

REPÚBLICA DE CUBA

UNIVERSIDAD DE CIENCIAS MÉDICAS

CIEGO DE ÁVILA

TÍTULO: Comparación de los factores de riesgo de bajo peso al nacer en Recién Nacidos bajo peso y normopeso en el área Primero de Enero.

AUTOR: Dra. Sandra Mérida Veliz. Residente de Segundo Año en Medicina General Integral.

CIEGO DE ÁVILA, 2014

REPÚBLICA DE CUBA

UNIVERSIDAD DE CIENCIAS MÉDICAS

CIEGO DE ÁVILA

TÍTULO: Comparación de los factores de riesgo de bajo peso al nacer en Recién Nacidos bajo peso y normopeso en el área Primero de Enero.

AUTOR: Sandra Mérida Veliz. Residente de Segundo Año en Medicina General Integral.

INSTITUCIÓN DE PROCEDENCIA: Policlínico Docente Comunitario "José A. Más Naranjo" Primero de Enero.

TUTOR: Dra. Sigrid Rojas Ortiz, Esp: 1er grado de MGI, 1er grado ginecobstetricia
Entidad: Policlínico José Agustín Más Naranjo.

INSTITUCIÓN DE PROCEDENCIA: Policlínico Docente Comunitario "José A. Más Naranjo" Primero de Enero.

CIEGO DE ÁVILA, 2014

RESUMEN

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 realizó un estudio de investigación comparada descriptiva retrospectivo en el Policlínico José Agustín Mas Naranjo del área de salud Primero de Enero en el periodo enero a diciembre 2013 con el objetivo de comparar factores de riesgo de bajo peso al nacer (BPN) en recién nacido bajo peso y normopeso. Se formaron dos grupos. El primero formado por madres y su hijo bajo peso y el segundo grupo por madres con hijo normopeso, el universo fueron los 265 recién nacido en el periodo de estudio y la muestra fueron los 9 recién nacidos con bajo peso y por cada bajo peso se seleccionaron 4 normopeso a los cuales se les aplicó una encuesta validada. Donde se recogieron los datos de interés, usando además las historias clínicas obstétricas y las discusiones de bajo peso. Se identificaron dentro de los principales factores de riesgo asociados con el bajo peso al nacer el período intergenésico corto, sepsis vaginal, anemia, toxemia gravídica, el hiperémesis del embarazo, CIUR, el parto pretérmino. y la ganancia insuficiente de peso durante el embarazo, así como factores socioeconómicos no favorables. Predominó el nivel preuniversitario, fueron menores de 15 años con número menor de 10 consulta en total de la gestación y por último no eran acompañadas con embarazo no deseado y consumían café. En comparación con normopeso de nacimiento aportó mayor el nivel universitario, con edades de 20 a 29 años y predominaron las que no tenían antecedentes patológicos personales y obstétricos sin embargo se apreció en un bajo porcentaje la sepsis vaginal, (HTA), anemia. Las gestantes eran normopeso y con ganancia de peso adecuado durante la gestación con de edad gestacional a término, de percápita bueno, con mayor de 10 consulta en total de la gestación, y la gran mayoría no referían hábitos tóxicos, con embarazo deseado y acompañadas.

INTRODUCCIÓN

El bajo peso al nacer (BPN) ha constituido un enigma para la ciencia a través de los tiempos, múltiples son las investigaciones realizadas sobre este tema, De acuerdo con la Organización Mundial de la Salud (OMS), el bajo peso al nacer es el menor de 2,500g considerándose una de las causas más importantes de morbilidad perinatal y uno de los indicadores más útil para evaluar los resultados de la atención prenatal, así como las perspectivas de supervivencia infantil(1) y está asociado a múltiples problemas, tanto en el período prenatal, en la niñez y aún en la edad adulta, dado por la adaptación al medio ambiente, diferentes impedimentos físicos y mentales, como: disminución del coeficiente de inteligencia, déficit de la atención e hiperactividad y trastornos de conducta, así como mayor riesgo de re-hospitalización, incremento de los episodios de enfermedades respiratorias, muerte neonatal, síndrome de muerte súbita infantil, muerte en el menor de 15 años e hipertensión arterial en edades escolares, trastornos familiares, sobrecarga y en los presupuestos de cuidados intensivos y neonatales especiales del país (2). Por ello, la atención a estos pequeños constituye un problema de salud pública (3). A pesar de los avances obtenidos en materia de salud materno - infantil, persisten dificultades nutricionales en la mujer embarazada debido que diversos de estos factores se exacerban en países del tercer mundo (4). El crecimiento y desarrollo fetal adecuado en el útero, depende de un suministro constante de nutrientes; durante largo tiempo se creyó que el feto podría extraer de la madre todas sus necesidades dietéticas independientemente del estado nutricional de la mujer (5). En el área de salud " Policlínico Docente Comunitario "José A. Más Naranjo" En Primero de Enero, Ciego de Ávila finalizó el año 2013 con un índice de bajo peso de 10 % por este resultado, constituye un problema de salud importante del área. Se trabajó dentro del estudio con el total de bajo peso nacidos en el período que fueron 9 para un 20% en comparación con los normopesos utilizados como muestra que fueron 36 (80%).

Por lo que se enunció como problema científico:

¿Cómo se comportarán los factores de riesgo relacionados con el bajo peso al nacer en recién nacido normopeso y bajo pesos en el Policlínico Docente Comunitario "José A. Más Naranjo" En el área Primero de Enero?

O b j e t i v o g e n e r a l

Com p a r a r f a c t o r e s d e r i e s g o d e b a j o p e s o a l n a c e r e n r e c i é n n a c i d o s n o r m o p e s o y b a j o p e s o .

O b j e t i v o s e s p e c í f i c o s

Com p a r a c i ó n d e f a c t o r e s d e r i e s g o d e b a j o p e s o a l n a c e r e n r e c i é n n a c i d o b a j o p e s o y n o r m o p e s o

E l a b o r a r p l a n d e m e d i d a s s o b r e l a b a s e d e l o s r e s u l t a d o s o b t e n i d o s .

H i p ó t e s i s

S i s e i d e n t i f i c a n y s e c o m p a r a n f a c t o r e s d e r i e s g o d e b a j o p e s o a l n a c e r e n r e c i é n n a c i d o s b a j o p e s o y n o r m o p e s o e n t o n c e s s e l o g r a r á e l a b o r a r u n p l a n d e m e d i d a s q u e p e r m i t a n m e j o r a r e l m a n e j o d e l a s p a c i e n t e s e n e l á r e a d e s a l u d 1 r o d e e n e r o .

M A R C O T E Ó R I C O

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 % en la república de Cuba. 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 (2,6).

El bajo peso al nacer puede obedecer a múltiples causas en ellas encontramos la

E d a d m a t e r n a .

Es una cuestión ampliamente reconocida en el campo de la salud el hecho que la fecundidad presenta mayores riesgos asociados, tanto para la madre como para su hijo, cuando se ejerce en las edades extremas de la vida reproductiva de la mujer. La mortalidad relacionada con la reproducción (materna, fetal tardía, neonatal e infantil) presenta tasas más altas en las madres menores de 20 y en las mayores de 35 años, lo que determina la clásica morfología descrita como "Curva en J" o "en V" En la actualidad la adolescencia, se considera como una etapa de la vida del ser humano donde ocurren complejos cambios biológicos, psicológicos y sociales que provocan que sea cada vez más necesario dedicarle nuestra atención, ya que durante ésta se producen importantes cambios fisiológicos, somáticos, mentales, emocionales y sociales que conducen al individuo hacia la madurez del adulto.

En la maduración biológica se observa claramente un descenso en la edad de la menarquía, lo que le permite a la adolescente ser madre en edades tan tempranas como a los 11 años.

La madurez psicosocial, en cambio, tiende a desplazarse a edades más avanzadas debido al largo proceso de preparación que requiere un adolescente para llegar a ser autovalente en ambos sentidos

El embarazo irrumpe en la vida de los adolescentes en momentos en que todavía no alcanzan la madurez física y mental, a veces en circunstancias adversas, como son las carencias nutricionales u otras enfermedades, y en un medio familiar poco receptivo para aceptarlo y protegerlo (7).

Escolaridad.

El nivel educacional de las mujeres es el más importante entre los factores sociales determinantes de la fecundidad.

Existe una relación muy marcada entre el nivel educacional de las mujeres y el nivel de la fecundidad, sobre todo en Latinoamérica. La educación, además de jugar su propio papel de portadora de la cultura y como facilitadora de la socialización y calificación de la fuerza del trabajo, se ha revelado como el mejor indicador de las diferencias en fecundidad cuando no se poseen otros indicadores de la calificación, la ocupación, y el ingreso.

Cleland y Wilson argumentan que al menos una parte de los cambios en la fecundidad debe poder explicarse basándose en elementos sociales y psicológicos, tales como las aspiraciones, los deseos de realización personal, el conocimiento, las actitudes, las normas sociales, todos los cuales son capaces de modificarse rápidamente (8).

Hipertensión crónica asociada al Embarazo.

El término "hipertensión" se aplica cuando se compruebe:

- Una tensión arterial mayor o igual que 140/90 mm hg o una tensión arterial media de 105 TAM; tensión arterial + 2 (tensión diastólica)

Debe considerarse que existe una hipertensión arterial estos valores en dos ocasiones con un intervalo de 6h.

El hallazgo de valores de tensión arterial en 160/90 mm Hg, es innecesaria la repetición de la determinación en un periodo de 6 h.

