

Republica bolivariana de Venezuela

Estado Cojedes

ASIC Antonio José de sucre



Título Relación de los factores de riesgos maternos y el bajo peso al nacer del Estado Cojedes Asic A. José de sucre año 2015 -2016.

Autor: Dr. Ruberlandys Martínez fuente

Residente de segundo año de Medicina General Integral

Tutor. Dr. Alexander Martínez Ordanza .Especialista en primer grado de MGI y Máster. En urgencias medicas.

Trabajo de Terminación de Residencia para optar por el título de especialista de Primer Grado en Medicina General Integral

2016



...“ No se le puede enseñar nada a un hombre; solo se le puede ayudar a encontrar la respuesta dentro de sí mismo”... (Galileo Galilei)

Resumen

Se realizó un estudio descriptivo retrospectivo sobre la asociación de los factores de riesgo maternos y bajo peso al nacer. En la comunidad del consultorio popular perteneciente al Assic Antonio José de sucre, Estado Cojedes. La muestra estuvo constituida por 13 madres que tuvieron hijos con bajo peso al nacer y se describieron las siguientes variables: edad materna, ocupación, nivel socioeconómico, factores de riesgo, antecedentes obstétricos, las patologías asociadas y la ganancia de peso durante el embarazo. Los resultados obtenidos se expresaron utilizando el método porcentual. Se llegó a las siguientes conclusiones El grupo etario que predominó fue el de 15-19 años. Prevalció las mujeres con nivel socioeconómico regular y trabajadoras Los factores de riesgo maternos que más incidieron en el bajo peso al nacer fueron: la infección vaginal, seguida por la multiparidad y periodo intergenésico corto La anemia, el bajo peso materno y la ganancia de peso insuficiente fueron las patologías más frecuentes durante el embarazo en las madres con hijos bajo peso al nacer.

Índice

Contenidos	Páginas
Introducción.....	1
Objetivos.....	6
Marco teórico.....	7
Material y métodos.....	19
Operacionalización de las variables.....	20
Análisis y discusión de los resultados.....	24
Conclusiones.....	36
Referencias Bibliográficas.....	37
Anexos.....	42

Introducción:

La prevención del bajo peso al nacer (BPN) constituye una prioridad de la salud pública a escala mundial y un poderoso instrumento para la reducción de la mortalidad infantil. El peso de un niño al nacer es la condición más importante en la posibilidad de sobrevivir, puesto que por debajo de 2 500 g suele causar la muerte de muchos menores de un año y repercutir en su calidad de vida futura; sin embargo, el número de defunciones aumenta en los países en desarrollo, donde no siempre se realiza la estimación ponderal al nacimiento. (1)

Durante largo tiempo se sostuvo el criterio que el niño con bajo peso, llamado anteriormente prematuro, no podía sobrevivir; apenas se le prestaba la atención médica indispensable y prácticamente se abandonaba a su suerte. En 1919 se clasificó por primera vez a los recién nacidos según el peso, pero ya en 1947 se relacionó a los de bajo peso con un crecimiento intrauterino retardado (CIUR) y se trató de diferenciarlos de los que nacían de una gestación acortada; en 1960, los expertos de la Organización Mundial de la Salud (OMS) establecieron el término "bajo peso" para todos los niños que pesaban menos de 2 500 g, sin tomar en cuenta su edad gestacional. (2)

Actualmente existen dos categorías de recién nacidos con bajo peso (RNBP):

- a) Los que teniendo un tiempo de gestación superior a las 37 semanas, pesan al nacer menos de 2 500 g Crecimiento Intrauterino Retardado (CIUR). Este grupo predomina en países con condiciones socioeconómicas desfavorables.
- b) Los que no habiendo llegado el término del embarazo, nacen adelantadamente y pesan por debajo de 2 500 g (pre término).

Se ha comprobado que al menos 50 % de los recién nacidos con bajo peso mueren, fundamentalmente en sociedades tercermundistas, si bien otros autores plantean que la mortalidad infantil es 40 veces mayor a expensas de los RNBP cuando se compara con el número de defunciones correspondientes a niños que nacen con peso normal y a término.

Cifras estimadas del año 2006 en la base de datos internacional perteneciente al United States Census Bureau, International Programs Center, revelan que

las tasas de mortalidad infantil en Cuba resultaron ser de 6,2 y 21,5 fallecidos por cada 1 000 nacidos vivos, respectivamente. (3)

El bajo peso al nacer es el índice predictivo más importante de mortalidad infantil y el principal factor desencadenante de las más de 5 millones de muertes neonatales que ocurren anualmente en el mundo. Se enfatiza en el hecho de que para registrar una tasa de mortalidad infantil inferior a 10 x 1 000 nacidos vivos, deviene indispensable que el índice de bajo peso al nacer no exceda de 6 %. Los neonatos con bajo peso al nacer y especialmente por debajo de 1 500 g (muy bajo peso al nacer) determinan 60 % de la mortalidad infantil; al respecto se impone señalar que el niño pre término con bajo peso, tiene un riesgo relativo de morir 11 veces superior al de un homólogo que pesa al nacer 2 500 gramos.(1)

La causa del BPN es de muy variada índole y se atribuye a factores maternos, fetales y ambientales, no de carácter absoluto, pues difieren de un lugar a otro; sin embargo, en ello influye de manera especial el nivel de desarrollo socioeconómico.

El índice de bajo peso al nacer (IBPN) puede considerarse como un indicador general de estado de salud y como un indicador indirecto del estado nutricional de una población. Los factores maternos asociados con el bajo peso al nacer (BPN) han sido ampliamente estudiados: el embarazo en la adolescencia, la desnutrición materna, la ganancia insuficiente de peso durante la gestación, la edad y la talla materna, índice de masa corporal, hábito de fumar, anemia, período intergenésico, los antecedentes de niños con bajo peso, hipertensión arterial durante el embarazo y la edad gestacional se encuentran entre los principales factores asociados con el peso del recién nacido.(4)

El BPN es más frecuente en las comunidades con condiciones socioeconómicas adversas, donde son también más frecuentes los problemas nutricionales, reconocidos como los principales determinantes del crecimiento intrauterino retardado (2)

La desnutrición materna en la captación y la ganancia ponderal escasa durante el embarazo son factores de riesgo reconocidos de bajo peso al nacer. La nutrición deficiente durante el embarazo, el inadecuado intercambio feto materno, así

como el metabolismo anormal de proteínas, lípidos, carbohidratos y minerales en la madre, propician la utilización insuficiente de los nutrientes por el feto y afectan su desarrollo. El estado nutricional materno es un factor determinante en el crecimiento fetal y en el peso del recién nacido. (5)

El vínculo entre la salud nutricional materna y la calidad del producto de la concepción ha sido estudiado intensamente. El descenso de la mortalidad infantil lograda en los Estados Unidos en los últimos decenios se ha obtenido precisamente a expensas de la disminución del bajo peso al nacer (BPN). Este resultado puede comprenderse mejor si se tiene en cuenta que la disponibilidad de nutrientes para el desarrollo y crecimiento fetales depende en gran medida del estado nutricional materno, no importa la concurrencia de otros eventos nutricionales que también pueden repercutir sobre el BPN.

