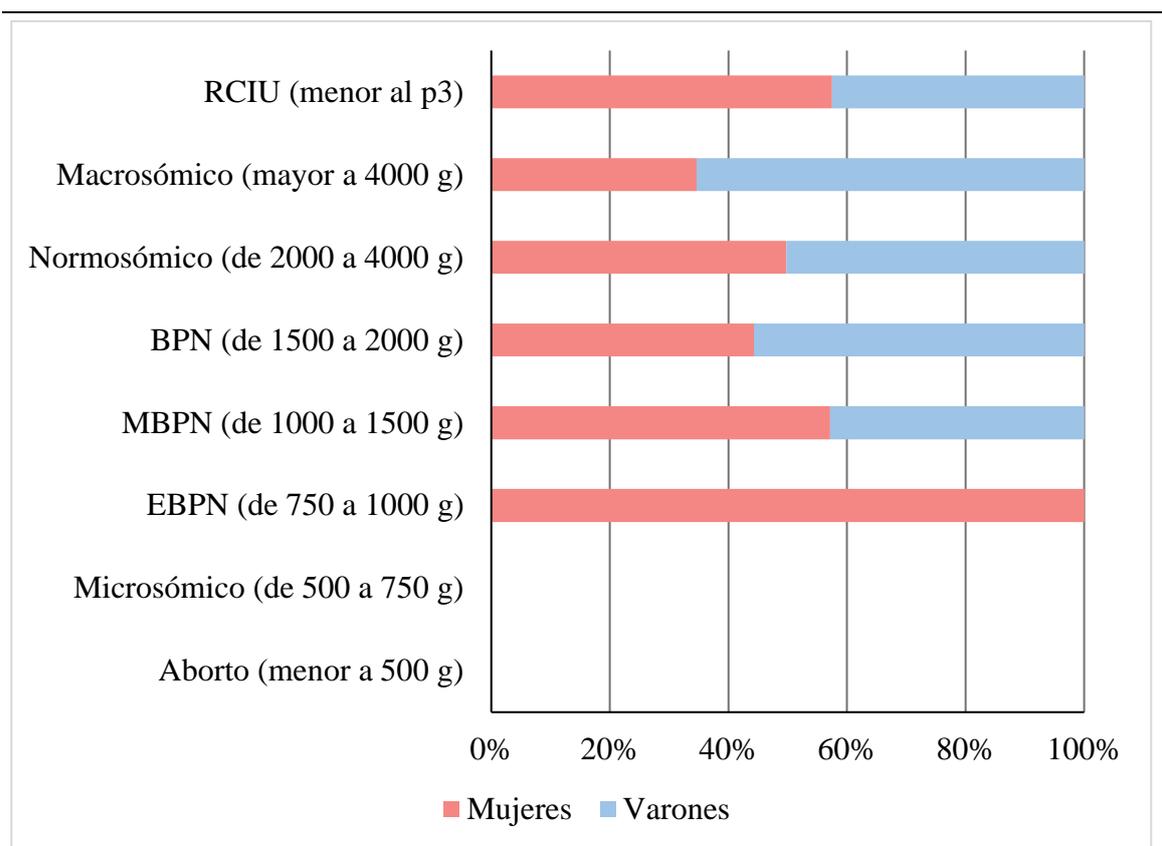
Figura 5: Clasificación de los recién nacidos pretérmino



PT: pretérmino

En la clasificación de los subgrupos de recién nacidos pretérmino según su edad gestacional y sexo (Figura 5), se encontró que 85.36% fueron pretérmino tardío y 14.64% pretérmino temprano; así mismo, en ambos grupos presentan una proporción ligeramente mayor a favor de los varones; no se encontraron recién nacidos pretérmino extremo.

Figura 6: Clasificación de los recién nacidos según su peso de nacimiento



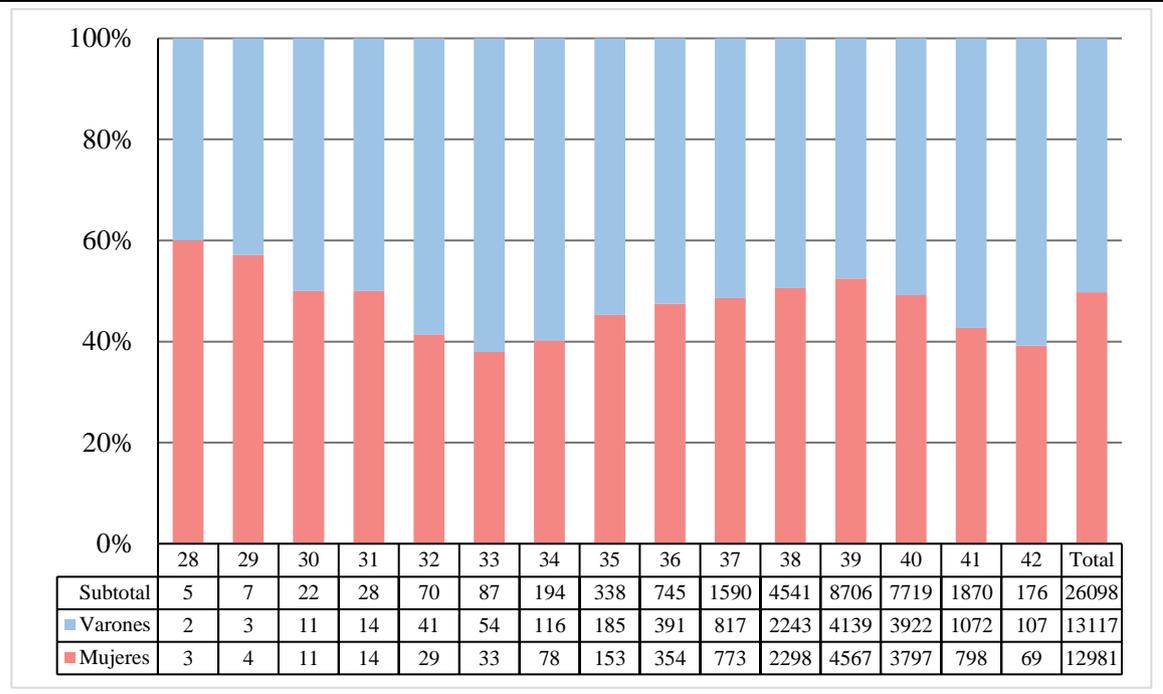
BPN: bajo peso de nacimiento, **MBPN:** muy bajo peso de nacimiento, **EBPN:** extremo bajo peso de nacimiento, **RCIU:** retardo de crecimiento intrauterino

Al clasificar a los recién nacidos de acuerdo a su peso de nacimiento y sexo (Figura 6), se encontró que 98.75% fueron normosómicos, 0.98% tuvieron bajo peso de nacimiento, 0.27% nacieron con muy bajo peso de nacimiento y, 0.01% con extremo bajo peso de nacimiento; la proporción según sexo en la mayoría de los grupos es a favor de los varones, excepto en el grupo con extremo bajo peso de nacimiento; además de la población general 2.70% fueron macrosómicos y 3.04% nacieron con retardo de crecimiento intrauterino; no se encontraron recién nacidos microsómicos ni abortos.

Al ordenar a los recién nacidos de acuerdo con su edad gestacional y sexo (Figura 7), se observa una proporción media de $50 \pm 2\%$ entre los grupos por sexo, con una

discreta preferencia a favor de las mujeres en los grupos de menor edad gestacional, y a favor de los varones a mayor edad gestacional.

Figura 7: Distribución de recién nacidos según su edad gestacional y sexo



El cálculo de percentiles de peso de nacimiento según la edad gestacional y sexo (Tabla 2) muestra con preferencia a los percentiles P5, P10, P50, P90 y P95 por su utilidad en la práctica clínica diaria.

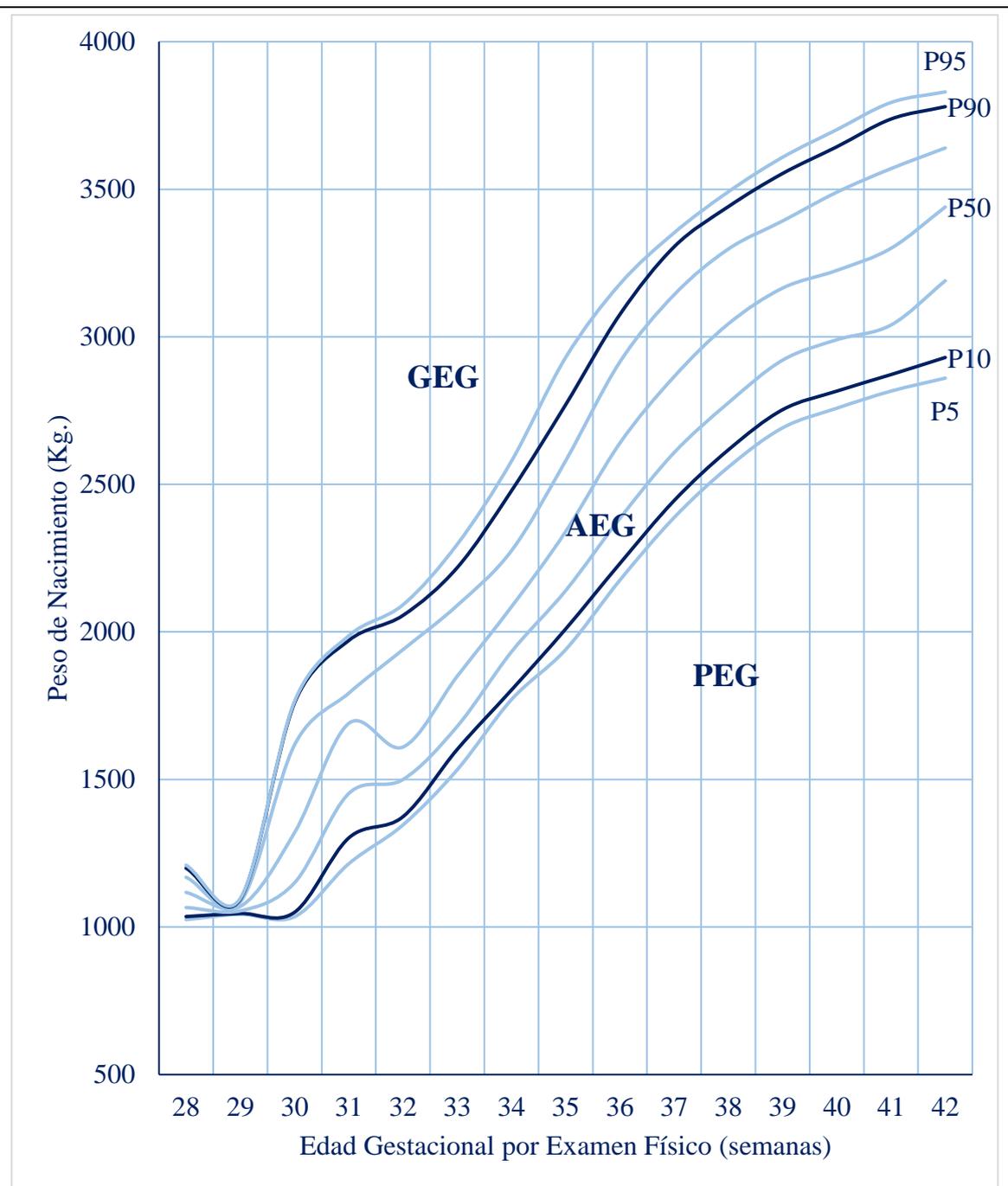
También se grafican las curvas de percentiles de peso de nacimiento para varones (Figura 8) y mujeres (Figura 9).