El incremento de la tensión arterial sistólica de 30 mm hg o la diastólica de 15 mm hg sobre los valores del primer y segundo trimestre del embarazo

Se han propuesto varias hipótesis para explicar el posible mecanismo que interviene en la asociación entre el bajo peso al nacer y la hipertensión arterial. Se han señalado trastornos en la acción de sustancias tróficas placentarias con interferencia en la nutrición fetal, además de un posible déficit en la actividad placentaria de la enzima 11 Beta-HSD-II, e inactivación del cortisol materno y mayor exposición del feto a los glucocorticoides de la madre. Una de las teorías más aceptada en la actualidad es la que se basa en la oligonefropatía congénita, donde el crecimiento intrauterino retardado (CIUR) provoca una nefrogénesis incompleta. El feto humano necesita alcanzar 2 300 g de peso para completar la nefrogénesis, de manera que después del nacimiento no ocurre nefrogénesis, por lo que el número de nefronas es fijo durante la vida extrauterina. Se ha demostrado que los individuos con bajo peso al nacer tienen un significativo número menor de nefronas que aquellos con normopeso, según lo reportado por Leroy y otros, en 1991.¹⁴ Más recientemente, en nuestro país, Mañalich y otros realizaron un estudio histomorfométrico en 35 neonatos fallecidos dentro de los 14 días de nacidos por diferentes causas y que no tenían malformaciones renales, encontraron en aquellos con bajo peso (< 2 500 g) un número menor de nefronas que aquellos que nacieron con 2 500 g o más. Esta reducción del número de nefronas provoca una hipertrofia compensatoria de las mismas (9).

Anemia durante el embarazo.

La anemia se considera entonces como el problema hematológico más frecuente del embarazo en el mundo entero. Si bien se han planificado muchos trabajos para establecer el origen de la anemia en forma práctica y sencilla en gestantes, lamentablemente son pocas las veces en que se determinan sus causas con exactitud. Muy frecuentemente, las anemias durante el embarazo se originan en un déficit de nutrientes como hierro o ácido fólico,

A partir de su sexta semana de gestación, la mujer embarazada presenta aumento en su volumen plasmático y en la masa eritrocitaria. Sus valores se incrementan aún más a medida que la gestación avanza, Sin embargo, existe un desequilibrio entre dichos parámetros, ya que mientras el volumen plasmático aumenta un 40%, la masa eritrocitaria lo hace en un 25%. Estos cambios se explican por la estimulación de la secreción de aldosterona y por el aumento de la actividad de la eritropoyetina plasmática, estimulada a su vez por el lactógeno placentario. En consecuencia, aun cuando la masa eritrocitaria aumente, paradójicamente se produce una anemia por dilución.

Si una mujer embarazada presenta valores de Hb < 11 g/dl, existe un incremento del riesgo tanto para ella como para su hijo, como por ejemplo complicaciones hemorrágicas durante el embarazo, niños con bajo peso al nacer o bien mayor número de enfermedades neonatales (10).

Infección vaginal.

El embarazo representa la situación óptima respecto a la protección contra las infecciones, excepto para las infecciones por hongos, que crecen de manera óptima en un PH ácido, con una alta concentración de glucógeno. El particular medio hormonal del embarazo hace más frecuente la recurrencia de la vulvovaginitis candidiasis. Parece hacer cambios cualitativos o cuantitativos en las microflora durante el embarazo, que hacen a ciertas infecciones más resistentes al tratamiento. No se sabe si los cambios fisiológicos del embarazo modifican la absorción vaginal. La vagina y el cuello uterino del tracto genital sano contienen una flora normal superabundante que en combinación con factores anatómicos y fisiológicos favorecen la fertilidad y la fecundidad. Las infecciones de transmisión sexual pueden alterar la flora cervicovaginal normal, así como lesionar de manera directa el tracto genital. Durante el embarazo, la mayoría de las mujeres presentan un aumento de las secreciones cervicales y vaginales. El flujo vaginal es sumamente ácido (PH < 4,5) y contiene numerosas células epiteliales, escasos leucocitos y una predominio de lactobacilos grampositivos. Este flujo vaginal es la respuesta de cuello uterino y vagina a la estimulación hormonal del embarazo. La flora y el PH normales del flujo y

los cambios locales provocados por los estrógenos, en las células y las glándulas de la vagina en el cuello uterino, son factores del huésped importantes para prevenir las complicaciones infecciosas durante la gestación y el puerperio. En caso de vaginitis severa, parece aumentar el riesgo de amnionitis, trabajo de parto prematuro, ruptura prematura de membranas, bajo peso al nacer, y sepsis puerperal.

Infección cérvicovaginal o intrauterina. De causa bacteriana, directa o indirectamente (vía mediadores de la respuesta inflamatoria), puede inducir la liberación de proteasas, colagenasas y elastasas, que rompen las membranas ovulares. Los gérmenes pueden alcanzar el líquido amniótico (LA) estando las membranas ovulares rotas o íntegras, pero el oligoamnios favorece la colonización del (LA) al deprimirse su actividad bacteriostática. La vía de infección puede ser ascendente (a través del canal cervical), hematógena (transplacentaria), canalicular (tubaría) y por medio de procedimientos invasivos (amniocentesis [AMCT]), cordocentesis, transfusiones intrauterinas (11).

Asma Bronquial asociado al embarazo.

El asma es una enfermedad pulmonar heterogénea, circunscrita principalmente a los bronquios de mediano y pequeño calibre, acompañada de hipersecreción bronquial, constricción muscular y edema de la mucosa que ocasiona una marcada reducción de la luz bronquial y disnea en grado variable.

La frecuencia del asma bronquial en gestante es alrededor del 1-4%

Las enfermedades pulmonares desempeñan un papel particular durante el embarazo. La hiperventilación adaptativa de la madre implica reservas Disminución del volumen de Reserva Espiratoria; por otra parte, el incremento del consumo de oxígeno por el feto puede comprometerse por la hipoxemia materna, pudiendo ser seguido de un retardo del crecimiento y de hipoxemia fetal (CIUR) (12).

Diabetes Mellitus Gestacional.

La gestación es una situación que requiere de una adaptación metabólica especial. Durante la gestación la unidad feto placentario se desarrolla a expensas de la madre.

En las diferentes etapas por las que transcurre este episodio hay 2 que desde el punto de vista metabólico se diferencian. La *primera*, que corresponde a los 2 primeros tercios del embarazo es anabólica y el desarrollo de las estructuras feto placentarias es pequeño. Se caracteriza por una hiperfagia que contribuye a que se incrementen los depósitos grasos de la madre. La *segunda* etapa es catabólica; ahora el feto crece a expensas de la madre y se produce una movilización acelerada de las reservas grasas que se incrementaron antes.

El feto no sintetiza glucosa por lo que existe una transferencia constante de este metabolito de la circulación materna a la fetal. La unidad feto placentaria consume hasta 50 % de la glucosa de la madre, por lo que si esta es diabética le proporciona al feto un medio hiperglicémico, que estimulará su páncreas a una mayor secreción de insulina y en general a adaptaciones metabólicas para las cuales puede estar aún inmaduro.

Para la madre diabética el embarazo puede generar serios trastornos que involucran también a su descendencia. Esto se debe a que en las primeras etapas de la gestación cuando aún no se evidencian cambios en la sensibilidad frente a la insulina, el páncreas de la embarazada está produciendo mayor cantidad de esta. La adaptación del tratamiento hipoglicemiante en la embarazada diabética será difícil e imprescindible durante todo el embarazo. En el último tercio de la gestación además se produce una resistencia generalizada a la insulina. Estos cambios se acompañan de incremento en la actividad lipolítica del tejido adiposo, por lo que llega al hígado mayor cantidad de sustratos para la síntesis de triglicéridos, los que salen a la circulación asociados con las lipoproteínas de baja densidad (LDL). También se producen cambios en la lipasa lipoproteica (LPL), la cual disminuye su actividad y en la actividad de la lipasa hepática (HL), de cuya inactivación es responsable el incremento en la cantidad de estrógeno.

El incremento en los triglicéridos circulantes en el embarazo, potenciado también por la diabetes, hace que se incrementen la oxidación de las LDL, y otras fracciones lipídicas y productos derivados de la oxidación de los lípidos. Estos productos derivados de la oxidación de los lípidos pueden afectar la integridad de la membrana

celular y causar daños en el material genético y en órganos y sistemas que comprometen la vida de la madre y el feto (13).

Período Intergenésico corto (PIC).

Tiempo transcurrido desde el parto o el aborto anterior al último, que permitió identificar como expuestas a las que presentaron un (PIC) menor de dos años. Durante el embarazo y la lactancia, la madre disminuye sus recursos biológicos y nutritivos, necesitando un tiempo para recuperarse y prepararse para otro embarazo, cuando el tiempo que media entre uno y otro embarazo es corto, el riesgo de bajo peso al nacer aumenta (14)

Bajo peso anterior.

El antecedente de un hijo con bajo peso al nacer es otro factor de riesgo. La bibliografía considera este antecedente como el predictor más potente de riesgo de bajo peso al nacer en el embarazo actual (15).

Fibroma uterino.

El fibroma (F) puede producir infertilidad, que puede ser por causa mecánica o por alteraciones de la musculatura (en el caso de los (F) submucosos) lo que va a impedir la nidación. También puede producir embarazos de inserción baja (cervicales). Otra causa sería la obstrucción tubárica de los (F) de mayor tamaño. Se asocia muchas veces el (F) a endometriosis, que también tiene que ver con infertilidad.

Si se consigue embarazo, el (F) puede ser causa de:

- aborto
- parto prematuro
- aumento de tamaño, ya que al mismo tiempo que crece el útero, crece el (F).
- presentaciones distócicas (podálica, de tronco) en el caso de (F) de gran tamaño. Un (F) pequeño no va a interferir.

