

Universidad de Ciencias Médicas

Ciego de Ávila

Policlínico Docente Juan OlimpioValcárcel. Venezuela

Título:Factores de riesgo de bajo peso al nacer en el municipio Venezuela durante el año 2011.

Autor: Dra. Laritza Noriega Flores.

Tutora: Dra. Silvia Retureta Milán

**Tesis para optar por el título de Especialista en Primer
Grado en Medicina General Integral
Ciego de Ávila**

2012

Universidad de Ciencias Médicas
“Dr. Jose Assef Yara”
Ciego de Ávila
Policlínico Docente Juan OlimpioValcárcel. Venezuela



Título:Factores de riesgo de bajo peso al nacer en el municipio Venezuela durante el año 2011.

Autor: Dra.Laritza Noriega Flores.

Aspirante a Especialista en Medicina General Integral

Tutora: Dra. Silvia Retureta Milán

Especialista de 1er grado en Medicina General Integral

Profesor instructor.

**Tesis para optar por el título de Especialista en Primer Grado en
Medicina General Integral**

Ciego de Ávila

2012

*A mi familia, en especial a mi hija
que es la razón de mi vida.*

“... El médico será algo más que alguien que atiende a uno que se enferma y va al hospital, sino que tendrá un papel especial en la medicina preventiva,, en fin será un “guardián de la salud”.

Fidel Castro Ruz

*A todas las personas que de una manera u otra
contribuyeron con la realización de este trabajo, en
especial a mis padres y a mi tutora.*

Resumen

Existen factores que pueden desencadenar la aparición de un recién nacido bajo peso, con el objetivo de identificar estos factores de riesgos y su relación con el bajo peso al nacer, así como evaluar su manejo en las diferentes áreas del nivel primario de atención en el municipio Venezuela, se realizó un estudio Observacional analítico de casos y controles. El universo estuvo constituido por el total de recién nacidos con peso inferior a 2500 gr que se presentaron durante el año 2011, representando los casos y los controles estuvo constituido por dos recién nacidos con pesos de 2500gr o más por cada caso, que pertenezcan al mismo consultorio y con características similares a los casos de estudio. La recolección de la información se realizó mediante una planilla para recolectar datos donde se recogieron las variables a estudiar, utilizando las historias clínicas y carnets obstétricos, se realizó un análisis divariado y multivariado utilizando la medición del riesgo (RD). El manejo de los factores de riesgo de bajo peso al nacer por los médicos del nivel primario de atención fue evaluado según las categorías de “Aceptable”, “Mínimo aceptable” e “Inaceptable” y los resultados fueron expuestos en tablas.

Palabras claves: factores de riesgos/ recién nacido bajo peso/evaluación.

INDICE

INTRODUCCION-----	1
OBJETIVOS-----	3
MARCO TEORICO-----	4
METODO-----	6
ANALISIS Y DISCUSION-----	12
CONCLUSIONES-----	22
RECOMENDACIONES-----	23
REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS-----	24

INTRODUCCION

Se le denomina Recién Nacido Bajo Peso (RNBP) a aquellos que en el momento de su nacimiento pesan menos de 2500g y constituye un valor predictivo en la morbilidad y mortalidad perinatal. El retardo del crecimiento intrauterino (RCIU) se refiere al retraso del crecimiento en el interior del útero, lo que luego conduce a bajo peso al nacer (1; 2)

El nacimiento de un niño bajo peso sobre todo con un peso inferior a 1500 gr, es un problema en cualquier unidad de recién nacido, por las complicaciones que presentan y su difícil manejo. Constituyen un grupo de alto riesgo biomédico que requieren de prolongadas hospitalizaciones y de un complejo manejo multidisciplinario; son muy dependientes de los servicios de salud considerando las frecuentes hospitalizaciones y necesidades de atención o rehabilitación, representando una gran carga a la salud pública por los altos costos y consumo de recursos (3).

En Cuba, el nacimiento pretérmino representa del 8 a 9 % de los partos y está asociado a 75 % de la mortalidad perinatal. (4; 5)

Muchos factores pueden retardar el crecimiento del feto. Los bebés con anomalías congénitas o anormalidades cromosómicas a menudo son asociados con bajo peso al nacer. A veces, los problemas con la placenta pueden impedir que ésta suministre al feto el oxígeno y los nutrientes adecuados. Dentro de los factores de riesgo de la madre que pueden contribuir al bajo peso al nacer se encuentran los embarazos múltiples, otros hijos con bajo peso al nacer, mala nutrición, cardiopatía o hipertensión, fumar, drogadicción, abuso del alcohol, y cuidado prenatal insuficiente. El bajo peso al nacer es más común en las primerizas y entre embarazadas menores de 17 años y mayores de 35 años (6 - 8).

En Cuba en 1981 cuando se estudió el riesgo obstétrico y se identificaron como factores de riesgo de bajo peso al nacer:

1. Embarazos en adolescentes menores de 17 años.
2. Desnutrición materna: peso inferior a 100 libras, talla inferior a 150 centímetros, bajo peso para la talla, ganancia insuficiente de peso durante la gestación.
3. Hábito de fumar.
4. Antecedente de niños con bajo peso.

Otros factores identificados que se tuvieron en cuenta fueron:

1. Aborto provocado.
2. Hipertensión arterial durante la gestación.
3. Incompetencia ístmico-cervical.
4. Embarazos múltiples.
5. Anemia.
6. Infección cervicovaginal.