Luego de corroborar la distribución normal de los pesos de nacimiento según edad gestacional y sexo, se calculó la media de peso de nacimiento para cada edad gestacional y sexo y, su desviación estándar, para calcular la similitud estadística de ambos grupos (Tabla 3).

Tabla 2: Percentiles peso de nacimiento según la edad gestacional (EG) y sexo

| EG | Varones | | | | | Mujeres | | | | |
|----|---------|------|------|------|------|---------|------|------|------|------|
| | P5 | P10 | P50 | P90 | P95 | P5 | P10 | P50 | P90 | P95 |
| 28 | 1025 | 1036 | 1066 | 1118 | 1169 | 906 | 912 | 930 | 960 | 1030 |
| 29 | 1043 | 1046 | 1055 | 1070 | 1085 | 1041 | 1062 | 1125 | 1230 | 1358 |
| 30 | 1035 | 1050 | 1150 | 1320 | 1618 | 1032 | 1039 | 1165 | 1255 | 1330 |
| 31 | 1215 | 1302 | 1453 | 1690 | 1793 | 1176 | 1208 | 1270 | 1340 | 1480 |
| 32 | 1346 | 1374 | 1500 | 1610 | 1940 | 1301 | 1327 | 1420 | 1570 | 1778 |
| 33 | 1533 | 1602 | 1680 | 1850 | 2090 | 1513 | 1544 | 1655 | 1780 | 1900 |
| 34 | 1771 | 1803 | 1933 | 2085 | 2275 | 1706 | 1726 | 1840 | 1990 | 2230 |
| 35 | 1940 | 2010 | 2140 | 2340 | 2580 | 1948 | 1998 | 2135 | 2340 | 2580 |
| 36 | 2176 | 2232 | 2385 | 2640 | 2915 | 2171 | 2222 | 2385 | 2640 | 2925 |
| 37 | 2388 | 2445 | 2608 | 2865 | 3143 | 2395 | 2444 | 2603 | 2875 | 3138 |
| 38 | 2559 | 2617 | 2776 | 3044 | 3298 | 2559 | 2617 | 2773 | 3014 | 3258 |
| 39 | 2692 | 2753 | 2921 | 3165 | 3393 | 2682 | 2742 | 2888 | 3130 | 3350 |
| 40 | 2758 | 2816 | 2990 | 3225 | 3490 | 2761 | 2821 | 2993 | 3275 | 3536 |
| 41 | 2816 | 2872 | 3040 | 3300 | 3570 | 2826 | 2882 | 3050 | 3320 | 3570 |
| 42 | 2860 | 2930 | 3190 | 3440 | 3640 | 2806 | 2863 | 3028 | 3290 | 3525 |

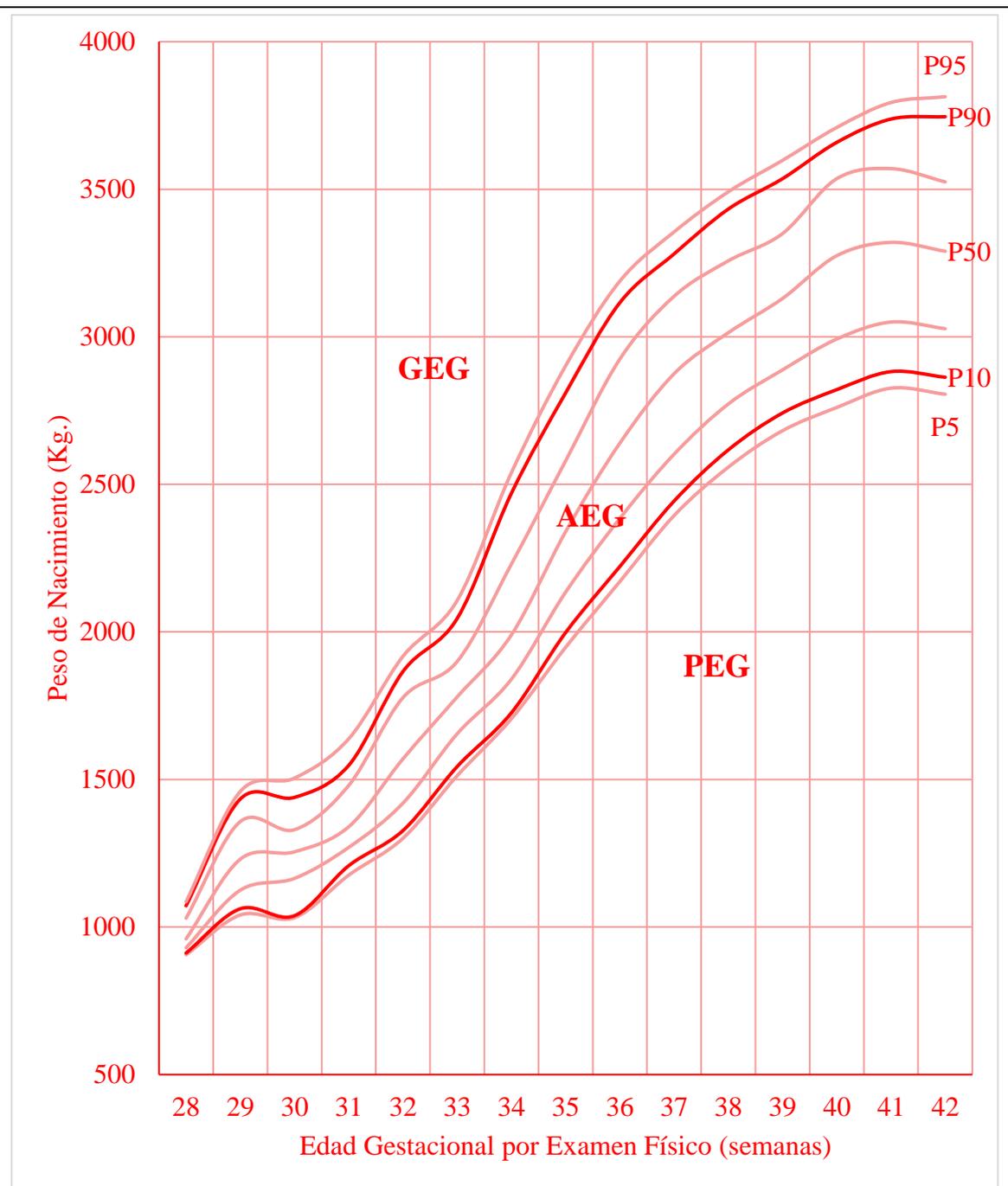
Figura 8: Curvas de crecimiento intrauterino en varones



GEG: grande para edad gestacional, **AEG:** adecuado para edad gestacional, **PEG:**

pequeño para edad gestacional, **Kg.:** kilogramos, **P:** percentil

Figura 9: Curva de crecimiento intrauterino en mujeres



GEG: grande para edad gestacional, **AEG:** adecuado para edad gestacional, **PEG:**

pequeño para edad gestacional, **Kg.:** kilogramos, **P:** percentil

Tabla 3: Análisis de similitud de medias de peso de nacimiento

| EG | Varones | | | | Mujeres | | | | <i>t</i> de Student | <i>p</i> |
|-------|----------|-------|-----------|-----|----------|-------|-----------|-----|---------------------|----------|
| | <i>n</i> | % | \bar{x} | s | <i>n</i> | % | \bar{x} | s | | |
| 28 | 2 | 40.00 | 1118 | 145 | 3 | 60.00 | 987 | 103 | -1.210 | 0.313 |
| 29 | 3 | 42.86 | 1080 | 35 | 4 | 57.14 | 1241 | 190 | 1.417 | 0.216 |
| 30 | 11 | 50.00 | 1371 | 283 | 11 | 50.00 | 1255 | 159 | -1.194 | 0.246 |
| 31 | 14 | 50.00 | 1639 | 268 | 14 | 50.00 | 1385 | 167 | -3.005 | 0.006 |
| 32 | 41 | 58.57 | 1681 | 250 | 29 | 41.43 | 1584 | 215 | -1.696 | 0.094 |
| 33 | 54 | 62.07 | 1857 | 237 | 33 | 37.93 | 1783 | 176 | -1.545 | 0.126 |
| 34 | 116 | 59.79 | 2072 | 232 | 78 | 40.21 | 2044 | 271 | -0.779 | 0.437 |
| 35 | 185 | 54.73 | 2320 | 258 | 153 | 45.27 | 2311 | 268 | -0.305 | 0.760 |
| 36 | 391 | 52.48 | 2618 | 270 | 354 | 47.52 | 2595 | 279 | -1.140 | 0.255 |
| 37 | 817 | 51.38 | 2871 | 267 | 773 | 48.62 | 2854 | 256 | -1.335 | 0.182 |
| 38 | 2243 | 49.39 | 3069 | 258 | 2298 | 50.61 | 3018 | 253 | -6.661 | 0.000 |
| 39 | 4139 | 47.54 | 3200 | 250 | 4567 | 52.46 | 3155 | 248 | -8.456 | 0.000 |
| 40 | 3922 | 50.81 | 3324 | 257 | 3797 | 49.19 | 3256 | 256 | -11.711 | 0.000 |
| 41 | 1072 | 57.33 | 3378 | 273 | 798 | 42.67 | 3354 | 275 | -1.886 | 0.059 |
| 42 | 107 | 60.80 | 3437 | 278 | 69 | 39.20 | 3287 | 305 | -3.359 | 0.001 |
| Total | 13117 | 50.26 | - | - | 12981 | 49.74 | - | - | - | - |

EG: semana de edad gestacional, ***n*:** muestra, **\bar{x} :** media de peso de nacimiento, ***s*:**

varianza de la media de peso de nacimiento, ***p*:** significancia

Por ser, los grupos de sexo, muestras independientes, se utilizó la prueba estadística de *t* de Student para dos muestras independientes en cada edad gestacional, calculándola con un índice de confiabilidad de 95% y una $p < 0.05$; se encontró que en las semanas de

edad gestacional 28 a 30, 32 a 37 y 41 no existe diferencia significativa entre las medias de peso de nacimiento entre varones y mujeres, en las semanas 31, 38 a 40 y 42, si existe diferencia significativa entre las medias de peso de nacimiento de cada edad gestacional diferenciadas por sexo, además, si se estima la diferencia de medias de peso de nacimiento de la población global a partir de la semana 37 si existe diferencia significativa de la media del peso de nacimiento, mientras que el resto no la tiene.

