

REPÚBLICA DE CUBA
UNIVERSIDAD DE CIENCIAS MÉDICAS
“Dr.: JOSÉ ASSEF YARA”
POLICLÍNICO DOCENTE SUR MORÓN

***FACTORES DE RIESGO MATERNOS
RELACIONADOS CON
EL BAJO PESO AL NACER. POLICLINICO SUR
MORON.2009***

AUTORA: LIC. MIRLENYS MONTIEL GARCÍA

En opción al Título de Master en Atención Integral a la Mujer.

CIEGO DE ÁVILA -2010-

REPÚBLICA DE CUBA
UNIVERSIDAD DE CIENCIAS MÉDICAS
“Dr.: JOSÉ ASSEF YARA”
POLICLÍNICO DOCENTE SUR MORÓN

**FACTORES DE RIESGO MATERNOS
RELACIONADOS CON
EL BAJO PESO AL NACER. POLICLINICO SUR
MORON.2009**

AUTOR: LIC. MIRLENYS MONTIEL GARCÍA

***Tutor: MSc Dra. Nancy Maria Acosta Alonso
Especialista de 1er grado en Medicina General Integral.
MSc en Educación Médica y en Atención Integral a la Mujer
Profesor Asistente.***

***Asesor: MSc Dr. Santiago Marcelo López Vela
Especialista de 2do grado en Ginecoobstetricia
MSc en Atención Integral a la Mujer
Profesor Auxiliar.***

***Trabajo de Tesis para optar por el Título de Master en Atención Integral a la
Mujer.***

CIEGO DE ÁVILA -2010-

*"CUANDO MIRO A UN NIÑO ME LLENO DE
ADMIRACIÓN NO PRECISAMENTE POR LO QUE
ES EN LA ACTUALIDAD, SINO POR LO QUE
PUEDE LLEGAR A SER"*

LOUIS PASTEUR

AGRADECIMIENTOS

- *A MI FAMILIA POR CONTAR CON SU PACIENCIA*
- *A MIS PROFESORES POR SU DEDICACIÓN Y ENTREGA*
- *A MI TUTORA POR SIEMPRE ESTAR DISPUESTA*
- *A FIDEL POR SU DEDICACIÓN Y ENTREGA A LA EDUCACIÓN Y PERFECCIONAMIENTO DE NUESTRO SISTEMA DE SALUD*
- *Y A TODOS LOS COMPAÑEROS QUE CONTRIBUYERON A LA REALIZACIÓN DE ESTE TRABAJO*

DEDICATORIA

- A MIS PADRES QUE HASTA HOY HAN GUIADO MIS PASOS
- A MIS HIJOS QUE ME INSPIRAN A SEGUIR ADELANTE
- A MI ESPOSO POR CONFIAR EN MÍ
- A LA REVOLUCIÓN POR PERMITIRME ALCANZAR TODOS MIS
SUEÑOS

RESUMEN:

El peso al nacer es, sin duda, el determinante más importante de las posibilidades de un recién nacido de experimentar un crecimiento y desarrollo satisfactorio, es por esto que con el propósito de identificar los factores de riesgo maternos relacionados con el bajo peso al nacer en el área de salud sur de Morón se realizó un estudio observacional descriptivo, retrospectivo comparativo en el período comprendido de enero a diciembre del 2009. El universo de estudio estuvo constituido por las 25 madres de los recién nacidos con peso inferior a 2500 gramos en el Hospital Roberto Rodríguez Fernández del municipio Morón, pertenecientes al área de salud sur, en el período antes mencionado constituyendo el grupo estudio y se seleccionaron por cada uno de ellos, 3 controles de niños nacidos con peso normal (es decir, 75), pertenecientes a la misma área de salud para valorar y comparar los resultados, y se concluye que la situación económica regular, el hábito de fumar y la multiparidad son factores de riesgo que predominaron en las madres de los niños nacidos bajo peso. Los antecedentes obstétricos con mayor incidencia fueron el período intergenésico corto y el antecedente de tener niños anteriores bajo peso. Las afecciones asociadas más frecuentemente en el embarazo fueron la anemia y la infección vaginal. La mayoría de los recién nacidos bajo peso fueron producto de parto pretérmino y el estado nutricional materno a la captación cuando es desfavorable, repercute negativamente en el peso del recién nacido, la ganancia ponderal insuficiente durante el embarazo es un factor de riesgo materno importante en la aparición de niños bajo peso. . Recomendando Perfeccionar en el área de salud el manejo y control adecuado del riesgo preconcepcional.

Descriptor DeCS: RECIEN NACIDO DE BAJO PESO, FACTORES DE RIESGO,

ANEMIA.

INDICE

PÁGINAS

INTRODUCCIÓN.	1
CAPÍTULO I. FUNDAMENTACIÓN TEÓRICA.	
1.1 Marco Teórico	5
1.2 Justificación del Problema	16
1.3 Objetivos	17
CAPÍTULO II. DISEÑO TEÓRICO Y METODOLÓGICO.	18
CAPÍTULO III. RESULTADOS Y DISCUSIÓN.	25
CONCLUSIONES.	39
RECOMENDACIONES.	40
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.	41
ANEXOS.	46

INTRODUCCIÒN

El peso al nacer es, sin duda, el determinante más importante de las posibilidades de un recién nacido de experimentar un crecimiento y desarrollo satisfactorio, es por esto que actualmente se considera la tasa de recién nacido bajo peso al nacer como uno de los indicadores empleados para monitorear las metas de salud establecidas en la cumbre mundial a favor de la infancia. (1)

El nacimiento de un niño con peso inferior a los 2500 g continua siendo motivo de preocupación para obstetras y neonatólogos si analizamos que a nivel mundial 1 de cada 6 niños nace con peso insuficiente lo cual es de causa multifactorial, pues se debe tanto a causas maternas como fetales, así como ambientales. (2,3)

Su importancia no solo radica en lo que significa para la morbilidad y mortalidad infantil sino que estos niños tienen habitualmente múltiples problemas posteriores, tanto en el período perinatal, como en la niñez y aún en la edad adulta , entre estos problemas se encuentra la mala adaptación al medio ambiente , así como diferentes impedimentos físicos y mentales que se hacen evidentes al llegar a la edad escolar, si la causa del bajo peso ha sido un retardo del crecimiento intrauterino este puede hacerse irreversible después del nacimiento y acompañarse de funciones mentales inferiores a las normales y de secuelas neurológicas e intelectuales. Todo esto hace que el bajo peso al nacer constituya una preocupación mundial, y sea más frecuente en los países subdesarrollados. (1,3)

La salud física y mental de la futura madre, sus antecedentes patológicos, su medio social y cultural, su actitud y comportamiento influyen en la procreación y su producto. Se considera que los factores nutricionales de la madre constituyen los

principales responsables del retraso del crecimiento intrauterino en países en desarrollo y que en países desarrollados sólo son desplazados por el tabaquismo.

(4)

La condición de bajo peso al nacer, constituye una de las principales causas de morbilidad y mortalidad infantil, por lo que la detección de factores asociados con el recién nacido con peso inferior a 2500 g resulta de gran importancia en los cuidados obstétricos. El peso al nacer se relaciona con el desarrollo del niño y su posible adaptación al ambiente.

El pronóstico de los nacidos con bajo peso es motivo suficiente para tratar de prevenirlo y para ello es importante el conocimiento de sus causas. Algunos autores consideran que este tipo de nacimiento es prevenible en un gran porcentaje si las acciones de salud se inician desde antes de la concepción. (2,4) Es innegable la influencia que el peso al nacer sobre las futuras generaciones, por lo que debe constituir la diana de los esfuerzos que el médico y la enfermera de la familia deben desarrollar en su prevención. (5)

El Ministerio de Salud Pública de Cuba ha creado un programa de atención materno infantil (PAMI) que tiene como objetivo fundamental la reducción de la morbilidad y mortalidad perinatal infantil y materna lo que exige dedicación al estudio y profundización en aquellos factores que inciden desfavorablemente en el estado de salud materno infantil .