La identificación de estos factores de riesgos, sirvió de base para el diseño de estrategias ante las condiciones económicas que enfrentaba el país creando así el Programa para la reducción del bajo peso al nacer el que se comenzó a ejecutar en 1983 y que permitió una disminución en los índices de mortalidad neonatal precoz de 11,2 a 5,4 por mil nacidos vivos en el período de 1980- 1989 (1; 9-13).

A pesar del progreso de las tecnologías para la detección del bajo peso al nacer y de los tratamientos establecidos, su frecuencia se incrementa, sobre todo por una serie de factores de riesgo que durante el embarazo, pueden identificarse y tratarse adecuada y oportunamente durante la atención prenatal, atendiendo a la importancia que estos requieren motivó la realización de esta investigación, y conlleva a formular la siguiente pregunta de investigación:

¿Cómo identificar los factores de riesgos asociados con bajo peso al nacer en el nivel primario de atención?

¿Qué criterio evaluativo merecerá el manejo de los factores de riesgos para el bajo peso al nacer por el personal de salud del nivel primario de atención?

MARCO TEORICO

En toda sociedad hay individuos, familias y hasta grupos, conocidos como vulnerables, cuya probabilidad de enfermar o morir es mayor que la de otros. Estos grupos deben ser identificados en la medicina preventiva, para que al identificar el riesgo, se puedan ejercer acciones de salud que tiendan a disminuir la probabilidad de enfermar. Gracias a la Atención primaria de salud (APS), con el desarrollo de la medicina comunitaria, en el subsistema de atención del Médico y Enfermera de Familia, y a través de la dispensarización, se logra una profundización en la identificación de los factores de riesgo en grupos vulnerables de la población dentro de los cuales el materno infantil ocupa un lugar de alta prioridad (3; 14).

En Estados Unidos, país de elevado desarrollo científico técnico el índice de prematuros se ha incrementado en un 33% en los últimos 23 años, desde los 9.4% en el 1981 hasta 12.7% en el 2005 y con ello el índice de RNBP (15).

En Latinoamérica: Argentina informó en 1999 que el 7 % de sus recién nacidos tuvieron un peso al nacer inferior a 2 500 g, Uruguay reportó la incidencia nacional de esta entidad en el 2004 de 1,8 % y Colombia al 8,4% de los Recién Nacidos (RN) vivos en el año 2006 (16).

Se calculan que en el mundo nacen alrededor de 20 millones de niños con peso inferior a 2500g, de los cuales un 40 a 70 % son pretérmino y muchos de ellos pueden quedar con secuelas neurológicas. Se puede concluir que el 66% de las muertes neonatales en la primera semana de vida están ligadas a la prematuridad dada por partos pretérmino (17)

En Cuba, antes del triunfo revolucionario no existían programas de salud por lo que la mortalidad infantil se comportaba de forma muy elevada, antes de 1960 solo existían unos cuantos centros donde se brindaba una atención muy simple.

En la actualidad, cada servicio de obstetricia cuenta con uno de Neonatología y la mortalidad neonatal es inferior a 5 por cada mil nacidos vivos (18).

El colegio Mexicano de especialistas en ginecología y obstetricia (2009) confeccionó una guía de parto pretérmino mediante la conformación de un grupo de expertos quienes definieron los términos para la elaboración de dicho documento cuyo objetivo fue: el diagnóstico temprano y oportuno del mismo que permita iniciar las medidas y el tratamiento más adecuados y así poder disminuir las complicaciones inmediatas y las secuelas a largo plazo que se le atribuyen (19).

La mortalidad infantil constituye un indicador muy sensible y comúnmente usado para medir el estado de salud de la población y específicamente la mortalidad neonatal precoz constituye el componente de la mortalidad infantil más difícil de reducir dado que requiere de recursos e inversiones por su relación con el bajo peso al nacer y la inmadurez entre otras causas (3; 9).

MÉTODO

Se realizó una investigación con un diseño observacional analítico de casos y controles nos permitió Identificar los factores de riesgo asociados al bajo peso al nacer en el municipio Venezuela durante el año 2011.

El universo estuvo constituido por el total de recién nacidos con peso inferior a 2500 gr que se presentaron durante el año 2011 en el municipio Venezuela, representando los casos y los controles estuvo representado por dos recién nacidos con pesos de 2500gr o más por cada caso que pertenezcan al mismo consultorio y con características similares a los casos de estudio. La información se obtuvo mediante una planilla para recolectar datos, donde se recogieron las variables, utilizando las historias clínicas hospitalarias y carnets obstétricos.

Se realizó un análisis bivariado (bruto) para identificar la asociación de las variables independientes con el bajo peso al nacer, seguido de un análisis multivariado de los factores de riesgo que manifiesten mayor fuerza de asociación en el análisis bruto.

VARIABLES: Antecedentes de recién nacido bajo peso, enfermedades crónicas, enfermedades del útero, período intergenésico menor de dos años, hábito de fumar, embarazo múltiple, rotura prematura de las membranas (RPM), infecciones durante el embarazo, insuficiencia placentaria, placenta previa, restricción del crecimiento intrauterino.

Medidas de resumen:

Medidas de asociación: Para el análisis bruto la Razón de disparidad (RD).