Para evaluar el estado nutricional de la gestante se emplean tradicionalmente índices antropométricos a la captación y en el transcurso del embarazo, métodos dietéticos y bioquímicos. El indicador seleccionado para evaluar el estado nutricional al inicio del embarazo es el índice de masa corporal (IMC) las tablas de evolución ponderal por rangos de estatura y las de ganancia de peso semanal y acumulativas por trimestres, para las gestantes que presenten cambios bruscos de peso corporal durante el período. (6)

La evaluación del estado nutricional de las embarazadas a la captación y durante toda la gestación es importante para detectar a tiempo sus alteraciones y contribuir a que los recién nacidos nazcan con un peso adecuado; aún subsisten malos hábitos nutricionales en nuestra población y una pobre atención de las gestantes a las peculiaridades de su alimentación y nutrición, así como, la influencia decisiva del estado nutricional materno sobre el feto

Los trastornos nutricionales traen consigo innumerables trastornos, el período gestacional es uno de los más críticos en este sentido y no se encuentra exento de resultados adversos para la salud de la madre, el feto y el recién nacido; así el riesgo de complicación en el embarazo aumenta en los dos extremos de la clasificación del estado nutricional según el índice de masa corporal, dígame el bajo peso materno y el sobrepeso o la obesidad.

Se ha observado que el bajo peso pregestacional incrementa de manera significativa el riesgo de amenaza de parto pre término, rotura prematura de las membranas, restricción del crecimiento fetal, malformaciones congénitas, parto pre término, bajo peso al nacer y complicaciones neonatales y puerperales como el distress respiratorio, la endometritis e infección del tracto urinario respectivamente.

Por su parte, las gestantes obesas y sobrepeso tienen un riesgo alrededor de 2 a 6 veces más de padecer de diabetes gestacional que la embarazada clasificada con peso normal. Además, el riesgo de sufrir pre eclampsia-eclampsia es aún más elevado, así como también de parto pre término, requerir cesárea y presentar complicaciones posoperatorias y macrosomía fetal contribuyendo al incremento de la morbimortalidad perinatal. (7).

La Organización Mundial de la Salud (OMS) ha calculado que en promedio las mujeres embarazadas necesitan alrededor de 2500 calorías por día, sin embargo en los países en vías de desarrollo solo entre el 20 y el 40% de todas las mujeres en edad de procrear reciben diariamente alimentos que les aporten 2200 calorías o más.

En los países en desarrollo la carencia de hierro en las mujeres entre 15 y 45 años figura en el tercer lugar de las causas de enfermedades. Existe evidencia científica de que el inadecuado estado nutricional y la anemia en la gestación generan efectos deletéreos en la salud materno-fetal. (8).

Estudios realizados en diferentes países como: en Venezuela por Barón en 2009, en Cuba por Villares Álvarez en el 2010, Mardones en Chile en el año 2010 coinciden que el déficit de hierro es la carencia nutricional más común en el embarazo y la causa más frecuente de anemias, relacionada con un mayor riesgo de bajo peso al nacer y prematuridad y por tanto aumenta el riesgo morbimortalidad perinatal (8-10).

La sociedad cubana presta especial atención a la protección de las madres y los niños dándole gran importancia a la nutrición permitiendo la proyección de acciones en favor de su seguridad alimentaria y salud. En consecuencia, los indicadores que describen la situación materno-infantil muestran resultados comparables con los alcanzados por los países más industrializados y ricos del

mundo. El índice de bajo peso al nacer, aspecto muy relacionado con el estado alimentario y nutricional de la madre, muestra una tendencia descendente desde 1993, hasta alcanzar 5,1 % en el año 2010.

El Ministerio de Salud Pública de Cuba ha planteado la necesidad de enfrentar los problemas de salud con tecnologías apropiadas, dirigidas al individuo, la familia, la comunidad y el medio, mediante un enfoque clínico, epidemiológico y social, como guía fundamental de actuación en la atención primaria para mejorar aún más los indicadores de salud. Ello conlleva un programa de atención materno infantil (PAMI) que tiene como objetivo fundamental la reducción de la morbilidad y mortalidad perinatal infantil y materna lo que exige dedicación al estudio y profundización en aquellos factores que inciden desfavorablemente en el estado de salud materno infantil.

Los trastornos nutricionales traen consigo innumerables trastornos, el período gestacional es uno de los más críticos en este sentido y no se encuentra exento de resultados adversos para la salud de la madre, el feto y el recién nacido; así, el riesgo de complicación en el embarazo aumenta en los dos extremos de la clasificación del estado nutricional según el índice de masa corporal, dígase el bajo peso materno y el sobrepeso o la obesidad. (11).

El Programa amigo de la madre y el niño materno infantil tiene como objetivo detectar todos los posibles factores de riesgo que pueden favorecer al nacimiento de un recién nacido bajo peso siendo la malnutrición materna uno de los aspectos donde se debe aún trabajar para disminuir la morbimortalidad infantil asociándose ésta también a otros factores como edades tempranas en que se presenta el embarazo, la alta frecuencia de anemia, hábitos tóxicos como el cigarro e infección vaginal entre otros

A pesar de todos los esfuerzos que se han realizado en este sentido, aún persisten dificultades en el diagnóstico y manejo del bajo peso al nacer. Es por ello que el problema a tratar en este trabajo es analizar cómo se relacionan los factores de riesgos maternos con el bajo peso al nacer. Porque se ha demostrado que tanto a nivel mundial, América Latina y del sur como una guía para el resto del mundo y los países en vías de desarrollo. Por ejemplo en Venezuela que se encuentra ubicada en esta categoría, como un país llamado

a mejorar marcadores e indicadores de salud con la participación de la misión cubana en este país .Además de la voluntad política del gobierno bolivariano de darle una mejor atención a la salud del pueblo y en especial a las de sus niños como futuro de esta nación .Especialmente en esta comunidad donde las autoridades sanitarios le ponen un enfoque abarcador y futurista a las madres ,los que me motivo a realizar este estudio para mejorar marcadores de salud en esta zona rural , ya que el bajo peso al nacer influye de forma directa sobre la salud de una población o un país llamado a ser mejor cada día .donde en esta comunidad incidió el bajo peso como un indicador de salud negativo y un riesgo de mortalidad mayor .este estudio tiene el objetivo de brindarle mejor atención medica.

Objetivos

Objetivo general

Relacionar los factores de riesgos maternos y el bajo peso al nacer.

Objetivos Específicos

- 1- Describir como se relacionan algunas variables socio demográficas de las madres con niños bajo peso al nacer
- 2- .relacionar los factores de riesgos maternos, antecedentes obstétricos, patología asociadas, con el bajo peso al nacer.

Marco teórico

Durante largo tiempo se sostuvo el criterio que el niño con bajo peso, llamado anteriormente prematuro, no podía sobrevivir; apenas se le prestaba la atención médica indispensable y prácticamente se abandonaba a su suerte. En 1919 se clasificó por primera vez a los recién nacidos según el peso, pero ya en 1947 se relacionó a los de bajo peso con un crecimiento intrauterino retardado (CIUR) y se trató de diferenciarlos de los que nacían de una gestación acortada; en 1960, los expertos de la Organización Mundial de la Salud (OMS) establecieron el término "bajo peso" para todos los niños que pesaban menos de 2 500 g, sin tomar en cuenta su edad gestacional.(2).

Se ha comprobado que al menos 50 % de los recién nacidos con bajo peso mueren, fundamentalmente en sociedades tercermundistas, si bien otros autores plantean que la mortalidad infantil es 40 veces mayor a expensas de los RNBP cuando se compara con el número de defunciones correspondientes a niños que nacen con peso normal y a término.

El bajo peso al nacer es el índice predictivo más importante de mortalidad infantil y el principal factor desencadenante de las más de 5 millones de muertes neonatales que ocurren anualmente en el mundo. Se enfatiza en el hecho de que para registrar una tasa de mortalidad infantil inferior a 10 x 1 000

nacidos vivos, deviene indispensable que el índice de bajo peso al nacer no exceda de 6 %. Los neonatos con bajo peso al nacer y especialmente por debajo de 1 500 g (muy bajo peso al nacer) determinan 60 % de la mortalidad infantil; al respecto se impone señalar que el niño pre término con bajo peso, tiene un riesgo relativo de morir 11 veces superior al de un homólogo que pesa al nacer 2 500 gramos.(1).