- cuando existen (F) de gran tamaño e inserción baja, lo que va a producir alteración del parto.
- hemorragia postparto por alteraciones de la capacidad de retracción del útero (16).

Toxemia gravídica.

Se definió la PE leve (PEL) como la tensión arterial 140/90 y < 160/110 mm Hg en dos tomas separadas por 4 h después de las 20 semana de edad gestacional, asociada a proteinuria 300 mg/L en orinas de 24 h. La PE grave (PEG) se consideró si tensión arterial 160/110 mm Hg, proteinuria 2 g/L en orinas de 24 h, síntomas y signos de daño multiorgánico, alteraciones de laboratorio: creatinina > 1,2 mg/dL, TGO > 70 UI, plaquetas < 100 × 10⁹/L y/o afectación fetal dada por CIUR, oligoamnios o sufrimiento fetal. La preeclampsia sobreañadida (PES) se diagnosticó cuando en una paciente con hipertensión crónica, apareció proteinuria 300 mg/L en 24 h, después de las 20 semana, aumento brusco de la proteinuria, si ya existía o elevación súbita de la tensión arterial se puede acompañar con convulsión tónica clónica o muerte materna.

La preeclampsia (PE) es un problema obstétrico mayor y de la salud pública mundial que acarrea una importante morbilidad y mortalidad, sobre todo en países en vías desarrollo. La Organización Mundial de la Salud (OMS) estima que la incidencia de preeclampsia, en estos últimos, es 7 veces mayor (2,8 % y 0,4 % de los nacidos vivos respectivamente).

La preeclampsia es la razón más importante para prematuridad iatrogénica, el mayor contribuidor en la mortalidad perinatal, una causa sustancial de crecimiento intrauterino retardado, además de su asociación con mayor incidencia de sufrimiento fetal, de ingresos en unidades de cuidados intensivos neonatales y lesiones neurológicas en el futuro (17).

Embarazo Múltiple.

La etiología del parto prematuro se relaciona probablemente con la sobre distensión uterina y a exposición de membranas ovulares a través del cuello uterino frecuentemente dilatado. Podría ser importante también la disminución del flujo uterino.

El 50 a 70% de la mortalidad perinatal en gemelos ocurre antes de las 30 semanas de gestación. El 50% de los gemelos que mueren tienen bajo peso, y el 85% de las muertes neonatales se produce en recién nacidos de menos de 1500 grs (18).

Malformación uterina en la embarazada

Se caracteriza clínicamente por la expulsión repetida del contenido uterino en el II trimestre o al comienzo del III trimestre, sin dolor, contracciones o sangramiento y acompañada de RPM o protrusión de las membranas fetales en el canal cervical (19).

Crecimiento intrauterino retardado (CIUR).

Es aquel recién nacido cuyo peso al nacer se encuentra por debajo de 10 percentil de una curva preestablecida que relaciona peso y edad gestacional.

El CIUR Simétrico o tipo 1 se presenta cuando en la fase de hiperplasia celular, que ocurre en las primeras 16 semanas de la vida fetal, se produce un crecimiento simétrico proporcional de la cabeza, del abdomen y de los huesos largos.

CIUR intermedio o mixto. Es la fase de hiperplasia e hipertrofia concomitante, que ocurre entre 17 y 32 semanas de gestación si el daño es tardío, se producirá un CIUR asimétrico, por alteraciones del componente hipertrófico

CIUR asimétrico, caracterizado por un crecimiento desproporcionado entre la cabeza y los huesos largos y el abdomen fetal, hipertrofia celular, que se presenta a partir de la semana 32, durando 8 semanas, es donde se produce el mayor incremento de peso fetal. La insuficiencia útero- placentaria es la responsables de la alteración del crecimiento fetal (20).

Rotura prematura de membrana (RPM).

El colágeno y la elastina jugarían un rol importante en la mantención de la integridad de la membrana corioamniótica, la que en condiciones normales exhibe un equilibrio entre actividad enzimática proteasa y antiproteasa. Se ha demostrado que la actividad proteasa está aumentada y que existen bajas concentraciones de alfa 1 antitripsina (A1AT) en el líquido amniótico (LA) de embarazos con RPM. Además, se ha aislado una proteína antiproteasa en orina y pulmón fetales, lo que apoya la idea de una participación fetal en la protección de la integridad de las membranas.; La rotura de membranas puede resultar de una infección cérvicovaginal o intrauterina, La mayoría de las "condiciones asociadas a la RPM" determinan una tensión excesiva de las membranas ovulares. Ellas son: Polihidroamnios, Embarazo gemelar (21).

Polihidramnios.

El Polihidramnios es el volumen de líquido amniótico que alcanza 2000 ml o más, Constituye una de las enfermedades que provoca desproporción de altura uterina/ edad gestacional con signo de más:

- Polihidramnios agudo: cuando se alcanza esta cifra de líquido brusca y rápidamente alrededor de las 20 a 24 semanas de edad gestacional y por lo general, repercute en la salud de la mujer
- Polihidramnios crónico comienza progresiva, lenta e insidiosamente alrededor de las 32 semanas de edad gestacional.

Ultrasonografía indica el índice de líquido amniótico mayor o igual que 24 o bolsillo único igual o mayor que 8cm. Descartar las malformaciones congénitas y valorar las características cervicales para determinar las posibilidades de parto prematuro. O a una tensión excesiva de las membranas ovulares que se asocia RPM y a bajo peso al nacer (22).

Placenta previa.

La placentación ocurre normalmente en las zonas altas de la cavidad endometrial, donde la irrigación vascular es ideal para el desarrollo ulterior de la unidad feto-materna, que representa la placenta, encargada de múltiples funciones durante la vida fetal, relacionadas directamente con la respiración, el transporte de oxígeno y de nutrientes a los tejidos fetales, y la regulación del metabolismo fetal, así como con la excreción de los desechos de la función celular fetal.

Cuando la placenta se implanta en las porciones bajas del cuerpo uterino se considera como una inserción baja placentaria; para el diagnóstico de una placenta previa se establece la localización placentaria en relación con el cuello uterino, específicamente, con el orificio cervical interno. Con el avance del embarazo esta relación puede modificarse debido a la formación del segmento inferior. Se han identificado en edades gestacionales tempranas, placentas previas completas, que en el segundo trimestre han "emigrado", y permitido posteriormente el parto transvaginal sin riesgo obstétrico alguno. La placenta implantada en la zona baja del útero puede cubrir totalmente el orificio cervical interno (placenta previa oclusiva total), puede cubrirlo parcialmente (placenta previa oclusiva parcial) o puede llegar solo al borde orificial (placenta previa marginal).

Se considera que existen 2 grandes grupos de causas responsables de una inserción placentaria anormal (placenta previa), las trofoblásticas y las endometriales. El primero incluiría las alteraciones propias del huevo fecundado, que serían responsables del retraso de su implantación endometrial, lo que condicionaría su asiento en las zonas bajas del útero. Al segundo grupo pertenecerían algunos trastornos locales del endometrio que afectarían la zona uterina de la implantación ovular normal (fondo o porción superior del útero), haciéndola disfuncional, lo que impediría que el huevo pudiera adherirse a esta zona dañada del útero. Entre ellos se encuentran, las cicatrices uterinas post legrado o post cirugía, las endometritis focales y los miomas uterinos.

La manifestación clínica clásica de la placenta previa es la hemorragia indolora, de color rojo rutilante o "vivo", que aparece de modo súbito, es visible, y cuya cuantía

puede ser escasa o profusa. Esta anomalía de la implantación placentaria conlleva a mecanismos de perfusión placentaria anómalos, y producen una reducción del flujo placentario por disminución de la extensión y espesor de las vellosidades coriónicas, lo que puede conllevar a alteraciones fetales y neonatales, así como a la aparición de una gestorragia. En dependencia de la cuantía del sangrado, puede adelantarse natural o artificialmente el momento de la culminación del embarazo, lo que conllevaría, por un lado, riesgo para el recién nacido, y por otro, también produciría un aumento de la morbilidad materna, relacionado con la cesárea, como vía necesaria de terminación de la gestación en la mayoría de los casos (23).

Hiperémesis gravídica.

La hiperémesis gravídica debe diferenciarse del trastorno matutino habitual del embarazo con náuseas y vómitos. Algunas mujeres gestantes con esta afección matutina sienten que vomitan todo lo que ingieren pero continúan ganando peso y no se deshidratan, en cuyo caso no presentan hiperémesis gravídica. Los vómitos intensos se confirman por la existencia de pérdida de peso, deshidratación y cetosis. Los factores psicológicos son importantes en este trastorno pero no disminuyen su gravedad.

La hiperémesis gravídica persistente es poco frecuente, pero puede asociarse con daño hepático grave. La autopsia en estos casos suelen mostrar necrosis centrolobulillar severa o degeneración grasa difusa similar a la que se observa en la desnutrición grave (24)

Nutrición materna.

La conducta y control nutricional es mucho más difícil, por el incremento de las necesidades nutricionales que han de cubrir el crecimiento y desarrollo del feto y lactante, además de los cambios estructurales y del metabolismo que aparecen en la madre.

La ganancia de peso insuficiente en el embarazo se asocia a mayor riesgo de restricción del crecimiento intrauterino e incremento de la mortalidad perinatal.

La obesidad repercute de manera adversa sobre el embarazo, produciendo en el primer trimestre abortos espontáneos y anomalías congénitas. En etapas avanzadas las complicaciones más comunes son hipertensión, preeclampsia, diabetes gestacional, enfermedades hepáticas no alcohólicas, trastornos tromboembólicos venosos y más dramáticas complicaciones, como el síndrome de Hellp. La repercusión fetal incluye macrosomía fetal, distress respiratorio y bebé bajo peso para su edad gestacional, como consecuencias de complicaciones maternas.

