

TÍTULO: UNIVERSIDAD DE CIENCIAS MÉDICAS DE CIEGO DE ÁVILA
HOSPITAL PROVINCIAL GENERAL DOCENTE
“DR. ANTONIO LUACES IRAOLA”
CIEGO DE ÁVILA

TÍTULO:

**SITUACIÓN SOCIO-EPIDEMIOLÓGICA Y CLÍNICA DE LAS MENINGOENCEFALITIS EN NIÑOS
INGRESADOS EN EL HOSPITAL PROVINCIAL DE CIEGO DE ÁVILA**

TESIS EN OPCIÓN AL TÍTULO DE ESPECIALISTA DE PRIMER GRADO EN PEDIATRÍA

AUTORA:

DRA. ARIANY NUÑEZ VALENZUELA

2014

UNIVERSIDAD DE CIENCIAS MÉDICAS DE CIEGO DE ÁVILA
HOSPITAL PROVINCIAL GENERAL DOCENTE
“DR. ANTONIO LUACES IRAOLA”
SERVICIO DE PEDIATRÍA
CIEGO DE ÁVILA

TÍTULO:

**SITUACIÓN SOCIO-EPIDEMIOLÓGICA Y CLÍNICA DE LAS MENINGOENCEFALITIS EN NIÑOS
INGRESADOS EN EL HOSPITAL PROVINCIAL DE CIEGO DE ÁVILA**

TESIS PARA OPTAR POR EL TÍTULO DE ESPECIALISTA DE PRIMER GRADO EN PEDIATRÍA

AUTORA:

DRA. ARIANY NUÑEZ VALENZUELA

RESIDENTE DE PEDIATRIA

TUTORA:

DRA. OLGA AMELIA CARRERA NODAL

ESPECIALISTA DE SEGUNDO GRADO EN PEDIATRIA

PROFESOR ASISTENTE.

HOSPITAL PROVINCIAL GENERAL DOCENTE. DR ANTONIO LUACES IRAOLA.

2014

PENSAMIENTO

...No hay nada que pueda detener el ímpetu, la audacia y la decisión de los hombres cuando se empeñan con vehemencia en llevar a cabo una obra, o una idea. Las limitaciones materiales pueden complicar el camino, pero cuando se trabaja en la mira en los más nobles ideales, cuando se desatan los resortes de la inteligencia y de la voluntad, la victoria está garantizada.

Dra. Rosa E. Simeón.

DEDICATORIA

Dedico este trabajo a mi familia que siempre me ha apoyado en todo, en especial a mis abuelos que siempre han estado al tanto de cualquier problema o inquietud para brindarme su apoyo.

A mis padres que a pesar de estar lejos siempre están cerca, a mi hermanita del alma, a mi esposo por su apoyo incondicional y a toda la familia en general.

En fin, a todos los niños cubanos que son en definitiva a quien nos debemos y por quienes trabajamos día a día.

AGRADECIMIENTOS

Agradezco a esta revolución que me ha permitido ser la profesional que hoy soy, dispuesta siempre a dar lo mejor de mí en cualquier lugar donde me necesiten.

A todos mis profesores que me inculcaron el amor a la profesión, al trabajo y me dotaron de los conocimientos para contribuir a mejorar la salud y la calidad de vida de los pacientes.

A todos los que de una forma u otra me ayudaron en mi desarrollo profesional y como persona, brindando su apoyo oportuno y su mano amiga.

A todas las personas que contribuyeron en la realización de este estudio y a los que participaron en el mismo.

A mi familia.

A Dios.

A todos ¡muchas gracias...!

RESUMEN

Las Meningoencefalitis en edades pediátricas representan un serio problema para los sistemas de salud, tanto así que dentro de las infecciones que afectan el sistema nervioso central se consideran las más frecuentes. Se realizó un estudio Descriptivo longitudinal prospectivo, para determinar la situación clínico-epidemiológica de las Meningoencefalitis en edades pediátricas, en el Hospital Provincial de Ciego de Ávila "Dr. Antonio Luaces Iraola", durante el periodo de septiembre del 2012 a septiembre del 2014. La muestra de estudio estuvo constituida por 36 pacientes ingresados con diagnóstico de Meningoencefalitis y que cumplieron con los criterios de inclusión. Para la realización de este estudio se aplicó una encuesta al enfermo mayor de 6 años y al padre o tutor en menores de 6 años, se estudió a cada paciente por individual por un período entre 7 y 10 días en los casos no complicados. Se mostró un predominio en el sexo masculino, con una mayor incidencia en el grupo de edades de 0 a 6 años. Se evidenció una incidencia etiología mayoritariamente viral y predominio de la procedencia urbana. Se determinó además que el tiempo desde el comienzo de los síntomas hasta el diagnóstico en más del 75% de los pacientes estuvo dentro de los 4 días, lo que redujo sustancialmente las complicaciones. Las complicaciones fueron escasas y entre ellas las que más se presentaron fueron Hipertensión endocraneana y Convulsiones.

Palabras clave:

**MENINGITIS/etiología, MENINGOENCEFALITIS/clasificación,
MENINGOENCEFALITIS/epidemiología, MENINGOENCEFALITIS/Complicaciones**

INTRODUCCION

El bajo peso al nacer (BPN) ha constituido un enigma en la ciencia a través de los tiempos. Múltiples son las investigaciones acerca de las causas que lo producen y las consecuencias que provoca. Se considera que la mortalidad durante el primer año de vida es 14 veces mayor en los niños que nacen con bajo peso en relación con los que nacen con un peso normal.

Los individuos que nacen con bajo peso tienen habitualmente múltiples problemas posteriores, tanto en el período perinatal como en la niñez, y aún en la edad adulta. Entre estos problemas se encuentran la mala adaptación al medio ambiente, así como diferentes impedimentos físicos y mentales que se hacen evidentes al llegar a la edad escolar. (1)

La frecuencia con que ocurre el BPN puede considerarse un indicador del estado de salud de una población, ya que dicha frecuencia es sensible a condiciones socioeconómicas adversas, por esta razón este problema del bajo peso al nacer constituye una preocupación mundial, sobre todo en los países subdesarrollados. (2)

La incidencia a nivel mundial del BPN fue en el año 2005 del 17 % con una proporción en países subdesarrollados que ascendió al 19 %, frente a cifras muy inferiores en países desarrollados, por ejemplo, en EE. UU., se sitúa alrededor del 7 %, en el Reino Unido 6 % y en España en torno al 5 %. (3,4)

La Organización Mundial de la Salud (OMS) y el Fondo de las Naciones Unidas para la infancia (UNICEF), publicaron una primera estimación de incidencia de recién nacido bajo peso a nivel mundial, regional y por países en 1992. Encontraron para los países desarrollados 7 %, en países en vías de desarrollo 17 %, con rangos de 5 % y 33 %, es decir, en estos últimos es más del doble y el 95 % proviene de países no industrializados. Su última publicación en 2004,

Utilizando una metodología modificada, revela que las cifras prácticamente permanecen inalteradas. (5)

En Cuba la lucha por disminuir la frecuencia del bajo peso al nacer queda evidenciada con los diferentes programas establecidos en los distintos niveles de la atención médica, que han contribuido además a la disminución de la tasa de Mortalidad Infantil. (6)

En la provincia de Ciego de Ávila, el Programa Materno Infantil es un ejemplo de la prioridad que le concede el Ministerio de Salud Pública a estos grupos poblacionales, al aunar los esfuerzos de las autoridades políticas, administrativas y de la comunidad, lo que permite la reducción de este indicador. (7)

El índice de BPN en el Municipio Venezuela, se ha comportado por encima de los parámetros establecidos en el Programa Nacional de Atención Materno Infantil, con un índice de 6,7% en el 2009, existiendo un grupo de niños que nacen con bajo peso y que pueden sufrir las consecuencias derivadas de esto. (8)

Problemática

Llama la atención la alta incidencia de bajo peso al nacer en el municipio Venezuela en el último quinquenio a pesar de existir un Programa de Atención Materno Infantil, donde el recién nacido bajo peso persiste como un problema de salud.