El BPN constituye una preocupación mundial, y es más frecuente en los países subdesarrollados. En nuestro país su índice ha demostrado un descenso paulatino; y

lento, este indicador descendió desde 11,7 % en 1974 hasta 7,3 % en 1989; pero a partir de 1990 por las condiciones económicas a las que se enfrentó el país, las cuales repercutieron en las posibilidades de nutrición de la población, el índice de bajo peso presentó un incremento que alcanzó en 1993 su cifra máxima de 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 %, en 1999 de 6.5%, en 2002, de 5,3 % y como objetivo primordial llegar al 2004 con un 6.0%.

Cuando se analiza la historia natural del bajo peso al nacer se ponen de manifiesto las posibilidades de que dispone el médico de la familia para desarrollar la prevención primaria actuando en el primero y segundo niveles de atención, es decir, en la promoción de salud y en la protección específica, respectivamente, así como en la prevención terciaria: limitación del daño y rehabilitación, sin obviar su participación en el diagnóstico temprano y tratamiento oportuno. (5)

El índice de bajo peso al nacer se ha comportado de acuerdo con consideraciones clínico-epidemiológicas al efecto. Así, los datos son los siguientes: en el año 2008 el índice de bajo peso en el municipio Morón fue de 3.2 % , pero sin embargo en el 2009 se registraron 860 nacimientos en el municipio de estos con Bajo Peso al Nacer, 41 lo cual representa el 4.7% de los nacidos vivos, de ellos 25 niños nacidos bajo peso pertenecen al área de salud sur , con un índice de 5.7 % Como se puede apreciar, estadísticamente, el índice de bajo peso ascendió en el año 2009, no sería significativo, pero socialmente sí lo es, pues, en nuestro proyecto socioeconómico

cubano, el ser humano es lo primero unido a una calidad de vida cada vez más elevada. De aquí que, un solo caso merecería la máxima atención como problema ineludible de salud; por esta razón, esta necesidad, se encuentra dentro de los contenidos del banco de problemas municipal.

Estos argumentos justifican la necesidad de resolver el **problema científico** que sustenta este estudio relacionado con el hecho de que en el área de salud sur del municipio morón no se cuenta con una caracterización científicamente fundamentada sobre los factores de riesgo maternos relacionados con el bajo peso al nacer, lo que incentivó a la autora para la realización del presente trabajo.

Hipótesis: Si se identifican la edad, el nivel socioeconómico, los hábitos tóxicos, la paridad, Antecedentes Obstétricos, Antecedentes Maternos, Periodo Íntergenésico, Talla Materna, Tiempo de gestación al momento del parto, Estado nutricional de la madre al inicio del embarazo, Ganancia de peso de la madre durante el embarazo como factores de riesgo maternos que influyen en el nacimiento de niños bajo peso se puede accionar sobre ellos y lograr disminuir el índice de bajo peso al nacer en el área de salud sur del municipio Morón.

CAPITULO I FUNDAMENTACIÓN TEORICA

1.1 MARCO TEORICO

El Bajo Peso al nacer (BPN), es el índice predictivo mas importante de la mortalidad infantil pues se ha demostrado que al menos la mitad del total de muertes perinatales ocurren en recién nacidos con Bajo Peso. Se enfatiza en que para alcanzar tasas de mortalidad infantil inferiores a 10 x 1000 nacidos vivos es indispensable un índice de BPN inferior al 6 %, del cual el 60% debe corresponder a los nacidos entre las 21 y 37 semanas de gestación (pretérminos) y un 40% a los que nacen con un peso inferior al que le corresponde para su edad gestacional (crecimiento intrauterino retardado). (6)

El bajo Peso al Nacer es una de las causas más importantes de la morbimortalidad infantil y prenatal constituyendo el 75 % de las mismas. La mortalidad en el 1 er año de vida es 40 veces mayor en el niño BPN que en los normopeso. (7) Actualmente la tasa de BPN se considera como un indicador general de salud, por lo cual el MINSAP se ha propuesto, apoyado en el arsenal científico y técnico con que cuenta y con el objetivo de incrementar la salud de la población cubana para el año 2015 reducir el bajo peso entre 3 y 4 %. (8)

Los neonatos con BPN y especialmente con peso inferior a 1500 g (muy bajo peso al nacer), determinan el 60 % de la mortalidad neonatal y cerca del 40 % de la mortalidad infantil. Es el factor más importante asociado con los más de 5 millones de defunciones neonatales que ocurren cada año en el mundo. Se considera que la

mortalidad durante el 1er año de vida es 14 veces mayor en las niñas con antecedentes de BPN respecto a los que lo nacen a término y peso normal. Se calcula que más de la mitad de los casos hospitalarios directos están relacionados con los cuidados de los recién nacidos con bajo peso. (6)

En muchos países los niños no son pesados al nacer, ningún médico o enfermera se encuentran presentes en casi la mitad de los partos, esta función es desempeñada por las parteras. Por ejemplo en Chad el 89 % de los niños no son pesados, Paquistán 88 % Y Níger 80 %. (9)

Rodríguez y colaboradores citan que la incidencia de bajo peso al nacer oscila de 5.9 % al 28 % de acuerdo con el desarrollo de los países. En América latina, Bolivia el índice de BPN se comporta en un 10 %, Guatemala en un 14 %, Nicaragua 15%, Haití 15 % Y en General el Caribe Latino es de 10.69 %. Cuba a pesar de su sistema de salud y de estar por debajo de la media del Caribe Latino de 11.2 millones de habitantes tenemos 13 4000 nacimientos y 10 720 con bajo peso para un índice de 80 %. (10)

En Cuba, el índice de bajo peso mostró un descenso paulatino, hasta llegar a 7,3 % en 1989. En 1990, por las condiciones económicas a la que se enfrentó el país, las cuales repercutieron en las posibilidades de nutrición de la población, el índice de bajo peso presentó un incremento que alcanzó en 1993, su cifra máxima de 9.0 %. Esto implicó que se diseñaran estrategias encaminadas a mejorar el estado nutricional de la mujer embarazada, basadas en un nuevo enfoque en el funcionamiento de los hogares maternos y en el apoyo de la comunidad. Estas intervenciones tuvieron un rápido impacto y revistieron favorablemente la situación

en los índices de bajo peso que para 1996 fue ya de 7.3 % y en 1999 de 6.5 %. (11)

Tenemos que decir que por los resultados existentes hay diferencias entre nuestras regiones así vemos que en 1996 el índice más bajo del país lo

representó la Provincia La Habana con 4.9 % y el más elevado Guantánamo con 8.9 %.

(11) Villa Clara, una de las provincias vanguardias en el país en este aspecto durante el año 2000 aumentó el indicador al 30.8 % de sus municipios que a su vez fueron los que más incidieron en la tasa de natalidad infantil. (12)

En nuestra provincia se comporta de la misma forma que en el resto del país, en 1977 con 10.7 %, hasta 1991 con 7.4 % desde el cual comenzó a aumentar para alcanzar en 1994 8.2 % Y luego descender en 1996 a 7.1 %, 1997 6.6 % y en 1998 a 6.6 %, 1999 6.6 % manteniéndose estos valores en los años siguientes hasta el año 2002 que fue de 6.3 %. (13,14)

Se define como recién nacido bajo peso (RN8P) para su edad gestacional (8PEG) a todos los recién nacidos, con independencia de las semanas de embarazo, cuyo peso en el momento del nacimiento se sitúa por debajo del percentil 10 de la curva de Lubchenko o dos derivaciones standard de la media. (15)

Existen múltiples definiciones del bajo peso al nacer, según Ventura el 8PN no es más que el nacimiento de un bebé que pesa menos de 2500 g (5 lb. Y 8 onzas), se considera extremadamente bajo cuando pesa menos de 1500 g (3 lb. Y 4 onzas). (16)

La OMS define el 8PN como aquel recién nacido cuyo peso es inferior a 2500 g independientemente de su edad gestacional. (17)

Existen 2 categorías de RNBP:

1 - Los nacidos antes de tiempo (prematuros) que son aquellos que nacen antes de las 37 semanas, más del 60 % de los niños que nacen bajo peso son

prematuros, cuanto antes nace un niño menos pesa y mayor es el riesgo de que aparezcan con problemas de salud posteriores.