Medida de impacto potencial: Análisis multivariado con las variables que resultaron significativas en el análisis bruto y se calculará el Riesgo Atribuible Poblacional Porcentual (RAP%) y la Fracción Etiológica (del Riesgo FER).

Exposición	Casos	Controles
Expuestos	a	b
No Expuestos	c	d

$$RD = \frac{ad}{cb}$$

Significación estadística: Valor de la RD y el Intervalo de Confianza para el 95 % (IC 95%).

Si $RD < 1$: No existe asociación estadística.

Si $RD > 1$ y el LI del IC 95% < 1 : Asociación estadística No Significativa

Si $RD > 1$ y el LI del IC 95% > 1 : Asociación estadística Significativa

$$RAP\% = \frac{PE(RR - 1)}{1 + PE(RR - 1)} \times 100$$

Donde:

PE la prevalencia de la exposición entre los testigos según el análisis bruto.

RR (riesgo relativo) la estimación puntual de la RD habiendo controlado el efecto de factores de confusión.

Para el control de los posibles factores de confusión se realizó un análisis de múltiples variables mediante regresión logística dicotómica, teniéndose en cuenta solamente las variables que aporten un resultado significativo en el análisis bruto. Para construir el modelo de múltiples variables se utilizó la prueba de Wald. Se utilizó una $P = 0,05$ para incluir una variable en el modelo y $P = 0,1$ para eliminarla de este.

Tanto el análisis bruto como el de múltiples variables se realizó con el programa SPSS de Windows, versión 10.0 (1999). En este análisis se le asignó el valor 1 a los casos y 0 a los testigos; 1 a la exposición y 0 a su ausencia cuando la variable sea dicotómica. Usando esos mismos valores se buscó la posible curva representativa de la relación dosis-respuesta mediante la prueba de tendencia del riesgo relativo (extensión de Mantel), con un nivel de significación de 0,05.

Se elaboró una guía de observación para el manejo de los factores de riesgo de bajo peso al nacer con el consiguiente instructivo, la que fue aplicada a nivel de los consultorios médicos de la familia del municipio Venezuela y permitió evaluar el manejo de estos factores en el nivel primario de atención. Estos datos serán el complemento de los indicadores de evaluación designados en las tres dimensiones evaluativas de estructura, proceso y resultado.

Se estableció para el resultado final de la evaluación del manejo de los factores de riesgo obstétricos para el bajo peso al nacer y de antecedentes de enfermedades crónicas de la madre las siguientes categorías:

- a) Aceptable: adecuada evolución de los factores de riesgos identificados en la captación del embarazo, tener en el carnet obstétrico tres o más evaluaciones por el especialista en obstetricia y al menos dos con el especialista en medicina interna del GBT e ingreso en el Hogar materno.
- b) Mínimo aceptable: evolución de los factores de riesgos identificados en la captación del embarazo, tener en el carnet obstétrico al menos tres evaluaciones por el especialista en obstetricia y al menos una con el especialista en medicina interna del GBT.
- c) Inaceptable: sin seguimiento de los factores de riesgos identificados en la captación del embarazo.

Para la evaluación del manejo de las infecciones vaginales se consideró:

- a) Aceptable: Adecuada valoración del riesgo con tratamiento medicamentoso correcto y examen con *especulum* evolutivo favorable.
- b) Mínimo aceptable: inadecuado valoración del riesgo o tratamiento medicamentoso incorrecto y examen con *especulum* evolutivo desfavorable.
- c) Inaceptable: sin realización del examen con *especulum* evolutivo, que nos permite reevaluar el riesgo o el tratamiento medicamentoso si así lo requiere.

Para la evaluación del manejo de las infecciones urinarias se consideró:

- a) Aceptable: Tratamiento medicamentoso adecuado y urocultivo realizado postratamiento negativo.
- b) Mínimo aceptable: Tratamiento medicamentoso adecuado pero sin urocultivo evolutivo realizado.
- c) Inaceptable: Tratamiento medicamentoso inadecuado.

Y para la atención estomatológica se dió 2 categorías

- a) Aceptable: con alta estomatológica reflejada en el carnet obstétrico.
- b) Inaceptable: sin alta estomatológica reflejada en el carnet obstétrico.

Operacionalización de las variables:

Variables	Tipo	Escala de clasificación	Definición	Indicador
Edad materna	Cuantitativa continua	Menores de 18 años 18 a 34 años 35 años o más	Edad cumplida	Porcentaje de mujeres menores de 18 años y de 35 años o más
Antecedentes de recién nacidos bajo.	Cualitativa nominal dicotómica	Si No	Recién nacidos bajos pesos previos	Disparidad de exposición según bajos pesos previos
Enfermedades crónicas	Cualitativa politómica	Asma bronquial HTA Diabetes Mellitus	Haber padecido como mínimo una de estas enfermedades.	Disparidad de exposición según Enfermedades crónicas
Enfermedades del útero	Cualitativa nominal dicotómica	Si No	Tener una enfermedad uterina de cualquier etiología	Disparidad de exposición según Enfermedades del útero
Período intergenésico	Cuantitativa continua	Menos de 2 años 2 años o más	Período de tiempo entre embarazos	Disparidad de exposición según período intergenésico menor de 2 años
Hábitos tóxicos	Cualitativa Politómica	Hábito de fumar	Exposición al tabacol	Disparidad de exposición según hábitos tóxicos
Embarazo múltiple	Cualitativa Nominal dicotómica	Si No	Número de embarazos múltiples	Disparidad de exposición según embarazos múltiples
Ruptura prematura de membrana	Cualitativa Nominal dicotómica	Si No	Antecedentes de RPM	Disparidad de exposición según RPM.
Infecciones durante el embarazo	Cualitativa Politómica	Genitourinaria Bucal	Haber padecido como mínimo una de estas infecciones durante el embarazo.	Disparidad de exposición según infecciones de cualquier localización
Insuficiencia placentaria	Cualitativa Nominal dicotómica	Si No	Diagnóstico de insuficiencia placentaria	Disparidad de exposición según insuficiencia placentaria
Placenta previa	Cualitativa Nominal	Si	Diagnóstico de placenta previa	Disparidad de exposición según