5.2. Contrastación de hipótesis

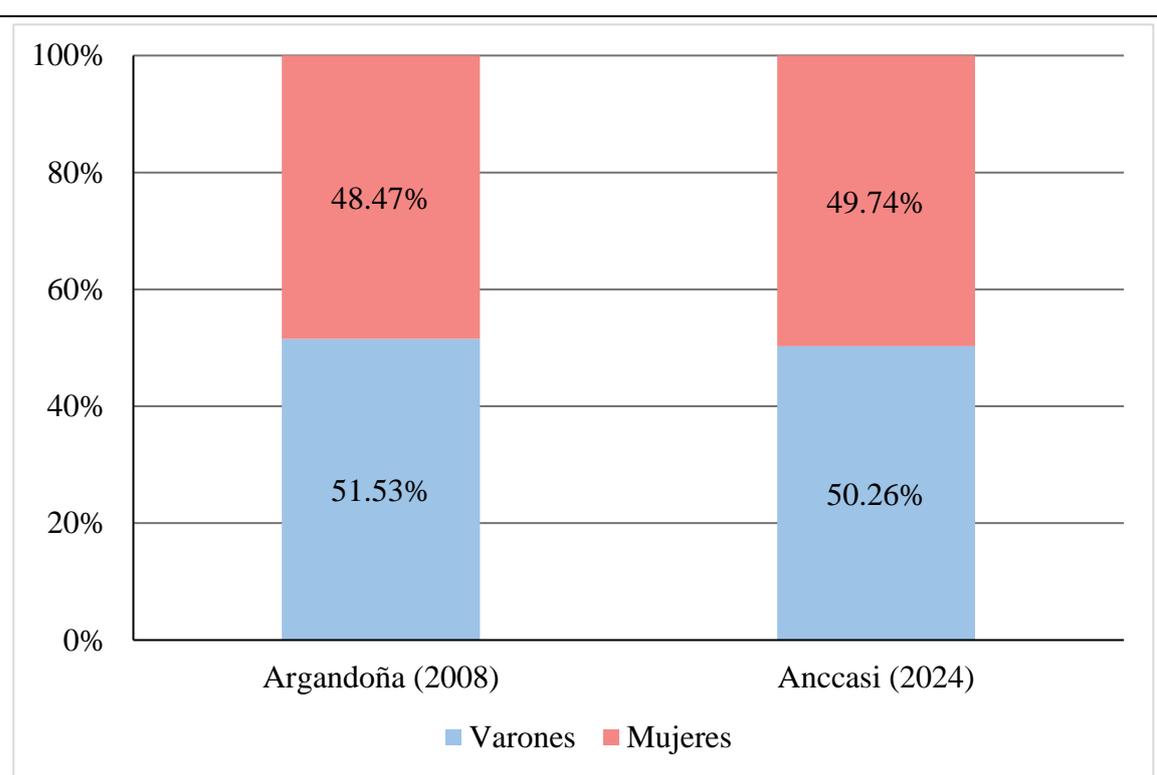
Para las edades gestacionales de pretérminos (menores o iguales a 36 semanas de edad gestacional) se rechaza la hipótesis alterna y se acepta la hipótesis nula (IC 95%, $p > 0.05$).

Para las edades gestacionales de a término (mayores o iguales a 37 semanas de edad gestacional) se acepta la hipótesis alterna y se rechaza la hipótesis nula (IC 95%, $p < 0.05$).

ANÁLISIS Y DISCUSIÓN DE RESULTADOS

Comparando a la población de estudio con la población de la década anterior descrita por Argandoña (4), se encontró una proporción similar de varones y mujeres (Figura 10).

Figura 10: Comparación de neonatos por sexo en EsSalud Huancayo



La incidencia de los grupos de recién nacidos según su edad gestacional no ha tenido una variación significativa respecto a los grupos descritos por Argandoña (4), excepto en el grupo de postérmino (Figura 11), quienes no se describen en la última década; además, en ambos estudios no se describen a los abortos, ya que no fueron incluidos por los criterios de inclusión.

Figura 11: Comparación de neonatos según su edad gestacional

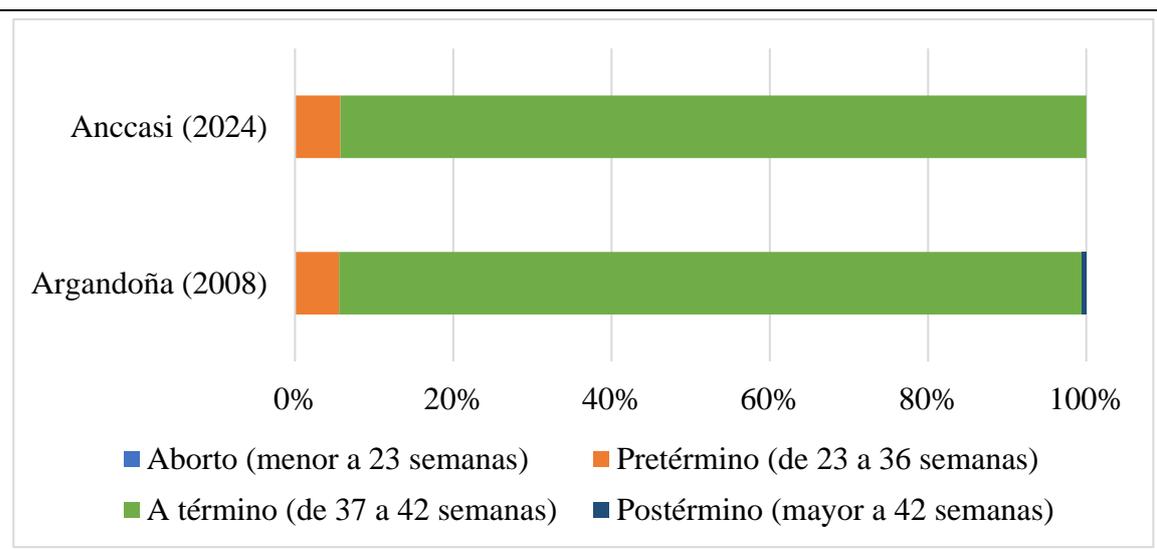
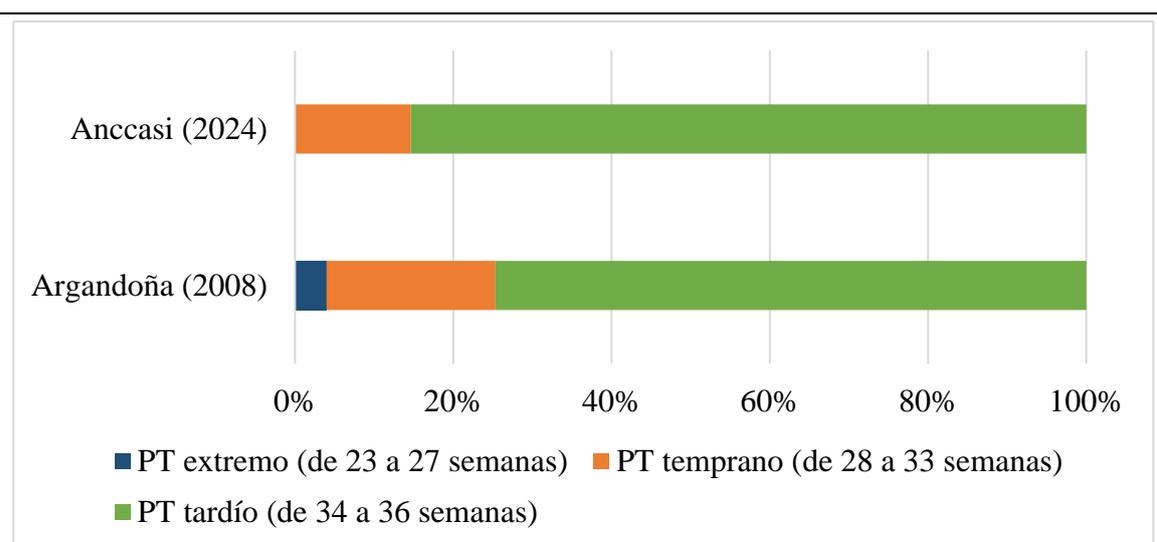


Figura 12: Variación de grupos de pretérminos según su edad gestacional



PT: pretérmino

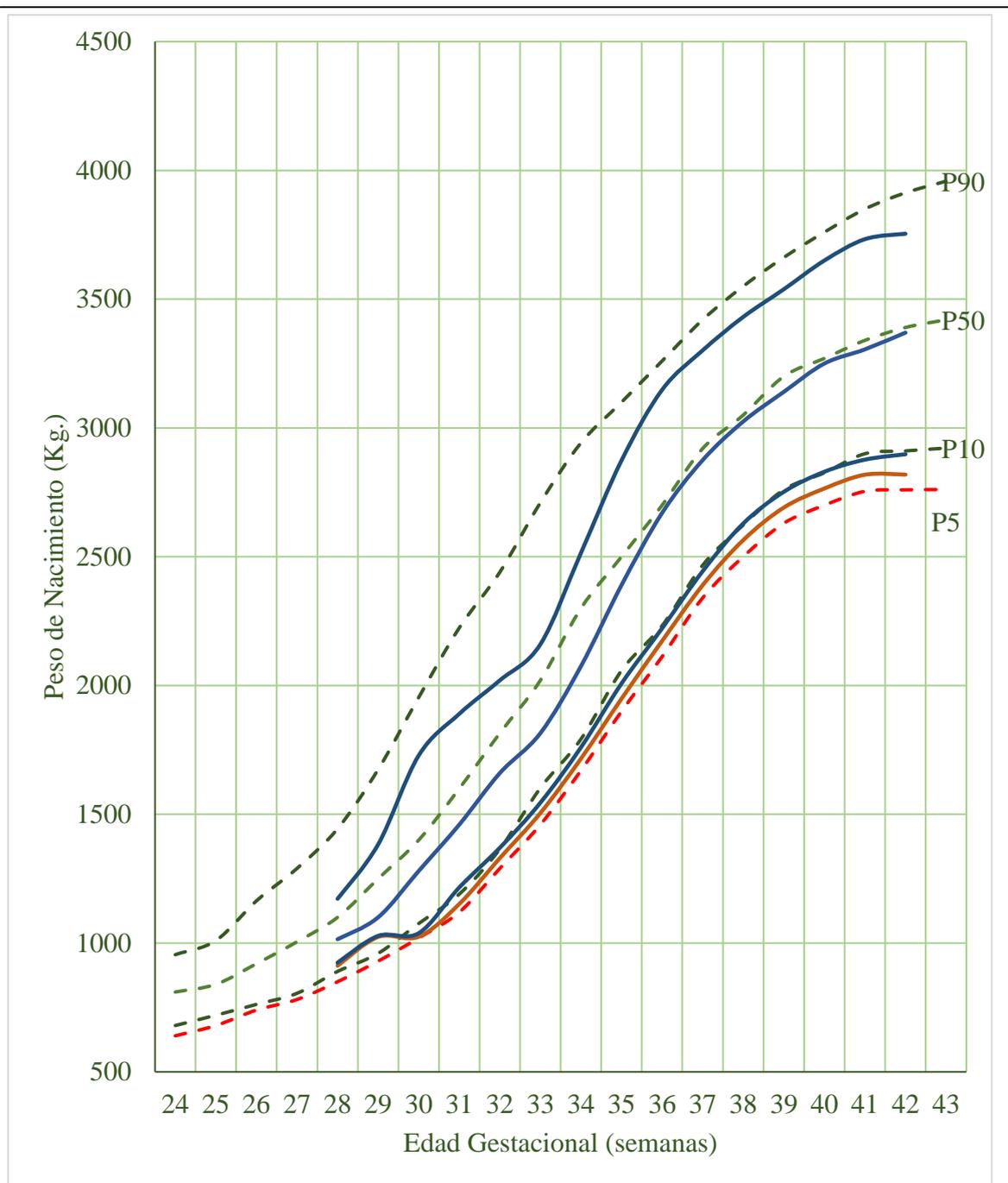
La incidencia de recién nacidos pretérmino ha variado en la última década respecto a la descrita por Argandoña (4) (Figura 12), se evidencia una disminución de la proporción del grupo pretérmino tardío y pretérmino extremo, e incrementando del grupo pretérmino temprano, esto probablemente debido a la referencia oportuna a establecimientos de mayor complejidad para la atención de los pretérmino extremo, o al

incremento de los patrones migratorios regionales como internacionales, cuyas gestantes no cuentan con un adecuado control prenatal y además presentan diferentes grados de desnutrición y patrones alimentarios subóptimos (32,33), no se evaluó el impacto independiente de dichos parámetros en el presente estudio.