2 - Los bebés pequeños para su edad (crecimiento intrauterino retardado) son los que nacen al término de la gestación pero pesa menos de 2500 g, este problema es debido a un crecimiento inadecuado dentro del útero.

Existen 3 variantes de recién nacido bajo peso:

- Recién nacido muy pequeño o de muy bajo peso. Es todo aquel con un peso menor que 1500 g al nacer
- Recién nacido extremadamente pequeño: El que presenta un peso menor que 1000 g al nacer.
- Recién nacido pequeño para su edad gestacional: Aquel que debido a causas fetales, maternas o placentarias nace con un peso menor que el establecido por el 3er percentil según la edad gestacional, sea pretérmino, a término o postérmino. (18)

Resulta difícil separar por completo los factores asociados con la premadurez de las relaciones con el CIUR y las condiciones socio-económicas. En las familias de bajo nivel la incidencia de nutrición deficitaria, la anemia y las enfermedades maternas es mayor.

Las causas identificables de parto prematuro son:

- Causas Fetales.

- Sufrimiento fetal.
- Gestación múltiple.
- Eritroblastosis

- RPM.
- Polihidramnios.
- Iatrogenia.

Los factores que suelen asociarse al CIUR.

- Fetales.

- Trastornos cromosómicos
- Infecciones fetales crónicas.
- Malformaciones congénitas.
- Lesiones post radiación.
- Gestación Múltiple.
- Hidropesía no inmunitaria.

- Causas Placentarias.

- Placenta previa.
- Abrupto placentario.

- Causas uterinas.

- Útero Bicorne
- Incompetencia cervical.

- Causas maternas.

- Preeclampsia
- Enfermedades crónicas (cardiopatías cianóticas, neuropatías) infecciones (listerias, monocytogenosis, estreptococo Grupo B, infección urinaria, corioamnionitis)+
 - Otras causas.
 - Aplasia múltiple
 - Placentarias.
 - Disminución del peso placentario.
 - Disminución de la superficie.
 - Placentitis vellocitaria (bacterias, virus o parasitarias)
 - Tumor (corioangiomas, mola hidatiforme)
 - Desprendimiento placentario.
 - Maternos.
 - Toxemia.
 - Enfermedades renales, HTA o ambos.
 - Hipoxemia
 - Desnutrición o enfermedades crónicas.
 - Drepanocitosis.
 - Fármacos o Drogas. (narcóticos, alcohol, tabaco, cocaína) (19)

En relación con los factores de riesgo de bajo peso al nacer, identificados con mayor frecuencia debemos considerar:

- Embarazo en la adolescencia, ya que la edad materna inferior a los 18 años incrementan los riesgos de la salud en la madre y el niño, pues no se ha

concretado la necesaria maduración biopsicosocial, por lo que consideramos necesario enfatizar las acciones educativas desde las edades más tempranas para continuar reduciendo los embarazos no deseados en este periodo de la vida. A la adolescencia se asocian otros factores sociales que representen en el bajo peso al nacer, como el embarazo no deseado, la madre soltera, el bajo nivel educacional y el momento de la gestación en que se realiza la captación. (20,21)

- Estado nutricional de la madre; teniendo en cuenta que el estado nutricional antes de la gestación o durante este constituye un determinante crítico de los resultados del embarazo para la madre y el niño. (22)

En los países desarrollados el tabaquismo desplaza en orden de importancia a los factores nutricionales. La malnutrición materna aguda e intensa causa una reducción de alrededor del 10 % del peso medio al nacer. El IMC previo a la gestación tiene una relación directa con el peso del recién nacido siendo más bajo en las mujeres con IMC menores de 19. (6,23)

El estado nutricional desfavorable de la embarazada ya sea al comienzo o al término de la gestación repercute de manera negativa sobre la madre y el feto. (24)

En Cuba el punto crítico para la ganancia de peso durante el embarazo es de 8 Kg. Para los fines de vigilancia nutricional ya que desde el punto de vista operativo es difícil ubicar diferentes puntos de corte de acuerdo con el estado nutricional al inicio del embarazo. El médico debe valorar la ganancia de peso sobre la base del estado nutricional inicial. Las reservas maternas pregestacionales, medidas por el peso materno anterior al embarazo, tiene un importante efecto sobre el peso al nacer no

ocurriendo así con la ganancia de peso durante la gestación, siendo el estado nutricional previo al embarazo el factor de mayor influencia en el BPN, por estos motivos se hace necesario identificar desde el periodo preconcepcional a aquellas mujeres con afectación de su estado nutricional y evaluarlas por un personal calificado, con el objetivo de llegar a la gestación en las mejores condiciones. (23)

- Hábito de fumar, factor que influye tanto en el parto pretérmino como en el crecimiento intrauterino retardado. Se ha demostrado que los hijos de las madres fumadoras pesan al nacer un promedio de 200 a 300 g. menos que las descendientes de mujeres no fumadoras, por lo que las madres fumadoras tienen dos veces más probabilidad de tener un recién nacido bajo peso, esto se explica porque los productos tóxicos del cigarrillo acarrearán deterioro del lecho vascular y alteraciones circulatorias, lo que atenta contra la oxigenación y nutrición fetal por lo que debemos promover que se abandone este mal hábito, al menos, durante el embarazo y la lactancia. (23)
- Antecedentes de niños con BPN, factor que aumenta entre 6 y 7 veces el riesgo de volver a tener un recién nacido igual. (24,25)
- Acortamiento del período intergenésico y multiparidad, ya que durante el embarazo y la lactancia la madre disminuye sus recursos biológicos y nutritivos, necesitando un tiempo para recuperarse y prepararse para otro embarazo. Esto explica la alta frecuencia de **BPN** cuando el tiempo que media entre uno y otro embarazo es corto. La ocurrencia de tres partos o más también eleva el riesgo de tener BPN.
- Embarazos gemelares, que es el responsable de más del 10% de los nacidos

preterminos lo cual se explica ya que la nutrición de dos seres en el claustro materno requiere el doble de condiciones en relación con el embarazo único y que aquello a su vez está relacionado con el desencadenamiento temprano del parto. Es por ello que debemos ingresar en el Hogar Materno a toda gestante con un embarazo gemelar desde las 20 semanas hasta el término, a excepción de afecciones concomitantes que obliga a su traslado a instituciones hospitalarias.