La Evaluación Nutricional es el indicador más preciso para evaluar el estado nutricional se calcula

$$IMC = \frac{\text{PESO A LA CAPTACION (Kg)}}{(\text{TALLA (M)})^2}$$

Lo que permite su evaluación ponderal durante el mismo, se emplean actualmente referencias propias según características biológicas y socioculturales de la población cubana (25).

Pretérmino.

Se considera Parto Pretérmino (pp), el que se produce antes de las 37 semanas completas de gestación o 259 días desde la fecha de la última regla (FUR), lo cual debería ser corregido por ecografía realizada en el primer trimestre (26)

Tabaquismo.

El humo que se desprende del cigarrillo encendido contiene muchos químicos dañinos. 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 (27).

Alcoholismo.

No hay pruebas que determinen a partir de cuanto alcohol se producen alteraciones fetales. Cada mujer metaboliza el alcohol de forma diferente y el alcohol pasa fácilmente la barrera placentaria y el feto tiene mayores dificultades para eliminarlo en comparación con la madre. Es decir, la dosis y el tiempo que actúa sobre el feto

en desarrollo en mucho mayor y el organismo fetal es mucho más vulnerable de esta forma afecta al sistema nervioso fetal (28).

Café.

La nutrición materna es importante para el desarrollo del embrión y para la salud del niño en el que este se va a convertir. Un estudio publicado en *BMC Medicine* sostiene que la cafeína está ligada al nacimiento de bebés con bajo peso y además afirma que la cafeína que contiene el café puede alargar la duración del embarazo.

Junto a los nutrientes y el oxígeno, la cafeína atraviesa fácilmente la barrera placentaria, pero el embrión en desarrollo no tiene las enzimas requeridas para inactivarla eficazmente.

Investigadores del Instituto Noruego para la Salud Pública decidieron estudiar este fenómeno utilizando información sobre la dieta de las madres y los nacimientos de los niños durante un periodo de diez años. Se incluyeron todas las fuentes de cafeína para el estudio: café, té, refrescos, además de comida como tartas y postres que contenían chocolate.

Verena Sengpiel del Sahlgrenska University Hospital (Suiza) explica que "el consumo de cafeína está fuertemente ligada al tabaquismo, que también incrementa el riesgo de nacimientos de niños con bajo peso.

Esta asociación entre la cafeína y el nacimiento de niños con bajo peso muestra que la cafeína que contiene el café no es el único factor que incrementa la duración gestacional, sino que debe haber otra sustancia en el café que sea la responsable de este fenómeno. Además, estos expertos afirman que los niños que nacen con bajo peso tienen más riesgo de padecer problemas de salud a lo largo de su vida (29).

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%).

El bajo peso al nacer en los países industrializados presenta un promedio de 7%, es decir, igual al de Asia Oriental y el Pacífico. La incidencia más reducida (4%) se registra en Estonia, Finlandia, Islandia, Lituania y Suecia, 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.

En Venezuela, el porcentaje de niños con bajo peso al nacer afectaba al 10% de los recién nacidos en 1997, mientras que en el 2007 el porcentaje disminuyó al 8,7%.

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 y mostró un descenso paulatino hasta llegar a 3% en 1989. Desde 1990 las condiciones económicas a que se enfrenta el país repercuten en las posibilidades de nutrición de la población y es por eso que el índice de bajo peso al nacer comenzó a aumentar hasta la cifra máxima en 1993 cuando llegó a 9%. Ante esta situación se diseñaron estrategias encaminadas a mejorar el estado nutricional de la mujer embarazada; estas intervenciones tuvieron un rápido impacto y en el 1996 fue un 7,3% con variaciones en distintos lugares del país (30) Y en el 2001, fue de 5,9%, de modo general, se ha mantenido un índice de BPN alrededor del 5%. Es interesante señalar que de los indicadores anuales del índice de bajo peso al nacer de las catorce provincias entre 2002 a 2007 el indicador de bajo peso al nacer en Cuba que la ubica entre los cinco grupos de países con parámetros más

bajos en el planeta (31), aunque en año 2012 en Cuba el índice de bajo peso al nacer fue 5.5% , Ciego de Ávila es 5.1% (4) y en la actualidad no deja de ser un grave problema de salud, en el año 2013 en Cuba el índice de bajo peso al nacer fue 4.2 % y en Ciego de Ávila es 3.4% (32).

Por otra parte al analizar los antecedentes descritos se observó que es insuficiente el abordaje científico sobre el (BPN) y en el área primero de enero específicamente, según lo consultado hasta el momento no se constataron estudios sobre el tema. Asimismo en el año 2013 el BPN tuvo una alta prevalencia ya que nacieron 9 niños lo cual representa un 10 % de los nacidos en el año mencionado

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 morbimortalidad 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 (30,33).

M É T O D O

Se realizó un estudio de investigación comparado descriptivo retrospectivo en el Policlínico José Agustín Más Naranjo del área de salud Primero de Enero en el período comprendido enero a diciembre de 2013. El universo de estudio estuvo formado por todo los recién nacido cuyo nacimiento se produjo en el período y lugar ya mencionado. Se realizó un muestreo intencional no probabilístico y se formaron 2 grupo el primer grupo formado por madres y sus hijos bajo peso al nacer y un segundo grupo formado por madres con sus hijos normopeso (se tomaron 4 normopeso por cada bajo peso) en los cuales se describió y comparo el comportamiento de los factores de riesgo del bajo peso al nacer.

A cada uno de los pacientes seleccionados se le aplicó encuesta (anexo), además se usó información contenida en historia clínica y discusión de bajo peso. Dentro del instrumento se obtuvo información sobre el comportamiento de indicadores como edad, escolaridad, hábitos tóxicos, antecedentes patológicos personales (APP), malos antecedentes obstétricos (MAO), afecciones asociadas y propias del embarazo, valoración nutricional en la captación, ganancia de peso durante el embarazo, edad gestacional al nacimiento, peso al nacer, afecciones psicosociales y número de consulta prenatales, así como la clasificación del neonato en crecimiento intrauterino retardado (CIUR) o pretérmino.

Criterios de inclusión:

- Mujeres y sus hijos bajo peso o normopesos pertenecientes al área de salud Primero de Enero en el período comprendido enero a diciembre de 2013.
- Que aceptaron ser parte de la investigación

Criterios de exclusión:

- Los que tenían los documentos necesarios para obtención de la información perdidos o incompletos.
- Los que ya no vivían en el área de salud.
- Los fallecidos.

Métodos de obtención de información

1. Revisión documental:

Historia clínicas de niños dentro de la muestra, bajo peso y normopeso al nacer y discusiones de bajo peso y datos estadísticos de (PAMI). De las mismas se obtendrán datos sobre factores de riesgo y dificultades en el seguimiento prenatal.

2. Encuesta: con el objetivo de obtener información sobre factores de riesgos de bajo peso al nacer en recién nacido bajo peso y normopesos así como dificultades en el seguimiento prenatal, a través de los familiares.

3. Observación: Para corroborar los datos obtenidos por la encuesta confeccionada sobre factores de riesgos.

Variable Independiente:

Plan de acción:

El Plan de Acción permite organizar y orientar estratégicamente acciones, procesos, instrumentos y recursos disponibles hacia el logro de objetivos y metas. Igualmente, el Plan de Acción permite definir indicadores que facilitan el seguimiento y evaluación de las acciones y sirven de guía para la toma oportuna de decisiones (34).

Variable Dependiente:

Factores de riesgos que inciden en el BPN.

Operacionalización de variables.

1 Factores de riesgo de bajo peso al nacer

1.1 Factores maternos

1.1.1 Edad de la madre (embarazada)

< 18 años o > 35 años

- Se evaluó de Si o No (si no estaba comprometida con estos rangos de edad)

1.1.2 Escolaridad:

- Primaria Incompleta
- Primaria
- Secundaria
- Preuniversitario
- Universitaria

1.1.3 Antecedentes patológicos personales (antes del embarazo)

- Hipertensión arterial crónica

Se evaluó de Si o No

- Anemia

Hb < 11 g/dl

Se evaluó de Si o No

- Infección vaginal.

Se evaluó de Si o No

- Asma Bronquial de la madre.

Se evaluó de Si o No

- Diabetes Mellitus (DM)

- tipo I: Insulino dependiente

Se evaluó de Si o No

- tipo II: No insulino dependiente

Se evaluó de Si o No

1.1.4 Antecedentes obstétricos, entidades asociadas al embarazo y afecciones propias del embarazo.

- Periodo intergenésico corto (PIC) menos de 24 meses.