Al comparar los percentiles de peso de nacimiento sin diferenciarlos por sexo con los hallazgos de Argandoña (4) (Figura 13), se evidencia que el rango de peso adecuado de nacimiento, comprendido entre los percentiles 10 y 90, se ha estrechado considerablemente en los recién nacidos pretérmino, mientras que se mantiene similar en los a término, debido principalmente a la cantidad muestral que incluye el presente estudio, no se evaluaron otras posibles explicaciones en el presente estudio.

Al graficar las tablas de percentiles de peso de nacimiento diferenciándolas por sexo (Figura 8 y Figura 9), se evidencia que el rango de peso de nacimiento es más estrecho en el grupo de varones en las edades gestacionales 28 y 29, mientras que el resto de las edades gestacionales muestran un patrón similar en ambos sexos, resaltando un ligero descenso del peso de nacimiento hacia la semana 42 de edad gestacional en el grupo de las mujeres.

Figura 13: Variación de curvas de crecimiento intrauterino



Línea punteada (- - -): Argandoña (2008), Línea continua (---): Ancasi (2024)

Al calcular la similitud estadística de las medias de peso de nacimiento en cada edad gestacional según el sexo con t de Student para dos muestras independientes (IC 95%, $p < 0.05$) (Tabla 3), se encontró una diferencia de medias de peso de nacimiento variada pero con cierta tendencia a diferenciarse más a mayor edad gestacional, por lo

que, desde la semana 28 a la 36, no se encontró una diferencia significativa general entre las medias de peso de nacimiento entre varones y mujeres (IC 95%, $p > 0.05$) por lo que resulta indiferente utilizar una tabla diferenciada por sexo o una tabla única para ambos sexos; pero sí se encontró una diferencia significativa general, desde la semana 37 en adelante (IC 95%, $p < 0.05$), por lo que para estos grupos si sería recomendable diferenciar por sexo el peso de nacimiento al momento de su aplicación.

Durante la recolección de datos se encontró una limitación muy importante, el registro ilegible de las edades gestacionales o los pesos de nacimiento de algunos neonatos y el correspondiente registro errado en el Sistema de Vigilancia Perinatal de EsSalud, los datos errados fueron corroborados en las respectivas historias clínicas, pero fueron eliminados del estudio porque no fueron corregidos en el Sistema de Vigilancia Perinatal de EsSalud.

CONCLUSIONES

- Se ha encontrado una variación significativa de los percentiles de peso de nacimiento de los neonatos pretérmino, por lo que los rangos de sus grupos de riesgo en cada edad gestacional deberían reconsiderarse.
- No se ha encontrado una variación significativa de los percentiles de peso de nacimiento de los neonatos a término, por lo que los rangos de sus grupos de riesgo en cada edad gestacional podrían mantenerse.
- No se encontró una diferencia significativa entre las medias de peso de nacimiento de varones y mujeres hasta la semana 36 (IC 95%, $p > 0.05$).
- Sí se encontró una diferencia significativa entre las medias de peso de nacimiento de varones y mujeres a partir de la semana 37 (IC 95%, $p < 0.05$).

RECOMENDACIONES

1. Se recomienda utilizar tablas de percentiles de peso de nacimiento diferenciadas según el sexo en los neonatos a término, es decir a partir de la semana 37 de edad gestacional por examen físico en adelante, porque los resultados muestran una diferencia significativa de las medias de los pesos de nacimiento (IC 95%, $p < 0.05$) en estos grupos para cada edad gestacional y sexo (Tabla 3).
2. Es indiferente el uso de tablas de percentiles de peso de nacimiento diferenciadas según el sexo en los neonatos pretérmino, es decir desde la semana 28 hasta la semana 36 de edad gestacional por examen físico, porque los resultados no muestran diferencia significativa de las medias de los pesos de nacimiento (IC 95%, $p > 0.05$) en estos grupos para cada edad gestacional y sexo (Tabla 3).
3. Se recomienda implementar las nuevas tablas de percentiles de peso de nacimiento en el servicio de Neonatología del Hospital Nacional Ramiro Prialé Prialé de EsSalud Huancayo para su aplicación en la práctica clínica diaria.
4. Se recomienda registrar, los datos de los recién nacidos y las gestantes, con letra legible y clara para que no haya error de interpretación de datos, y con lapicero de tinta y no con lápiz, para que no se deteriore o borre con facilidad, y facilitar así una correcta transcripción al sistema de registro perinatal de EsSalud.
5. Se recomienda calcular los percentiles de peso de nacimiento con una periodicidad de 5 años, considerando un máximo de espera de 10 años, porque se ha visto una variación significativa de los grupos de riesgo neonatal comparando con el estudio de Argandoña (4) (Figura 13).

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Ticona Rendón M, Huanco Apaza D. Características del Peso al Nacer en el Perú: Incidencia, factores de riesgo y morbilidad [Internet]. Tacna: CONCYTEC; 2012 [citado 21 de diciembre de 2023]. 191 p. Disponible en: <http://www.unjbg.edu.pe/revista-medica/pdf/20140505-LibroCaracteristicasPesoNacerPeru.pdf>
2. Moore LG. Hypoxia and Reproductive Health: Reproductive challenges at high altitude: fertility, pregnancy and neonatal well-being. *Reproduction*. enero de 2021;161(1):F81-90.
3. Organización Mundial de la Salud (OMS), Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF). Recomendaciones para la obtención de datos, el análisis y la elaboración de informes sobre indicadores antropométricos en niños menores de 5 años [Recommendations for data collection, analysis and reporting on anthropometric indicators in children under 5 years old] [Internet]. Ginebra: OMS; 2019. 157 p. Disponible en: https://data.unicef.org/wp-content/uploads/2019/05/Anthropometry-children-under-5-guidance-Spanish_2019.pdf
4. Argandoña Galarza JB. Clasificación del recién nacido según peso al nacer y edad gestacional con curvas de crecimiento intrauterino propias elaboradas en el Hospital Essalud IV Huancayo 1998-2007 [Internet]. [Huancayo]: Universidad Nacional del Centro del Perú (UNCP); 2008 [citado 21 de diciembre de 2023]. Disponible en: <http://repositorio.uncp.edu.pe/handle/20.500.12894/3079>
5. Ticona Rendón M, Huanco Apaza D. Curva de referencia peruana del peso de nacimiento para la edad gestacional y su aplicación para la identificación de una nueva

- población neonatal de alto riesgo. Rev Peru Med Exp Salud Publica. octubre de 2007;24(4):325-35.
6. Storz JF. High-Altitude Adaptation: Mechanistic Insights from Integrated Genomics and Physiology. Mol Biol Evol. 25 de junio de 2021;38(7):2677-91.
 7. Grant ID, Giussani DA, Aiken CE. Fetal growth and spontaneous preterm birth in high-altitude pregnancy: A systematic review, meta-analysis, and meta-regression. Int J Gynaecol Obstet Off Organ Int Fed Gynaecol Obstet. mayo de 2022;157(2):221-9.
 8. Giuliani F, Ohuma E, Spada E, Bertino E, Al Dhaheri AS, Altman DG, et al. Systematic review of the methodological quality of studies designed to create neonatal anthropometric charts. Acta Paediatr Nurtur Child Oslo Nor 1992. octubre de 2015;104(10):987-96.
 9. Universidad Peruana Los Andes. Reglamento General de Investigación [Internet]. mar 8, 2023 p. 60. Disponible en: <https://upla.edu.pe/nw/2023/TRANSPARENCIA/Reglamento%20General%20de%20Investigaci%C3%B3n-2023.pdf?t=1698099996>
 10. Universidad Peruana Los Andes. Código de Ética para la Investigación Científica [Internet]. set, 2019 p. 8. Disponible en: <https://upla.edu.pe/nw/wp-content/uploads/2020/01/C%C3%B3digo-de-Etica-para-la-Investigaci%C3%B3n-Cient%C3%ADfica.pdf>
 11. Lubchenco LO, Hansman C, Dressler M, Boyd E. INTRAUTERINE GROWTH AS ESTIMATED FROM LIVEBORN BIRTH-WEIGHT DATA AT 24 TO 42 WEEKS OF GESTATION. Pediatrics. noviembre de 1963;32(5):793-800.
 12. Fescina RH, Quevedo C, Martell M, Nieto F, Schwarcz R. Altura uterina como método para predecir el crecimiento fetal. Bol Of Sanit Panam [Internet]. 1984;96(5). Disponible en: <https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/17004/v96n5p377.pdf?sequence=1>

13. Meler E, Peralta S, Figueras F, Eixarch E, Coll O, Puerto B, et al. Altura uterina: curvas de normalidad y valor diagnóstico para un bajo peso neonatal. *Prog Obstet Ginecol.* 1 de octubre de 2005;48(10):480-6.
14. Baigorria Ferradas EE, Soto Rivero M. Percentiles de peso, talla, perímetro cefálico en recién nacidos de la altura (4,380 m.s.n.m). *Rev Médica Inst Peru Segur Soc.* marzo de 1995;4(1):45-51.
15. Ticona Rendón M, Huanco Apaza D. Curva de crecimiento intrauterino de recién nacidos peruanos. *Rev Chil Obstet Ginecol.* 2008;73(2):110-8.
16. Esteves Pereira AP, da Cunha AJLA, Nakamura-Pereira M, Moreira ME, Domingues RM soares madeira, Viellas EF, et al. Twin pregnancy and perinatal outcomes: Data from 'Birth in Brazil Study'. *PLoS ONE.* 11 de enero de 2021;16(1):e0245152.
17. Lipworth H, Barrett J, Murphy K, Redelmeier D, Melamed N. Gestational weight gain in twin gestations and pregnancy outcomes: a systematic review and meta-analysis. *BJOG Int J Obstet Gynaecol.* mayo de 2022;129(6):868-79.
18. Cerra C, D'Antonio F. Discordance in twins: Association versus prediction. *Best Pract Res Clin Obstet Gynaecol.* noviembre de 2022;84:33-42.
19. Kumar R, De Jesus O. Radiation Effects On The Fetus. En: *StatPearls [Internet].* Treasure Island (FL): StatPearls Publishing; 2023 [citado 21 de diciembre de 2023]. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK564358/>
20. Mikwar M, MacFarlane AJ, Marchetti F. Mechanisms of oocyte aneuploidy associated with advanced maternal age. *Mutat Res Rev Mutat Res.* julio de 2020;785:108320.
21. Eggenhuizen GM, Go A, Koster MPH, Baart EB, Galjaard RJ. Confined placental mosaicism and the association with pregnancy outcome and fetal growth: a review of the literature. *Hum Reprod Update.* 20 de agosto de 2021;27(5):885-903.