(26)

- Incompetencia ístmico cervical, ya que es uno de los signos que anuncia el trabajo de parto pretérmino, siendo un factor de riesgo del BPN. Los factores de riesgo de parto pretérmino deben ser identificadas desde las primeras consultas prenatales y la gestante ingresada en el domicilio u hogar materno hasta su modificación.
- Infección cérvicovaginal debido a que múltiples estudios han demostrado la vagina bacteriana, las infecciones comunes del tracto reproductor y la respuesta inflamatoria que estas desencadenan, se asocian con un parto pretérmino y BPN. Más de la mitad de los nacimientos con bajo peso fueron atribuibles a la presencia de una o más infecciones identificadas en el tracto urogenital. Se calcula que el 22% de los BPN se deben a vaginosis bacteriana y el 4% de las roturas prematuras de membranas (RPM) son consecuencias de vaginosis bacteriana. El riesgo se incrementa más cuando se identifica 2 o más agentes infecciosos, siendo significativamente mayor en las adolescentes. El pesquizado activo de la sepsis vaginal en cada trimestre, su tratamiento según manejo sintomático incluyendo a la pareja, el control de su cumplimiento y la posterior

verificación de las modificaciones endocervicales son intervenciones que contribuyen a la reducción del BPN por esta causa. (6)

- Anemia, complicación no obstétrica del embarazo que se ha asociado en varios estudios a prematuridad y bajo peso neonatal, las anemias nutricionales son las más frecuentes, de ellas la ferropénica. El déficit de hierro en la gestación determina una alteración de la salud materna, ya que la utilización completa de las reservas origina finalmente una anemia clínica capaz de producir, en función de su intensidad, alteración en el transporte de oxígeno con repercusión sobre la fisiología fetal. El control y la prevención de la deficiencia de hierro debe iniciarse en el periodo preconcepcional y continuarse durante la gestación y 3 meses posteriores al parto, mediante suplementación con preparados de hierro, ácido fólico y vitaminas, pues las necesidades de hierro durante el segundo y tercer trimestre de la gestación no se puede cubrir solamente con la dieta. (6,27)
- Hipertensión Arterial, es la causa más frecuente de parto pretérmino y BPN después del embarazo múltiple, en la que el producto de la gestación se afecta tanto por enfermedad como por los medicamentos necesarios para su control. La enfermedad hipertensiva de la gestación obliga a interrumpir a beneficio materno el embarazo antes de su término, por lo que se debe promover hábitos nutricionales adecuados y reconocer oportunamente los signos de alarma para imponer el manejo terapéutico establecido, la atención del médico debe dirigirse a descubrir el terreno de riesgo en que la afección puede desarrollarse y a detectar los signos iniciales y las formas ligeras de la enfermedad para evitar el

desarrollo de las formas graves. (6)

- Consumo de bebidas alcohólicas, aunque menos conocido, no por ello deja de ser un factor de riesgo importante de BPN, lo cual se explica ya que el alcohol y sus metabolitos atraviesan la placenta y actúan sobre el feto produciendo en el 85% de los casos deficiencias del crecimiento pre y postnatal. (28)

Un estudio realizado en Cuba permitió identificar cuales son los principales factores de riesgo del BPN en nuestro país. (29)

- Embarazo en la adolescencia.
- Desnutrición materna (peso menos de 100lb, talla menor de 150cm, bajo peso para la talla y ganancia insuficiente de peso) - Hábito de fumar.
- Antecedente de niños con Bajo Peso.
- Aborto Provocado.
- HTA en el embarazo.
- Incompetencia Cervical.
- Embarazo gemelar.
- Anemia.
- Sepsis cérvicovaginal.

Sin duda alguna, uno de los factores que con mayor impacto repercuten en la determinación del peso al nacer lo constituyen el estado nutricional de la madre antes de la gestación, así como la pobre ganancia de peso durante la misma, teniendo como base un embarazo a término. Algunos estudios han detectado la influencia negativa de la edad como factor de riesgo, la paridad y las enfermedades asociadas entre otros factores que agravan la gestación sobre todo si la madre es

una desnutrida por defecto. (30)

Solo con la identificación precoz y manejo adecuado de los factores de riesgo anteriormente expuestos podremos evitar el nacimiento de niños con bajo peso.

1.2 JUSTIFICACIÓN DEL PROBLEMA

El bajo peso de nacimiento ocurre cuando un bebé pesa menos de 5 libras y 8 onzas (2.500 gramos) en el momento de nacer. Un peso de nacimiento menos de 3 libras y 4 onzas (1.500 gramos) se considera extremadamente bajo. Hay dos categorías de recién nacidos de bajo peso:

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

Hay algunos bebés que son prematuros y también de crecimiento retrasado. Estos bebés corren el riesgo de experimentar muchos problemas vinculados a su bajo peso.

En el municipio Morón en los últimos años existió una disminución del índice de bajo peso al nacer partir del año 2000, sin embargo en el año 2009 este indicador aumentó a 5.7 en el área de salud sur, por lo que la autora decidió realizar una investigación para identificar los factores de riesgo maternos relacionados con el bajo peso al nacer en el área de salud sur del municipio Morón

1.3 OBJETIVOS

I-. Objetivo General:

1. Identificar los factores de riesgo maternos relacionados con el bajo peso al nacer en el área de salud sur del municipio Morón en el periodo comprendido de enero a diciembre del 2009.

II-. Objetivos específicos:

2.1-. Distribuir las madres de los niños nacidos bajo peso según:

- Edad Materna.
- Situación Socioeconómica.
- Hábitos Tóxicos.

2.2-. Determinar el comportamiento en las madres de los niños nacidos bajo peso las siguientes variables.

- Paridad
- Antecedentes Obstétricos.
- Antecedentes Maternos.
- Periodo Íntergenésico.

2.3-. Definir en las madres de los niños nacidos bajo peso

- Talla Materna.
- Tiempo de gestación al momento del parto.
- Estado nutricional de la madre al inicio del embarazo.
- Ganancia de peso de la madre durante el embarazo

CAPÍTULO II. DISEÑO TEÓRICO METODOLÓGICO

Se realizó un estudio observacional descriptivo , retrospectivo comparativo sobre algunos factores maternos relacionados con el bajo peso al nacer en el área de salud sur del municipio Morón en el período comprendido de enero a diciembre del 2009.

Población objeto de estudio:

El universo de estudio estuvo constituido por las 25 madres de los recién nacidos con peso inferior a 2500 gramos en el Hospital Roberto Rodríguez Fernández del municipio Morón, pertenecientes al área de salud sur, en el período antes mencionado constituyendo el grupo estudio y se seleccionaron por cada uno de ellos, 3 controles de niños nacidos con peso normal (es decir, 75), seleccionados mediante muestreo aleatorio simple y pertenecientes a la misma área de salud para valorar y comparar los resultados . Los recién nacidos con peso inferior a 2 500 g (denominados como casos) fueron seleccionados independientemente de la edad gestacional al parto; de los que nacieron con peso igual o mayor que 2 500 g, se tomaron 3 controles por cada RNBP.

Criterios de inclusión:

- Neonatos bajo peso nacidos en el Hospital Roberto Rodríguez

- Recién nacidos bajo peso que pertenezcan al área de salud sur de Morón.

Criterios de exclusión:

- Recién nacidos bajo peso que pertenezcan a otra área de salud
- Recién nacidos que hayan sido atendidos en otra área de salud.
- Neonatos nacidos en otro hospital.
- Nacidos muertos.
- Nacidos malformados.

En el Estudio se utilizaron Métodos Empíricos, Científicos y Estadísticos
En los Empíricos se trabajó con

1-. La Encuesta

En los Científicos

1-. Análisis –Síntesis: El cual permitió penetrar en lo fundamental de lo observado ,
determinar lo importante a partir de la bibliografía revisada y extraer lo necesario
para la solución del problema

2-.Análisis histórico – lógico: se estudió la trayectoria real de los fenómenos y
acontecimientos en el decursar de su historia.