	dicotómica	No		placenta previa
Restricción del crecimiento intrauterino(RCIU)	Cualitativa nominal dicotómica	Si No	Recién nacidos con RCIU	Disparidad de exposición según RCIU

Objetivos

Generales:

1. Identificar los factores de riesgo asociados al bajo peso al nacer.
2. Evaluar el manejo de los factores de riesgo por los médicos del nivel primario de atención en el municipio Venezuela.

ESPECÍFICOS

1. Distribuir las gestantes que obtuvieron de su embarazo un recién nacido bajo peso, según grupos de edades.
2. Identificar la disparidad de exposición entre recién nacidos bajo pesos y de peso adecuado de acuerdo a las siguientes variables:
 - a) Antecedentes de recién nacidos bajos pesos.
 - b) Enfermedades crónicas
 - c) Enfermedades del útero
 - d) Período intergenésico.
 - e) Hábito de fumar.
 - f) Embarazo múltiple.
 - g) Ruptura prematura de membrana.
 - h) Infecciones durante el embarazo
 - i) Insuficiencia placentaria
 - j) Placenta previa.
 - k) Restricción del crecimiento intrauterino.

ANÁLISIS Y DISCUSIÓN

Factores de riesgo y bajo peso al nacer en el municipio Venezuela durante el año 2011

TABLA 1: Identificación de los grupos de edades Municipio Venezuela. 2011.

EDADES	2011	
	No.	%
MENORES DE 18 AÑOS	8	33.3
ENTRE 19-34 AÑOS	11	45.8
35 AÑOS O MÁS	5	20.9
TOTAL	24	100

Fuente: Planilla para recolectar datos

Atendiendo a los grupos de edades de las embarazadas con recién nacidos bajos pesos(peso al nacer inferior a 2500g), se encontró que el más afectado fue el grupo entre los 18 y 34 años (45.8%), teniendo en cuenta que estos se corresponden con el mayor grupo de estudio, coincidiendo con otros realizados como el del Dr. Arias Macías que encontró relación de los partos pretermino y las edades comprendidas entre los 20 y 34 años como grupo predominante, de igual manera se comportó en el estudio de la Dra. Cutié Bressler y colaboradores (20-21).

TABLA 2: Factores de riesgos y Recién nacidos bajos pesos. Municipio Venezuela. 2011

VARIABLES	Casos	Controles	OR	IC 95%
Hábito de fumar	8	5	4.30	1.04<OR<18.95
Antecedentes de recién nacidos bajos pesos.	8	12	1.50	0.01<OR<4.97
Enfermedades del útero	1	5	0.37	0.01<OR<3.60
Período intergenésico menor de dos años	4	6	1.40	0.26<OR<6.66
Embarazo múltiple	4	3	3.00	0.45<OR<22.04
Ruptura prematura de membrana	12	6	7.00	1.89<OR<27.16
Insuficiencia placentaria	9	10	2.28	0.68<OR<7.70
Placenta previa.	6	8	1.67	0.43<OR<6.39
Restricción del crecimiento intrauterino.	9	6	4.20	1.11<OR<16.36

Fuente: Planilla para recolectar datos, historias clínicas y carnets obstétricos.

Al analizar las variables, según los casos y los controles se encontró que el hábito de fumar (OR: 4.30), la ruptura prematura de las membranas (OR:7.00) y la restricción del crecimiento intrauterinos (OR:4.20), presentaron una asociación estadística significativa respectivamente, con el nacimiento de recién nacidos bajos pesos, coincidiendo con autores como el Dr. Gerardo Rogelio Robaina Castellanos y sus colaboradores en estudio multivariado realizado durante el 2001 en Matanzas y el realizado por el Dr. Ernesto Rosell Juarte, y sus compañeros en relación de los factores de riesgos maternos y el bajo peso al nacer (22, 23).

En el resto de las variables estudiadas se observó asociación estadística no significativa con el nacimiento de niños con bajo al nacer, con excepción de las enfermedades del útero (OR: 0.37) que no presentó asociación con el bajo peso al nacer en el municipio de estudio no coincidiendo con otros estudios en los que si se presenta una asociación significativa como los realizados por Villanueva, María del Carmen Leal Soliguera e Israel López en sus estudios (19; 24; 25).

TABLA 3: Manejo de los factores de riesgos obstétricos en el nivel primario de atención. Municipio Venezuela. 2011

MANEJO	Casos		Controles		Total	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
ACEPTABLE	6	25.0	18	37.5	24	33.3
MÍNIMO ACEPTABLE	14	58.3	24	50.0	38	52.8
INACEPTABLE	4	16.7	6	12.5	10	13.9
TOTAL	24	100	48	100	72	100

Fuente: Planilla para recolectar datos, historias clínicas y carnets obstétricos.