El índice de bajo peso al nacer (IBPN) puede considerarse como un indicador general de estado de salud y como un indicador indirecto del estado nutricional de una población. Los factores maternos asociados con el bajo peso al nacer (BPN) han sido ampliamente estudiados: el embarazo en la adolescencia, la desnutrición materna, la ganancia insuficiente de peso durante la gestación, la edad y la talla materna, índice de masa corporal, hábito de fumar, anemia, período intergenésico, los antecedentes de niños con bajo peso, hipertensión arterial durante el embarazo y la edad gestacional se encuentran entre los principales factores asociados con el peso del recién nacido. (4).

El vínculo entre la salud nutricional materna y la calidad del producto de la concepción ha sido estudiado intensamente. El descenso de la mortalidad infantil lograda en los Estados Unidos en los últimos decenios se ha obtenido precisamente a expensas de la disminución del bajo peso al nacer (BPN). Este resultado puede comprenderse mejor si se tiene en cuenta que la disponibilidad de nutrientes para el desarrollo y crecimiento fetales depende en gran medida del estado nutricional materno, no importa la concurrencia de otros eventos nutricionales que también pueden repercutir sobre el BPN.

Diferentes estudios demuestra el efecto del bajo peso al nacer y la prematuridad sobre la morbilidad y la mortalidad infantil en los países en vías de desarrollo así como su estrecha relación con la mala alimentación de las gestantes, en la cual no solo influye la cantidad que se ingiere sino también la distribución inadecuada de los alimentos durante el día ya que la costumbre de ingerir pocas comidas al día está muy generalizada en nuestra población, y en muchos casos se acompaña de la omisión del desayuno y la ingestión de una

comida nocturna excesiva, por lo que se hace necesario orientar cambios en esta nociva práctica e implementar programas a larga escala para proveer suplemento proteico-energético a las embarazadas, fundamentalmente en las áreas con elevada proporción de bajo peso y prematuridad. (12).

En los EE.UU., sin embargo se ha realizado varias intervenciones nutritivas con dietas de contenido alto-proteico de suplemento calórico en Calcio y suplemento férrico, otras vitaminas y minerales y no cuenta con nacimientos de pre término ni bajo peso durante las últimas décadas.

La validación del peso al inicio del embarazo debe realizarse antes de las 13 semanas de gestación. Para evaluar el estado nutricional se utilizan tablas de peso-talla de mujeres mayores de 20 años, sin embargo en la actualidad el indicador más preciso para la evaluación nutricional, recomendado en todo el mundo como de referencia es el cálculo del índice de masa corporal, proponiendo las siguientes categorías para esta evaluación :

La ganancia total de peso debe valorarse en función del peso al inicio del embarazo o del peso pre gestacional. La ganancia de peso media recomendada para las primíparas sanas que comen sin restricciones debe ser de 12,5 kg durante todo el embarazo (13). Según el índice de masa corporal a la captación que es el peso en kilogramos y la talla en centímetros cuadrados obteniéndose la siguiente descripción .Como peso deficiente al índice de masa corporal menor a los 18.8 kilogramos m^2 . Inferior al décimo percentil .con un alto riesgo de prematuridad y bajo peso al nacer si no se recupera el peso durante toda la gestación .También se encuentra la categoría de peso adecuado en las cuales se incluyen las gestantes , captadas con un índice

masa corporal por encima del décimo percentil comprendido 18.8 y 25.6 kilogramos m^2 . Otra categoría de importancia son aquellas gestantes clasificadas como sobrepeso a la captación correspondiente a un índice de masa corporal superior a 25.6 kgm^2 . en este grupo el percentil se encuentra entre 90 -97 y el último grupo son las gestantes clasificadas como obesas a la captación con un IMC por encima de 28.6 kgm^2 . Existen además otras categorías asociadas a la evaluación nutricional materna según el IMC y el periodo de gestación Perteneciendo a las bajo peso una ganancia superior a los 14 kilogramos; las de peso adecuado una ganancia total de 12 kilogramos al final de la gestación; las sobrepesos una ganancia no superior a los 8 kilogramos y las obesas de tan solo 5.6 kilogramos. Teniendo en cuenta la edad de la gestante o sea si es una adolescente o si se trata de un embarazo único o gemelar para las cuales existen otras categorías y el cálculo dietético es diferente siempre recomendando a un especialista en nutrición

La ganancia escasa de peso durante la gestación se asocia a un mayor riesgo de retraso del crecimiento intrauterino, bajo peso al nacer e incremento de la mortalidad perinatal, mientras que un aumento exagerado se asocia con peso de recién nacido alto al nacer, y secundariamente, con mayor peligro de complicaciones asociadas a la desproporción céfalo-pélvica. Todo esto corrobora como en el estado nutricional materno influyen dos variables importantes que son el peso inicial de la gestante y la ganancia total al final del embarazo los que pueden afectar el crecimiento fetal, entre otros. Las mujeres

de baja estatura (menor de 150 cm), deben tratar de alcanzar el límite inferior del intervalo recomendado de ganancia de peso para la talla, mientras que las adolescentes deben tratar de aproximarse al límite superior.

Para las mujeres con un índice de masa corporal normal a la captación se recomienda una ganancia de aproximadamente 0,4kg por semana en el segundo y tercer trimestre de la gestación, para las bajo peso debe ser de 0,5kg por semana y para las sobrepeso de 0,3kg por semana. (14).

La importancia de la suplementación energética durante el embarazo (300 a 850 kcal /día, con menos del 25% de esta energía procedente de las proteínas, está demostrada como un proceder asociado al incremento de peso y talla en el feto, y en peso y talla al nacimiento.

Las recomendaciones nutricionales para la mujer embarazada normo peso en de 18-35 años de edad, sugiere un costo energético adicional de 80000kcal para un período de 9 meses (280 días). Se considera apropiado adicionar 300kcal/día, desde el inicio y durante toda la gestación. Cuando se traten de mujeres sanas que reducen su actividad física se considera razonable solo la adición de 200 kcal diarias. Si las recomendaciones nutricionales se han cumplido durante el embarazo, la mujer comenzará a lactar con una reserva de grasa y en este caso las necesidades de energía alimentaria adicional durante los primeros 6 meses de lactancia serían por término medio de unas 500 kcal diarias.

Se recomienda la ingestión diaria de proteínas para la gestante y la madre que lacta, debe corresponder con el 12% de la ingestión de la energía recomendada. Grasas: Las grasas tienen gran importancia por su alta densidad

energética y participan en la síntesis de prostaglandinas, prostaciclina, tromboxanos así como vehículos de múltiples vitaminas. Se requiere en la dieta del 15 al 30% de la energía recomendada. Deben aportar no más del 30% de las calorías totales. Es importante incluir ácidos grasos esenciales de la familia "omega-6" presentes en aceites vegetales (maíz, maravilla, pepa de uva) y de la familia "omega-3" que se encuentran fundamentalmente en los aceites de soya, raps (canola), y en alimentos como el pescado, almendras y nueces. Estos ácidos grasos son fundamentales para el buen funcionamiento del sistema útero-placentario, el desarrollo del sistema nervioso y la retina del feto durante el embarazo y del niño durante la lactancia. (15).