Justificación de estudio

Por la importancia que tiene el bajo peso al nacer en el programa Materno Infantil, al ser considerado un factor que influye negativamente en el desarrollo psicomotor del niño y la calidad de vida del infante, y teniendo en cuenta que no existen estudios publicados sobre esta temática en el municipio Venezuela, se decide realizar el siguiente trabajo con el objetivo de describir los principales factores maternos que influyen en este indicador.

El conocimiento de los factores de riesgo maternos del bajo peso al nacer en el municipio nos permitirá efectuar trabajos educativos en la comunidad, el diagnóstico precoz de los factores de riesgo permitirá identificar las prioridades que deben atender a futuras estrategias de intervención y educación.

Problema de Investigación.

¿Cuál es el comportamiento de los factores maternos de riesgo que influyen en el bajo peso al nacer en el municipio de Venezuela?

OBJETIVOS

General:

1) Describir el comportamiento de los factores maternos de riesgo que influyen en el bajo peso al nacer en el municipio de Venezuela.

Específicos:

1) Determinar la relación que existe entre bajo peso al nacer y los siguientes factores maternos de riesgo.

- ❖ Edad materna.
- ❖ Edad gestacional a la hora del nacimiento.
- ❖ Edad gestacional a la hora de la captación.
- ❖ Hábitos tóxicos.
- ❖ Nivel de escolaridad.
- ❖ Ocupación materna.
- ❖ Índice de masa corporal.
- ❖ Ganancia de peso transgestacional.

2) Describir la incidencia de recién nacido bajo peso al nacer y su relación con enfermedades crónicas asociadas al embarazo y otras afecciones.

MARCO TEÓRICO

Un adecuado peso al nacer es sinónimo de bienestar de salud. Este indicador es, sin lugar a dudas, el determinante más importante de las posibilidades de un recién nacido de experimentar un crecimiento y desarrollo satisfactorio, por eso actualmente la tasa de recién nacido con bajo peso se considera como un indicador general de salud. (9)

En 1919 se realiza por primera vez una clasificación de los recién nacidos según el peso, y se les llama prematuros a los de menos de 2500 gramos de peso al nacer. En 1947 se señala que algunos recién nacidos tenían bajo peso debido a un crecimiento intrauterino lento y que estos debían distinguirse de aquellos cuya afectación del peso responde a una gestación acortada. En 1960, los expertos de la Organización Mundial de la Salud recomendaron que la edad gestacional fuera considerada y el término prematuro se reservara para los niños nacidos antes de las 37 semanas de gestación y el término bajo peso para todo aquel niño cuyo peso sea menor de 2500 gramos en el momento del nacimiento, independientemente de la edad gestacional. Considerándose diminuto cuando este sea menor de 1000 gramos y de muy bajo peso cuando estén por debajo de 1500 gramos. (10)

Existen otras definiciones como la que se acordó en Bristol 1972 donde se aconsejaba que todos los niños con peso inferior a 2500 gramos se denominaran recién nacido de bajo peso o de bajo peso al nacer. (11)

Los principales factores de riesgo identificados en Cuba a partir de 1981 son: Embarazo en menores de 18 años, anemia, desnutrición de la madre, talla inferior a 150 centímetros, ganancia de peso insuficiente durante la gestación, hábitos de fumar y antecedentes de niños con bajo peso previo. También el aborto provocado, la hipertensión durante el embarazo, el embarazo gemelar entre otros, son factores que hay que tener en cuenta. (12,7)

El recién nacido de bajo peso se divide en dos grupos:

- ✓ Haber ocurrido un nacimiento antes del término de la gestación (parto pretérmino)
- ✓ Recién nacido a término con peso inferior a 2500 gramos. (13)

Entre los factores asociados con el bajo peso al nacer podemos citar 5 grupos generales:

- 1) Sociodemográficos:

La edad materna parece aumentar el riesgo en los períodos menores de 18 años y mayores de 35 años. Los niños bajo peso al nacer provienen con mayor frecuencia de madres solteras, gestaciones no planeadas, bajo nivel escolar y cuando las condiciones económicas son desfavorables. (14,15)

2) Riesgos médicos anteriores al embarazo:

La hipertensión arterial crónica (HTA), enfermedades renales, tiroideas, cardiorespiratorias y autoinmunes. La existencia de antecedentes de bajo peso al nacer, ya sea en la madre o en partos previos se asocia con un aumento del riesgo. La primiparidad, antecedentes de abortos y la constitución de la madre (peso y talla antes del embarazo). (16)

3) Riesgos médicos del embarazo actual:

La hipertensión arterial gestacional, la ganancia ponderal inadecuada durante la gestación, un intervalo intergésico menor de un año, sangrado vaginal, disfunciones placentarias y de sus membranas, diabetes gestacional, embarazo múltiple, infecciones maternas por el grupo TORCH:(toxoplasmosis, rubéola, citomegalovirus, herpes simples y sífilis), malformaciones congénitas y la amenaza de aborto. (17,15)

4) Cuidados prenatales inadecuados:

Se refiere a un inicio de forma tardía, pasada la semana 13 de la gestación, o por un número insuficiente de controles prenatales. (18)

5) Riesgos ambientales y de conducta:

El trabajo materno excesivo o inadecuado que aumenta el gasto energético e incide desfavorablemente en la nutrición fetal, así mismo el estrés puede aumentar la descarga de adrenalina y agravar la perfusión placentaria.

El consumo de tabaco, alcohol, café y otras drogas también se asocia de forma importante con un aumento de la incidencia del bajo peso al nacer, y se ha demostrado

que los hijos de madres fumadoras pesan un promedio de 200–300 gramos menos que los descendientes de las no fumadoras.

Algunos afirman que el menor peso al nacer en niños cuyas madres han fumado durante el embarazo se debe probablemente por la elevada concentración de carboxihemoglobina en la sangre del feto, que es muy superior a la presente en la sangre periférica de la madre, y se ha demostrado además que este efecto nocivo puede extenderse más allá del período perinatal.