22. Damhuis SE, Ganzevoort W, Gordijn SJ. Abnormal Fetal Growth: Small for Gestational Age, Fetal Growth Restriction, Large for Gestational Age: Definitions and Epidemiology. *Obstet Gynecol Clin North Am.* junio de 2021;48(2):267-79.
23. Figueras F, Caradeux J, Crispi F, Eixarch E, Peguero A, Gratacos E. Diagnosis and surveillance of late-onset fetal growth restriction. *Am J Obstet Gynecol.* febrero de 2018;218(2S):S790-S802.e1.
24. Kiserud T, Benachi A, Hecher K, Perez RG, Carvalho J, Piaggio G, et al. The World Health Organization fetal growth charts: concept, findings, interpretation, and application. *Am J Obstet Gynecol.* febrero de 2018;218(2S):S619-29.
25. Coats LE, Davis GK, Newsome AD, Ojeda NB, Alexander BT. Low Birth Weight, Blood Pressure and Renal Susceptibility. *Curr Hypertens Rep.* 21 de junio de 2019;21(8):62.
26. Ministerio de Salud (MINSA). Norma técnica de salud para la atención integral de salud neonatal [Internet]. Lima: MINSA; 2015 [citado 21 de diciembre de 2023]. Disponible en: <https://www.gob.pe/institucion/minsa/informes-publicaciones/279677-norma-tecnica-de-salud-para-la-atencion-integral-de-salud-neonatal-nts-n-106-minsa-dgsp-v-01-r-m-n-828-2013-minsa>
27. RAE, ASALE. «Diccionario de la lengua española» - Edición del Tricentenario. 2023 [citado 21 de diciembre de 2023]. *Diccionario de la lengua española.* Disponible en: <https://dle.rae.es/>
28. Ministerio de Salud (MINSA). Norma técnica de salud para la atención integral de salud materna [Internet]. Lima: MINSA; 2013 [citado 21 de diciembre de 2023]. Disponible en: <https://www.gob.pe/institucion/minsa/normas-legales/198935-827-2013-minsa>
29. Ministerio de Salud (MINSA). Análisis de Nacido Vivo, Factores de Riesgo y Determinantes en Salud [Internet]. Lima; 2013 [citado 21 de diciembre de 2023].

- Disponible en: <https://www.gob.pe/institucion/minsa/informes-publicaciones/321164-analisis-del-nacido-vivo-factores-de-riesgo-y-determinantes-en-salud-peru-2009-2011>
30. Hernández Sampieri R, Mendoza Torres CP. Metodología de la Investigación: Las rutas cuantitativa, cualitativa y mixta. México: McGraw Hill Education; 2018. 714 p.
 31. Hadi Mohamed MM, Martel Carranza CP, Huayta Meza FT, Rojas León CR, Arias Gonzáles JL. Metodología de la investigación: Guía para el proyecto de tesis [Internet]. Puno, Perú: Instituto Universitario de Innovación Ciencia y Tecnología Inudi Perú S.A.C; 83 p. Disponible en: <https://editorial.inudi.edu.pe/index.php/editorialinudi/catalog/book/82>
 32. Vargas Machuca R, Rojas Dávila CE, Jiménez MM, Piscocoya Magallanes CR, Razuri H, Ugaz ME. Situación nutricional de los niños migrantes venezolanos a su ingreso al Perú y las acciones emprendidas para proteger su salud y nutrición. Rev Peru Med Exp Salud Publica. noviembre de 2019;36(3):504-10.
 33. Organización Internacional para las Migraciones (OIM). Estudio de seguridad alimentaria en población refugiada y migrante de Venezuela [Internet]. 1ra ed. Lima: Organización Internacional para las Migraciones (OIM); 2023 [citado 12 de marzo de 2024]. 52 p. Disponible en: <https://peru.iom.int/sites/g/files/tmzbd1951/files/documents/2023-05/estudio-de-seguridad-alimentaria-en-poblacion-migrante-y-refugiada.pdf>

ANEXOS

1. MATRIZ DE CONSISTENCIA

| PROBLEMA | OBJETIVOS | HIPÓTESIS | VARIABLES | METODOLOGÍA |
|--|---|------------------------|---|--|
| <p>General</p> <ul style="list-style-type: none"> • ¿Cuáles son los percentiles actuales de PN del RN sano según su EG y el sexo en Huancayo? <p>Específicos</p> <ul style="list-style-type: none"> • ¿Cuáles son los percentiles actuales de PN del RN sano según su EG en Huancayo? • ¿Cuáles son los percentiles actuales de PN del RN sano según su sexo en Huancayo? | <p>General</p> <ul style="list-style-type: none"> • Determinar los percentiles actuales de PN del RN sano según su EG y sexo en Huancayo. <p>Específicos</p> <ul style="list-style-type: none"> • Identificar los percentiles actuales de PN del RN según su EG. • Identificar los percentiles actuales de PN del RN sano según su sexo. • Diferenciar los percentiles actuales de PN del RN sano según la EG y sexo. | <p>No corresponde.</p> | <p>Independientes</p> <ul style="list-style-type: none"> • Sexo. <p>Dependiente</p> <ul style="list-style-type: none"> • PN: Peso de nacimiento. • EG: Edad gestacional. | <p>Diseño</p> <ul style="list-style-type: none"> • Cuantitativo, descriptivo. <p>Población</p> <ul style="list-style-type: none"> • RN desde enero de 2011 hasta diciembre de 2023. <p>Muestra</p> <ul style="list-style-type: none"> • Incluyó 30876 RN de 28 a 42 semanas de EG. <p>Análisis</p> <ul style="list-style-type: none"> • Distribuir PN según sexo y EG. • Calcular percentiles de PN en cada subgrupo. |

3. MATRIZ DE OPERACIONALIZACIÓN DEL INSTRUMENTO

| VARIABLE | DEFINICIÓN OPERACIONAL | DIMENSIONES | INDICADORES | ÍTEMS | ESCALA DE MEDICIÓN |
|--------------------|--|--|----------------------|--------------|---------------------------|
| Sexo | Es la condición orgánica, masculina o femenina, de los animales y las plantas. | No aplica | - Varón. - Mujer. | No aplica | Nominal |
| Peso de nacimiento | Es la primera medición de peso hecha después de la extracción o expulsión del producto, se expresa en gramos. | - PEG. - AEG. - GEG. | Gramos. | No aplica | Numérico, continua |
| Edad gestacional | Es el tiempo de duración de la gestación; se mide a partir del primer día del último periodo menstrual normal y el momento en que se realiza el cálculo, se expresa en días o semanas completas. | - Pretérmino. - A término. - Postérmino. | Semanas. | No aplica | Numérico, discreta |

4. CONFIABILIDAD Y VALIDEZ DEL INSTRUMENTO

| | | | |
|--|----------------------|---|---------------------|
| <p>Universidad Peruana Los Andes Facultad de Medicina Humana</p> <p>FICHA DE VALIDACIÓN DE INSTRUMENTO DE INVESTIGACIÓN:</p> <p>Percentiles Actuales de Peso de Nacimiento del Niño Sano según Edad Gestacional y Sexo en Huancayo Huancayo, Perú, 2024</p> | | | |
| DATOS DE LA MADRE | | Nro. de caso: | |
| Enfermedades o condiciones durante el embarazo: | | | |
| 1 Ninguna | | 5 Asma bronquial | |
| 2 Preeclampsia o eclampsia | | 6 Cardiopatía | |
| 3 Hipertensión arterial (HTA) | | 7 Anemia | |
| 4 Diabetes mellitus (DM) | | 8 Otras | |
| DATOS DEL RECIÉN NACIDO | | Nro. de caso: | |
| Tipo de nacimiento: | 1 Único | 2 Gemelar | Peso de nacimiento: |
| Sexo: | 1 Ambiguo | 2 Masculino | |
| EG por UR: | | EG por EF: | |
| Estado al nacer: | 1 Vivo sin patología | 3 Muerto antes del parto | |
| | 2 Vivo con patología | 4 Muerto durante el parto | |
| | | 5 Muerto después del parto | |
| Firma: | | Firma: | |
| REVISOR 1 | | REVISOR 2 | |
| Fecha: Huancayo, ____ de agosto de 2024 | | Fecha: Huancayo, ____ de agosto de 2024 | |
| OBSERVACIONES: | | OBSERVACIONES: | |

5. DECLARACIÓN JURADA DE ORIGINALIDAD

Yo, **David Alejandro Anccasi Hermoza**, identificado con Documento Nacional de Identidad Nro. 43061685, domiciliado en Jr. Tacna Nro. 561, Dpto. 1105, Torre 2, Centro Empresarial Residencial Dos Torres, ubicado en el distrito y la provincia de Huancayo, de profesión Médico Cirujano, con colegiatura vigente Nro. 65014.

DECLARO BAJO JURAMENTO:

Que el Trabajo de Investigación titulado: **Percentiles Actuales de Peso de Nacimiento del Niño Sano según su Edad Gestacional y Sexo en Huancayo**, realizado para la obtención del título de Médico Especialista en Pediatría, es de mi completa ideación, desarrollo y ejecución personal.

Me afirmo y ratifico en lo expresado y en conformidad a ello firmo el presente documento.

Huancayo, 19 de agosto de 2024.