Se evaluó de presente o no presente

- Bajo peso anterior

- Presentó Recién Nacido con Bajo Peso al Nacer (BPN): < 2500 g

- No presentó Recién Nacido con Bajo Peso al Nacer (BPN): < 2500 g

Se evaluó de Si o No

- Fibroma uterino:

Se evaluó de presente: si tenía diagnosticada esta patología o no presente

Se evaluó de Si o No

- Toxemia:
 - Presentó Toxemia gravídica
 - No presentó Toxemia gravídica
- Embarazo Múltiple: Embarazo múltiple: Es la gestación simultánea de dos o más fetos en la cavidad uterina. El embarazo gemelar puede ser monocigoto o bicigoto, según se origine en uno o en dos ovulo.
 - Se evaluó de Si o No
- Malformación del útero: Se caracteriza clínicamente por la expulsión repetida del contenido uterino en el II trimestre o al comienzo del III trimestre, sin dolor, contracciones o sangramiento y acompañada de RPM o protrusión de las membranas fetales en el canal cervical.
 - Presentó malformación del útero
 - No presentó malformación del útero
- Sepsis vaginal:
 - Presento Sepsis vaginal
 - No presento Sepsis vaginal
- Anemia durante el embarazo:
 - Hb por debajo de 110g/L y hematocrito 33 a 42% .
 - Se evaluó de Si o No (si cumplía con este parámetro y no si no cumplía con lo anterior).
- Crecimiento intrauterino retardado (CIUR):
 - Discordancia altura uterina/edad gestacional con signo de menos, menor o igual que 4 cm en relación con la edad gestacional estimada, hasta la semana 34; altura uterina estacionaria o regresión de la altura uterina.
 - Se evaluó de Presentó (CIUR) o No presentó (CIUR)
- Rotura prematura de membrana:
 - Presentó: Rotura de membrana antes de las 37 semana de gestación

- No presentó: Rotura de membrana después de las 37 semana de gestación

Se evaluó de Si o No

- Polihidramnios

Se evaluó de Si o No

- Placenta Previa:

- presentó Sangramiento rojo indoloro en 3er trimestre.
- no presentó

- Diabetes Mellitus gestacional: (glicemias en ayunas (2 o más) de 126mg/dL (7,0 mmol/L) y si la prueba de la tolerancia a la glucosa oral PTGO ayuna 126mg/dL (7,0 mmol/L). a las 2 horas >140mg/dl (7,8 mmol/L).

Se evaluó de Si ó No

- Hiperémesis gravídica.

Se evaluó de Si ó No

1.1.5 Clasificación de ganancia ponderal materna – valoración nutricional de la embarazada.

- Ganancia ponderal materna:

- Insuficiente: < de 8 Kg en toda la gestación.
- Adecuada: Entre 8 y 12 kg en toda la gestación.
- Excesiva: Más de 12 kg en toda la gestación.

- Valoración Nutricional de la embarazada.

- Bajo Peso: IMC < 18,8 kg/m²
- Normopeso: > IMC 18,8 kg/m² a < 25,6 kg/m²
- Sobrepeso: >25,6 kg/m² a 28,6 kg/m²
- Obeso: >28,6 kg/m²

Se evaluó de Si o no

1.1.6 Clasificación según relación edad gestacional- peso al nacer.

- Edad gestacional al nacer:

- < de 32 sem
- 32 - 36 sem
- 37 - 42 sem
- Más de 42 sem

Se evaluó de Si o No

- Peso al nacer:

- < de 1 500g
- 1 500-1 999g
- 2 000-2 499g
- > 2500g

Se evaluó de Si o No

1.1.7 Aspectos psicosociales y número de consultas prenatales

- Hacinamiento:

- No: Menor de 4 persona en cada habitación
- Si: Mayor de 4 personas en cada habitación

- Percápita

- Buena >100 pesos nacional
- Mala < 100 pesos nacional

- Procedencia

- Urbana
- Rural

Se evaluó de Si o No

- Número de consultas prenatales

- Mayor de 10 consulta en total de la gestación
- Menor de 10 consulta en total de la gestación

1.1.8 Hábitos Tóxicos

- Fumador Pasivo y activo:
 - Se evaluó de Si o No
- Alcohólica.
 - Se evaluó de Si o No
- Café: Si o No.
 - Se evaluó de Si o No

1.1.9 Estado civil – embarazo deseado y no deseado

- Estado civil:
 - Acompañada
 - No acompañada
- Embarazo deseado o no deseado.
 - Se evaluó de Si o No

Resultados

Tabla 1. Comportamiento del bajo peso al nacer y el normopeso en la muestra seleccionada en el período de enero a diciembre del 2013 en el Policlínico José Agustín Mas Naranjo del área de salud Primero de Enero.

PESO AL NACER	No	%
Normopeso	36	80
Bajo peso	9	20
Total	45	100

Fuente: Encuesta

En la tabla 1 se observó que se trabajó dentro del estudio con el total de bajo peso nacidos en el período que fueron 9 para un 20% en comparación con los normopesos utilizados como muestra que fueron 36 (80%).

Tabla 2. Comparación entre la edad materna y escolaridad en recién nacidos bajo peso y normopeso.

EDAD (AÑOS)	BAJO PESO AL NACER		NORMOPESO AL NACER	
	No	%	No	%
De <15	4	44.4	0	0
15-19	1	11.1	4	11.1
20-29	3	33.3	22	61.1
30-34	1	11.1	10	27.7
35-mas	0	0	0	0
Total	9	100	36	100
ESCOLARIDAD	No	%	No	%
Primaria Incompleta	0	0	0	0
Primaria	0	0	0	0
Secundaria	3	33.3	4	11.1
Preuniversitario	5	55.5	11	30.5
Universitaria	1	11.1	21	58.3
Total	9	100	36	100

Fuente: Encuesta

En la tabla 2 se observó que el mayor grupo de pacientes que aportó bajo peso al nacer estuvo comprendido entre las edades menores de 15 años (44.4%) seguido de las de 20 a 29 años con el (33.3%) y de nivel Preuniversitario (55.5%). En comparación a los normopeso que predominó en edades de 20 a 29 años con el (61.1%).Igualmente puede verse en esa misma tabla que el nivel de escolaridad en madres con normopeso al nacer que predominó el nivel Universitaria con (58.3%) seguido Preuniversitario con el (30.5%).

Tabla 3. Comparación de antecedentes patológicos personales (APP) de la madre en recién nacidos bajo peso y normopeso.

APP	BAJO PESO		NORMOPESO	
	AL NACER		AL NACER	
	No	%	No	%
No Antecedentes	3	33.3	24	66.6
Hipertensión Arterial (HTA)	2	22.2	5	13.8
Anemia crónica	1	11.1	1	2.7
sepsis vaginal	2	22.2	4	11.1
Asma bronquial	0	0	1	2.7
Diabetes Mellitus	0	0	1	2.7
Total	9	100	36	100

Fuente: Encuesta

En la tabla 3 pudo verse que el (33.3%) no tenía antecedentes patológicos personales en el bajo peso al nacer, pero entre las que sí lo tenían, predominó la infección vaginal (22.2%), hipertensión arterial (22.2%), y la anemia crónica (11.1%) en comparación con normopeso predominó que no tenían antecedentes patológicos personales con (66.6%) y en segundo lugar el (HTA) con (13.8%) seguido de la sepsis vaginal con (11.1%).

Tabla 4. Comportamiento los malos antecedentes obstétricos y entidad asociado al embarazo en el recién nacido bajo peso al nacer y normopeso.

MALOS ANTECEDENTES OBSTÉTRICOS Y ENTIDAD ASOCIADO AL EMBARAZO	BAJO PESO AL NACER		NORMOPESO AL NACER	
	No	%	No	%
No antecedentes	0	0	26	72.1
Periodo interg. <24 meses	2	22.2	4	11.1
Bajo peso anterior	0	0	1	2.7
fibroma de útero	0	0	0	0
Toxemia gravídica	1	11.1	0	0
Embarazo múltiple	0	0	0	0
Malformación de útero	0	0	0	0
Sepsis vaginal	1	11.1	7	19.4
Anemia	1	11.1	3	8.3
CIUR	1	11.1	0	0
Pretérmino	2	22.2	0	0
Hiperemesis gravídica	1	11.1	0	0
RPM	0	0	0	0
Polihidramnios	0	0	0	0
Placenta previa	0	0	0	0
Diabetes gestacional	0	0	1	2.7
Total	9	100	36	100

Fuente: Encuesta

En la tabla 4. Se apreció que el (22.2%) predominó en el bajo peso al nacer con período intergenésico corto (menor de 24 meses) y seguido el pretérmino con (22.2%), el CIUR con (11.1%), sepsis vaginal (11.1%), la anemia (11.1%), toxemia gravídica con (11.1%) y hiperemesis gravídica (11.1%), en comparación al normopeso no tenía ningún antecedente obstétrico; sin embargo, entre las que sí tenían se apreció la sepsis vaginal (19.4%), el período intergenésico corto (menor de 24 meses) con (11.1%) y la anemia (8.3%).

Tabla 5. Comparación de la valoración nutricional de la madre y la ganancia ponderal materna en los recién nacidos bajo peso y normopeso al nacer.

VALORACIÓN NUTRICIONAL	BAJO PESO AL NACER		NORMOPESO AL NACER	
	n	%	n	%
Normopeso	0	0	28	77.7
Bajo peso	7	77.7	0	0
Sobrepeso	1	11.1	5	13.8
Obesa	1	11.1	3	8.3
Total	9	100	36	100
GANANCIA PONDERAL MATERNA	n	%	n	%
Adecuada	1	11.1	35	97.2
Insuficiente	8	89.9	0	0
Excesiva	0	0	1	2.7
Total	9	100	36	100

Fuente: Encuesta

En la tabla 5, en relación con los aspectos nutricionales el bajo peso al nacer, se observó que el (77.7%) de las gestantes eran bajo peso y que el (89.9%) tuvieron ganancia de peso de forma insuficiente. En comparación con normopeso al nacer en la valoración nutricional se observó que el (77.7%) de las gestantes eran normopeso y con ganancia de peso adecuado en el (97.2%).

Tabla 6. Clasificación de peso al nacer y la edad gestacional en comparación de bajo peso y normopeso nacer.