La nicotina es un vasoconstrictor placentario, que disminuye la perfusión de oxígeno a la placenta y al feto, lo que afecta su desarrollo y crecimiento, cuando es practicado por el padre, también puede ocasionar un bajo peso por dos mecanismos: uno que convierte a la madre en fumadora pasiva y otro más importante que este, puede afectar el potencial genético de los espermatozoides. (19)

Con relación a la edad materna como factor de riesgo del bajo peso al nacer se ha planteado que la edad materna inferior a los 20 años, representa un factor de riesgo fundamental para que los niños nazcan con un peso inferior a los 2500 gramos a la adolescencia se le han asociado otros factores como la soltería, la baja escolaridad, la inasistencia a consultas y el hecho de que sólo la mitad toma su primera consulta en el primer trimestre. El embarazo en la adolescencia es un factor evidente de riesgo obstétrico y pediátrico, cuya incidencia ha aumentado en nuestro país en las últimas décadas, a pesar de la amplia labor divulgativa sobre el uso de métodos anticonceptivos y la facilidad que tiene la población femenina para solicitar la interrupción del embarazo. En países donde se prioriza el control de la embarazada adolescente se han reportado tasas de bajo peso de hasta un 13,1%.

También se ha informado que a medida que la edad materna aumenta (más de 35 años de edad), los recién nacidos tienden a presentar un peso cada vez menor, fenómeno que se atribuye a la edad de la gestante unido a la paridad. Varsellini reporta una duplicación de la frecuencia de bajo peso al nacer después de los 40 años. (20)

Mundialmente existen estudios muy serios que afirman que la principal causa del parto pretérmino es la infección vaginal ascendente, especialmente antes de las 32 semanas de embarazo y debido a ello centralizan el programa de

prevención del parto pretérmino en la detección temprana de la infección vaginal. (21)

Estudios realizados en Venezuela en el 2006 en el estado de Carabobo, se encontró como principales factores de riesgo en primer lugar embarazo no planificados pues un 90.5% de las gestantes no eran casadas, un 50.7% no controló su embarazo y un 23.8% contaba con 19 años o menos. Como antecedentes familiares se detectó en un 40.9% la hipertensión arterial crónica y 26.1% diabetes mellitus, como antecedentes personales el aborto en un 37.4%, cesárea previa 31.7% y parto pretérmino un 50.4%. (22)

Pérez Ojeda en su trabajo realizado en Las Tunas encontró que el 10 % de las mujeres entre 15 y 20 años tuvieron niños con bajo peso, alegando que es debido a la necesidad de nutrientes para su propio crecimiento, incluyendo el crecimiento del feto. (23)

Otros autores han señalado que las gestantes que han comenzado su embarazo con falta de peso en relación con el peso estándar para su talla, presentan mayores probabilidades de tener niños con bajo peso, que las madres que comienzan su embarazo con el peso ideal para su talla.

Se ha identificado por algunos autores como factor de riesgo los antecedentes de partos de niños con bajo peso en abuelas o madres de las embarazadas cuyo producto de la concepción ha tenido un peso por debajo de los 2500 gramos al nacer.

El parto pretérmino se ha relacionado con la edad muy joven de la madre, la sucesión rápida de los embarazos, la dilatación permanente del cuello uterino y con distintas enfermedades y complicaciones del embarazo. (24-27)

El crecimiento intrauterino retardado (CIUR) por su parte, se ha relacionado con la desnutrición materna, factores ambientales, genéticos y socioeconómicos como los bajos ingresos y el bajo nivel de escolaridad. (28, 29,25)

La deficiencia de hierro durante el embarazo puede causar retardo físico y mental en recién nacidos. (30)

Estudios realizados en el municipio durante el año 2001 mostraron una estrecha relación del bajo peso al nacer con índice de masa corporal bajo peso, poca ganancia de peso

durante la gestación y como antecedentes obstétricos importante encontraron el hábito de fumar, periodo intergenésico corto y antecedentes de aborto. (31)

La desnutrición en las mujeres antes y durante el embarazo limita la capacidad del crecimiento fetal intrauterino y es una de las principales causas de la desnutrición fetal y el bajo peso al nacer en países subdesarrollados y esto aún es más severo en el sur de Asia.

La desnutrición fetal puede entre otras consecuencias provocar la muerte del producto de la concepción antes del nacimiento y si logra sobrevivir, las consecuencias serán vistas a largo plazo. Un gran número de ellos fallecen en los primeros siete días de edad. Los niños bajo peso que sobreviven pueden desarrollar enfermedades entre las que se destacan las diarreas, las neumonías y otras infecciones.

Se calcula que cada año nacen en el mundo 20,5 millones de niños con bajo peso, para 17 %. Las estadísticas mostraron una proporción mayor en países subdesarrollados (19 %); en algunas regiones de la India y Guatemala llegó hasta 40 % y en Bangla Desh, 50 %. En naciones desarrolladas, las cifras fueron muy inferiores: EE. UU en alrededor de 7 %; Reino Unido, 6 %; España, 5 % y Suecia, 3,6 %.

En Haití, existe una elevada proporción de recién nacido con bajo peso al nacer (25 %), seguido de Ecuador con 16%. En Jamaica, Guatemala, Honduras, República Dominicana, Colombia y Venezuela, aunque la proporción de niños bajo peso al nacer ha disminuido todavía se observan tasas por encima de lo esperado que varían desde 12% a 9%.

Los niños que viven en los hogares más pobres tienen 3,6 veces más probabilidades de sufrir bajo peso que los niños que viven en los hogares más acomodados. Los coeficientes entre los sectores pobres y ricos en Bolivia, Brasil, Nicaragua y Paraguay son incluso más elevados. América Latina y el Caribe lograron reducir las tasas de peso inferior al normal para los niños menores de cinco años a un promedio del 3,8 % entre 1990-2007. Sin embargo, América Latina y el Caribe sufren aún graves problemas nutricionales como resultado de la existencia de graves disparidades y de una fuerte crisis socioeconómica. Los principales problemas a largo plazo son el retraso en el crecimiento y la anemia por déficit de hierro.

Algunos países han progresado en la reducción del bajo peso al nacer. En Cuba, por ejemplo, la incidencia se redujo en más de la mitad en sólo cuatro años. También hubo reducción en Jamaica, Perú, República Dominicana. Los dos países más poblados de la región reflejan buenos resultados de las tasas regionales. Brasil tiene una incidencia relativamente baja de bajo peso al nacer (6%) y México ha logrado una reducción de 14 % en casi 10 años, aunque continúa siendo alta. Ecuador, Honduras, Nicaragua y Trinidad y Tobago no están alcanzando los progresos necesarios, aunque los cuatro países han logrado reducir sus niveles de prevalencia del bajo peso al nacer. Guatemala tiene la proporción más alta de bajo peso al nacer (23 %) de la región y la mayor tasa de retraso en el crecimiento del mundo (49 %). Esta incidencia reducida de bajo peso al nacer, es un claro reflejo de una buena nutrición de las madres, pero el porcentaje de recién nacidos con un peso inferior al normal ha aumentado en los países desarrollados en los últimos años, un fenómeno que se puede atribuir al creciente número de nacimientos múltiples, los embarazos de mujeres mayores y una mejor tecnología médica y atención prenatal que contribuye a la supervivencia de más bebés prematuros. (32)

No existiendo un dato exacto pues en muchos países los niños a la hora del nacimiento no cuentan con ningún personal de salud, pues esta función la desempeña una partera por lo que no son pesados al nacer, así en Chad el 89% de los niños no son pesados, en Pakistán el 88%, en Haití el 82%, en Níger el 80%. (33, 19)

Es necesario señalar que a pesar de ser Cuba un país en vías de desarrollo, el índice de bajo peso al nacer se comporta de forma similar e incluso más bajo que el de países industrializados. Por ejemplo, en el año 2006 la tasa de bajo peso al nacer fue de 5,4 %. De forma general, el promedio es por debajo de un 7 %.