Atendiendo al manejo de estos factores de riesgos en el nivel primario de atención en el municipio de estudio se encontró que el 58.3% de los casos no recibió un adecuado seguimiento por los médicos del Grupo Básico de Trabajo (GBT), presentando entre sus principales dificultades menos tres evaluaciones por el especialista en obstetricia y una con el especialista en medicina interna del área, valorada solamente en la consulta de Evaluación Integral. De forma general en las pacientes que entraron en el estudio el manejo de los factores de riesgos obstétricos se comportó como mínimo aceptable. No podemos establecer comparación con otros estudios dado que no se evidencia bibliográficamente sobre este tema.

TABLA 4- Antecedentes de enfermedades crónicas y Recién nacidos bajos pesos. Municipio Venezuela. 2011

Variables	Casos	Controles	OR	IC
Hipertensión arterial	9	5	5.16	1.28<OR<22.37
Asma bronquial	5	12	1.50	0.45<OR<4.97
Diabetes <i>Mellitus</i>	1	4	0.48	0.01<OR<5.26

Fuente: Planilla para recolectar datos, historias clínicas y carnets obstétricos.

La hipertensión arterial (HTA) durante el embarazo es una de las complicaciones más frecuentes, en el municipio Venezuela de la provincia Ciego de Ávila de las pacientes que presentaron RNBP, 14 de ellas tenían antecedentes de padecer de esta enfermedad con una relación asociativa significativa estadísticamente (OR: 5.16), lo que se corresponde con lo expresado anteriormente y que coincide con otros autores como los Doctores Rogelio Orizondo Ansola y Juan Carlos Vázquez Niebla y sus colaboradores en sus estudios relacionados con la hipertensión arterial y el bajo peso al nacer en el Hospital Materno Provincial "Mariana Grajales" y el Ginecoobstétrico "América Arias", respectivamente (26 - 31).

El asma bronquial presentó una asociación (OR: 1.50) no significativa estadísticamente, coincidiendo con otros estudios como el realizado por los Doctores [Ana Caridad Rodríguez Núñez](#) y [Omar Felipe Rodríguez](#) en Hospital General Docente "Comandante Pinares" (25; 32; 33).

La Diabetes *Mellitus* no se asoció con el nacimiento de niños bajos peso en el municipio de estudio, lo que no se corresponde con estudios anteriores en los que esta enfermedad constituye una causa evidente de RNBP (34).

TABLA 5: Manejo de las pacientes con antecedentes de enfermedades crónicas en el nivel primario de atención. Municipio Venezuela. 2011

MANEJO	Casos		Controles		Total	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
ACEPTABLE	9	60	14	66.7	23	63.9
MÍNIMO ACEPTABLE	4	26.7	4	19	8	22.2
INACEPTABLE	2	13.3	3	14.3	5	13.9
TOTAL	15	100	21	100	36	100

Fuente: Planilla para recolectar datos, historias clínicas y carnets obstétricos.

El manejo de las pacientes con antecedentes de padecer de enfermedades crónicas se consideró aceptable en un 63.9% de los casos y los controles pues a pesar que presentaron asociación con el nacimientos de RNBP en los GBT se le realizó interconsultas con los especialistas de obstetricia y medicina interna del área, realizándose un seguimiento adecuado en el hogar materno del área de salud. No se evidencia bibliográficamente sobre este tema pues los criterios de evaluación fueron dados por el autor.

TABLA 6- Infecciones durante el embarazo y Recién nacidos bajos pesos. Municipio Venezuela. 2011

Variables	Casos	Controles	OR	IC 95%
Vaginales	16	12	6.00	1.83<OR<20.25
Urinarias	8	12	1.50	0.45<OR<4.97
Bucales	12	22	1.18	0.40<OR<3.53

Fuente: Planilla para recolectar datos, historias clínicas y carnets obstétricos.

El hallazgo de infección vaginal en tan elevado número de gestantes demuestra que este factor de riesgo está presente en todas las áreas de salud e incidiendo en el bajo peso al nacer, con una asociación estadísticamente significativa (OR: 6.00), constituyendo además la primera causa de ruptura prematura de las membranas, lo cual coincide con los resultados obtenidos por el Dr. Juan Carlos Vázquez Niebla en su estudio de prevalencia de las infecciones vaginales realizado en el Instituto de endocrinología en Ciudad de la Habana, entre otros autores (20; 24; 31; 35 - 38).

Las infecciones urinarias (OR: 1.50) presentaron asociación no significativa en la aparición de RNBP en el área de salud de estudio correspondiéndose con otros estudios realizados por otros autores como los Doctores Faneite, y López Villegas sus colegas que identificaron una elevada incidencia entre las infecciones urinarias y el parto pretérmino con su consecuente RNBP (31; 39 - 42).

Las infecciones bucales (OR: 1.18), también presentaron una asociación estadística no significativa en la aparición en niños con bajo peso al nacer, lo cual coincide con lo planteado por la Dra. Maritza Peña Sisto en su estudio que en los últimos años ha ocurrido un incremento de la relación entre enfermedad

periodontal y el nacimiento de neonatos bajo peso y la ocurrencia del parto pretérmino entre autores (43 – 45).