PESO AL NACER	BAJO PESO AL NACER		NORMOPESO AL NACER	
	No	%	No	%
	- de 1 500g	0	0	0
1 500-1 999g	1	11.1	0	0
2 000-2 499g	8	89.9	0	0
> 2500g	0	0	36	100
Total	9	100	36	100
EDAD GESTACIONAL AL NACER	No	%	No	%
	- de 32 sem .	0	0	0
32 - 36 sem .	2	22.2	0	0
37 - 42 sem .	7	77.7	36	100
Más de 42 sem	0	0	0	0
Total	9	100	36	100

Fuente: Encuesta

En la tabla 6 se observó que predominaron el bajo peso al nacer de 2000 a 2499 con (89.9%) en relación con la edad gestacional fueron a término el (77.7%) seguido del pretérmino el (22.2%) en el bajo peso al nacer. En los normopeso el peso al nacer > 2500g con (100%) y con una edad gestacional a término de (100%).

Tabla 7. Comparación de aspectos psicosociales, estado civil y número de consulta prenatales en recién nacidos con bajo peso al nacer y normopeso.

PSICOSOCIAL	BAJO PESO AL NACER		NORMOPESO AL NACER	
	No	%	No	%
Hacinamiento	5	55.5	17	47.2
No hacinamiento	4	45.5	19	52.7
Total	9	100	36	100
Percápita buena	3	33.3	20	55.5
Percápita mala	6	66.6	16	45.5
Total	9	100	36	100
Procedencia rural	2	22.2	1	2.7
Procedencia Urbana	7	77.7	35	97.2
Total	9	100	36	100
NÚMERO DE CONSULTA	No	%	No	%
Menor de 10 consulta en total de la gestación	6	66.6	0	0
Mayor de 10 consulta en total de la gestación	3	33.3	36	100
Total	9	100	36	100

Fuente: Encuesta

En la tabla 7. Se observó que predominaron en el bajo peso al nacer el hacinamiento de (55.5%), con percápita mala al (66.6%), de procedencia urbana (77.7%), y con menor de 10 consulta en total de la gestación al (66.6%), en comparación de los normopeso al nacer fueron de percápita buena al (55.5%), de (97.2%), procedencia urbana, con mayor de 10 consulta en total de la gestación al (100%).

Tabla 8 Comparación de la presencia de hábitos tóxicos en la madre con los recién nacidos con bajo peso al nacer y normopeso.

HÁBITOS TÓXICOS	BAJO PESO AL NACER		NORMOPESO AL NACER	
Tabaco	1	11.1	0	0
Alcohol	0	0	0	0
Café	3	33.3	7	19.4
No refiere	5	55.5	29	80.5
Total	9	100	36	100

Fuente: Encuesta

En la tabla 8 se apreció en el bajo peso al nacer que el (55.5%) no referían ningún hábito tóxico, un (33.3%) tomaban café y por último eran fumadoras (11.1%), comparación con normopeso al nacer el (80.5%) que no referían hábitos tóxicos y (19.4%) tomaban café.

Tabla 9. Comparación del estado civil de la madre y deseo del embarazo en el recién nacido bajo peso y normopeso al nacer.

ESTADO CIVIL	BAJO PESO		NORMOPESO	
	AL NACER		AL NACER	
	N	%	N	%
No acompañada	6	66.6	4	11.1
Acompañada	3	33.3	32	89.9
Total	9	100	36	100
Embarazo no deseado	5	55.5	0	0
Embarazo deseado	4	45.5	36	100
Total	9	100	36	100

Fuente: Encuesta

En la tabla 9. Se puede ver en el bajo peso al nacer no son acompañada el 66.6% , con embarazo no deseado de (33.3%), en comparación con los normopeso donde fueron acompañadas el (89.9%), y fueron producto de un embarazo deseado el (100%).

D i s c u s i ó n

Muchas son las investigaciones realizadas con relación a los recién nacidos con bajo peso y también otras que relacionan la edad materna con el producto de la concepción (35). Este estudio mostró que la mayor parte de las madres que aportaron bajo peso se distribuyeron en los intervalos de edades menor de 15 y de 20 a 29 años.

Existen trabajos donde la edad materna no ha sido identificada como un factor de riesgo, la mayoría de los autores señalan que tanto las edades precoces (menores de 18 años) como las tardías (mayores de 34 años) representan un factor de riesgo ya que producen afectaciones en el peso del neonato, (36) por lo que puede verse lo polémico de este aspecto solamente. Si bien es cierto que en el grupo de este estudio, predominó el bajo peso en aquellas mujeres menores de 15 a 34 años, tampoco puede plantearse que están en edades tempranas o muy lejanas del tiempo óptimo para la reproducción.

Más de la mitad del universo estudiado presentó nivel de escolaridad preuniversitario y solamente un pequeño porcentaje tuvo nivel secundaria bajo, sin aparecer casos de analfabetismo. La literatura revisada plantea que a menor nivel de escolaridad y analfabetismo de la madre mayor es la probabilidad de tener un recién nacido bajo peso (37).

En el análisis de los antecedentes patológicos personales se vió que las afecciones más frecuentemente encontradas en este estudio fueron, la anemia, hipertensión arterial, y la infección vaginal, mientras que más de la mitad tenía antecedentes de buena salud.

En esta investigación, más del 25 % de las gestantes presentaron malos antecedentes obstétricos y asociados a ello, entre ellos, el período intergenésico corto, Toxemia gravídica, sepsis vaginal, CIUR, Pretérmino, anemia ligera, e Hiperémesis gravídica,

Se analizaron las afecciones asociadas al embarazo y se corroboró que la infección vaginal fue la más frecuente durante la gestación, seguido de la anemia ligera y la HTA.

En un trabajo realizado en Argentina con embarazadas de 40 años y más, se observó una mayor frecuencia de hipertensión arterial, oligohidramnios, diversos tipos de diabetes y bajo peso al nacer(38).

En lo referente a la valoración nutricional en el momento de la captación, este estudio concluyó que dos tercios de las gestantes se clasificó como normopeso, mientras que el otro tercio se subdividió en más de la mitad para las bajo peso y el resto para las sobrepeso y obesas; aunque casi la mitad tuvo una ganancia adecuada de peso durante el embarazo, la ganancia insuficiente de peso estuvo muy cerca, siendo de poco valor la ganancia excesiva de peso.

En los países en vías de desarrollo una de las condicionales del bajo peso al nacer es el mal estado nutricional de la madre en el momento de la concepción, hay investigaciones donde se plantea que es más frecuente que la madre con ganancia insuficiente de peso sea la que aporte el recién nacido bajo peso (39).

En un trabajo realizado en Buenos Aires, Argentina resultó interesante que el peso materno, evaluado tanto en la primera como en la última consulta prenatal, resultó significativo para la prematuridad y el CIUR; el peso neonatal es un sensible indicador del estado nutricional materno, siendo por ello el más estudiado en la estratificación de poblaciones con relación a la tasa de desnutrición materno fetal (40). Existen múltiples y variados factores de riesgo relacionados con el bajo peso como se ha descrito; dentro de éstos, los que más influyeron fueron señalados.

Se analizó el total de los bajo pesos, se clasificaron de acuerdo a su peso y edad gestacional y se encontró que más de la mitad fueron puramente pretérmino, seguido el CIUR y si se tiene en cuenta ambos grupos de (a término y pretérmino) se ve que representan casi dos tercios del total.

Se habla de la importancia en el diagnóstico precoz y tratamiento oportuno del CIUR ya que es el punto vulnerable para disminuir la prematuridad y a su vez la morbilidad y mortalidad de esta entidad (20,40).

En el análisis de la relación psicosocial se vio que las afecciones que predominó más frecuentemente encontrada en este estudio fueron el hacinamiento seguida la procedencia urbana y en referente a número de consulta en total de la gestación predominó en menores de 10 consulta.

Se encontró también en este trabajo que la mayoría de las madres no eran fumadoras ni alcohólicas pero si toman café durante el embarazo.

Aunque está demostrado que el hábito de fumar reduce el peso del futuro neonato debido a la hipoxia que produce la libre penetración del monóxido de carbono a través de la placenta (28,40) en este estudio no tuvo repercusión sobre el peso al nacer de los recién nacidos. A pesar de esto, los Médicos de la Familia y su equipo, que juegan un importante papel en la educación para la salud de la comunidad, deben influenciar sobre las embarazadas para que aquellas que fumen y tomen café y bebidas alcohólicas, dejen de hacerlo. Las creencias de una persona con respecto a los comportamientos saludables son muy importantes; es esencial impartir la información necesaria para corregir criterios equivocados (41).

En este estudio se puede ver en el bajo peso al nacer predominó son solteras con embarazo no deseado, en comparación con los normopeso fueron acompañado y por último eran embarazo deseado.

Estos resultados señalan acerca de la importancia que tiene poder accionar en la mujer en el período preconcepcional, ya que pueden tomarse medidas antes de la gestación y obtener buenos resultados y no después (42).

Se puede ver en el bajo peso al nacer predominó las solteras con embarazo no deseado, en comparación con los normopeso fueron acompañado y por último eran embarazo deseado.

Conclusiones.

Se puede concluir que bajo peso al nacer fueron el (20%) en comparación

Con la muestra de normopeso de nacimiento con (80%)

Se identificaron dentro de los principales factores de riesgo asociados con el bajo peso al nacer el Período intergenésico corto, la Sepsis vaginal, la Anemia, toxemia gravídica, la hiperémesis del embarazo, CIUR, el parto pretérmino. Y la ganancia insuficiente de peso durante el embarazo, así como factores socioeconómicos no favorables. Predominó el nivel preuniversitario, fueron menores de 15 años con número menor de 10 consulta en total de la gestación y por último no eran acompañadas con embarazo no deseado y consumían café. En comparación con normopeso de nacimiento aportó mayor el nivel universitario, con edades de 20 a 29 años y predominaron las que no tenían antecedente patológico personales y obstétrico sin embargo se apreció en un bajo porcentaje la sepsis vaginal, (HTA), anemia. Las gestantes eran normopeso y con ganancia de peso adecuado durante la gestación con de edad gestacional a término, de per cápité bueno, con mayor de 10 consulta en total de la gestación, y la gran mayoría no referían hábitos tóxicos, con embarazo deseado y acompañadas.