La función principal de los carbohidratos consiste en proveer energía. Debido a la característica de estos nutrientes de participar pobremente en la formación de tejidos y la facilidad que tienen de transformarse en grasas, su suministro depende de los valores fijados para la ingesta total de energía de proteínas y carbohidratos oscilando en un 60% de la energía total recomendada. Las vitaminas son compuestos orgánicos de bajo peso molecular indispensables para el crecimiento, desarrollo y mantenimiento del organismo humano, pero que se necesitan adquirir a través de la alimentación ya que éste no tiene la capacidad de sintetizarlo, mientras los minerales son elementos químicos fundamentales para el buen estado de salud y funcionamiento del organismo.

Las concentraciones plasmáticas de muchas vitaminas y minerales disminuyen durante la gestación tal vez por la hemodilución que se produce durante el embarazo sin embargo otras no se alteran. También hay que tener en cuenta que muchas de ellas son sensibles al calor, la luz, el aire, y otras se eliminan por el sudor. En este contexto sólo hablaremos del déficit más frecuente

durante la gestación, tres de ellos son: las vitaminas A y los folatos, (ácido fólico) y el déficit de hierro. (9, 16, 17).

La vitamina A es esencial para una visión normal, el crecimiento, la diferenciación de los tejidos corporales y la integridad del sistema inmune. Su déficit en países en desarrollo se ha asociado a partos prematuros, retraso del crecimiento intrauterino y bajo peso al nacer. Adecuado es señalar que su exceso también se asocia a malformaciones cardiovasculares, faciales y del sistema nervioso central. Es uno de los pocos nutrientes cuyo requerimiento no aumenta respecto a mujeres adultas en edad fértil. Existen evidencias de que altas dosis diarias de vitamina A (superiores a 10.000 UI) consumidas las dos semanas previas al embarazo o en las 6 primeras semanas del embarazo pueden tener un efecto teratogénico. Especial cuidado debe tenerse con los preparados de ácido retinoico o sus derivados para uso cutáneo ya que estos tienen una potencia 100 a 1000 veces mayor que el retinol.

Las principales fuentes de esta vitamina son los alimentos de origen animal (hígado, aceites de hígado de pescado, huevos y productos lácteos) así como ciertos vegetales de color amarillo intenso (zanahoria), hojas de color verde intenso (espinacas y lechugas), y frutas amarillas (fruta bomba y mango). Las fuentes de ácidos fólicos son esenciales para el crecimiento y desarrollo del feto

Propuestas recientes han aumentado la recomendación de ingesta diaria en la mujer en edad fértil a 400 µg/día (más del doble de la cifra previa) y a 600 µg/día en la embarazada. La asociación entre este nutriente y los defectos de cierre del tubo neural ha sido varias veces analizada. Su uso en altas dosis (4,0 mg/día) es especialmente importante en mujeres con antecedentes previos

de hijos con Defecto del tubo neural {DTN} desde 6 a 8 semanas antes de la concepción hasta completar el primer trimestre del embarazo. La fortificación del pan con ácido fólico a partir del año 2.000 se espera contribuirá a reducir la prevalencia de esta patología y posiblemente de otras malformaciones. Las principales fuentes de ácido fólico son hígado, leguminosas, maní, espinaca, betarraga cruda y palta.

El ácido fólico tiene vital importancia para la división celular y el crecimiento por lo que su déficit se asocia con bajo peso al nacer, desprendimiento prematuro de la placenta y defectos del tubo neural. Además en países en desarrollo se asocia con anemia megaloblástica. (9).

Los niveles sanguíneos de folato disminuyen durante el embarazo a causa de la expansión del volumen plasmático y del aumento de la excreción urinaria, pero sin embargo en el feto se mantiene concentración elevada a costa de la madre por lo que se hace necesario suplir en este período esta vitamina por la rápida depleción de las reservas corporales maternas:

Son fuentes ricas de éste el hígado, las carnes, el huevo, las leguminosas, los cereales integrales, las viandas (papa, calabaza, boniato), y vegetales (quimbombó, berro, nabo, pimientos, tomates) y diversas frutas (melón, plátano y cítricos) aunque debemos recordar que el ácido fólico es destruido en casi su totalidad durante la cocción. Se recomiendan en el embarazo de 200-300 mg/día y durante la lactancia de 100-200 mg/día.

Las necesidades de hierro se duplican durante el embarazo y es prácticamente imposible cubrirlas con medidas dietéticas. Ello lleva a la necesidad de utilizar suplementos en forma rutinaria, aunque el grado de cumplimiento real de esta medida es bajo, por lo que deben buscarse

mecanismos que mejoren la adherencia al tratamiento. Las principales fuentes de hierro son las carnes, leguminosas, semillas, algunos vegetales y pan y cereales fortificados.

En la actualidad se dispone de suficiente evidencia que relaciona la anemia por déficit de hierro con prematuridad y bajo peso al nacer. Este mineral actúa como coenzima en gran cantidad de reacciones del organismo, especialmente en el proceso de oxidación-reducción. (18).

Las fuentes fundamentales de hierro hemínico, (con absorción entre un 20-30%), se encuentra en elevada concentración en el hígado, productos de sangre, carnes de res, verduras, aves y mariscos. El no hemínico se encuentra en cereales, leguminosas y verduras, solo se absorbe en menos de un 5%. La ingesta de vitamina C, carne de res, aves y pescados son capaces de incrementar esta absorción pero solo si se encuentran en la misma comida. El déficit de hierro es la carencia nutricional más frecuente y difundida en el mundo actual. Afecta a niños y mujeres en países en vías de desarrollo, es el único elemento deficiente que prevalece considerablemente en los países industrializados.

Los números son representativos: (más del 30% de la población mundial), tienen anemia y más frecuente por déficit de hierro y es por ello que esta situación de salud se considera está presente en proporciones epidémicas. La OMS plantea que en los países subdesarrollados cada 5 segundo una embarazada y el 40% de los niños en edad preescolar padecen de anemia repercutiendo desfavorablemente en el embarazo, retardo del desarrollo psíquico y cognoscitivo, aumenta el riesgo de enfermedades en los niños y la

disminución de la productividad en los adultos. Además constituye el 20% de las causas por muerte materna.

La anemia ferropenia supone el 95% de anemias en la embarazada. El embarazo y el parto representan un drenaje de 1-1,3 g de hierro que se extrae, fundamentalmente, de las reservas maternas. En una mujer normal los depósitos de hierro alcanzan los 2 g, hallándose un 65% de dicha reserva en los hematíes circulantes. La ferritina, localizada en el hígado, médula ósea y en el bazo, constituye el 25% de esta reserva

Si el intervalo entre los embarazos es corto, si en el embarazo anterior se presentó una hemorragia significativa, o la ingesta de hierro es pobre, se desarrollará una anemia por déficit de hierro. (19,20).

Las necesidades de calcio en el embarazo se estiman en 1.000 mg por día. Durante el tercer trimestre se produce un importante traspaso de calcio materno al feto, que si no es obtenido de la dieta es movilizado desde el tejido óseo materno, lo que puede tener un efecto negativo en etapas posteriores de la vida de la mujer. Existen algunas evidencias que el déficit de calcio determina mayor riesgo de hipertensión y parto prematuro. Las principales fuentes de calcio son los productos lácteos (leche, queso, quesillo, yogurt).

Una baja ingesta de zinc en la población y su déficit se ha asociado a bajo peso al nacer y parto prematuro. Las principales fuentes de zinc son mariscos, carnes, lácteos, huevos, cereales integrales y pescado.