En los Estadísticos con

1-. Estadística Descriptiva

Técnicas y procedimientos de recolección

La recolección de los datos fue a través de formularios, por encuesta a pacientes
(fuentes activas o primarias), (Anexo I), La fuente primaria de los datos se obtuvo a
partir del libro de partos, carné de atención prenatal y las historias clínicas del
Hospital Roberto Rodríguez. A este grupo se le aplicó un cuestionario previamente

diseñado según objetivos trazados conteniendo una serie de variables seleccionadas (Anexo I). La encuesta fue precedida de un texto explicativo que caracterizó el anonimato en la información brindada por las encuestadas y también se les explicó que sus informaciones sólo serán utilizadas con fines científicos lo que garantiza el cumplimiento de los requerimientos éticos y se tuvo en cuenta el consentimiento informado de las personas incluidas en el estudio. (Anexo II)

Para dar salida a los objetivos, se seleccionaron las siguientes variables: edad materna, situación socioeconómica, hábitos tóxicos, paridad, antecedentes obstétricos, antecedentes maternos, espacio íntergenésico, tiempo de gestación al momento del parto, talla materna, estado nutricional de la madre al inicio del embarazo y la ganancia de peso durante el embarazo.

Metódica

Operacionalización de las variables

- Edad: Variable Cuantitativa continua

Se expresa

Edad cumplida en años a partir de la fecha del último cumpleaños

- 15-19 años
- 20-29 años
- 30-39 años
- 40 años y mas

El indicador a medir es el porciento de pacientes a estudiar según grupos de edades

- Situación Socioeconómica
Clasificación socioeconómica (según percápita familiar).

- Buena – más de 100 pesos.
- Regular – de 51 a 100 pesos.
- Mala - hasta 50 pesos.

Percápita familiar = Total de Ingresos en la vivienda/ No. de personas.

➤ Hábitos Tóxicos

- Hábito de fumar: Toda persona que ha estado fumando un cigarro o un puro diario durante 6 meses o más y mantiene el hábito hasta el presente aunque lo haya abandonado en menos de un mes.
- Ingestión de bebidas alcohólicas: Ingestión de un vaso o más de alcohol diario. .
- Ninguno

➤ Paridad

- 1-2 partos
- 3 y mas partos

Multiparidad: Se considera cuando la mujer ha tenido 3 partos o más.

➤ Antecedentes Obstétricos

- Parto pretérmino
- Partos anteriores con niños bajo peso al nacer
- Abortos
- Gemelaridad
- Incompetencia Cervical

- Ninguno

➤ Antecedentes Maternos

- Anemia: Cuando la cifra de Hb se encuentra por debajo de 11 *Og/L*.
- Infección Vaginal
- Infección Urinaria

- Hipertensión Arterial: En obstetricia se considera que existe hipertensión cuando hay un aumento sobre los niveles previamente conocidos de más de 3*Dmm* de Hg. de la presión sistólica y 1*Smm* de Hg. de la presión diastólica, y una presión arterial media (PAM) de 1*DSmm* de Hg. o más.

La presión arterial media es:

$$PAM = \frac{\text{Presión sistólica} + 2 \text{ Presión diastolica}}{3}$$

- Diabetes Mellitus
- Otros

➤ Periodo Intergenèsico

Se define como el periodo que media entre un embarazo y otro.

- Primíparas
- Menos de 2 año
- Mas de 2 años

➤ Talla Materna

- Menos de 1.50 cm
- Igual o mayor de 1.50 cm

➤ Tiempo de gestación de la madre al momento del parto

- Pretérmino: A los nacidos antes de las 37 semanas,
- A Término: Los nacidos entre las 37 y 40 semanas
- Postérmino : Los nacidos después de las 40 semanas

➤ Estado Nutricional de la madre al inicio del embarazo según Índice de masa Corporal.

$$\text{IMC} = \frac{\text{Peso Kg.}}{(\text{Talla cm.})^2}$$

El Instituto Nacional de Alimentos propuso las categorías siguientes:

- Bajo peso : Cuando el IMC es menos de 19.8
- Normopeso: cuando el IMC es de 19.8 a 26.
- Sobrepeso: Cuando el IMC es de 26.1 a 29
- Obesa: Cuando el IMC es Más de 29,0

➤ Ganancia de peso de la madre durante el embarazo

Estado nutricional	ganancia de peso recomendada (kg)	
	Límite inferior	Límite superior
Si es bajo peso	12,5	18,0
Si es normopeso	11,5	16,0

Si es sobrepeso	7,0	11,5
Si es obesa	6,0	

- Adecuada: Cuando según estado nutricional de la madre la ganancia de peso se encuentra entre el límite inferior y superior.
- Inadecuada: Cuando según estado nutricional de la madre la ganancia de peso se encuentra por debajo del límite inferior y por encima del límite superior.

Técnicas y procedimientos de análisis estadístico

Los datos se procesaron utilizando una microcomputadora. Empleo de una PC Pentium IV con ambiente Windows XP. Mediante un software estadístico: EPINFO

La forma de presentación de los resultados es en tablas de frecuencia para su posterior análisis y discusión. Se confeccionó un informe final con los requisitos exigidos. Por el departamento de Postgrado de la Universidad de Ciencias Médicas de Ciego de Ávila.

Como medida de resumen de la información se utilizó, medidas de frecuencias (la proporción, por ciento)

CAPÍTULO III. ANÁLISIS Y DISCUSIÓN DE LOS RESULTADOS

TABLA # 1: Factores de riesgo maternos relacionados con el bajo peso al nacer policlínico sur. Morón. 2009. Distribución de bajo peso al nacer según edad materna.

EDAD MATERNA	BAJO PESO (n = 25)		NORMOPESO (n= 75)	
	No	%	No	%
15-19 años	8	32.0	6	8.0
20-29 años	11	44.0	41	54.7
30-39 años	6	24.0	27	36.0
40 a y más	-	-	1	13.3
TOTAL	25	100	75	100

La condición de bajo peso al nacer, constituye una de las principales causas de morbilidad y mortalidad infantil, por lo que la detección de factores asociados con el recién nacido con peso inferior a 2500 g resulta de gran importancia en los cuidados obstétricos.

Al analizar la distribución según la edad de las madres (tabla # 1) se pudo observar que en las madres de los niños bajo peso hubo un predominio en el grupo de 20 a 29 años representando el 44%, seguido por el grupo de 15 a 19 años para un 32% y observándose con menor frecuencia el grupo de 30 a 39 años presentándose en el 24%. En el grupo control (niños nacidos normopeso) se comportó similar con un predominio de las madres entre 20-29 años con un 54.7 %.

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. Los resultados de esta investigación no coinciden con la literatura revisada donde se plantea que el embarazo en la adolescencia es el grupo de mayor riesgo debido a que en esta etapa aun no se ha concretado la maduración biopsicosocial. (20,21)

López en su estudio sobre factores maternos relacionados con el bajo peso al nacer encontró que el 35,65% de las madres de los niños con bajo peso se encontraban en edades entre 30 y 34 años lo que no coincide con los resultados de esta investigación (31)

TABLA # 2 Distribución del bajo peso al nacer según situación socioeconómica de la madre.

SITUACION SOCIOECONÓMICA	BAJO PESO (n = 25)		NORMOPESO (n= 75)	
	No	%	No	%
Buena	5	20.0	39	52.0
Regular	17	68.0	34	45.3
Mala	3	12.0	2	2.67
TOTAL	25	100	75	100

Según la situación socioeconómica (tabla 2) encontramos en el estudio un predominio de la situación socioeconómica regular para un 68%, en las madres de los niños bajo peso, observándose un 12 % de madres con situación socioeconómica mala , lo cual se explica ya que este repercute en las posibilidades de la nutrición de la madre y a su vez influye en el peso del recién nacido.(4) , sin embargo en el grupo de los niños nacidos normopeso el mayor porcentaje de las madres (52 %) poseen una situación socioeconómica buena seguido de la regular y solo en un 2.67 % de las madres es mala su situación socioeconómica

Estos resultados coinciden con el estudio de Guevara Cosme y colaboradores en Palma Soriano, donde el nivel socioeconómico bajo constituye un factor de riesgo para el nacimiento de niños con bajo peso (32).

TABLA #3 Distribución del bajo peso al nacer según hábitos tóxicos de la madre.