En Cuba, el índice de bajo peso muestra un descenso paulatino hasta llegar a 7,3 % en 1989. Desde 1990, las condiciones económicas en que se encontraba el país repercutieron en las posibilidades de nutrición de la población, y es por eso que el índice de bajo peso comenzó a aumentar, hasta alcanzar su cifra máxima en 1993, con 9,0 %. Ante esta situación se diseñaron estrategias sanitarias que revirtieron favorablemente el cuadro de salud, tanto así, que, en 1996, el índice fue de 7,3 % y en

2002, de 5.9% y se ha mantenido un descenso paulatino hasta llegar en el 2008 a 5.1%.
(34)

En la provincia de Ciego de Ávila el índice de bajo peso se ha mantenido de forma inestable en los últimos 10 años alcanzando niveles máximos de 6.4% y mínimos de 4.9% lo cual influye negativamente en la tasa de mortalidad infantil la cual cerró en el 2008 en 6.9% por encima de la media nacional la cual fue de 4.7%.

En el municipio Venezuela donde pretendemos realizar el trabajo se logró en el año 2008 reducir el índice de bajo peso a 3.4%, lo cual no pudo mantener en el 2009 donde terminó en 6,7%, al igual que en años anteriores lo cual se comportó de la siguiente manera: año 2007 (6.8%), año 2006 (5.7%), año 2005 (7.2%), año 2004 (8.0%), año 2003 (7.3%), año 2002 (8.8%), por lo que teniendo en cuenta la inestabilidad mostrada en este indicador por nuestro municipio nos reafirma que este tema continúa siendo una preocupación para nuestro Ministerio de Salud Pública y para la Dirección del Estado.
(35)

Por esto, es necesario priorizar este programa y actualizar mediante la investigación los factores de riesgo actuales para tratar de mejorar la salud de las madres a través de medidas que actúen sobre los principales factores de riesgo que puedan afectarla, para lograr la reducción no solo de la incidencia de bajo peso, sino de la disminución de la tasa de mortalidad de estos niños, motivo suficiente para sensibilizarnos con la necesidad de un conocimiento profundo sobre la entidad, de ahí la importancia y pertinencia de este estudio cuyo objetivo va a responder a una necesidad social.

MATERIAL Y MÉTODO

Se realizó un estudio observacional descriptivo, en el municipio Venezuela, con el objetivo de describir el comportamiento de algunos factores maternos de riesgo que influyeron en el nacimiento de los niños bajo peso al nacer en el

periodo comprendido desde el 1 de septiembre del 2009 al 31 de agosto del 2010.

El universo quedó constituido por 300 recién nacidos vivos en el Hospital General Provincial Docente Dr. "Antonio Luaces Iraola".

La muestra quedó conformada por 16 recién nacidos con bajo peso al nacer producto de la concepción de 14 madres del municipio de Venezuela.

CRITERIO DE INCLUSIÓN: Se incluyó a todas las madres con niños con un peso inferior a 2500 gramos.

CRITERIO DE EXCLUSIÓN: Se excluyó a todas las madres con niños con peso igual o superior a los 2500 gramos o que no dieron su consentimiento para responder la encuesta.

Métodos Teóricos:

Análisis síntesis: Se utilizó para examinar y procesar la información extraída de las fuentes de información y bases de datos bibliográficas localizadas en Infomed.

Métodos empíricos:

Observación: Se utilizó para indagar en los factores maternos del problema de investigación

Técnicas:

Encuesta: Se utilizó para recoger información pertinente en las madres objeto de estudio.

OPERACIONALIZACIÓN DE LAS VARIABLES

Variable	Tipo	Escala	Descripción	Indicador
Edad materna.	Cuantitativa continua.	Menos de 18 años. Entre 19 y 34 años. De 25 a 29 años. De 35 o más.	Edad de la paciente en el momento del parto.	Porcentaje de edad de las pacientes.
Escolaridad.	Cuantitativa ordinal.	Baja Adecuada.	Escolaridad de la paciente a la hora del parto.	Porcentaje del nivel de escolaridad de las pacientes.
Índice de masa corporal.	Cuantitativa continua.	Bajo peso. Normo peso. Sobre peso. Obesa.	Índice de masa corporal al inicio del embarazo.	Porcentaje del índice de masa corporal predominante.
Hábitos tóxicos(fumar).	Cualitativa. Dicotómica.	Si. No.	Como factor de mayor importancia, que influye en el bajo peso al nacer.	Porcentaje de fumadoras.
Edad gestacional a la hora de la captación.	Cualitativa nominal.	Precoz. Intermedia. Tardía.	Semanas que contaban las embarazadas a la hora de la captación.	Porcentaje de la edad gestacional a la hora de la captación.

Ocupación materna.	Cualitativa ordinal.	Trabajadora. Ama de casa. Estudiantes.	Labor que realizaba la madre durante la gestación.	Porcentaje de la ocupación materna.
--------------------	----------------------	--	--	-------------------------------------

Ganancia de peso de la madre durante la gestación.	Cuantitativa continua.	Insuficiente. Adecuada. Exagerada.	Ganancia materna de peso durante la gestación.	Porcentaje de la ganancia de peso materno.
Antecedentes patológicos de enfermedades crónicas.	Cualitativa ordinal.	Hipertensión arterial Asma bronquial Cardiopatías Diabetes mellitas Sin enfermedades crónicas.	Determinar si las madres contaban con enfermedades crónicas ó no al salir embarazadas.	Porcentaje de madres con enfermedades crónicas o sin ellas.
Otras afecciones.	Cualitativa ordinal.	Enfermedad hipertensiva gestacional. Rotura prematura de membranas. Embarazo gemelar. Infección urinaria. Infección vaginal.	Determinar si durante el embarazo la madre en estudio padeció de algunas de estas afecciones.	Porcentaje de afecciones de las madres en estudio.

Procedimientos:

Los datos se recogieron en una encuesta previamente confeccionada por el tutor y el autor de esta investigación. Esta encuesta resulto válida según criterio de jueces: consejo científico del Hospital Provincial.

Las fuentes de información utilizadas fueron el libro de control de parto del Hospital Provincial "Dr. Antonio Luaces Iraola", el carnet de embarazadas y encuestas aplicadas a las madres de los recién nacidos bajo peso.