TABLA 7: Manejo de las Infecciones Vaginales en el nivel primario de atención. Municipio Venezuela. 2011

MANEJO	Casos		Controles		Total	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
ACEPTABLE	4	25.0	2	16.7	6	21.4
MÍNIMO ACEPTABLE	10	62.5	9	75	19	67.9
INACEPTABLE	2	12.5	1	8.3	3	10.7
TOTAL	16	100	12	100	28	100

Fuente: Planilla para recolectar datos, historias clínicas y carnets obstétricos

Atendiendo al manejo de la infección vaginal, se encontró que de 16 pacientes que presentaron infecciones de esta etiología, el 25.0% recibió un tratamiento bien indicado con correcta evaluación del riesgo y examen con *especulum* evolutivo favorable. El 62.5% se consideró mínimo aceptable, ya sea por deficiente evaluación de riesgo o en el tratamiento indicado, con evolución desfavorable. El 12.5% no se le realizó exámen con *especulum* evolutivo por lo que el manejo resultó inaceptable. Hasta el momento no existe bibliografía que aborde ésta problemática a niveles nacional e internacional, ni igual criterio evaluativo.

TABLA 8: Manejo de las Infecciones Urinarias en el nivel primario de atención. Municipio Venezuela. 2011

MANEJO	Casos		Controles		Total	
	N°	%	N°	%	N°	%
ACEPTABLE	3	37.5	3	25.0	6	30.0
MÍNIMO ACEPTABLE	4	50.0	8	66.7	12	60.0
INACEPTABLE	1	12.5	1	8.3	2	10.0
TOTAL	8	100	12	100	20	100

Fuente: Planilla para recolectar datos, historias clínicas y carnets obstétricos

El manejo de las infecciones urinarias en el nivel primario de atención, se consideró mínimo aceptable con un 60.0% en el año de estudio dado que la evolución de las mismas se ven afectados ante la insuficiencia en la realización de los urocultivos. A pesar de una exhaustiva búsqueda de bibliografía que aborde ésta problemática a niveles nacional e internacional no se encontró existencia sobre este tema.

TABLA 9: Manejo de las Infecciones Bucales en el nivel primario de atención. Municipio Venezuela. 2011

MANEJO	Casos		Controles		Total	
	N°	%	N°	%	N°	%
ACEPTABLE	8	66.7	16	72.7	24	70.6
INACEPTABLE	4	33.3	6	27.3	10	29.4
TOTAL	12	100	22	100	34	100

Fuente: Planilla para recolectar datos, historias clínicas y carnets obstétricos

En cuanto al manejo de la atención por estomatología la misma se comportó de una manera aceptable en el 70.6% en el año de estudio. En el 29.4% se consideró inaceptable dado que en el carnet obstétrico no consta alta estomatológica. No existe evidencia bibliográfica sobre este tema pues los criterios de evaluación fueron dados por el autor.

Conclusiones

El grupo de edades más afectado por el bajo peso al nacer en el municipio de estudio fue el comprendido entre 19 y 34 años de edad. Presentaron asociación estadística significativa con el bajo peso al nacer: el hábito de fumar (OR: 4.30), la ruptura prematura de las membranas (OR: 7.00), la restricción del crecimiento intrauterino (OR: 4.20), la hipertensión arterial (OR: 5.16) y las infecciones vaginales (OR: 6.00). En cuanto al manejo de los factores de riesgos para el bajo peso al nacer, por los médicos del nivel primario de atención se consideró mínimo aceptable, en el caso de las pacientes con enfermedades crónicas el criterio de evaluación fue aceptable dado que las mismas presentaron un correcto seguimiento e ingresos en el hogar materno, respecto a las infecciones vaginales y urinarias el manejo fue mínimo aceptable, con las infecciones bucales el seguimiento se comportó aceptable, pues el 70.6% de las pacientes presentó en su carnet obstétrico alta estomatológica.

Recomendaciones

1. Extender el estudio a otros municipios de la provincia.
2. Aumentar las actividades de capacitación sobre el manejo de los factores de riesgos del bajo al nacer para los médicos del nivel primario de atención.
3. Participación del estomatólogo en la consulta integral para garantizar una atención más efectiva a la embarazada, y confeccionar una adecuada historia estomatológica en el carnet obstétrico.