David Alejandro Anccasi Hermoza
MEDICO CIRUJANO
C.M.P 65014

M. C. David Alejandro Anccasi Hermoza

DNI Nro. 43061685

CMP Nro. 65014

6. BASE DE DATOS RECOLECTADOS Y EVIDENCIA DE PROCESAMIENTO

Captura de pantalla de la base de datos principal en Microsoft Excel 2019.

| MADRE | | RECIÉN NACIDO | | | | | | | | |
|-------|-----|---------------|-------|----|----|----|------|-------|-------|----|
| HC_M | ENF | HC_RN | ID | NA | TN | SX | PN | EG_UR | EG_EF | EN |
| | 1 | | 1767 | RN | 1 | 1 | 3050 | 36 | 36 | 1 |
| | 1 | | 7488 | RN | 1 | 1 | 3070 | 38 | 38 | 5 |
| | 1 | | 21322 | RN | 1 | 2 | 3770 | 40 | 40 | 1 |
| | 2 | | 19343 | RN | 1 | 2 | 3300 | 40 | 40 | 1 |
| | 1 | | 23933 | RN | 2 | 1 | 2940 | 40 | 40 | 1 |
| | 1 | | 20979 | RN | 1 | 2 | 3515 | 40 | 40 | 1 |
| | 1 | | 23310 | RN | 1 | 2 | 3000 | 40 | 40 | 1 |
| | 6 | | 29036 | RN | 2 | 2 | 3830 | 41 | 41 | 1 |
| | 2 | | 14280 | RN | 1 | 1 | 2800 | 39 | 39 | 1 |
| | 2 | | 7587 | RN | 1 | 1 | 3300 | 38 | 38 | 1 |
| | 1 | | 17667 | RN | 1 | 1 | 3340 | 39 | 39 | 1 |
| | 1 | | 28036 | RN | 1 | 1 | 2960 | 40 | 40 | 1 |
| | 7 | | 19852 | RN | 1 | 2 | 3180 | 40 | 40 | 1 |
| | 1 | | 23985 | RN | 1 | 1 | 3871 | 40 | 40 | 1 |
| | 1 | | 12270 | RN | 1 | 2 | 3320 | 39 | 39 | 1 |
| | 1 | | 273 | RN | 1 | 2 | 1770 | 33 | 34 | 5 |
| | 8 | | 26058 | RN | 1 | 1 | 3030 | 40 | 40 | 1 |
| | 1 | | 4089 | RN | 1 | 2 | 2820 | 38 | 38 | 1 |
| | 1 | | 16591 | RN | 1 | 1 | 3400 | 39 | 39 | 1 |

HC_M: número de historia clínica de la madre
ENF: Enfermedades o condiciones durante el embarazo
HC_RN: número de historia clínica del RN
ID: número de identificación
TN: tipo de nacimiento
SX: sexo
PN: peso de nacimiento
EG_UR: edad gestacional por fecha de última regla
EG_EF: edad gestacional por examen físico
EN: estado al nacer

Capturas de pantalla de las variables principales en IBM SPSS Statistics 26.

| Nombre | Tipo | Anchura | Decimales | Etiqueta | Valores | Perdidos | Columnas | Alineación | Medida | Rol | |
|--------|-------|----------|-----------|----------|------------------|-----------------|----------|------------|---------|---------|---------|
| 1 | ID | Númerico | 8 | 0 | Identificación | Ninguna | Ninguna | 8 | Derecha | Escala | Entrada |
| 2 | SEX | Númerico | 8 | 0 | Sexo | {1, Femenin...} | Ninguna | 8 | Derecha | Nominal | Entrada |
| 3 | EG_EF | Númerico | 8 | 0 | Edad gestacional | Ninguna | Ninguna | 8 | Derecha | Ordinal | Entrada |
| 4 | PN | Númerico | 8 | 0 | Peso de naci... | Ninguna | Ninguna | 8 | Derecha | Escala | Entrada |
| 5 | VAL | Númerico | 8 | 0 | Valor inferido | Ninguna | Ninguna | 8 | Derecha | Escala | Entrada |

7. AUTORIZACIÓN DE LA INSTITUCIÓN



COD. CIEIRAJ 58-24

“Decenio de la Igualdad de Oportunidades para Mujeres y Hombres”
“Año del Bicentenario, de la consolidación de nuestra Independencia, y de la conmemoración de las heroicas batallas de Junín y Ayacucho”

CONSTANCIA DE APROBACIÓN DE PROYECTO DE INVESTIGACIÓN

CONSTANCIA N° 58-CIEI-GRAJ-ESSALUD-2024

Huancayo, 09 de julio de 2024

Investigador (a) Principal
David Alejandro Ancasi Hermoza
Presente. –

Título del Protocolo : “*Percentiles actuales de peso de nacimiento del niño sano según su edad gestacional y sexo en Huancayo*”

Versión y Fecha del Protocolo: *Versión 02, 01 de julio de 2024*

Tipo de Estudio : *Observacional*

De nuestra consideración:

El Comité Institucional de ética en Investigación ha revisado la solicitud de evaluación de revisión del protocolo de investigación expresada en su carta del 06 de junio de 2024.

Para la aprobación se ha considerado el cumplimiento de las consideraciones éticas para la investigación en salud con seres humanos señaladas en la Resolución Ministerial N°233-2020. En virtud a ello ha **aprobado** el siguiente documento:

- Protocolo de “*Percentiles actuales de peso de nacimiento del niño sano según su edad gestacional y sexo en Huancayo*”, *Versión 02, 01 de julio de 2024*.

El periodo de vigencia de la presente aprobación será de (03) meses; desde el 09 de julio de 2024 hasta el 08 de octubre de 2024, debiendo solicitar la renovación con 30 días de anticipación al Comité Institucional de Ética en la Investigación.

Asimismo, mencionar que cualquier enmienda en los objetivos secundarios, metodología y aspectos éticos debe ser solicitada a este CIEI.

Sírvase hacernos llegar los **informes de avance del estudio en forma digital semestralmente** al correo electrónico ciei.redjunin@gmail.com a partir la presente aprobación y el informe final una vez concluido el estudio.


Dr. FRANK QUISPE PARI
PRESIDENTE
COMITÉ INSTITUCIONAL DE ÉTICA EN LA INVESTIGACIÓN
RED ASISTENCIAL JUNÍN


JFQP/ascp
NIT : 1302-2024-5739

www.essalud.gob.pe

Av. Independencia 296
El Tambo Huancayo
Junín Perú
T.: (064) 248366



BICENTENARIO
DEL PERÚ
2021 - 2024

8. FICHA DEL SISTEMA DE VIGILANCIA PERINATAL DE ESSALUD

Cara anterior

| Gerencia Central de Salud | | INGRESO | | NUMERO DE FICHA | | ASEGURADO | |
|---|--|--|--|--|--|---|--|
|  Sistema de Vigilancia Perinatal | | PUERPERIO | | SI | | NO | |
| | | REINGRESO | | RECIENTE NACIDO | | POLICLINICO DE ORIGEN | |
| | | AMBOS | | | | | |
| DATOS DE LA MADRE | | | | | | | |
| HISTORIA CLINICA | | ACTO MEDICO | | AUTOGENERADO | | EDAD | |
| APELLIDO PATERNO | | APELLIDO MATERNO | | NOMBRE (S) | | INGRESO AL HOSPITAL | |
| | | | | | | FECHA (dia / mes / año) | |
| | | | | | | HORA | |
| | | | | | | hrs min | |
| CONTROL PRENATAL | | | | | | | |
| TALLA | | PESO ANTES DE LA GESTACION | | EL EMBARAZO FUE PLANIFICADO ? | | NUMERO DE INICIO (CPN) | |
| kg | | SI NO | | SI NO | | CONTRIOLES trimestre | |
| | | | | | | 1 2 3 | |
| | | | | | | EsSalud Otro Sitio Ambos | |
| CONDICIONES ANTECEDENTES PERINATALES | | | | | | | |
| ANTECEDENTES OBSTETRICOS | | ENFERMEDADES O CONDICIONES DURANTE EL EMBARAZO | | ENTIDADES OBSTETRICAS | | ESTADO DE FETO AL INGRESO | |
| PARTOS | | 1 NINGUNA | | 1 NINGUNA | | 3 SIN SIGNOS DE SF | |
| ABORTOS | | 6 INFECCION URINARIA | | 2 ANEMIA | | 2 CON ALT. DE LA FCF | |
| CESAREAS | | 2 HIPERTENSION ARTERIAL | | 10 PRE ECLAMPSIA LEVE | | 4 CON OTROS SIGNOS DE SF | |
| NACIDOS VIVOS | | 3 DIABETES MELLITUS | | 8 PRE ECLAMPSIA SEVERA | | 1 SIN LATIDOS FETALES | |
| | | 4 ASMA BRONQUIAL | | 7 ECLAMPSIA | | 9 IGNORADO | |
| | | 5 CARDIOPATIA | | 5 RPM | | | |
| | | 6 VIH / SIDA | | 11 HEMORRAGIA DEL II - III TRIM. | | | |
| | | 7 OTRAS | | 6 OTRAS | | | |
| | | 9 IGNORADO | | 9 IGNORADO | | | |
| TRABAJO DE PARTO | | | | | | | |
| PESO ANTES DEL TRABAJO DE PARTO | | USO DE CORTICOIDES PRENATALES | | FORMA DE INICIO DE T de P | | MOTIVO DE LA INDUCCION | |
| kg | | 1 SI 2 NO 9 IGNORADO | | 2 ESPONTANEO 1 NO HUBO T de P 3 INDUCIDO 9 IGNORADO | | 3 EMBARAZO POST TERMINO 5 RPM 7 OBITO FETAL 4 PRE ECLAMPSIA 2 RCIU 6 OTRAS 9 IGNORADO | |
| SE USO MEDICAMENTOS PARA ACENTUAR TRABAJO DE PARTO | | 1 SI 2 NO 9 IGNORADO | | MOTIVO DE LA INDUCCION | | ESTADO DEL FETO DURANTE EL TRABAJO DE PARTO | |
| MOTIVO DE LA INDUCCION | | 1 OITOCINA 2 MISOPROSTOL 9 IGNORADO | | 2 RCIU 6 OTRAS 9 IGNORADO | | 1 NO HUBO SIGNOS DE SF 2 EMISION DE MECONIO SOLAMENTE 3 ALT. DE LA FCF SOLAMENTE 4 MECONIO + ALT. DE LA FCF 5 MUERTO ANTES DE T de P 9 IGNORADO | |
| MOTIVO DE LA INDUCCION | | 1 OITOCINA 2 MISOPROSTOL 9 IGNORADO | | 2 RCIU 6 OTRAS 9 IGNORADO | | 1 NO HUBO SIGNOS DE SF 2 EMISION DE MECONIO SOLAMENTE 3 ALT. DE LA FCF SOLAMENTE 4 MECONIO + ALT. DE LA FCF 5 MUERTO ANTES DE T de P 9 IGNORADO | |
| DATOS DEL PUERPERIO | | | | | | | |
| COMPLICACIONES EN EL PUERPERIO | | OTRO SERVICIO DONDE FUE INGRESADA | | ESTADIA HOSPITALARIA DESPUES DEL PARTO | | FECHA DE ALTA | |
| 1 NINGUNA 3 HEMORRAGIA SIN SHOCK 2 HEMORRAGIA CON SHOCK 5 INFECCION POST PARTO O CESAREA 7 COMPLICACIONES DEL ALUMBRAMIENTO 8 INFECCION URINARIA 4 ROTURA UTERINA 10 HIPERTENSION ARTERIAL 15 ECLAMPSIA - HELLP 11 ANEMIA 14 SEPSIS 12 CAUSA NO OBSTETRICA 8 OTRAS 9 IGNORADO | | 2 UCI 3 UCI N 4 UVI 3 OTRO ESPECIFICAR | | HORAS DIAS | | (dia/mes/año) | |
| CAUSA BASICA DE LA MUERTE MATERNA | | CONDICIONES DEL EGRESO | | CAUSA FINAL DE LA MUERTE MATERNA | | | |
| 4 PREECLAMPSIA - ECLAMPSIA 2 INFECCION DE CAUSA OBSTETRICA 3 HEMORRAGIA 5 AFECION CLINICA ASOCIADA 8 OTRAS AFECIONES OBSTETRICAS 7 INFECCIONES NO OBSTETRICAS 8 ABORTO 9 IGNORADO | | 1 VIVA 2 FALLECIDA 3 REFERIDA A OTRO CENTRO CENTRO DE REFERENCIA | | 5 PRE ECLAMPSIA - ECLAMPSIA 6 SINDROME DE HELLP 4 HEMORRAGIA 2 INFECCION NOSOCOMIAL 3 OTRAS INFECCIONES 7 OTRAS 9 IGNORADO | | FECHA DE LA MUERTE MATERNA | |
| | | | | | | HORA DE LA MUERTE MATERNA | |
| | | | | | | hrs min | |
| | | | | | | (dia/mes/año) | |