Tiene diferentes componentes: la historia clínica, la historia alimentaria, el componente antropométrico, el componente bioquímico y el componente inmune

Una historia clínica bien realizada constituye un elemento fundamental que contribuye, de manera muy efectiva, a la determinación del estado nutricional

actual del individuo. Para algunos investigadores ésta puede estar incluida o extraerse del interrogatorio amnésico referido anteriormente. Su importancia radica en el conocimiento con la mayor precisión retroactiva posible en cantidad, calidad y duración, de cómo ha sido el comportamiento alimentario del individuo, tomando ahora en consideración no sólo los aspectos de disponibilidad y accesibilidad alimentaria sino también, y de manera particularmente importante, por los factores culturales alimentarios, de educación alimentaria del individuo y de aquellos relacionados con la forma de elaboración, preparación e ingestión de los alimentos. Una correcta valoración antropométrica es una herramienta fundamental para el análisis de la valoración ponderal en las gestantes y

Constituye uno de los instrumentos más importantes, baratos y fáciles de ejecutar que permite la obtención de información bastante acabada y acorde con la realidad objetiva nutricional del sujeto, siempre y cuando sea bien ejecutado, siguiendo las normas internacionales establecidas, con instrumentos previamente estandarizados y por un personal debidamente entrenado. Debe comenzar con el registro del peso, la talla, la determinación del índice de masa corporal y de otros tipos, diferentes mensuraciones como pliegue tricipital, pliegue subescapular, pliegue supra iliaco, circunferencia braquial media, circunferencia media de la pierna, circunferencia cefálica, circunferencia torácica, circunferencia de la cintura y circunferencia de la cadera, entre otras.

Es de alta precisión y especificidad pero, en general, muestra mayores complejidades técnicas y un costo más elevado. En su ejecución se debe seguir el principio de la llamada ruta crítica, es decir, primero deben

realizarse las determinaciones de una significación predictiva más general y menos costosas como por ejemplo el conteo de glóbulos rojos, el leucograma, el valor hematocrito, la eritrosedimentación, la cituria o un parcial de orina. Luego se realizarán las determinaciones que se precisen según el grado de comprometimiento del estado nutricional del individuo que se sospeche; por ejemplo, glicemia, concentración total de proteínas plasmáticas, concentración de globulinas plasmáticas, concentración de albúmina plasmática, entre otro

El componente inmunológico es el predictor más sensible del estado nutricional, al punto que se ha llegado a plantear que no existe afectación del mismo sin algún grado de comprometimiento de la respuesta inmune, tanto la humoral o mediada por anticuerpos como la celular o mediada por los linfocitos T.

Según la OMS, más de un millón de vidas al año en todo el mundo podrían salvarse si se cumpliera el Programa de Maternidad y Paternidad Consciente, que consiste en preparar a la mujer y a su familia para enfrentar los muy variados procesos del ser padres, e incluye entre sus principales estrategias de trabajo, todo lo concerniente a la calidad de vida y nutrición de la madre y su hijo.

Si analizamos que a nivel mundial, uno de cada 6 niños nace con un peso insuficiente y se considera que la mortalidad durante el primer año de vida es 14 veces mayor en los niños con bajo peso al nacer que en aquellos que nacen con peso normal a término, es comprensible que aún es necesario profundizar en el tema.

La OMS ha señalado que el bajo peso al nacer es universalmente y en todos los grupos de poblaciones, el determinante más importante de la probabilidad que tiene el recién nacido de sobrevivir y experimentar un crecimiento y desarrollo saludable. El bajo peso constituye indudablemente el factor más importante en inmediata relación con la morbi-mortalidad perinatal.(4). Las implicaciones de esta situación sobre la salud materno-infantil son muy serias. La dieta durante el embarazo y la lactancia debe ser balanceada y cubrir las recomendaciones energéticas. Se debe prestar atención a las fuentes dietéticas de hierro y calcio. El incremento de las necesidades nutricionales durante el embarazo y la lactancia hacen necesario la suplementación de vitaminas y minerales, especialmente de ácido fólico, hierro y calcio para proporcionar niveles adecuados de éstos debido a la dificultad de ingerirlos durante la dieta. La calidad de ésta dieta repercute en el estado nutricional previo de la gestante y constituye un factor que afecta la salud de la embarazada y el niño por lo que ganancias insuficientes de peso al final del embarazo llevan a una mayor incidencia del bajo peso al nacer (21).

Los resultados de los programas antes mencionados contribuyeron a la disminución del bajo peso al nacer, así como la mejoría en indicadores básicos del estado nutricional de la población. Sin embargo, a pesar de los resultados favorables alcanzados en este sentido se considera que en los aspectos relacionados con la salud nutricional materno-infantil, los indicadores pudieran ser mejores, porque en Venezuela es frecuente el bajo peso al inicio del embarazo, la ganancia insuficiente de peso durante la gestación y la anemia durante el embarazo.

El desafío de los profesionales de la salud es ayudar a establecer conductas saludables con relación a alimentación y actividad física y prevenir la

exposición a sustancias tóxicas durante todo el ciclo vital y en forma muy prioritaria durante el embarazo, período de máxima vulnerabilidad:

En síntesis en la embarazada con estado nutricional normal se debe agregar una porción adicional de lácteos y frutas con relación a las pautas recomendadas para la mujer adulta. Ello permite un aporte adecuado de todos los nutrientes con excepción del hierro. En la práctica cotidiana muchas mujeres en edad fértil tiene un bajo consumo de lácteos, verduras y frutas, por lo cual debe haber una preocupación especial por cubrir las recomendaciones de estos alimentos.

No hay necesidad de hacer un esfuerzo especial por comer más durante el embarazo. Durante el primer trimestre la ingesta energética debe permanecer relativamente igual en una mujer con estado nutricional normal. En los otros trimestres el incremento de energía es menor de un 10% y “comer por dos” determina un aumento innecesario de peso. El cambio en la dieta debe por lo tanto ser más cualitativo, que cuantitativo. Tampoco deben usarse dietas restrictivas, ya que determinan mayor riesgo para la madre y el niño.

Material y métodos

Se realizó un estudio descriptivo, retrospectivo con el objetivo de determinar la asociación de los factores de riesgo maternos con el bajo peso al nacer en el Consultorio Médico Popular Antonio José de sucre perteneciente al municipio el baúl Estado Cojedes en el año 2015-2016

Universo y muestra

Contamos con un universo de 190 niños que fue el total de nacimientos de ese ASIC en el consultorio médico popular de igual nombre año 2015 periodo comprendido entre enero –diciembre menores de un año con bajo peso al nacer .La muestra estuvo constituida por las 13 madres de los niños con bajo peso al nacer en el consultorio médico popular Antonio José de sucre Estado Cojedes .

Criterios de inclusión: Madres que dieron su consentimiento informado del estudio

Criterios de exclusión: Madres que se encontraron fuera del área y madres con problemas mentales.

Técnicas y procedimientos de recolección de la información

Se revisaron las historias clínicas de los lactantes con bajo peso al nacer e historias clínicas obstétricas de las madres de dichos niños nacidos en el 2015 pertenecientes al consultorio popular del Asic Antonio José de sucre

Para el procesamiento y análisis de los resultados se creó una base de datos en el sistema SPSS versión 11.0 y la información se procesó a través de dicho paquete estadístico y del EPIDAT versión 3.0. Además de los antecedentes históricos lógicos. Así como el Análisis y síntesis Se Identificaron las fuentes biográficas para la solución del problema científico. Dentro de los Métodos científicos empíricos se utilizo el observacional ya que este método está siempre presente en estos tipos de estudios, la observación es una herramienta importante de apreciación.