HÁBITOS TÓXICOS	BAJO PESO (n = 25)		NORMOPESO (n= 75)	
	No	%	No	%
Hábito de fumar	13	52	8	10.6
Ingestión de bebidas alcohólicas	1	4.0	5	6.7
Ninguno	11	44	62	82.7
TOTAL	25	100	75	100

Al observar la distribución de las madres de los niños nacidos bajo peso según hábitos tóxicos (tabla 3) se aprecia una alta frecuencia (52.0 %) de fumadoras. En el grupo control predominaron las madres que no poseen hábitos tóxicos con un 82.7 %, y solamente un 10.6% de estas mujeres fumaron en algún momento del embarazo.

Diferentes estudios expresan que el hábito tóxico (fumar) en mujeres está entre las principales causas del bajo peso al nacer (4, 5,9). Los resultados de esta investigación coinciden con los estudios referidos, pues como se puede apreciar en la tabla 3, fumar durante la gestación se acompañó de una importante proporción de niños con menos de 2 500 g al nacimiento porque a mayor consumo diario de cigarrillos, mayor es el riesgo de aumentar la contractilidad uterina, vasoconstricción que produce disminución del aporte de oxígeno y nutrientes al feto; efecto tóxico directo de los derivados del tabaco y de CO², además produce el aumento de las concentraciones de carboxihemoglobina en la sangre del feto que es muy superior a la presente en la sangre periférica de la madre (33-34).

No coincidiendo con los resultados que encontró López en su estudio en el municipio playa, donde la mayoría de las madres no eran fumadoras o no fumaron durante el embarazo (31).

TABLA #4: Distribución del bajo peso al nacer según paridad de la madre

PARIDAD	BAJO PESO (n = 25)		NORMOPESO (n= 75)	
	No	%	No	%

1 – 2 Partos	12	48.0	53	70.7
3 y más partos	13	52.0	22	29.3
TOTAL	25	100	75	100

El 52.0 % de los niños nacidos bajo peso fue producto de un tercer parto o más (multiparidad) condición esta que solamente estuvo presente en el 29.3 % de los niños nacidos normopeso (tabla 4), lo cual coincide con los estudios realizados, esto se debe a que durante el embarazo y la lactancia disminuyen las reservas nutritivas de la madre y a mayor número de embarazo estas reservas disminuyen (26)

Selva Suárez en un estudio en Holguín observó que el 50,8 % de las madres con niños bajo peso fue producto de un cuarto parto o más, considerando en su estudio la multiparidad como un factor de riesgo (35).

TABLA #5: Frecuencia del bajo peso al nacer según antecedentes obstétricos.

ANTECEDENTES OBSTÈTRICOS	BAJO PESO (n = 25)		NORMOPESO (n= 75)	
	No	%	No	%
Parto Pretérmino	3	12.0	3	4.0
Niños bajo peso anterior	6	24.0	4	5.3
Abortos	12	48.0	14	18.6
Gemelaridad	1	4.0	1	1.3
Incompetencia cervical	1	4.0	2	2.6
Ninguno	8	32.0	58	77.3

El aborto representado con un 48% de la muestra, seguido de niños con bajo peso anteriores con un 24 % (tabla 5), fueron los antecedentes obstétricos que predominaron en las madres con niños bajo peso al nacer, sin embargo en el grupo control se pudo observar que las madres de los niños normopeso no presentaban malos antecedentes obstétricos en el 77.3 % y solamente el 5.3% tuvieron un niño bajo peso en partos anteriores, diferentes autores concuerdan que el haber tenido un hijo bajo peso anteriormente fue mas frecuente entre mujeres con recién nacido de bajo peso actual.

Los resultado de esta investigación coincide con el estudio de López y colaboradores en el municipio playa donde el 6.96% de las madres refirieron que tuvieron un niño bajo peso anteriormente (31). Coincidiendo también con los resultados de un estudio realizado en el policlínico milanès de matanzas donde la incidencia de bajo peso anterior en las madres de niños bajo actual fue de 15 %(33).

TABLA # 6 Distribución de bajo peso al nacer según antecedentes maternos

ANTECEDENTES MATERNOS	BAJO PESO (n = 25)		NORMOPESO (n= 75)	
	No	%	No	%
Anemia	22	88.0	11	14.6
Infección vaginal	21	84.0	17	22.6
Infección urinaria	7	28.0	9	12.0
Hipertensión arterial	2	8.0	3	4.0
Diabetes Mellitus	1	4.0	1	1.3
Otros	1	4.0	5	6.6

Dentro de los antecedentes maternos el que mayor influencia tuvo fue la anemia presente en 22 madres de los niños nacidos bajo peso con un 88 % seguida de la infección vaginal con un 84 % , siendo estos factores de riesgo de bajo peso al nacer los identificados con mayor frecuencia . En las madres de los niños normopeso estas 2 patologías fueron igualmente las de mayor presencia pero con un porcentaje de madres menos afectadas, ya que solamente 40 madres presentaron alguna patología

La infección vaginal constituye una amenaza para la gestación, no solo porque la vagina es parte del canal natural del parto y su contaminación patológica puede afectar al feto a su paso por este, sino porque se producen modificaciones adversas del cuello uterino en gran número de pacientes y, en el peor de los casos, sin que la criatura haya alcanzado la madurez y peso adecuados.

En Cuba a pesar de tener un programa materno infantil bien planificado y ejecutado y tener la posibilidad de cobertura total con antianémicos profilácticos desde el momento de la captación, la anemia persiste como problema durante la gestación. Por lo que se podría disminuir el impacto que este factor de riesgo ocasiona en el bajo peso de los recién nacidos perfeccionando el trabajo en los consultorios médicos de familias.

Los resultados de esta investigación coincide con otros estudios realizados , en el hospital de palma soriano al identificar los antecedentes maternos en los neonatos nacidos bajo peso Guevara Cosme encontró que la infección vaginal seguida de la anemia fueron los 2 factores predominantes , igualmente López en su investigación

en el municipio playa la anemia en primer lugar seguida de la infección vaginal fueron los antecedentes maternos mas frecuentes encontrados (31).

TABLA # 7 Distribución del bajo peso al nacer según Periodo intergenésico

PERIODO INTERGENÉSICO	BAJO PESO (n = 18)		NORMOPESO (n= 54)	
	No	%	No	%
Menos de 2 años	11	61.1	9	16.6
Más de 2 años	7	38.9	45	83.4

En la tabla 7 se distribuyen las madres de los niños bajo peso según periodo intergenésico , donde se excluyen las 7 primíparas , encontrando que el 61.1% de las madres presentaron un periodo intergenesico corto , sin embargo en el grupo

control hay 21 nulípara pero solamente el 16.6 % tuvieron un periodo intergenesico menor de 2 años por lo que se considera un factor de riesgo importante en las madres de los niños bajo peso.

Coincidiendo con los estudios de López y de Hernández Cisneros donde el periodo intergenesico corto estaba presente en mas de la mitad de las madres de los neonatos nacidos bajo peso, lo cual se explica ya que la mujer necesita tiempo para recuperarse nutricionalmente y prepararse para otro embarazo, motivo por el cual el período intergenésico influye en el bajo peso. (26,31,36). En un estudio realizado en Perú se encontró que el 30,4 % de pacientes con período intergenésico corto tuvieron niños con peso inferior a los 2500 gr (37).

TABLA # 8: Comportamiento del bajo peso al nacer según el tiempo de gestación de la madre al momento del parto .