Referencias Bibliografías

- 1- Verdecia Verde Silvia, Castillo Núñez Bárbara, Núñez Ortiz Amador. Ferro Fernández Víctor R . Evaluación del programa para la reducción del bajo peso al nacer en la provincia de Santiago de Cuba. Rev Cubana Med Gen Integr 1999;15(5):524-31. Disponible en: http://bvs.sld.cu/revistas/mgi/vol15_5_99/mgi06599.htm. Consulta de acceso: 31-3-2010
- 2- Oliva J. Alteraciones del término de la gestación y del crecimiento fetal. En: Rigol O. Obstetricia y Ginecología. La Habana: Editorial Ciencias Médicas; 2004.p.209-36.
- 3- Aliño Santiago M, Urra Cobas LR, Álvarez Fumero R. Enfoque social del bajo peso al nacer. RESUMED[Internet]. 2001[citado 14 jun 2011];14(3):[aprox. 9 p.]. Disponible en: http://www.bvs.sld.cu/revistas/res/vol14_3_01/res01301.htm
- 4- Colectivo de autores. Parto pretérmino. En: Colectivo de autores. Manual de Diagnóstico y Tratamiento en Obstetricia y Perinatología. La Habana: Editorial Ciencias Médicas; 1997.p.406-20.
- 5- Rosell Juarte Ernesto y col. Importancia cuantificada de los síntomas sutiles de amenaza de parto pretérmino Rev. Cubana Med Gen Integr 2000; 16(3):275-9. Disponible: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-21252000000300009. Consultada: 31-5-2110
- 6- Taboada Lugo Noel, León Mollinedo Clara, Martínez Chao Suyén, Díaz Inufio Olga, Quintero Escobar Katia. Comportamiento de algunos factores de riesgo para malformaciones congénitas mayores en el municipio de Ranchuelo. Rev Cubana Obstet Ginecol 2006;32(2). Disponible en: http://bvs.sld.cu/revistas/qin/vol32_2_06/qin09206.htm. Consultada: 7-6-2010
- 7- Israel López José. Lugones Botell Miguel. M. Valdespino Pineda Luis. Virella Blanco Javier. Algunos factores maternos relacionados con el bajo peso al nacer. Rev Cubana Obstet Ginecol 2004;30(1). Disponible en: http://bvs.sld.cu/revistas/qin/vol30_1_04/qin01104.htm. Consultada: 31-5-2010

- 8- Rodríguez Pino Mediala, Homma Castro José Luis , Hernández Cabrera Jesús, Crespo Hernández Teresa, Triana Álvarez Pedro A. Enfermedad hipertensiva gravídica: algunas consideraciones sobre su influencia en los indicadores de morbimortalidad perinatal. Rev Cubana Obstet Ginecol 199;25(2):108-13. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S0138-600X1999000200007&script=sci_arttext. Consultada: 31-5-2010
- 9- Lugo Sánchez Ana María y Col. Mortalidad neonatal precoz. Análisis de 15 años. Disponible:http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_pdf&pid=S0138-600X2005000300008&lng=es&nrm=iso&tlng=es. Consultada: 5-6-2012
- 10-Riverón Corteguera Raúl y Azcuy Henríquez Pedro. Mortalidad infantil en cuba 1959-1999Disponible: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_pdf&pid=S0034-75312001000300001&lng=es&nrm=iso&tlng=es. Consultada: 5-6-2012
- 11-Riverón Corteguera. Raúl. Estrategias para reducir la mortalidad infantil.Cuba 1959-1999. Disponible: <http://redalyc.uaemex.mx/src/inicio/ArtPdfRed.jsp?iCve=223220068006>. Consultada: 5-6-2012
- 12-Matsushita Erina y Col. Risk factors associated with preterm delivery in women with pregestational diabetes. J. Obstet. Gynaecol. Res. Vol. 34, No. 5: 851–857, October 2008. Disponible en: www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/18958928. Consultada:31-3-2010
- 13- Programa para la reducción del bajo peso al Nacer. Editorial Ciencias Médicas. La Habana. 1998.
- 14-Villanueva ELA, Gutierrez AKC, Cuevas MP. Perfil epidemiológico del parto prematuro. GinecolObstetMex[Internet]. 2008[citado 14 jun 2011]; 76(9):542-8. Disponible en: <http://www.medigraphic.com/pdfs/ginobsmex/gom-2008/gom089h.pdf>
- 15-Morgan MA, Goldenberg RL, Schulkin J. Obstetrician-gynecologists' knowledge of preterm birth frequency and risk factors. The Journal of Maternal-Fetal and Neonatal Medicine[Internet]. 2007 Dic[citado 14 jun 2011]; 20(12):895–901. Disponible en: <http://informahealthcare.com/doi/abs/10.1080/14767050701750498>

- 16-Hernando Gaitán D. El bajo peso al nacer: otro ejemplo de inequidad en Colombia. Rev Colomb Obstet Ginecol v.60 n.2 Bogotá abr./jun. 2009. Disponible en: http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-74342009000200001&lng=pt&nrm=iso&tlng=es. Consultada: 8-7-2012
- 17-Aliño Santiago M. Parto pretérmino. En: Granma [Internet]. 2001. Consulta médica. Disponible en: <http://www.granma.cubaweb.cu/salud/consultas/p/index.html>
- 18-Pino Muñoz Mirta Susana. Comportamiento de la mortalidad neonatal. 2000 –2005. Ciego de Ávila. Disponible en <http://bvs.sld.cu/revistas/mciego/vol13_sup11_07/articulos/a9_v13_supl107.html>. [Consulta: fecha de acceso: 14-6-2010]
- 19- Villanueva Egan Luis Alberto. Contreras Gutiérrez Ada Karina, Pichardo Cuevas Mauricio. Rosales Lucio Jaqueline. Perfil epidemiológico del parto prematuro: Ginecol Obstet Mex 2008; 76(9):542-8. Disponible en: www.nietoeditores.com.mx/download/gineco/.../Ginecol-542-8.pdf. Consultada: 31-3-2010
- 20-Cutié Bressler ML, Almaguer Almaguer JA. Vaginosis bacteriana en edades tempranas. Rev Cubana Obstet Gineco[Internet]. 1999[citado 14 jun 2011]; 25(3):174-80. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0138-600X1999000300007&lng=en&nrm=iso&ignore=.html
- 21-Arias Macías G, Rosa Torres M, Pérez Valdés N, Milián Vidal M. Factores prenatales relacionados con la prematuridad: Rev Cubana Pediatr[Internet]. 2001[citado 12 jun 2011]; 73(1):11-5. Disponible en:http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=s0034-75312001000100002&lng=es&nrm=iso&tlng=es
- 22-Robaina Castellanos Gerardo Rogelio, Pollo Medina Jesús Manuel, Morales Rigau José Manuel y Robaina Castellanos Roberto E. Análisis multivariado