Operacionalización de las variables

Variables	Nivel de medición	Escala	Descripción

Edad de la madre	<i>Cuantitativa continua</i>	≤15 15 - 19 20 - 24 25 - 29 30 – 34 ≥35	Edades de las madres según años cumplidos
Ocupación	Cualitativa Nominal Politómica	Ama de casa Trabajadora Estudiante	Según la labor que realiza
Estado socioeconómico	Cualitativa nominal politómica	Bueno Regular Malo	<p>Aquellas madres que tuvieron sustento económico y apoyo familiar;</p> <p>Regular para las que solo tenían sustento económico</p> <p>Malo para las que no tenían ni sustento económico ni apoyo familiar.</p>

Valoración Índice de Masa Corporal(IMC)	Cualitativa nominal politémica	Bajo Peso Normo peso Sobrepeso Obesa	IMC ≤ 18,8 kg/m ² 18,8 kg/m ² - 25,6 kg/m ² 25,6 kg/m ² - 28,6 kg/m ² > 28,6 kg/m ²
Factores de riesgo de bajo peso al nacer	Cualitativa nominal politémica	Adolescentes Hábito de fumar Infección Vaginal Alcoholismo Antecedentes de hijos bajo peso Período intergenésico corto Anemia Infección del Tracto Urinario Ganancia Insuficiente de Peso	10-19 años Fuma sí o no Presenta secreción vaginal Ingiere bebidas alcohólicas sí o no Antecedentes de hijos anteriores con peso < 2500 gramos Periodo entre un embarazo y otro < de 2 años Hb < 11 g/l Urocultivo con + 100000 col/ml de algún germen Ganancia del peso según IMC

		Múltiparas	2 o más partos
Patologías Asociadas	Cualitativa nominal politómica	Hipertensión Arterial Diabetes Mellitus	Según cifras de T/A Según cifras de glucemia

Análisis y Discusión de los Resultados

Título: Relación de los factores de riesgos maternos y su repercusión en el bajo peso al nacer. los resultados se expresan en tablas y se compara con la bibliografía revisada.

Tabla 1: Distribución de la muestra según edad materna en la comunidad del consultorio popular José a sucre del asic de igual nombre del poblado el baúl Estado Cojedes. País Venezuela

Grupo de edades(años)	Nº	%
≤15	2	15.32
15 - 19	5	38.34
20 - 24	3	23.07
25 - 29	1	7.69
30 - 34	1	7.69
≥35	1	7.69
Total	13	100.00

Fuente historia clínica.

La tabla 1 representa la distribución de la muestra según edad materna, se observa que el grupo de edad que prevaleció fue el de 15-19 años para el 38.3%, seguido del grupo de 20-24 años para el 23.1% lo que coincidiendo con estudios realizados por otros autores, en este mismo país y otros donde se han estudiados estos tipos de variables y su relación con el bajo peso. porque

en Venezuela al igual que en otros países con igual o parecida estado económico y nivel de vida, las adolescente siguen aportando una suma importante al índice del bajo peso al nacer .Otro ejemplo en Argentina Provincia Rosario, municipio Santa Fe, se realizo un estudio que coincide un 38.5 % de las adolescentes aportaron, el mayor numero de bajos pesos.

Otros autores como Paoli en el centro de atención a la nutrición de Caracas, plantea existe una alta incidencia de bajo peso al nacer en adolescentes y mujeres mayores de 35 años. (14).Otro estudio realizado en la universidad de Medellín república de Colombia .mostro en su estudio que el grupo comprendido entre 19 -30 fue el que más aporto bajo peso en periodo estudiado 2006 en esa clínica. resultado que discrepa en parte con el del autor de este trabajo , aunque hago la salvedad , que también se incluye parte de este grupo estarlo de este trabajo y si coincide con segundo grupo estudiado en este trabajo de 20-24, como segundo grupo de mayor índice de bajo peso en esta comunidad .Al igual se realizo un estudio en cuba provincia habana , municipio playa en enero 2006 – diciembre de igual año aportando los siguientes datos .Se observo que en ese periodo el grupo de mayor incidencia en el bajo peso fue ,el de 30-35 años resultados que si defieren con los encontrados en este trabajo ,pero eso puede variar de una región a otra por la diferencia nutricional , la misma cultura, el clima , así como el nivel de educación y esperanza de vida de los diferentes países .

Nivel ocupacional	N°	%
Ama de casa	3	23.08
Trabajadora	5	38.46
Estudiante	5	38.46
Total	13	100.00

Esta tabla representa el nivel ocupacional de estas madres que el 38.46 % de las madres son trabajadoras, seguidas de las estudiantes que ocupan el 38.46% lo que guarda relación con la distribución actual del país respecto al nivel ocupacional recogido en el anuario estadístico del 2015. Este dato no se comporta de igual forma en el resto de los países del área, donde la mujer solo por su calidad de mujer se ve limitada a la hora de desempeñar otros trabajos fuera del hogar, sobre todo en el estado de gestación.(1). Este estudio coincide con el Policlínico Antonio Maceo del municipio Capitalino Habanero, donde demostró que las mujeres trabajadoras ocuparon el 63.7% de los recién nacidos bajo peso. Seguido de las estudiantes en un 27.1%.EL nivel ocupacional aunque no siempre muy estudiado tiene un papel importante como factor predisponente del bajo peso .Un ejemplo lo ocupan las madres

trabajadoras que aunque con un sustento no siempre suficiente, muchas veces están mal alimentadas por la propia presión del trabajo, en muchos centros la alimentación no es suficiente o de lo contrario en el caso de algunas madres venezolanas tienen un solo ingreso y varios hijos que sustentar. Datos recogidos de las propias madres en cuestionadas. En Cuba esta variable varía por la alta participación en masa de la mujer trabajadora y la igualdad social de la mujer en Cuba, así como el alto nivel educacional en cuanto a temas de salud sin descuidar que a pesar de los esfuerzos del Ministerio de Salud Pública y las organizaciones políticas, todavía siguen las adolescentes, estudiantes el mayor número de bajo peso en Cuba. En el caso de Venezuela y en especial en esta comunidad campo, las madres trabajadoras, muchas trabajan en negocios privados por la diferencia de clases y sobre todo la posición social.

Estado socioeconómico	Nº	%
Bueno	3	23.07
Regular	7	53.86
Malo	3	23.07
Total	13	100.00

Con respecto al estado socioeconómico el 53.86 % su estatus es regular que se corresponde con el nivel económico que predomina en el país. Sánchez y el Dr. Del Real realizaron un estudio donde el 33% de las gestantes presentaron una relación directamente proporcional entre el bajo nivel socioeconómico, el mal estado nutricional y el bajo peso de los recién nacidos (23). En esta comunidad y este estado tiene una característica especial debido que la principal actividad o fuente de ingreso es la agricultura y la ganadería así como la poca industrialización de la zona dando una alta incidencia de desempleo y

Factores de Riesgo	N°	%
--------------------	----	---

sobre todo en la mujer la cual no son aceptadas para este tipo de trabajo .el ingreso económico es bajo .y la diferencia es notable entre las diferentes clases a pesar de lo diferentes programas creados por el gobierno para la igualdad social y la adecuada alimentación de las embarazadas .En otro país se comporta diferente ejemplo es cuba que tiene igualdades sociales y los derechos a la mujer a una alimentación adecuada ocurre lo contrario por los bajos salarios y no poca voluntad de superación en la población .