A las madres participantes se les explicó el protocolo y el derecho a revocar su consentimiento de responder el cuestionario sin expresión de causa y sin que por ello se derive para ella responsabilidad ni perjuicio alguno.

❖ **Edad materna:**

Menos de 18 años.

Entre 19 y 34 años.

De 25 a 29 años.

De 35 o más.

❖ **Escolaridad materna:**

Baja (Primaria ó secundaria).

Adecuada (preuniversitario ó universitario).

❖ **Índice de masa corporal.** Es el peso dividido por la talla al cuadrado de cada gestante, lo cual se calcula a la captación. Para lo cual la Organización mundial de la salud ha hecho una distribución de la siguiente forma:

- Menor de 18,70: bajo peso.
- Entre 18,70 y 23,60 normopeso.
- Entre 23,61 y 26,50 sobrepeso.

- Mayor de 26,50 Obesa.

❖ Ganancia de peso mínimas recomendadas según el estado nutricional inicial.

Ganancia de peso(Kg.)	Peso deficiente.	Peso adecuado.	Sobrepeso.	Obesa.
-----------------------	------------------	----------------	------------	--------

Semana 20.	3.7kg.	3.3kg	2.9kg.	1.5kg.
Semana 30.	8.9kg.	8.1kg	7.0kg.	3.6kg.
Total.	14.2kg.	12.8kg.	11.2kg	

❖ **Enfermedad hipertensiva gravídica.** En nuestro país recientemente se adoptó la clasificación que utiliza la Organización mundial de la salud.

- Preeclampsia - eclampsia: que a su vez puede ser: Leve o Grave.
- Hipertensión arterial crónica, sea cual fuera la causa que esté presente antes del embarazo o se diagnostique antes de las 20 semanas.
- Hipertensión arterial crónica con preeclampsia o eclampsia sobreañadida.
- Hipertensión transitoria o tardía.

❖ **Rotura prematura de las membranas.** Es cuando se rompen las membranas ovulares antes que inicie el trabajo de parto

❖ **Captación precoz.** Antes de las 14 semanas.

❖ **Captación intermedia.** De 14 a menos de 28 semanas.

❖ **Captación tardía.** Cuando ocurre después de las 27 semanas.

❖ **Ganancia de peso durante el embarazo.** No debe ser de forma brusca después de las 20 semanas, se considera que toda embarazada debe aumentar como mínimo 8 Kg. Aceptándose como cifras normales entre 12 y 15 Kg.

- Insuficiente menos de 8 kilogramos.
- Adecuada entre 8 y 15 kilogramos.
- Exagerada más de 15 kilogramos.

❖ **Crecimiento intrauterino retardado. (CIUR)**

El peso de los niños es inferior al normal y se encuentra por debajo del 10mo percentil o la 2da desviación estándar para su edad gestacional, en las curvas de peso aceptadas como normales. Los cuales pueden ser de dos tipos fundamentales: Asimétricos o disarmónicos los más frecuentes y los simétricos o armónicos. Estos serán evaluados y diagnosticados al nacimiento siguiendo las curvas de peso cubanas establecidas en el servicio de neonatología.

❖ **Edad gestacional al momento del nacimiento:**

- Entre las 21 y 36.6 semanas se considerará pretérmino.
- Entre las 37 y las 41.6 semanas se considerará a término.
- Después de las 42 ó más semanas se considerará posttérmino.

Procesamiento estadístico:

Los datos obtenidos fueron procesados en una microcomputadora Pentium IV. Los resultados se presentaron en tablas de frecuencia absoluta y relativa para su mejor comprensión, se compararon los resultados con bibliografía consultada, llegando a conclusiones correspondientes a los objetivos trazados.

Para determinar el índice de bajo peso al nacer (IBPN) se utilizó la siguiente fórmula:

Recién nacido con peso menor de 2500 gramos.

$$\text{IBPN} = \frac{\text{-----}}{\text{Total, de recién nacidos vivos}} \times 100.$$

Total, de recién nacidos vivos

Ética de la investigación.

La ética estuvo basada en el principio de la beneficencia, con el objetivo de minimizar los daños que y la repercusión que produce en un niño el bajo peso al nacer. Se tuvo en cuenta el consentimiento de las madres en el estudio, la idoneidad del protocolo en relación a los objetivos de estudio, su eficiencia científica y la responsabilidad de alcanzar conclusiones válidas, en función de los beneficios esperados para los sujetos y la sociedad.

RESULTADOS Y DISCUSIÓN

Tabla # 1. Distribución porcentual de los nacimientos según el peso al nacer en el área de salud de Venezuela. Período 1 septiembre del 2009 al 31 de agosto 2010.

Nacidos vivos	Número	Porcentaje
Peso adecuado	284	4.67
Bajo peso al nacer	16	5.33
Total	300	100

Fuente: Encuesta.

En esta tabla observamos como de 300 recién nacidos vivos 284 tuvieron un peso mayor ó igual a 2500 gramos para un 94.67% y 16 recién nacidos bajo peso para un 5.33% siendo el periodo estudiado mayor que el año 2008: Por su implicación en la morbimortalidad infantil hay que continuar considerándolo como un problema de salud.

Tabla # 2. Edad materna.

Edad materna.	Número.	Porcentaje.
Menor de 18 años.	8	57.1
Entre 19 y 34 años.	5	35.7
35 años o más.	1	7.1
Total.	14	100

Fuente: Encuesta.

En esta tabla se muestra la frecuencia del bajo peso al nacer según la edad materna observándose que el grupo de madres que más aportaron bajo peso al nacer fue el grupo de menores de 18 años para un 57.1% coincidiendo con la literatura revisada donde se habla de la relación existente entre mujeres jóvenes y el bajo peso basándose en la inmadurez de sus órganos y que no están completamente desarrolladas todavía en los aportes nutricionales y calóricos (35,14,). Concluyendo que más de la mitad de las madres que aportaron recién nacido bajo peso fueron adolescentes se debe trabajar en conjunto organizaciones de masas, profesores, padres y personal de salud para promover acciones educativas con el objetivo de darle a conocer a todas las jóvenes del municipio la posibilidad real que tienen de tener un producto de la concepción bajo peso si lo conciben en la edad antes mencionada.

Tabla #3. Captación del embarazo.

Tipo de captación.	Número.	Porcentaje.
Precoz.	2	14.3
Intermedia.	12	85.7
Total.	14	100

Fuente: Encuesta.

En esta tabla se demuestra como la captación intermedia aportó un mayor número de bajo peso al nacer con un 85.7% coincidiendo con bibliografías revisadas donde se explica que un mal seguimiento del embarazo desde su inicio aumenta el riesgo del bajo peso al nacer (36). Durante este periodo de estudio no tuvimos alguna captación tardía. Este factor de riesgo estuvo en relación con el de la edad materna de la gestante, también tratándose de una población con alto grado de migración llegando al área de salud con más de 13 semanas de gestación refiriendo no estar captada anteriormente o no constar con documento alguno por lo que se debe realizar una captación.