Cara posterior

| DATOS DEL RECIEN NACIDO | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|--|--|--|---|--|-----------------------------|--------------------------------|--|-----------------------|----------------------------|--------------------------------------|----------------------------------|---|---------------------------|---|---------------------------|---------------------------------|---------------------------------|-------------------------|----------------------------------|-------------------------------|---------------------------------|--|---------------------------------------|---|---------------------------------|-----------------------------|-----------------------------|---|------------------------------|--|--|---------------------|--|--------------------------|-----------------------|--|-----------------|--------------|--|------------|--|--|--|--------------------------|--|--|---------|--|--|------------|
| <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <th style="text-align: left;">TIPO DE NACIMIENTO</th> </tr> <tr> <td>1 UNICO</td> </tr> <tr> <td>2 PRIMER GEMELAR</td> </tr> <tr> <td>3 SEGUNDO GEMELAR</td> </tr> <tr> <td>4 OTRO</td> </tr> <tr> <td>9 IGNORADO</td> </tr> </table> | TIPO DE NACIMIENTO | 1 UNICO | 2 PRIMER GEMELAR | 3 SEGUNDO GEMELAR | 4 OTRO | 9 IGNORADO | <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <th style="text-align: left;">EDAD GESTACIONAL</th> </tr> <tr> <td><input type="text"/> sem.</td> </tr> <tr> <th style="text-align: left;">PESO AL NACER</th> </tr> <tr> <td><input type="text"/> grs.</td> </tr> <tr> <th style="text-align: left;">EDAD GEST. POR EX. FISICO</th> </tr> <tr> <td><input type="text"/> sem.</td> </tr> </table> | EDAD GESTACIONAL | <input type="text"/> sem. | PESO AL NACER | <input type="text"/> grs. | EDAD GEST. POR EX. FISICO | <input type="text"/> sem. | <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <th style="text-align: left;">SEXO</th> <th style="text-align: left;">ESTADO AL NACER</th> </tr> <tr> <td>2 MASCULINO</td> <td>2 VIVO SIN PATOLOGIA</td> </tr> <tr> <td>3 FEMENINO</td> <td>3 VIVO CON PATOLOGIA</td> </tr> <tr> <td>1 AMBIGUO</td> <td>4 MUERTO ANTES DEL TRABAJO DE PARTO</td> </tr> <tr> <td></td> <td>5 MUERTO DURANTE EL TRABAJO DE PARTO</td> </tr> <tr> <td></td> <td>9 IGNORADO</td> </tr> </table> | SEXO | ESTADO AL NACER | 2 MASCULINO | 2 VIVO SIN PATOLOGIA | 3 FEMENINO | 3 VIVO CON PATOLOGIA | 1 AMBIGUO | 4 MUERTO ANTES DEL TRABAJO DE PARTO | | 5 MUERTO DURANTE EL TRABAJO DE PARTO | | 9 IGNORADO | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| TIPO DE NACIMIENTO | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 1 UNICO | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 2 PRIMER GEMELAR | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 3 SEGUNDO GEMELAR | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 4 OTRO | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 9 IGNORADO | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| EDAD GESTACIONAL | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| <input type="text"/> sem. | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| PESO AL NACER | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| <input type="text"/> grs. | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| EDAD GEST. POR EX. FISICO | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| <input type="text"/> sem. | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| SEXO | ESTADO AL NACER | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 2 MASCULINO | 2 VIVO SIN PATOLOGIA | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 3 FEMENINO | 3 VIVO CON PATOLOGIA | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 1 AMBIGUO | 4 MUERTO ANTES DEL TRABAJO DE PARTO | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | 5 MUERTO DURANTE EL TRABAJO DE PARTO | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | 9 IGNORADO | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| <p>PUNTAJE DE APGAR</p> <p><input type="text"/> AL PRIMER MINUTO <input type="text"/> A LOS CINCO MINUTOS</p> <p>SI APGAR A LOS 5 MINUTOS MENOR DE 7 PUNTOS</p> <p><input type="text"/> APGAR A LOS 10 MINUTOS <input type="text"/> APGAR A LOS 20 MINUTOS</p> | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <th style="text-align: left;">CARACTERISTICAS DE REANIMACION</th> <th style="text-align: left;">TIEMPO DE INICIO DE ALOJAMIENTO CONJUNTO</th> </tr> <tr> <td>1 NO SE REQUIRIO</td> <td>1 NO HUBO ALOJAMIENTO CONJUNTO</td> </tr> <tr> <td>2 ESTIMULACION TACTIL</td> <td>2 MENOS DE 30 MINUTOS</td> </tr> <tr> <td>3 OXIGENACION</td> <td>3 DE 30 MIN. A 4 HORAS</td> </tr> <tr> <td>4 VENTILACION CON MASCARA</td> <td>4 DE 5 A 12 HORAS</td> </tr> <tr> <td>5 V.P. POR TOT</td> <td>5 MAS DE 12 HORAS</td> </tr> <tr> <td>6 MASAJE CARDIACO EXTERNO</td> <td>6 SE IGNORA</td> </tr> <tr> <td>7 ASPIRACION DE MECONIO POR TOT</td> <td></td> </tr> <tr> <td>8 MEDICAMENTOS</td> <td></td> </tr> <tr> <td>9 SE IGNORA</td> <td></td> </tr> </table> | | | CARACTERISTICAS DE REANIMACION | TIEMPO DE INICIO DE ALOJAMIENTO CONJUNTO | 1 NO SE REQUIRIO | 1 NO HUBO ALOJAMIENTO CONJUNTO | 2 ESTIMULACION TACTIL | 2 MENOS DE 30 MINUTOS | 3 OXIGENACION | 3 DE 30 MIN. A 4 HORAS | 4 VENTILACION CON MASCARA | 4 DE 5 A 12 HORAS | 5 V.P. POR TOT | 5 MAS DE 12 HORAS | 6 MASAJE CARDIACO EXTERNO | 6 SE IGNORA | 7 ASPIRACION DE MECONIO POR TOT | | 8 MEDICAMENTOS | | 9 SE IGNORA | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| CARACTERISTICAS DE REANIMACION | TIEMPO DE INICIO DE ALOJAMIENTO CONJUNTO | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 1 NO SE REQUIRIO | 1 NO HUBO ALOJAMIENTO CONJUNTO | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 2 ESTIMULACION TACTIL | 2 MENOS DE 30 MINUTOS | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 3 OXIGENACION | 3 DE 30 MIN. A 4 HORAS | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 4 VENTILACION CON MASCARA | 4 DE 5 A 12 HORAS | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 5 V.P. POR TOT | 5 MAS DE 12 HORAS | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 6 MASAJE CARDIACO EXTERNO | 6 SE IGNORA | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 7 ASPIRACION DE MECONIO POR TOT | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 8 MEDICAMENTOS | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 9 SE IGNORA | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| <p style="text-align: center; font-weight: normal;">ATENCION EN NEONATOLOGIA</p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <th style="text-align: left;">UNIDAD EN QUE FUE INTERNADO</th> <td>3 ALOJAMIENTO CONJUNTO</td> <td>2 CUIDADOS INTERMEDIOS</td> <td>1 CUIDADOS INTENSIVOS</td> </tr> <tr> <td>5 FALLECE ANTES DEL INGRESO</td> <td>9 IGNORADO</td> <td>4 OTROS</td> <td></td> </tr> </table> | | | UNIDAD EN QUE FUE INTERNADO | 3 ALOJAMIENTO CONJUNTO | 2 CUIDADOS INTERMEDIOS | 1 CUIDADOS INTENSIVOS | 5 FALLECE ANTES DEL INGRESO | 9 IGNORADO | 4 OTROS | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| UNIDAD EN QUE FUE INTERNADO | 3 ALOJAMIENTO CONJUNTO | 2 CUIDADOS INTERMEDIOS | 1 CUIDADOS INTENSIVOS | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 5 FALLECE ANTES DEL INGRESO | 9 IGNORADO | 4 OTROS | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <th style="text-align: left;">MOTIVO DE INGRESO O DE REFERENCIA A OTRO CENTRO</th> <th style="text-align: left;">TERAPIA RESPIRATORIA ADMINISTRADA</th> </tr> <tr> <td>1 RECIEN NACIDO SANO</td> <td>1 NO SE REQUIRIO</td> </tr> <tr> <td>2 SINDROME DE DIFICULTAD RESPIRATORIA</td> <td>4 OXIGENOTERAPIA</td> </tr> <tr> <td>10 ICTERICIA</td> <td>2 PRESION POSITIVA CONTINUA (CPAP)</td> </tr> <tr> <td>12 DEPRESION</td> <td>3 VENTILACION MECANICA CONVENCIONAL (VMI)</td> </tr> <tr> <td>3 ASFIXIA</td> <td>5 VENTILACION DE ALTA FRECUENCIA</td> </tr> <tr> <td>14 BAJO PESO</td> <td>9 SE IGNORA</td> </tr> <tr> <td>4 TRASTORNOS METABOLICOS</td> <td></td> </tr> <tr> <td>7 INFECCION ADQUIRIDA INTRAUTERO</td> <td></td> </tr> <tr> <td>8 INFECCION ADQUIRIDA POSTNATAL</td> <td></td> </tr> <tr> <td>5 ANOMALIA CONGENITA</td> <td></td> </tr> <tr> <td>11 ALTERACIONES HEMATOLOGICAS</td> <td></td> </tr> <tr> <td>6 TRAUMATISMO AL NACIMIENTO</td> <td></td> </tr> <tr> <td>13 OTRA CAUSA</td> <td></td> </tr> <tr> <td>9 IGNORADO</td> <td></td> </tr> </table> | | | MOTIVO DE INGRESO O DE REFERENCIA A OTRO CENTRO | TERAPIA RESPIRATORIA ADMINISTRADA | 1 RECIEN NACIDO SANO | 1 NO SE REQUIRIO | 2 SINDROME DE DIFICULTAD RESPIRATORIA | 4 OXIGENOTERAPIA | 10 ICTERICIA | 2 PRESION POSITIVA CONTINUA (CPAP) | 12 DEPRESION | 3 VENTILACION MECANICA CONVENCIONAL (VMI) | 3 ASFIXIA | 5 VENTILACION DE ALTA FRECUENCIA | 14 BAJO PESO | 9 SE IGNORA | 4 TRASTORNOS METABOLICOS | | 7 INFECCION ADQUIRIDA INTRAUTERO | | 8 INFECCION ADQUIRIDA POSTNATAL | | 5 ANOMALIA CONGENITA | | 11 ALTERACIONES HEMATOLOGICAS | | 6 TRAUMATISMO AL NACIMIENTO | | 13 OTRA CAUSA | | 9 IGNORADO | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| MOTIVO DE INGRESO O DE REFERENCIA A OTRO CENTRO | TERAPIA RESPIRATORIA ADMINISTRADA | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 1 RECIEN NACIDO SANO | 1 NO SE REQUIRIO | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 2 SINDROME DE DIFICULTAD