Adolescentes	7	53.84
Infección vaginal	13	100.00
Antecedentes de hijos con bajo peso	5	38.46
Período intergenésico corto	9	69.23
Multiparidad	9	69.23
Hábito de fumar	3	23.07
Alcoholismo	1	7.69

Siendo la infección vaginal la que predominó con el 100% del grupo estudio, seguido de la multiparidad y el periodo intergenésico corto con 69.23%

siendo la infección vaginal la que predominó con el 100% del grupo estudio, seguido de la multiparidad y el periodo intergenésico corto con 69.23% cada uno. El Dr. Salas relaciona la anemia ferropenia en el embarazo con el período intergenésico corto. El Dr. Chaviano relacionó la edad materna y el bajo peso al nacer, estableciéndose una relación directa entre estos factores. Gala Vidal y Rodríguez Domínguez mencionan los factores de riesgo coincidiendo con los nuestros sin embargo la infección vaginal y la multiparidad en estos estudios tienen un rol secundario, contrario a lo que muestra este estudio.(1,4,11,19). En Cuba según el Ministerio de Salud Pública estos factores se comportan de la siguiente manera: la adolescencia, las infecciones, anemias y ganancia deficiente de peso. Este estudio concuerda con otros autores de diferentes países ejemplos .El caso de de Medellín Colombia policlínica universitario donde se encontró la infección vaginal, la anemia y la hipertensión como los principales factores asociados al bajo peso al nacer. Otro ejemplo también fue estudiado en cuba en el ministerio de salud pública en revista de igual nombre año 2012. En el municipio güira de melena .Policlínico José Manuel dio a conocer .Que los principales factores de riesgo fueron .la adolescencia, la infección vaginal y la anemia coincidiendo en partes con el autor de este trabajo. También en cuba en la provincia de pinar del rio en el año 2006 se realizo un estudio donde se encontraron los siguientes resultados .donde se encontró que la infección vaginal fue el principal factor asociado, trabajo que también concuerdan con el autor .Conociendo que la infección vaginal es un importante factor para el ciur, así como el parto pre termino.

Patologías asociadas	Nº	%	
Hipertensión Arterial	5	38.46	
Diabetes Mellitus	1	7.69	
Anemia	7	53.84	
Ganancia Insuficiente de Peso	7	53.84	
Infecciones del Tracto Urinario	5	38.46	

En esta tabla observamos que el 53,84% presentan anemia y una ganancia de peso insuficiente coincidiendo con lo que plantean algunos autores sobre la influencia de la anemia con el bajo peso al nacer. Otros autores plantean la desnutrición como factor de riesgo en el bajo peso. Ambas patologías presentan influencia sobre el peso al nacer y se relaciona con alto índice de morbilidad perinatal.(1,4,5,6,8,10). En Cuba tiene un comportamiento parecido, en un estudio realizado en Pinar del rio municipio Bahía Onda se comportó de la siguiente manera: La hipertensión arterial para un 38.46%, las infecciones del tracto urinario para un 32%, la anemia en un 53.8% y la ganancia insuficiente de peso en un 53.84%, el asma bronquial en un 6.1 % y la diabetes mellitus en un 2.5 %, coincidiendo con algunas de las patologías de nuestro estudio.la anemia como se puede apreciar en este trabajo como principal afección encontrada como patología asociada al bajo peso . Dado que durante el embarazo el propio contribuye al aumento del consumo de hierro .debido a que el desarrollo propio desarrollo del embrión consume hierro. Por este motivo en casi el 100 por ciento de las embarazadas encontramos anemia. Pero el

objetivo del médico de atención primaria es brindar suficiente información y tratar esta patología tan frecuente a veces subestimadas que implica un alto riesgo para el bajo peso al nacer, así como su posible desarrollo e intelecto .Estos trabajos concuerdan con el del autor .En esta comunidad es más frecuente posiblemente al mal habito alimenticio por preferencia de comidas chatarras, bebidas con gases entre otros malos hábitos alimenticios , por lo que se hace necesario incrementar el consumo de suplemento de hierro .

	Ganancia de peso durante el embarazo.				
Clasificación según IMC	Adecuada		Inadecuada		Total
	No	%	No	%	
Bajo peso	3	42.85	4	57.15	7
Normo peso	3	100.00			3
<i>Sobrepeso</i>	1	50.00	1	50.00	2
Obesa			1	100.00	1
Total	7	53.84	6	46.16	13

Esta tabla representa la asociación de la ganancia de peso y el bajo peso al nacer

Como se observa en las madres con bajo peso predominó una ganancia de peso inadecuada al igual que aquellas mujeres obesas y sobrepeso, sin embargo las normo peso tuvieron una adecuada ganancia de peso. Esto guarda relación con los malos hábitos alimenticios, el nivel socioeconómico, las patologías asociadas al embarazo. Estudios realizados por varios autores

reflejan la importancia del estado nutricional y la ganancia de peso adecuada durante la gestación para tener un producto de la concepción con peso normal lo que trae aparejado una disminución en la morbilidad infantil. (5,7,11,12,14,22,24,25). En el país de Colombia en el estado Medellín se realizó un estudio que las mujeres con bajo peso fueron aquellas que fueron bajo peso al nacimiento, lo que no coincide con nuestro estudio, lo que puede variar según el estado socioeconómico de cada país. No es así en Argentina provincia Santa Fe demostró que las madres adolescentes aportaron un 38.5 % del bajo peso al nacer de esa provincia, el cual coincide con nuestro estudio. Es obvio que el bajo peso, la obesidad, y el sobrepeso traen consigo tasas de bajo peso y muerte. Por eso es tan importante hacer una buena captación, medir bien las embarazadas por el correcto Seguimiento prenatal brindando una mejor atención y consejo nutricional. En Cuba existen siguen el ministerio de salud pública, el centro de alimentación y nutrición tablas capaces de dar una clasificación según el estado de índice masa corporal, además de una consulta de consejería nutricional antes de las 14 semanas para una correcta asesoría. El bajo peso es un problema a nivel mundial en los países tercer mundistas casi siempre es por defecto y en los países desarrollados es el sobrepeso.

Conclusiones

El grupo etario que predominó fue el de 15-25 años. Prevalció en las mujeres con nivel socioeconómico regular y trabajador. Los factores de riesgo maternos que más incidieron en el bajo peso al nacer fueron: la infección vaginal, seguida por la multiparidad y periodo intergenésico corto. La anemia, el bajo peso materno y la ganancia de peso insuficiente fueron las patologías más frecuentes durante el embarazo en las madres con hijos bajo peso al nacer. Se concluyó que las madres adolescentes fueron las que aportaron el mayor número de bajo peso al nacer, el cual está relacionado con los factores biológicos asociados a la inmadurez de los órganos reproductores.

Recomendaciones

La buena voluntad del autor es que este trabajo se pueda utilizar como una herramienta y aporte al bajo peso al nacer .Además que se sea aplicable en otros lugares y sobre todo que se tenga en la mira como un problema vigente todavía no resuelto.

Referencias Bibliográficas

- 1.-Rodríguez Domínguez P.L., Hernández Cabrera J. y Reyes Pérez A. Bajo peso al nacer algunos factores asociados a la madre. Rev. Cubana Obstet Ginecol 2010; 32(3) p168-170
- 2.-Sixto Bustelo G., Zayas León M.D., Valle Santana G. et al: Resultados perinatales del crecimiento intrauterino retardado. Rev. Cabana Obstet Ginecol, 2011; 32(1), p103-105.
3. - United States Census Bureau. International Programs Center <<http://www.census.gov/ipc/www/>> [consult: 15 mayo 2011].
- 4.-Gala Vidal H' Crespo Mengana E, García Díaz M, Beltrán Bahades J, Valor Rodríguez A. Factores de riesgo asociados al bajo peso al nacer MEDISAN v.14 n.2 Santiago de Cuba.2013 (73-81)
- 5.- Díaz Torres S., Soto F., Carballo Pérez N. Variaciones del estado nutricional en embarazadas desnutridas y su repercusión en el peso del recién nacido. MEDISAN 2012; 6(1):41-45
- 6.-Ballester Sánchez J M, Suárez Blanco C M, Valoración nutricional de la gestante. Rev. Cubana Obstet Ginecol; 2014; 27(2).165-171.
- 7.-Hodgson MI, Tilton Z, Donoso E, Obesidad y riesgo obstétrico en una población Chilena. Rev. Chil. Nutr. 2009; 14:200-205.
8. Villares Álvarez I, Fernández Águila J.D., Avilés Martínez M. Anemia y deficiencia de hierro en embarazadas de un área urbana del Municipio de Cienfuegos: Rev. Cubana Obstet Ginecol; 2012, 32(1) ,57-60.