Tabla # 4. Relación de bajo peso y la edad gestacional a la hora del nacimiento.

Semanas de gestación.	Número.	Porcentaje.
Menor de 37 semanas.	9	64.3
Entre 37 y 41.6 semanas.	5	37.7
Total.	14	100

Fuente: Encuesta.

En la tabla se puede apreciar que los partos pretérminos fueron los que más bajo peso aportaron para un 64.3% coincidiendo con Hernández F y colaboradores el cual refiere que existe una mayor probabilidad del nacimiento de un niño bajo peso si este ocurre antes de la fecha señalada (37). La restricción del crecimiento intrauterino de tipo asimétrico estuvo presente en los cinco recién nacido entre las 37 y 41.6 semanas pues se encontraban por debajo del décimo percentil de las curvas de peso aceptadas como normales. En este estudio los partos pretérminos a pesar de ser bajo peso estaban con un peso adecuado para su edad gestacional por lo que están relacionados con otros factores que interfieren en él como es la infección vaginal, infección urinaria, embarazo gemelar y enfermedad hipertensiva gestacional.

Tabla # 5. Hábito de fumar.

Hábito de fumar.	Número.	Porcentaje.
Si.	9	64.3
No.	5	37.6
Total.	14	100

Fuente: Encuesta.

Encontramos que el grupo de gestantes con el hábito de fumar fue el mayor grupo con 9 casos para un 64.3% como se puede ver en esta tabla coincidiendo con la literatura consultada donde se ha demostrado que los hijos de madres fumadoras pesan de 200–300 gramos menos que los descendientes de las no fumadoras y además que este efecto nocivo puede extenderse más allá del período perinatal (38, 18). A pesar de la amplia propaganda existente de su efecto nocivo por los medios de divulgación se debe seguir trabajando con este factor de riesgo pues como se observa en este estudio más de la mitad de las embarazadas tenían el hábito de fumar.

Tabla # 6. Nivel de escolaridad.

Escolaridad.	Número.	Porcentaje.
Baja escolaridad.	9	64.3
Escolaridad adecuada.	5	37.6
Total.	14	100

Fuente: Encuesta.

En cuanto a la escolaridad podemos observar en este estudio, que la baja escolaridad tuvo una importancia comprobada en el bajo peso al nacer pues las mismas aportaron el mayor número con 9 casos para un 64.3% coincidiendo con la literatura revisada (39, 38,14). Relacionándose también con la edad materna de la madre.

Tabla # 7. Ocupación materna durante su gestación.

Ocupación.	Número.	Porcentaje.
Ama de casa.	8	57.1
Trabajadora.	4	28.6
Estudiantes	2	14.3
Total.	14	100

Fuente: Encuesta.

Con respecto a la relación ocupación materna y el bajo peso, el ser ama de casa mostró estar relacionada con el nacimiento de un recién nacido bajo peso con un 57.1% este resultado contradice algunas literaturas revisadas (28,29) donde se plantea que la mujer trabajadora constituye un factor de riesgo para obtener un recién nacido bajo peso debido a algunas condiciones relacionadas con el trabajo físico, largas jornadas laborales, uso de sustancias tóxicas, la postura de pie, esfuerzo físico, no disfrute de la licencia de maternidad.

La contradicción de nuestro estudio pudiera ser por las condiciones de trabajo de las mujeres de nuestro país, donde se exige el cumplimiento de la jornada laboral de 8 horas, trabajos acordes a las posibilidades físicas de la mujer, poseemos leyes de protección a la embarazada como se puede observar en la tabla antes expuesta. (40, 41,17)

Tabla # 8. Valoración nutricional.

Índice de masa corporal.	Número.	Porcentaje.
Bajo peso.	7	50
Normo peso.	5	35.7
Sobre peso.	1	7.1
Obesa.	1	7.1
Total.	14	100

Fuente: Encuesta.

La valoración nutricional de bajo peso al inicio de la gestación constituyó el 50% de las madres que aportaron recién nacido bajo peso como se puede observar en la anterior tabla, coincidiendo con autores que plantean que el estado nutricional deficiente de la madre al inicio del embarazo puede influir negativamente en el peso del neonato (42). Relacionándose en este estudio este factor de riesgo con el de la edad materna menor de 18 años y ultimando que la mitad de las madres que aportaron recién nacido bajo peso fueron captadas ellas también como bajo peso al inicio del embarazo se debe trabajar en este aspecto y darle una atención diferenciada haciendo énfasis en una adecuada alimentación cumpliendo con las calorías adecuadas para cada gestante.

Tabla # 9. Ganancia de peso materna.

Ganancia de peso materna.	Número.	Porcentaje.
Insuficiente.	7	50
Adecuada.	3	21.4
Exagerada.	4	28.6
Total.	14	100

Fuente: Encuesta.

En la anterior tabla observamos que el mayor número de nacidos vivos bajo peso fue de 7 casos para un 50% apareciendo en madres que contaron con una ganancia de peso insuficiente coincidiendo con Hernández F y colaboradores (43,37). En este estudio se relaciona la ganancia insuficiente con la edad materna y a su vez con la aparición del crecimiento intrauterino retardado.

Tabla # 10. Relación del bajo peso al nacer con el factor de riesgo antecedentes de enfermedades crónicas.

Antecedentes.	Número.	Porcentaje.
Hipertensión arterial.	3	21.4
Asma bronquial.	2	14.2
Cardiopatías.	1	7.1
Diabetes mellitus.	1	7.1
Sin antecedentes.	7	50
Total.	14	100

Fuente: Carnet de la embarazada en el periodo de estudio.

En este estudio podemos observar que el 50% de las gestantes que tuvieron bajo peso al nacer tenían enfermedades crónicas asociadas al embarazo y de ellas la hipertensión arterial aportó el mayor número con un total de 3 casos para un 21.4%, coincidiendo con la literatura revisada donde el antecedente personal que más se asoció fue esta entidad. (44, 14)

Tabla # 11. Afecciones que complican la gestación.

Otras afecciones.	Número.	Porcentaje.
Infección vaginal.	14	100
Infección urinaria.	4	28.6
Embarazo gemelar.	2	14.3
Enfermedad hipertensiva gestacional.	2	14.3
Rotura prematura de las membranas.	1	7.1

Fuente: Encuesta.

Observamos que las 14 gestantes estudiadas tuvieron en algún momento del embarazo una afección asociada al mismo, predominando la infección vaginal con un 100%. Es importante describir que los 2 embarazos gemelar aportaron 4 niños bajo peso para un 28.6% coincidiendo con la bibliografía revisada (45, 46,38). **En** todas las gestantes estudiadas estuvo presente la infección vaginal y en una cuarta parte la infección urinaria, existiendo una relación entre infección vaginal con la urinaria y con la rotura prematura de las membranas ovulares.