TIEMPO DE GESTACIÓN	BAJO PESO (n = 25)		NORMOPESO (n= 75)	
	No	%	No	%
Pretérmino	14	56.0	3	4.0
A término	11	44.0	72	96.0
Postérmino	-			
TOTAL	25	100	75	100

La mayor cantidad de niños con bajo peso al nacer fueron producto de parto

pretérmino representando el 56 %, lo cual coincide con la literatura revisada ya que

cuanto antes nace un niño tendrá menor peso y mayor es el riesgo de que aparezcan problemas de salud posteriormente.(18) . En el grupo control se pudo observar que 3 niños (4.0 %) con peso igual o superior a 2500 gramos fueron producto a un parto pretermino pero entre 36 y 37 semanas, coincidiendo con los resultados de López que los clasificó de acuerdo a su peso y edad gestacional y se encontró que más de la mitad fueron puramente CIUR, seguido del pretérmino y el CIUR- pretérmino. Si se tiene en cuenta ambos grupos de CIUR (a término y pretérmino) se ve que representan casi dos tercios del total. Un estudio en Santo Domingo encontró que el 48,3 % de los bajo pesos nacieron entre 33 y 36 semanas, mientras que entre 37 y 40 semanas, nació el 34,5 % , el 37,2 % fueron pequeños para su edad gestacional y de estos, el 74,4 % fueron asimétricos(31,38). Por lo que todos los esfuerzos que se realicen para prevenir el parto pretérmino, se verán reflejados en la mejoría de los índices de bajo peso al nacer.

TABLA # 9 :Comportamiento de bajo peso al nacer según la talla materna

TALLA MATERNA	BAJO PESO (n = 25)		NORMOPESO (n= 75)	
	No	%	No	%
Menos de 1.50 cm	9	36.0	6	8.0
Igual o mayor 1.50 cm	16	64.0	69	92.0
TOTAL	25	100	75	100

El bajo peso al nacer se comportó con una mayor frecuencia en las madres con una

talla igual o superior a 1.50 cm representando el 64% (tabla # 9), sin embargo 9 madres para un 36 % su talla fue menor de 1.50, en el grupo de los niños nacidos normopeso el 92% presentaron una talla mayor a 1.50 cm este resultado no coincide con lo reportado por algunos autores donde se plantea que el bajo peso es mas frecuente en las mujeres con baja talla. (30) . En el estudio realizado en Holguín sobre factores de riesgo de bajo peso al nacer en sitios centinelas encontraron que las mujeres con baja talla mostraron 3 veces más probabilidad de tener un hijo con bajo peso que aquéllas con una talla mayor o igual a 150 cm (35).

TABLA # 10 Comportamiento del bajo peso según estado nutricional de la madre al inicio del embarazo.

ESTADO NUTRICIONAL	BAJO PESO (n = 25)		NORMOPESO (n= 75)	
	No	%	No	%
Bajo peso	14	56.0	6	8.0
Normopeso	7	28.0	57	76.0
Sobrepeso	2	8.0	9	12.0
Obesa	2	8.0	3	4.0

TOTAL	25	100	75	100
-------	----	-----	----	-----

En lo referente a la valoración nutricional al inicio del embarazo (tabla 10) se puede observar que en las madres de los niños bajo peso el 56.0 % fueron clasificadas como Bajo peso seguidas de las normopeso en el 28.0 %, en el grupo control el mayor porcentaje se clasificó como normopeso a la captación con un 76.0 % y solo el 8.0 % como bajo peso. Este estudio mostró que el bajo peso materno a la captación de la embarazada constituye un factor de riesgo de neonatos con peso inferior a los 2500 gramos

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 el CIUR y la prematuridad; 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). Coincidiendo este estudio con el de argentina Sin embargo no coinciden estos resultados con el estudio realizado en el municipio playa en Ciudad de la Habana. Cuba, donde encontró que mas de la mitad de las madres de los niños en la captación fueron normopeso (31).

TABLA # 11: Comportamiento del bajo peso según ganancia de peso de la madre durante el embarazo.

GANANCIA PESO	DE	BAJO PESO (n = 25)		NORMOPESO (n= 75)	
		No	%	No	%
Adecuada		7	28.0	63	84.0
Inadecuada		18	72.0	12	16.0
TOTAL		25	100	75	100

El mayor número de gestantes de los niños bajo peso tuvo una ganancia de peso inadecuada durante el embarazo representando el 72 % (tabla11), En la mayoría de las madres de los niños nacidos con peso normal su ganancia de peso fue adecuada (84.0%).

La ganancia de peso durante la gestación representa la expresión más integral del crecimiento fetal. Diversos investigadores opinan que el estado nutricional materno, cuando es desfavorable, repercute negativamente en el peso del recién nacido, ya que la ganancia ponderal insuficiente durante el embarazo es un factor importante en la aparición de niños bajo peso (32). Estos resultados coinciden con otros estudios realizados en Cuba, En el área de salud de milanès en Matanzas predominó la ganancia de peso insuficiente en las madres de los nacidos bajo peso. y la investigación en el municipio Playa tuvo resultados similares (31,33). El estudio de factores de riesgo en sitios centinelas de Holguín identificó la ganancia insuficiente de peso como un factor de riesgo de bajo peso al nacer (35).

CONCLUSIONES

Se concluye que en el área de salud sur del municipio Morón la situación económica regular, el hábito de fumar y la multiparidad son factores de riesgo que predominaron en las madres de los niños nacidos bajo peso. Los antecedentes obstétricos con mayor incidencia fueron el período intergenésico corto y el antecedente de tener niños anteriores bajo peso. Las afecciones asociadas más frecuentemente en el embarazo fueron la anemia y la infección vaginal. La mayoría

de los recién nacidos bajo peso fueron producto de parto pretérmino y el estado nutricional materno a la captación cuando es desfavorable, repercute negativamente en el peso del recién nacido, la ganancia ponderal insuficiente durante el embarazo es un factor de riesgo materno importante en la aparición de niños bajo peso.

RECOMENDACIONES

Perfeccionar en el área de salud sur del municipio Morón el manejo y control adecuado del riesgo preconcepcional, así como Intensificar las acciones de educación para la salud para actuar sobre los factores de riesgo maternos modificables que influyen en el nacimiento de niños bajo peso.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. Alonso Rosa M, Glez Hdez Alina, Vasallo Pastor Nancy. Incidencia y Mortalidad del recién nacido bajo peso. Rev. Cubana Pediatr. 2002, 73 (4): 212 - 8.

2. Vicente Sarmiento G, Pago la Leyva 1, Orama Hdez L, González Aguiar AG.

Importancia de los antecedentes maternos en el recién nacido bajo peso. Rev Cubana Med Gen Integr 2002, 16 (5): 502 - 7

3. El recién nacido bajo peso: comportamiento de algunos factores de riesgo.

- Rev Cubana Med Gen Integr V. 12. n.1. Ciudad de la Habana Ene- Feb. 1996.
- 4.Selva Suárez L, Rodríguez Pupo E, Ochoa Alonso A. Factores de riesgo de bajo peso al nacer en sitios centinelas de Holguín. Rev Cubana Aliment Nutr 1998; 12 (2): 77 - 81.
 - 5.Prado Olivares L, Ramírez Rosales MA, Vaillant Suárez G. Bajo peso al nacer. Enfoque clínico epidemiológico y social. Rev Cubana Med Gen Integr 1996; 12 (3).
 - 6.Álvarez Fumero R, Urra Cobas L, Aliño Santiago M. Repercusión de los factores de riesgo en el Bajo Peso al nacer. RESUMED 2002,14 (3): 11521.
 - 7.Departamento Municipal de Estadísticas de Salud, Ciego de Ávila. Datos Anuales 1990 - 1994.
 - 8.Díaz TV, Soler Q M, Soler Q B, Aspectos Epidemiológicos del Bajo Peso al nacer. Rev Cubana Med Gen Integr 1993; 9: 230 - 44.
 - 9.Rodríguez 1, Casaños C, Fdez M. Incidencia del RNBP en el municipio Santa Cruz del Norte en 1988. Hosp. Alberto Fdez. 3er Congreso Nac. de Terapia Intensiva Neonatal y Ped 1989.
 10. Situación de salud en las Américas. Indicadores básicos 2001 - Programa Especial de análisis de salud OPS/OMS.
 11. Cuba, Ministerio de Salud Pública. Programa Nacional de Atención materno infantil: programa para la reducción del BPN 1998. La Habana: MINSAP; 1998. P. 5 -7.
 - 12.Variación del indicador de BPN en el año 2000. UATS / CPME. Villa Clara 2001.
 - 13.Anuario Estadístico. 2002.
 - 14.Rosell E, Domínguez M, Casudo A, Ferrer 1. Factores de riesgo del BPN.