RESPIRATORIA | 4 OXIGENOTERAPIA | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 10 ICTERICIA | 2 PRESION POSITIVA CONTINUA (CPAP) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 12 DEPRESION | 3 VENTILACION MECANICA CONVENCIONAL (VMI) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 3 ASFIXIA | 5 VENTILACION DE ALTA FRECUENCIA | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 14 BAJO PESO | 9 SE IGNORA | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 4 TRASTORNOS METABOLICOS | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 7 INFECCION ADQUIRIDA INTRAUTERO | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 8 INFECCION ADQUIRIDA POSTNATAL | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 5 ANOMALIA CONGENITA | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 11 ALTERACIONES HEMATOLOGICAS | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 6 TRAUMATISMO AL NACIMIENTO | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 13 OTRA CAUSA | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 9 IGNORADO | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| <p style="text-align: center; font-weight: normal;">DIAGNOSTICO DEFINITIVO AL EGRESO</p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <th style="text-align: left;">AFECCION CARDIO RESPIRATORIA</th> <th style="text-align: left;">AFECCIONES METABOLICAS Y/O ASFIXIA</th> <th style="text-align: left;">OTRAS AFECCIONES NEONATALES</th> </tr> <tr> <td>1 NINGUNA</td> <td>1 NINGUNA</td> <td>1 NINGUNA</td> </tr> <tr> <td>4 TAQUIPNEA TRANSITORIA</td> <td>4 DEPRESION</td> <td>5 INFECCION ADQUIRIDA INTRAUTERO</td> </tr> <tr> <td>3 ASPIRACION DE MECONIO</td> <td>2 ASFIXIA</td> <td>6 INFECCION ADQUIRIDA POSTNATAL</td> </tr> <tr> <td>2 MEMBRANA HIALINA</td> <td>5 ENCEFALOPATIA HIPOX ISQUEMICA</td> <td>7 ICTERICIA</td> </tr> <tr> <td>5 HIPERTENSION PULMONAR</td> <td>6 TRASTORNOS DE GLUCEMIA</td> <td>3 ANOMALIA CONGENITA</td> </tr> <tr> <td>6 NEUMONIA</td> <td>7 OTROS TRASTORNOS METABOLICOS</td> <td>11 HEMORRAGIA INTRA Y PERIVENTRICULAR</td> </tr> <tr> <td>7 OTRAS AFECCIONES CARDIO RESPIRATORIAS</td> <td></td> <td>4 TRAUMATISMO AL NACIMIENTO</td> </tr> <tr> <td></td> <td style="text-align: center;">TIEMPO DE ESTADIA EN EL SERVICIO</td> <td>8 ALTERACIONES HEMATOLOGICAS</td> </tr> <tr> <td></td> <td><input type="text"/> HORAS <input type="text"/> DIAS</td> <td>12 PREMATURIDAD</td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td>10 OTRA CAUSA</td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td>9 SE IGNORA</td> </tr> </table> | | | AFECCION CARDIO RESPIRATORIA | AFECCIONES METABOLICAS Y/O ASFIXIA | OTRAS AFECCIONES NEONATALES | 1 NINGUNA | 1 NINGUNA | 1 NINGUNA | 4 TAQUIPNEA TRANSITORIA | 4 DEPRESION | 5 INFECCION ADQUIRIDA INTRAUTERO | 3 ASPIRACION DE MECONIO | 2 ASFIXIA | 6 INFECCION ADQUIRIDA POSTNATAL | 2 MEMBRANA HIALINA | 5 ENCEFALOPATIA HIPOX ISQUEMICA | 7 ICTERICIA | 5 HIPERTENSION PULMONAR | 6 TRASTORNOS DE GLUCEMIA | 3 ANOMALIA CONGENITA | 6 NEUMONIA | 7 OTROS TRASTORNOS METABOLICOS | 11 HEMORRAGIA INTRA Y PERIVENTRICULAR | 7 OTRAS AFECCIONES CARDIO RESPIRATORIAS | | 4 TRAUMATISMO AL NACIMIENTO | | TIEMPO DE ESTADIA EN EL SERVICIO | 8 ALTERACIONES HEMATOLOGICAS | | <input type="text"/> HORAS <input type="text"/> DIAS | 12 PREMATURIDAD | | | 10 OTRA CAUSA | | | 9 SE IGNORA | | | | | | | | | | | | |
| AFECCION CARDIO RESPIRATORIA | AFECCIONES METABOLICAS Y/O ASFIXIA | OTRAS AFECCIONES NEONATALES | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 1 NINGUNA | 1 NINGUNA | 1 NINGUNA | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 4 TAQUIPNEA TRANSITORIA | 4 DEPRESION | 5 INFECCION ADQUIRIDA INTRAUTERO | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 3 ASPIRACION DE MECONIO | 2 ASFIXIA | 6 INFECCION ADQUIRIDA POSTNATAL | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 2 MEMBRANA HIALINA | 5 ENCEFALOPATIA HIPOX ISQUEMICA | 7 ICTERICIA | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 5 HIPERTENSION PULMONAR | 6 TRASTORNOS DE GLUCEMIA | 3 ANOMALIA CONGENITA | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 6 NEUMONIA | 7 OTROS TRASTORNOS METABOLICOS | 11 HEMORRAGIA INTRA Y PERIVENTRICULAR | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 7 OTRAS AFECCIONES CARDIO RESPIRATORIAS | | 4 TRAUMATISMO AL NACIMIENTO | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | TIEMPO DE ESTADIA EN EL SERVICIO | 8 ALTERACIONES HEMATOLOGICAS | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | <input type="text"/> HORAS <input type="text"/> DIAS | 12 PREMATURIDAD | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | 10 OTRA CAUSA | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | 9 SE IGNORA | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| <p style="text-align: center; font-weight: normal;">ESTADO AL EGRESO</p> <p>1 VIVO 2 MUERTO 3 REFERIDO A OTRO CENTRO</p> <p>especificar <input style="width: 100%;" type="text"/></p> | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| <p style="text-align: center; font-weight: normal;">DATOS DE LA DEFUNCION</p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <th style="text-align: left;">EDAD AL FALLECER</th> <th style="text-align: left;">CAUSA BASICA DE LA MUERTE</th> <th style="text-align: left;">CAUSA FINAL DE LA MUERTE</th> </tr> <tr> <td><input type="text"/> MINUTOS</td> <td>2 ASFIXIA</td> <td>10 ASFIXIA</td> </tr> <tr> <td><input type="text"/> HORAS</td> <td>3 MEMBRANA HIALINA PULMONAR</td> <td>11 MEMBRANA HIALINA PULMONAR</td> </tr> <tr> <td><input type="text"/> DIAS</td> <td>4 ANOMALIA CONGENITA</td> <td>7 NEUMOTORAX</td> </tr> <tr> <td></td> <td>13 INFECCION ADQUIRIDA</td> <td>8 HIPERTENSION PULMONAR</td> </tr> <tr> <td></td> <td>14 INFECCION CONGENITA</td> <td>2 INFECCION INTRAHOSPITALARIA</td> </tr> <tr> <td></td> <td>8 HEMORRAG. INTRAVENTRICULAR O PERIVENTRICULAR</td> <td>3 INFECCION ADQUIRIDA NO HOSPITALARIA</td> </tr> <tr> <td></td> <td>15 OTRAS HEMORRAGIAS CEREBRALES</td> <td>16 OTRAS INFECCIONES</td> </tr> <tr> <td></td> <td>11 INMADUREZ</td> <td>4 HEMORRAGIA DEL SNC</td> </tr> <tr> <td></td> <td>5 ENFERMEDAD HEMOLITICA POR ISOINMUNIZACION</td> <td>5 OTRAS HEMORRAGIAS</td> </tr> <tr> <td></td> <td>10 TRAUMA DEL NACIMIENTO</td> <td>12 ANOMALIA CONGENITA</td> </tr> <tr> <td></td> <td>12 OTRAS CAUSAS</td> <td>13 INMADUREZ</td> </tr> <tr> <td></td> <td>9 IGNORADA</td> <td>14 ENFERMEDAD HEMOLITICA POR ISOINMUNIZACION</td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td>15 TRAUMA DEL NACIMIENTO</td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td>8 OTRAS</td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td>9 IGNORADA</td> </tr> </table> | | | EDAD AL FALLECER | CAUSA BASICA DE LA MUERTE | CAUSA FINAL DE LA MUERTE | <input type="text"/> MINUTOS | 2 ASFIXIA | 10 ASFIXIA | <input type="text"/> HORAS | 3 MEMBRANA HIALINA PULMONAR | 11 MEMBRANA HIALINA PULMONAR | <input type="text"/> DIAS | 4 ANOMALIA CONGENITA | 7 NEUMOTORAX | | 13 INFECCION ADQUIRIDA | 8 HIPERTENSION PULMONAR | | 14 INFECCION CONGENITA | 2 INFECCION INTRAHOSPITALARIA | | 8 HEMORRAG. INTRAVENTRICULAR O PERIVENTRICULAR | 3 INFECCION ADQUIRIDA NO HOSPITALARIA | | 15 OTRAS HEMORRAGIAS CEREBRALES | 16 OTRAS INFECCIONES | | 11 INMADUREZ | 4 HEMORRAGIA DEL SNC | | 5 ENFERMEDAD HEMOLITICA POR ISOINMUNIZACION | 5 OTRAS HEMORRAGIAS | | 10 TRAUMA DEL NACIMIENTO | 12 ANOMALIA CONGENITA | | 12 OTRAS CAUSAS | 13 INMADUREZ | | 9 IGNORADA | 14 ENFERMEDAD HEMOLITICA POR ISOINMUNIZACION | | | 15 TRAUMA DEL NACIMIENTO | | | 8 OTRAS | | | 9 IGNORADA |
| EDAD AL FALLECER | CAUSA BASICA DE LA MUERTE | CAUSA FINAL DE LA MUERTE | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| <input type="text"/> MINUTOS | 2 ASFIXIA | 10 ASFIXIA | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| <input type="text"/> HORAS | 3 MEMBRANA HIALINA PULMONAR | 11 MEMBRANA HIALINA PULMONAR | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| <input type="text"/> DIAS | 4 ANOMALIA CONGENITA | 7 NEUMOTORAX | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | 13 INFECCION ADQUIRIDA | 8 HIPERTENSION PULMONAR | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | 14 INFECCION CONGENITA | 2 INFECCION INTRAHOSPITALARIA | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | 8 HEMORRAG. INTRAVENTRICULAR O PERIVENTRICULAR | 3 INFECCION ADQUIRIDA NO HOSPITALARIA | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | 15 OTRAS HEMORRAGIAS CEREBRALES | 16 OTRAS INFECCIONES | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | 11 INMADUREZ | 4 HEMORRAGIA DEL SNC | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | 5 ENFERMEDAD HEMOLITICA POR ISOINMUNIZACION | 5 OTRAS HEMORRAGIAS | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | 10 TRAUMA DEL NACIMIENTO | 12 ANOMALIA CONGENITA | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | 12 OTRAS CAUSAS | 13 INMADUREZ | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | 9 IGNORADA | 14 ENFERMEDAD HEMOLITICA POR ISOINMUNIZACION | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | 15 TRAUMA DEL NACIMIENTO | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | 8 OTRAS | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | 9 IGNORADA | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

9. EVIDENCIA FOTOGRÁFICA DEL ESTUDIO