CONCLUSIONES

El índice de bajo peso al nacer en el área de salud de Venezuela en el periodo estudiado presentó una incidencia por encima de lo establecido por el programa materno infantil. Se encontró que dentro de los factores de riesgos estudiados la variable de edad gestacional a la captación tuvo la mayor frecuencia, seguidas de hábitos tóxicos, baja escolaridad y partos pretérminos. Dentro de las enfermedades crónicas asociadas al embarazo observamos que el mayor número de casos fue para la hipertensión arterial y de las otras afecciones, las infecciones vaginales y urinarias, siendo los factores más predominantes.

RECOMENDACIONES

Considerando que la totalidad de las condiciones que parecen tener una probable relación con el bajo peso al nacer son evitables o modificables, recomendamos: insistir en la atención primaria de salud para un manejo adecuado del riesgo preconcepcional, seguimiento celoso de la gestante para detectar factores de riesgo que se relacionen con el bajo peso al nacer y optimizar su cuidado cuando este aparece así como promover acciones educativas para el personal de salud y para la población en general a fin de contribuir al buen funcionamiento del Programa Materno Infantil.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.

1. Rodríguez Pardo Y. Bajo peso al nacer. Su evolución en el primer año de vida[tesis]. Ciego de Ávila: Facultad de Ciencias Médicas; 2001.
2. Prado Olivares L, Ramírez Rosales MA, Vaillant Suárez G. Bajo peso al nacer. Enfoque clínico epidemiológico y social. Rev Cubana Med Gen Integr. 2005;12(3):242.
3. Organización Panamericana de la salud. La salud en las Américas. Washington, D.C: OPS; 2005.
4. Naciones Unidas. Asamblea general. S-27/2. Un mundo apropiado para los niños[Internet]. 2002[citado 12 oct 2009]. Disponible en: <http://www.unicef.org/spanish/specialsession/documentation/archive.htm>
5. Organización Mundial de la Salud. Bajo peso al nacer[Internet]. © OMS 2010[citado 12 nov 2010]. Disponible en: http://search.who.int/search?q=factores+maternos+de+riesgo+en+el+bajo+peso++al+nacer&ie=utf8&site=default_collection&client=es&proxystylesheet=es&output=xml_no_dtd&oe=utf8
6. Programa Nacional de Atención Materno Infantil 1999. Bajo Peso al nacer[Internet]. 1999[citado 12 ene 2011]. Disponible en: http://www.sld.cu/sistema_de_salud/metodologica/materno-infantil.html#NACER
7. Valdés Lazo F. La atención médica de niños en Cuba. En: Torres Montejó E, González-Posada EJ. Editores. Pediatría. La Habana: Ciudad de la Habana; 2006. p.6-17.

8. Dirección Municipal de Salud Venezuela. Departamento de Estadística. Indicador Materno Infantil. Venezuela: Dirección Municipal de Salud; 2010. (Documento no publicado)

9. Álvarez Sintés. Atención integral de salud. Temas de medicina general integral. La Habana: Ciencias Médicas; 2001. p.154-5.

10. Pérez Lebroc D. Comportamiento del bajo peso al nacer en el área de salud Gaspar. [tesis]Ciego de Ávila: Facultad de Ciencias Médica; 2005.

11. Parto pretérmino. En: Manual de Diagnóstico y Tratamiento en Obstetricia y Perinatología. La Habana: ECIMED; 2008. p.406-420

12. Villar Luna AT, Pérez A, Lora R, Bello Machado P, Méndez Matos Y, Rodríguez Grullón J M. "Bajo Peso al nacer en el Hospital Dr. Luis E. Aybar Act Med Dom. 1999; 15: 56-60.

13. Oliva J. Alteraciones del término de la gestación y del crecimiento fetal. En: Ricardo Rigor O. Editores: Obstetricia y Ginecología. La Habana: Ciudad de la Habana; 2004. p.209-236.

14. Chaviano Quesada J, López Sosa D. Edad Materna. Riesgo Nutricional preconcepcional y peso al nacer. Rev Cubana Aliment Nutr. 2005; 14(2):94-99.

15. Soriano Llorca T, Juarranz Sanz M, Valero de Bernabé J, Martínez Hernández D, Calle Purón M, Domínguez Rojas V. Principales factores de riesgo del bajo peso al nacer. Análisis multivariante. Rev Cubana Med Gen Integr. 2005; 53(4):263–270.

16. Prendes Labrada MC, Jiménez Alemán GM, González Pérez R, Guibert Reyes W. Estado nutricional materno y peso al nacer. Rev Cubana Med Gen Integr. 2005; 17(1): 35 – 42.

17. [Rodríguez Domínguez PL, Hernández Cabrera J, Reyes Pérez A.](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0138-600X2005000100005&lng=es&nrm=iso&tlng=es&tlng=es) Bajo peso al nacer. Algunos factores asociados a la madre. Rev Cubana Obstet Ginecol[Internet]. 2005[citado 12 nov 2010];31(1):[aprox. 9 p.]. Disponible en:http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0138-600X2005000100005&lng=es&nrm=iso&tlng=es&tlng=es

18. Metodología de la atención prenatal. En: Manual de diagnóstico y tratamiento en Obstetricia y Perinatología. La Habana: ECIMED; 2008. p.35-46.

19. Álvarez Fumero R, Urra Cobas LR, Aliño Santiago M. Repercusión de los factores de riesgo en el bajo peso al nacer. Resumen. 2006; 14(3):117-124.

20. Varsellini P. Pregnancy of forty and over: a case control study. Eur J Obstet Gynecol Rep Biol 1993; 48(3):191-5.

21. Reducción de la mortalidad de recién nacidos[Internet]. 2009[citado 7 oct 2010];333. Disponible en:
<http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs333/es/>

22. Faneite P, Linares M, Faneite J, Martí A, González M, Rivera C. Bajo peso al nacer. Importancia. Rev Obstet Ginecol Venez [Internet]. 2006[citado 5 sep 2009];66(3):[aprox. 8 p.]. Disponible en:
http://www.scielo.org.ve/scielo.php?pid=S0048-77322006000300002&script=sci_arttext.

23. Pérez Ojeda R. Bajo peso al nacer y embarazo en la adolescencia en cinco consultorios del Médico de la Familia. Rev Cubana Med Gen Integr. 1995; 2(3):239-45.

24. Bajo peso al nacer. Dos indicadores del estado materno que se correlacionan con el peso del nacimiento del lactante: la constitución materna y el aumento de peso durante la gestación [Internet]. 2003 [citado 5 sep 2009]. Disponible en: <http://www.consumer.es/web/es/nutricion/salud-y-alimentacion/embarazo-y-lactancia/2003/01/10/55946.php>

25. Cárdenas Rivero Y, Izquierdo Santa Cruz M, Crespo Ferra Y, Félix Díaz Y. Comportamiento de los recién nacidos de muy bajo peso en el Hospital Docente Ginecobstétrico de Guanabacoa [Internet]. 2008 [citado 5 enero 2010]. Disponible en: http://fcmfajardo.sld.cu/jornada/trabajos/comp_recien/Trabajo.htm

26. López JI, Lugones Botell M, Valdespino Pineda LM, Virella Blanco J. Algunos factores maternos relacionados con el bajo peso al nacer. Rev Cubana Obstet Ginecol [Internet]. 2004 [citado 5 ener 2010];30(1):[aprox. 9 p.]. Disponible en: <http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=50138600x2004000100001&script=sciarttex&tlng.es>

27. Aliño Santiago M, Urra Cobas LR, Álvarez Fumero R. Enfoque social del bajo peso al nacer. Resumed. 2001;14 (3):113-6.