- Rev Cubana Med Gen Integr 1996; 3: 270 -74.
15. Cruz Hdez, M. Tratado de Pediatría, Manuel Cruz Hdez 6ta ed, Barcelona, España VII - 11, 1988.
16. Ventura. Report of final natal and statistics, 1995. Monthly vital statistics report Vol 45, número 11.10 junio 2001.
17. Díaz Alonso G, González Docel I, Román Fdez L, Cueto Guerreiro. Factores de riesgo en el BPN. Rev Cubana Med Gen Integr 11 (3); 224 - 23, Julio - Sept; 1998.
18. Colectivo de autores. Manual de Prácticas Clínicas en Neonatología. 2000. Editorial Ciencias Médicas. La Habana.
19. Waldo E. Nelson. Premadurez y retraso del crecimiento intrauterino. El recién nacido. Tratado de Pediatría Volumen I Cap. 79 y 82 P 569 - 51 Y 549. Ed Ciencias Médicas 15 Ed.
20. MINSAP. Programa Nacional de Atención Integral al Adolescente. 2000.
21. Colectivo de autores. Manual de Prácticas Clínicas para la Atención Integral a la Salud del Adolescente. MINSAP 1999.
22. Jiménez Acosta S, Rodríguez Gay I. Vigilancia nutricional materno infantil de Caguayo. SAo La Habana. 1997.
23. González de Agüero Labrada R, Fabre González E. Nutrición y Dietética durante el embarazo.
24. Rosell Juarte E, Domínguez Basalto M, Cosado Collado A, Ferrer Herrera I. Factores de riesgo del Bajo Peso al nacer. Rev Cubana Med Gen Integr 2002; 12

(3): 270 - 4.

25. Tamby RI. Observations on obstetrics practice in a multicultural setting maternal and child health I 1999; 3 (2): 111 - 3.

26. Díaz G, González I, Romero L, Cueto. Factores de riesgo en el bajo peso al nacer. Rev Cubana Med Gen Integr 1995; 11 (3) 224 - 31.

27. Colectivo de autores. Manual de Diagnóstico y Tratamiento en Obstetricia y Perinatología. Editorial Ciencias Médicas. La Habana. 2000.

28. Vázquez L, Vidal H. Prevalencia de anemia nutricional de mujeres en edad fértil de un área de salud. Rev Cubana Med Gen Integr 9 (3): 245 - 50.

29. Comité de Genética. El alcohol en la gestación. Arch Arg Pediatr 1996; 94 107 -8.

30. Puig Vega A, Hdez Cabrera I, Sierra Velásquez M, Crespo Hdez T, Suárez Ojeda R. Desnutrición materna y su relación con algunos resultados perinatales. Rev Cubana Obstet Ginec. 2002; 24 (2): 74 - 9.

31-. López JI, Lugones Botell M, Valdespino Pineda LM, Virella Blanco J . Algunos factores maternos relacionados con el bajo peso al nacer. Rev Cubana Obstet Ginec; 2004 ;30 (1)

32. Guevara Cosme JA, Montero Hechavarría E, Fernández Miralles RM, Cordero Isaac R, Villamil Blanco Y. Factores de riesgo del bajo peso al nacer en el hospital materno de Palma Soriano durante un trienio [artículo en línea]. MEDISAN 2009;13(2). <http://bvs.sld.cu/revistas/san/vol13_2_09/san09209.htm> [consulta: fecha de acceso].

33. Rodríguez Domínguez Pedro Lorenzo, Hernandez Cabrera Jesús, Reyes Peres Adriana. Bajo peso al nacer. Algunos factores asociados a la madre. Rev Cubana Obstet Ginecol 2006; (5): 32
34. Rigor Ricardo O, Cutié León E, Santana O. Rigol Obstetricia y Ginecología. Edición I. Ciudad de La Habana: Ciencias Médicas; 2006. (39):113-117.
35. Selva Suarez L, Rodríguez Pupo E, Ochoa Alonso. Factores de riesgo de bajo peso al nacer en sitios centinelas de Holguín. Rev Cubana Aliment Nutr 1998; 12(2):77-81.
36. Hernández Cisneros F, López del Castillo Suárez –Inclán J, González Valdés JO, Acosta Casanovas N. El recién nacido de bajo peso: comportamiento de algunos factores de riesgo. Rev. Cubana Med Gen Integr 2006; 12(18):44-9
37. Shimabuku R, Oliveros M. Factores de riesgo de bajo peso al nacer en el Perú. Rev Esp Pediatr 1999; 55 (329):428-33.

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. Martínez Barroso M, Matienzo González G, Williams Serrano S. Ganancia de peso materno: relación con el recién nacido. Rev Cubana Obstet Ginecol 1998; 1(24): 65.

40. Bolzán A, Guimarey L, Norry M. Factores de riesgo de retardo de crecimiento intrauterino y prematuridad en dos municipios de la provincia de Buenos Aires.

Archivos Argentinos de Pediatría. 1998. Disponible en:
http://www.sap.org.ar/archivos/1998/arch98_3/98_155_162.pdf .

ANEXOS

ANEXO I

CUESTIONARIO.

El presente cuestionario tiene por objetivo identificar los factores de riesgo maternos que pueden influir en el nacimiento de su niño bajo peso.

Agradeceremos su cooperación y sinceridad que nos será de gran utilidad para el desarrollo de nuestro trabajo.

Nombre y Apellidos de la madre: _____

Consultorio: _____ Área de Salud: _____

1. Edad Materna:

- Menos de 15 años.
- 15 a 19 años.
- 20 a 29 años.
- 30 a 39 años.
- 40 años y más.

2. Situación socioeconómica:

- Buena.
- Regular.
- Mala.

3. Hábitos Tóxicos.

- Hábito de fumar.
- Ingestión de bebidas alcohólicas.
- Ninguno.

4. Paridad

- 1 parto
- 2 partos
- 3 y más partos

Multiparidad: Se considera cuando la mujer ha tenido 3 partos o más.

5. Antecedentes Obstétricos.

- Parto Pretérmino.
- Niños con bajo peso al nacer anteriores

- Abortos.
- Gemelaridad.
- Incompetencia cervical.
- Ninguno

6. Antecedentes Maternos:

- Anemia.
- Sepsis vaginal.
- Sepsis Urinaria.
- Hipertensión arterial
- Otros. ¿Cuales? _____ _

7. Periodo intergenésico:

- Menos de 2 años.
- Más de 2 años.
- Primípara

8. Tiempo de gestación al momento del parto: _____ semanas.

9. Talla materna: _____ cm.

10. Estado nutricional de la madre al inicio del embarazo:

- Bajo peso.
- Normopeso.
- Sobrepeso.
- Obesa.

11. Ganancia de peso durante el embarazo: _____ Kgs.

ANEXO II

PLANILLA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO

Yo _____ me comprometo a participar en la investigación Factores de riesgo relacionados con el bajo peso al nacer policlínico sur Morón. 2009, bajo el compromiso de que esta información no será divulgada por ninguno de los autores de la misma.

NOMBRE Y APELLIDOS

FIRMA