Recomendaciones.

1. Continuar trabajando sobre los factores de riesgo de BPN, sobre todo en etapa preconcepcional, para que la mujer llegue al embarazo en óptimas condiciones.
2. Revitalizar las consultas de atención diferenciada al riesgo de prematuridad que existen
3. Hacer diferenciación exacta de todo los factores que fueron inherente del bajo peso al nacer

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Periquet Meriño Magda, Pascao Gamboa Adriana, LabautG inarte Onidia, Vargas de la Paz Liudmila, Mora Nieto Juana. Algunos factores de riesgo asociados al bajo peso al nacer en el Hospital General "Orlando Pantoja Tamayo". MEDISAN [revista en la Internet]. 2014 Ene [citado 6 Ene 2014]; 18(1): Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S102930192014000100003&lng=es.
2. García Afonso Mileydi, de la Caridad, Puga García Arturo, González Brizuela José Antonio, Benitez Guzmán Iralys, Madiedo Albolatrach Mayra. Factores de riesgos en el bajo peso al nacer. Municipio Sancti Spiritus. Gaceta Médica Espirituana [revista en la Internet]. 2006; [citado 6 Ene 2014]; 8(1): Disponible en: http://bvs.sld.cu/revistas/gme/pub/vol.8.%281%29_02/p2.html
3. Rodríguez Domínguez Pedro Lorenzo, Hernández Cabrera Jesús, García León Lázaro Tomás. Propuesta de acción para reducción de factores maternos en el bajo peso al nacer. Rev Cubana ObstetGinecol [Sitio en Internet]. 2010 [citado 6 Ene 2014]; 36(4): [aprox.1.p]. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0138-600X2010000400007&lng=es.
4. Hernández Fernández Moisés, Baez Dueñas Ma Rosa. Alimentación y nutrición en la embarazada. En Temas de Medicina General Integral Álvarez S. La Habana: Editorial Ciencias Médicas; 2008.p178-181.
5. López. José Israel, Lugones Botell Miguel, Valdespino Pineda Luis M, Virella Blanco Javier. Algunos factores maternos relacionados con el bajo peso al nacer. Rev Cubana ObstetGinecol [Sitio en Internet]. 2004 [citado 6 Ene 2014]; 30(1): [aprox.1.p]. Disponible en: http://bvs.sld.cu/revistas/gin/vol30_1_04/gin01104.htm.
6. García Baños Luis Gustavo. Factores de riesgo asociados al bajo peso al nacer. Rev. cub. Salud pública [Sitio en Internet]. 2012 [citado 6 Ene 2014];

38(2): [aprox.1.p]. Disponible en
http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S08643466201200200006&lng=en. <http://dx.doi.org/10.1590/S0864-34662012000200006>.

7. Alonso Uría Rosa María, Campo González Ana, González Hernández Alina, Rodríguez Alonso Beatriz, Medina Vicente Lucrecia. Embarazo en la adolescencia: algunos factores biopsicosociales. Rev Cub Med Gen Integr [Serie en Internet]. 2005 [citado 29 Sep 2014]; 21(5-6): [aprox. 1p]. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S086421252005000500009&lng=es.
8. Díaz Díaz Elva, Álvarez Vázquez Luisa, Farnot Cardoso Ubaldo. Factores de riesgos demográficos y sociales del aborto. Rev Cub Salud Pública [Serie en Internet]. 2001 [citado 29 Sep 2014]; 27(1): [aprox. 1p]. Disponible en: http://bvs.sld.cu/revistas/spu/vol27_1_01/spu04101.htm#autor
9. Ganfong Elías A, Nieves Andino A, Simonó Bell NM, González Pérez JM, Díaz MC, Ramírez Robert R, et al. Hipertensión durante la gestación y su repercusión en algunos resultados perinatales en el Hospital "Dr. Agostinho Neto" de Guantánamo. Rev Cubana ObstetGinecol. 2007; 33(3).[aprox.1.p]. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0138600X2007000300001&lng=es&nrm=iso&tlng=es
10. Pita Rodríguez Gisela. Ácido fólico y vitamina B₁₂ en la nutrición humana. Revista Cubana AlimentNutr [revista en la Internet]. 1998 [citado 6 Ene 2014]; 36(1): [aprox.1.p]. Disponible en: http://www.bvs.sld.cu/revistas/ali/vol12_2_98/ali07298.htm
11. Sanchez Borrego Rafael, Ramirez Hidalgo Angels. Vulvovaginitis en la practica clinica. Obstetricia y Perinatologia. La Habana: Editorial Ciencias Médicas; 2011.

12. Rodríguez Núñez Ana Caridad, Felipe Rodríguez Omar. Asma bronquial: Repercusión materna fetal y neonatal. Rev Cubana Obstet Ginecol [revista en la Internet]. 2006 Ago [citado 2014 Oct 03] ; 32(2): Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0138600X2006000200002&lng=es.
13. Clapés Hernández Sonia. Diabetes mellitus, estrés oxidativo y embarazo. Rev Cub Inv Biomed [serie en Internet] 2000 [citado 29 Sep 2014]; 19(3): [aprox.1.p] Disponible en: http://bvs.sld.cu/revistas/ibi/vol19_3_00/ibi08300.htm
14. Vázquez Niebla Juan Carlos, Hernández Hernández Yanil, Farnot Cardoso Ubaldo. Caracterización de la madre del recién nacido con crecimiento intrauterino retardado. Rev Cub Obstet Ginecol. [revista en la Internet]. 2003 [citado 6 Ene 2014]; 29(3): [aprox.1.p]. Disponible en: http://www.bvs.sld.cu/revistas/qin/vol29_2_03/qin04203.htm
15. López José Israel, Lugones Botell Miguel, Mantecón Echevarría Susana María, González Pérez Camilo, Pérez Valdés-Dapena Déborah. Algunos factores de riesgo relacionados con el bajo peso al nacer. Rev Cubana Obstet Ginecol [revista en la Internet]. 2012 Mar [citado 2014 Oct 03] ; 38(1): 45-55. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0138600X2012000100006&lng=es.
16. Benítez Rodríguez Grisel, Ramón Núñez Hilda Marlene. Fibroma uterino: diagnóstico y tratamiento con medicina natural y tradicional. MEDISAN [revista en la Internet]. 2014 Mayo [citado 2014 Oct 03] ; 18(5): 728-732. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S102930192014000500019&lng=es.
17. Sáez Cantero Viviana de la Caridad, Pérez Hernández María Teresa. Perfil epidemiológico y perinatal de pacientes con preeclampsia. Rev Cub Obstet

Ginecol [Serie en Internet]. 2014 [citado 29 Sep 2014]; 40(2): Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0138600X2014000200003&lng=es.

18. Fajardo Luig Rebeca, Cruz Hernández Jeddú, Gómez Sosa Elba, Isla Valdés Ariana, Hernández García Pilar. Factores de riesgo de bajo peso al nacer, estudio de tres años en el municipio Centro Habana: a 3-year study in Centro Habana municipality. Rev Cubana Med Gen Integr [revista en la Internet]. 2008 Dic [citado 2014 Oct 03]; 24(4): Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S086421252008000400007&lng=es.

19. Soberón Varela Iris, de la Concepción de la Peña Ada Hilda, Hernández Varea José Antonio. Gestación eutópica en útero malformado. Rev Cubana Obstet Ginecol [revista en la Internet]. 2011 Dic [citado 2014 Oct 03]; 37(4): 599-606. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0138600X2011000400016&lng=es.

20. Oliva J. Crecimiento intrauterino retardado .En: Rigol Ricardo Orlando. Obstetricia y Ginecología. Ciudad de la Habana: Editorial Ciencias Médicas; 2010.p.227-228.

21. Ganfong Elías Angel, Nieves Andino Alicia, Simonó Bell Norka Mireya, González Pérez Juan Manuel, Ferreiro Fernandez Leydis, Díaz Pérez María del Carmen. Influencia de la rotura prematura de membranas en algunos resultados perinatales: Hospital General Docente Dr. Agostinho Neto. Rev Cubana Obstet Ginecol [revista en la Internet]. 2007 Ago [citado 2014 Oct 03]; 33(2): Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0138600X2007000200003&lng=es.