28. Vázquez Niebla JC, Hernández Hernández Y, Farnot Cardoso U. Caracterización de la madre del recién nacido con crecimiento intrauterino retardado [Internet]. 2003 [citado 5 ene 2005]; 29 (2):[aprox. 9 p.]. Disponible en: http://www.bvs.sld.cu/revista/gin/vol/29_2_03/gin04203.htm

29. Lindmark G. Ingesta proteico-energética durante el embarazo [Internet]. ©OMS 2011 [citado 31 oct 2010]. Disponible en: http://apps.who.int/rhl/pregnancy_childbirth/antenatal_care/nutrition/glcom/es/

30. Leal Soligeral MC. Bajo peso al nacer: una mirada desde la influencia de factores sociales. Rev Cubana Salud Púb [Internet]. 2008 [citado 15 Dic 2009];34(1):[aprox. 6 p.]. Disponible en: http://www.bvs.sld.cu/revistas/spu/vol34_1_08/spu16108.htm

31. Molina Pérez M A. Factores de riesgo del bajo peso al nacer en el municipio Venezuela. [Tesis]Ciego de Ávila: Facultad de Ciencia Médica;2001.

32. Martín J A, Hamilton BE, Sutton PD, Ventura SJ, Menacker F, Kirmeyer S, et al. Births: Final data for 2005. National Vital Statistics Reports [Internet]. 2007[citado 5 septiembre 2009];56(6):[aprox. 9 p.]. Disponible en: http://www.cdc.gov/nchs/data/nvsr/nvsr56/nvsr56_06.pdf

33. Organización Mundial de la Salud. Informe del bajo peso al nacer: Ginebra: UNICEF, 2007.

34. Ministerio de Salud Pública. Anuario estadístico. La Habana: Ciencias Médicas; 2008.

35. Ministerio de Salud Pública. Estadística Provincial. Ciego de Ávila; 2009.

36. Pérez Rodríguez M. Embarazo en la adolescencia y su relación con el recién nacido bajo peso. Rev Cubana de Enfermería .2006;17(2):101-6.

37. Ortiz EI. Estrategias para la prevención del bajo peso al nacer en una población de alto riesgo, según la medicina basada en la evidencia. Rev Colomb Med. 2006; 32:159-162.

38. Hernández F, López del Castillo J, González SO , Earle N. El recién nacido bajo peso. Comportamiento de algunos factores de riesgo. Rev Cubana Med Gen Integral 2007;12(1):44-9.

39. Peraza Roque G J, Pérez Delgado SC, Figueroa Barretos ZA. Factores asociados al bajo peso al nacer. Rev Cubana Med Gen Integr. 2006; 17(5):490-6.

40. Pérez Rodríguez, M. Embarazo en la adolescencia y su relación con el recién nacido bajo peso. Rev Cubana de Enfermería .2006;17(2):101-6.

41. Peña Hernández P. Condiciones de trabajo, fatiga laboral y bajo peso al nacer en vendedores ambulantes. Salud Pública. México 1997; 39:2-10.

42. Cerón Mireles P. Condiciones de trabajo materno y bajo peso al nacer en la Ciudad de México. Salud Pública. México 1997;39: 11-14.

43. Cuba. Ministerio de Salud Pública. Programa para la reducción del bajo peso al nacer 1993. Programa nacional de atención materno infantil. Ciudad de la Habana: Editorial Ciencias Médicas ;1993.

44. González Pantoja Y, Álvarez Sánchez AZ. Comportamiento del bajo peso al nacer en la parroquia "Castor Nieves Ríos". Rev Cubana Med Gen Integr[Internet]. 2010[citado 12 ene 2011];26(3):[aprox. 9 p.]. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-21252010000300013&lng=es&nrm=iso&tlng=es

45. Martín Zurro, Armando y Cano Pérez, JF. Atención Primaria, 2Vol. Barcelona: Harcourt Brace de España, SA, 4 ed, 2002. Obligada obra de consulta dentro del campo de la atención primaria.

46. Colombia MD, Ortiz JE. Estrategias para la prevención del bajo peso al nacer en una población de alto riesgo, según la medicina basada en la evidencia. Centro para el desarrollo de la salud integral materno perinatal infantil y adolescencia; 2005.

47. Thinkhamrop J. Antibióticos para el tratamiento de la vaginosis bacteriana en el embarazo: Comentario de la BSR (última revisión: 4 de julio de 2007). *La Biblioteca de*

Salud Reproductiva de la OMS; Ginebra: Organización Mundial de la Salud.
http://apps.who.int/rhl/pregnancy_childbirth/complications/infection/jatcom/es/

ANEXOS

ANEXO :1

ENTREVISTA

NOMBRES Y APELLIDOS: _____
CONSULTORIO _____

1-EDAD

1a-Menor de 18 años _____

1b-Entre 19 y 34 años _____

1c-35 años y más _____

2-IMC

2a-Bajo Peso _____

2c-Sobre peso _____

2b-Normo Peso _____

2d-obesa _____

3-ESCOLARIDAD

3a-Primaria _____

3e-Preuniversitaria _____

3b-Secundaria _____

3d-Universitaria _____

4-OCUPACION

4a-Ama de casa _____ **Tipo de trabajo que realiza** _____

4b-Trabajadora _____

4c-Trabajadora por cuenta propia _____

5-ESTADO CIVIL

5a-Casada _____ 5c-Viuda_____

5b-Divorciada _____ 5d-Soltera_____

6-HÁBITOS TÓXICOS

6a-Ninguna _____ 6c-Alcohol _____

6b-Fumadora _____ 6d-Otros _____

7-PARIDAD

7a-Partos _____

7b-Abortos _____

8-BAJO PESO ANTERIOR: 8^a-SI _____ 8b- NO _____

9-ANTECEDENTES PATOLÓGICOS PERSONALES:

9a-Asma bronquial _____ 9e-Cardiopatías _____

9b-HTA Crónicas _____ 9f-Neuropatías _____

9c-Colagenosis _____ 9g-Anemias _____

9d-Otras _____

10-OTRAS AFECCIONES ASOCIADAS

10a- EHG _____ 10d-Infección urinaria en el embarazo _____

10b-Gemelar _____ 10e-Infección vaginal _____

10c-RPM _____ 10f-diabetes gestacional _____

11-CAPTACIÓN

11a-Precoz_____

11b- Intermedia_____

11c-Tardía_____

12-GANANCIA DE PESO DURANTE EL EMBARAZO

12^a-Adecuada_____

12b-Insuficiente_____

12c-Exagerada_____

13-EDAD GESTACIONAL AL MOMENTO DEL NACIMIENTO

16a- Menor de 37 semanas _____

16b-Entre 37.1 y 41.6semanas_____

16c-42 semanas o mas