- 9- Barón M A, Solano L, Peña E, Morón A. Estado de la nutrición de folato, vitamina B12 y hierro en adolescentes embarazadas. Centro de investigaciones en Nutrición Dr. Eleazar Lara Pantin. Facultad de Ciencias de la Salud. Universidad de Carabobo. Valencia. ALA v. 53 n. 2 Caracas jun. 2009.
- 10.-Mardones F, Rioseco Alonso. Anemia en las embarazadas de la comuna de Puente Alto, Chile. Rev. Méd. Chile v. 131, n. 5, mayo 2010
- 11.-Chaviano Quesada J, López Sosa D. Edad materna, riesgo nutricional preconcepcional y bajo peso al nacer. Centro Provincial de Higiene y Epidemiología de Cienfuegos. Rev. Cubana Aliment. Nutr. 2010; 14 (2): 94-96.
- 12.-Barbosa Ruíz R. Conocimientos de mujeres gestantes sobre los requerimientos nutricionales en el embarazo. Rev Enferm IMSS 2013: 13(1): 3-7.
- 13.-Ministerio de Salud Pública, Tablas Antropométricas para embarazadas, Cuba. 2009.
- 14.-Paoli I R, Henríquez Pérez G, Azuaje Sánchez A. Efectividad del índice de masa corporal en el diagnóstico nutricional de gestantes. Centro de Atención Nutricional Antemano (CANIA). ALAN v. 55 n. 1 Caracas jan. 2010. p 36-39.
- 15.-Martín González I., Plasencia Concepción D., González Pérez T.: Manual de Dietoterapia. La Habana: Editorial de Ciencias Médicas ,2008; 182- 195.
- 16.- WHO. Micronutriente deficientes: iron deficiency anaemia; 2010. <http://www.who.int/nutrition/topics/ida/en/index.htm/> Revisado el 13/4/2010

17. - Viteri F E. Prevention of micronutrient deficient. Tools for policymakers and public health , workers. Institute of medicine. National Academy Press 2009; (45-102).

18.-United Nations Children's Fund, United Nations University, World Health Organization, Micronutrient Initiative (UNICEF/UNU/WHO/MI). Preventing iron deficiency in women and children. A UNICEF/UNU/WHO/MI technical workshop. New York: UNICEF, 2009 U.S. Department of Agriculture, U.S. Department of Health and Human Services. Dietary guidelines for Americans, 5th

19.-Salas Mallea, A, Torrico Espinosa, A K; Aranda Torrelio, E.. Anemia ferropenia durante el embarazo y su relación con el intervalo Intergenésico. Cuad. Hosp. Clín. 2012; 49(2):161-166

20.-Oliva Rodríguez JA: Anemia y embarazo en Temas de Ginecología y Obstetricia; 2004.

21.-Rosso P, Mardones F. Nutrición en el embarazo. En: Obstetricia, Pérez Sánchez. Editores: A. Pérez, E. Donoso. Tercera Ed. Santiago, Chile: 2004; 233-244.

22.-Peña E, Sánchez A, Solano L. Perfil de riesgo nutricional en la adolescente embarazada. Centro de Investigaciones en Nutrición. Universidad de Carabobo. Valencia. ALAN v. 53 n. 2 Caracas jun. 2012.

23.-Sánchez Jaeger A, Del Real Vargas S I, Índice de Masa Corporal al comienzo del embarazo en un grupo de gestantes venezolanas de bajo estrato socioeconómico y su relación con la antropometría en recién nacidos. Facultad

de Ciencias de la Salud, Universidad de Carabobo. Valencia, Venezuela. ALAN
v. 56 n. 2 Caracas jun. 2010

24.-Atalah E, Castillo C, Gómez, et al. Desnutrición de la embarazada: ¿Un
Problema sobre dimensionado? Rev. Med. Chile 2011 23: 31-38.

25.-Mardones F, Roso P, Villarroel L. Comparación de dos patrones de incremento de
peso durante el embarazo. Rev. Chil. Nutrí. 2010; 25:7-15

26. Revista colombiana de ginecología y obstetricia .volumen 57.26.Revista
colombiana de ginecología y obstetricia .volumen 57.#2006 264-270.

27. Revista cubana de obstetricia y ginecología on line .ISSN 1561-3062
.2012.,38 [2] 238-245.

28. Burney RD. The undernourished full term infant. West J Surg Obstet
Gynecol 1947;55:363.

29.Gruenwald P. Chronic fetal distress and placental insufficiency. Biol
Neonat 1963;5:215.

30.Battaglia FC, Lubchenko LO. A practical classification of newborn infants
by weight and gestational age. J Pediatr 1967;71:159.

31.González-Merlo J. Obstetricia. 4a ed. Barcelona: Salvat; 2014.

32.Perry CP, Harris RE, De Lemos RA. Intrauterine retarded growth infants:
correlation of gestational age with maternal factors, mode of delivery and
perinatal survival. Obstet Gynecol 1976;48:182.

33.Belizán JM, Villar J, Carroli G. Retardo del crecimiento fetal. En:
Obstetricia. 2a ed. Santiago de Chile: Mediterráneo; 2009.

34.Schwarcz RL, Duverges CA, Díaz AG, Fescina RH. Obstetricia. 6a ed.
Buenos Aires: El Ateneo; 1989.p.192-254.

35.Adamsons K, Romaguera J, Wallach RC. Acceleration of fetal maturation
by intraamniotic administration of thyroxine. J Perinatal Med 1984;12:21.

36. Spiers PS. Does growth retardation predispose the fetus to congenital malformation? *Lancet* 1982; 1:312-4.
37. Lugo G, Cassdy G. Intrauterine growth retardation: clinicopathologic findings in 233 consecutive infants. *Am J Obstet Gynecol* 1971;109:615-22.
38. Myers GJ, Cassady G. Neonatal seizures. *Pediatr Rev* 1983;11:67-72.
39. Kesmodel V. Alcohol and pregnancy. *Ugeskr Laeger* 1999;161:4989-94.
40. De Onis M. Epidemiología y morbilidad del síndrome del retardo del crecimiento uterino. Madrid: Universidad Complutense; 2011.
41. Shouthgate DAT, Hey EN. Chemical and biomedical development of the human fetus. En: Roberts DF, Thomson AM, ed. *The biology of human fetal growth*. London: Taylor and Francis; 1976.p.195-209.
42. Winddowson EM. The demands of the fetal and maternal tissues for nutrients, and the bearing of these on the needs of the mother to "eat for two". En: Doobing J, ed. *Maternal nutrition in pregnancy. Eating for two?*. London: Academic; 1981.p.1-19.
43. Winick M. Cellular growth in intrauterine malnutrition. *Pediatr Clin North Am* 1970;17:69.
44. Kingdom JC, Kaufmann P. Oxygen and placental vascular development. Ontario: Department of Obstetrics and Gynecology, University of Toronto; 1999.p.259-75.
45. Suzuki S, Okudaira SR, Yoneyama Y, Asakura H, Shin S, Kaneko AT. Characteristics of monochorionic-diamniotic growth retarded twins during the third trimester. *Nippon Med Sch* 1999;66(5):330-4.

46. Cassady G, Strange M. The small for gestacional age infant. En: Avery G, ed. Neonatology. 3 ed. Philadelphia:JB Lippicott;2011.p.299-331.