22. Sardiñas Barrios Nicolás, Carvajal Carrazana Yarima, Escalante Pichardo Claudia. Repercusión de la obesidad en la morbilidad obstétrica. Rev Cubana

- Obstet Ginecol [revista en la Internet]. 2010 Mar [citado 2014 Oct 03] ; 36(1): 9-15. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0138600X2010000100003&lng=es.
23. Isla Valdés Ariana, Cruz Hernández Jeddú, Velasco Boza Alejandro, Hernández García Pilar, Fajardo Puig Rebeca, Díaz Curbelo Aliucha. Comportamiento de la placenta previa en el Hospital Ginecoobstétrico "América Arias", período 2003-2005. Rev Cubana Med Gen Integr [Serie en Internet]. 2008 [citado 29 Sep 2014]; 24(3). Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-21252008000300007&lng=es.
24. Ticona Rendón Manuel, Huanco Apaza Diana, Ticona Vildoso Maricarmen. Hiperémesis Gravídica. Ginecología y Obstetricia de México 2012.
25. Mastrapa Reyes Caridad, Serrano Riverón Michael, Martínez Pereira Juana Rosa. Factores de riesgo en el bajo peso al nacer. CCM [revista en la Internet]. 2014 Mar [citado 2014 Oct 03] ; 18(1): 116-118. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S156043812014000100014&lng=es.
26. Hübner G María Eugenia, Ramírez F Rodrigo. Sobrevida, viabilidad y pronóstico del prematuro. Rev. Méd. Chile [Sitio en Internet]. 2002 [citado 6 Ene 2014]; 130(8):[aprox.1.p]. Disponible en: http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S003498872002000800015&lng=es.
27. Crane J, Keough M, Murphy P, Burrage L, Hutchens D. Tabaquismo pasivo en las embarazadas perjudica salud del feto. Noticias de salud Al Día [Sitio en Internet]. 2011. [citado 6 Ene 2014 [aprox.1.p]]. Disponible en: <http://boletinaldia.sld.cu/alDia/2011/05/07/partos-de-bebe-muerto-se-asocian-a-tabaquismo-pasivo/>

28. Domenech A. Bajo Peso al nacimiento. Incidencia etiológica del consumo del tabaco, alcohol y café. Rev Esp Obstet Ginecol 1993; 42-541.
29. Desvinculan consumo de café en embarazo con hiperactividad infantil. [Serie en Internet]. La Habana: Infomed [actualizada 29 Sept 2014; citado 29 Sept 2014] [aprox. 1 p.]. Disponible en: <http://boletinaldia.sld.cu/aldia/2012/07/19/desvinculan-consumo-de-cafe-en-embarazo-con-hiperactividad-infantil/>.
30. Bárcenas González Mirsa, Soria Pérez Reynier, Merencio Leyva Niumila, Palencia Tamayo Ramón, Roblejo Belett María Cristina. Caracterización clínica epidemiológica del bajo peso al nacer en el área de salud Mayarí. CCM [Sitio en Internet]. 2012 [citado 6 Ene 2014]; 17 (1): [aprox. 1 p.]. Disponible en: <http://www.revcoemed.sld.cu/index.php/coemed/article/view/201/246>
31. Anuario Cubano. [Sitio en Internet]. La Habana: Infomed; 2012 [citado 6 Ene 2014] [aprox. 1 p.]. Disponible en: <http://bvs.sld.cu/anuario/tablas/ANUARIOCU1.1-1296.htm>
32. Anuario Cubano. [Sitio en Internet]. La Habana: Infomed; 2013 [citado 6 Ene 2014] [aprox. 1 p.]. Disponible en <http://files.sld.cu/dne/files/2014/05/anuario-2013-esp-e.pdf>
33. López. José Israel, Lugones Botell Miguel, Valdespino Pineda Luis M, Virella Blanco Javier. Algunos factores maternos relacionados con el bajo peso al nacer. Rev Cubana Obstet Ginecol [Sitio en Internet]. 2004 [citado 6 Ene 2014]; 30(1): [aprox. 1 p.]. Disponible en: http://bvs.sld.cu/revistas/gin/vol30_1_04/gin01104.htm
34. Donoso S. Enrique. PLAN DE ACCION REGIONAL PARA LA REDUCCION DE LA MORTALIDAD MATERNA EN LAS AMERICAS: RESULTADOS DE CHILE. Rev. chil. obstet. ginecol. [revista en la Internet]. 2003 [citado 2014 Oct 06]; 68(1): 13-15. Disponible en:

http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S071775262003000100003&lng=es. <http://dx.doi.org/10.4067/S0717-75262003000100003>.

35. Peraza Roque Georgina J, Gil Rivas Yurina, Arce Rojas Ángel, Gil Colla Juan. Factores de riesgo en el bajo peso al nacer. Rev Cubana Med Gen Integr [Sitio en Internet]. 2000 [citado 6 Ene 2014]; 16(1): [aprox.1.p]. Disponible en: http://bvs.sld.cu/revistas/mgi/vol16_1_00/mgi12100.htm
36. Chio Naranjo IM, Pouymiro Beltrán MT. Mortalidad perinatal en embarazadas adolescentes. Rev Cub Obstet Ginecol 1998; 14 (2): 31-33.
37. Mayo Márquez Rubén Carlos, López Borroto Keidis García Ranero Alicia Beatriz,. Factores influyentes en el bajo peso al nacer en el área salud "Camilo Cienfuegos" de Chambas, 2007-2008. Rev Medi Ciego [Sitio en Internet]. 2011. [citado 6 Ene 2014]; Vol. 17 (2): [aprox.1.p]. Disponible en: http://bvs.sld.cu/revistas/mciego/vol17_02_2011/articulos/t-1.html
38. 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.
39. López. José Israel, Lugones Botell Miguel, Valdespino Pineda Luis M, Virella Blanco Javier. Algunos factores maternos relacionados con el bajo peso al nacer. Rev Cubana Obstet Ginecol [Sitio en Internet]. 2004 [citado 6 Ene 2014]; 30(1): [aprox.1.p]. Disponible en: http://bvs.sld.cu/revistas/gin/vol30_1_04/gin01104.htm
40. Lechting A, Sterky GT. Conditions of the socrec who work shop. On hearth weight distribution and indicator of social developments. Arch Latinoam Nutr 1988 ;.(4) 412-18.
41. Organización Panamericana de la Salud. La aplicación de teorías y técnicas de las ciencias sociales a la promoción de salud. Washington, DC. Organización Panamericana de la Salud; 1998.

42. Pérez Caballero Manuel Delfin, Valdés Armenteros Reina, Tasis Hernández Manuel y Cordies Jackson Liliam. Bajo peso al nacer y su relación con la hipertensión arterial en adolescentes y jóvenes. Rev Cub Med [revista en la Internet]. 2004 [citado 6 Enero 2014]; 36(1): [aprox.1.p]. Disponible en: http://bvs.sld.cu/revistas/med/vol43_5-6_04/med48_04.htm

A n e x o 1

P l a n d e a c c i ó n .

E l e v a r e l c o n o c i m i e n t o d e l p r o g r a m a d e b a j o p e s o a l n a c e r a l e q u i p o d e s a l u d e n e l m u n i c i p i o P r i m e r o d e e n e r o a t r a v é s d e e s t u d i o s d e p o s t g r a d o .

E n l a s r e u n i o n e s m e t o d o l ó g i c a s q u e s e c e l e b r a n , e n e l m u n i c i p i o d a r a c o n o c e r c u á l e s s o n l o s p r i n c i p a l e s f a c t o r e s q u e i n c i d e n e n e l b a j o p e s o a l n a c e r y d i v u l g a r l o s r e s u l t a d o s d e e s t a i n v e s t i g a c i ó n .

U n a v e z i d e n t i f i c a d o l o s f a c t o r e s d e r i e s g o a c t u a r e n c o n s e c u e n c i a p a r a l a e l i m i n a c i ó n d e l o m i s m o .

R e g i s t r a r c o m o r i e s g o s o b s t é t r i c o s d e i m p o r t a n c i a e n l a a p a r i c i ó n d e l b a j o p e s o e n P r i m e r o d e E n e r o e n e l a ñ o d e e s t u d i o :

C o n t i n u a r e s t u d i a n d o d e f o r m a p r o s p e c t i v a y r e t r o s p e c t i v a p a r a p o d e r e n c o n t r a r f a c t o r e s d e r i e s g o d e p e o r p r o n ó s t i c o e n e s t e m u n i c i p i o y d e a h í d e f i n i r l í n e a s d e t r a b a j o , e s t r a t i f i c a c i o n e s d e r i e s g o y f l u j o g r a m a s p a r a e l m a n e j o .

Anexo 2.

Encuesta Anónima

Marque con una cruz (x) o responda en los casos necesarios:

Edad materna _____

Estado civil _____

Nivel educacional _____

Usted ha parido:

0 ____ 1 ____ 2 ____ 3 o más ____

Su peso inicial del embarazo fue _____

Su peso al culminar el embarazo fue _____

Práctica el hábito

Fuma:

Sí ____ no ____

Cuanto al día _____

Toma bebida alcohólica

Sí ____ no ____

Cuanto al día _____

Toma café

Sí ____ no ____

Cuanto al día _____

Percápita familiar

Menor de 100 pesos _____

Mayor de 100 pesos _____

Embarazo fue deseado

Si _____ no _____

Asistió a consulta prenatal

Si _____ no _____

Cuantos _____

Padeció y padece de alguna enfermedad antes del embarazo marque con una X

Anemia _____

Que tipo

Hipertensión Arterial (HTA) _____

Sepsis vaginal _____

Asma bronquial _____

Que tipo

Diabetes mellitus _____

Que tipo _____

No Antecedente _____

Durante el embarazo usted presentó alguna enfermedad como:

No antecedentes _____

Período interg. Corto < 24 meses _____

Bajo peso anterior _____

Fibroma de útero _____

Toxemia gravídica _____

Malformación de útero _____

Sepsis vaginal _____

A n e m i a l i g e r a _ _ _ _ _

C I U R _ _ _ _ _

H é m e s i s g r a v í d i c a _ _ _ _ _

R P M _ _ _ _ _

O l i g o h i d r a m n i o s _ _ _ _ _

P l a c e n t a p r e v i a _ _ _ _ _

D i a b e t e s g e s t a c i o n a l _ _ _ _ _

A q u é e d a d g e s t a c i o n a l n a c i ó s u n i ñ o : _ _ _ _ _

Q u e p e s o t e n í a s u n i ñ o a l n a c e r : _ _ _ _ _