de factores de riesgo de prematuridad en matanzas. Rev. Cubana Obstet Ginecol 2001; 27(1):62-9. Ginecol [revista en la Internet]. 2001 Abr [citado 2012 Abr 14]; 27(1): 62-69. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0138-600X2001000100011&lng=es

23-Rosell Juarte Ernesto Domínguez Basulto Magaly, Casado Collado' Alfonso e Ferrer Herrera Ismael. Factores de riesgo del bajo peso al nacer. Rev Cubana Med Gen Integr 1996; 12(3). Disponible en: http://bvs.sld.cu/revistas/mgi/vol12_3_96/mgi09396.htm. Consulta fecha de acceso: 31-5-2010

24-Leal Soliguera María del Carmen. Comportamiento del bajo peso al nacer y repercusión sobre la mortalidad infantil en el quinquenio 2001-2005. Revista Cubana de Obstetricia y Ginecología.2009; 35(4):99-107. Disponible en: http://bvs.sld.cu/revistas/gin/vol35_4_09/gin11409.pdf; <http://scielo.sld.cu> 107. Consulta fecha de acceso: 31-5-2010

25-López José Israel. Lugones Botell Miguel. M. Valdespino Pineda Luis. Virella Blanco Javier. Algunos factores maternos relacionados con el bajo peso al nacer. Rev Cubana Obstet Ginecol 2004;30(1). Disponible en: http://bvs.sld.cu/revistas/gin/vol30_1_04/gin01104.htm. Consultada: 31-5-2010

26- Orizondo Ansola Rogelio. Ferrer Blanco Belkis Estrella. Pentón Cortes Rogelio. Días Fernández Carlos. Resultados obstétricos y perinatales en 150 pacientes con hipertensión arterial crónica asociada al embarazo. Rev Cubana Obstet Ginecol 2006;32(3). Disponible en: http://bvs.sld.cu/revistas/gin/vol32_3_06/gin02306.htm. Consultada: 31-5-2010

27-Vázquez Niebla Juan Carlos. Vázquez Cabrera Juan. Namfantche Julio. Asociación entre la hipertensión arterial durante el embarazo, bajo peso al nacer y algunos resultados del embarazo y el parto. Rev Cubana Obstet Ginecol 2006;32(3). Disponible en:

- http://bvs.sld.cu/revistas/gin/vol29_1_03/gin05103.htm. Consultada: 31-5-2010
- 28-Slattery Michael, Geary Michael, Morrison John J. Obstetric antecedents for preterm delivery. J. Perinat. Med. 36 (2008) 306–309. Disponible en: www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/18598119. Consultada: 17-4-2010
- 29-Zhou Yan. y Col. Comparative analysis of maternal-fetal interface in preeclampsia and preterm labor. Cell Tissue Res (2007) 329:559–569. Disponible en: www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17549520. Consultada: 15-4-2010
- 30- Rodríguez Domínguez Pedro Lorenzo. Hernández Cabrera Jesús. Reyes PérezAdriana. Bajo peso al nacer. algunos factores asociados a la madre. Rev Cubana Obstet Ginecol 2006; 32(3). Disponible en: http://bvs.sld.cu/revistas/gin/vol32_3_06/gin01306.htm. Consultada: 14-6-2010
- 31-Gala Vidal Héctor. Crespo Mengana Eva. García Díaz Reina de la Caridad. Factores de riesgo asociados al bajo peso al nacer en una comunidad venezolana. ARTÍCULO ORIGINAL. Disponible: http://bvs.sld.cu/revistas/san/vol_14_2_10/san11210.htm. Consultada: 31-5-2010
- 32-Rodríguez Núñez Ana Caridad. Felipe Rodríguez Omar. Asma bronquial. Repercusión materna fetal y neonatal. Rev Cubana Obstet Ginecol 2006; 32(2). Disponible en: http://www.bvs.sld.cu/revistas/gin/vol32_2_06/gin02206.htm. Consultada: 14-6-2010
- 33-Shulman Vickie, Alderman Elizabeth, Ewig Jeffrey N, Bye Michael R. Asma en la adolescente embarazada. Rev Cubana Med Gen Integr [revista en la Internet]. 1998 Ago [citado 2012 Abr 14] ; 14(4): 374-389. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-21251998000400010&lng=es. Consultada: 14-6-2010

- 34-Pamela Nava D. Obesidad pregestacional y riesgo de intolerancia a la glucosa en el embarazo y diabetes gestacional. Rev. chil. obstet. ginecol. vol.76 no.1 Santiago 2011. Disponible en: http://hinari-gw.who.int/whalecomwww.scielo.cl/whalecom0/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-75262011000100003&lng=en&nrm=iso&tlng=es. Consultada:8-7-2010
- 35- Vázquez Niebla Juan Carlos. Ortiz González Cecilia. Ley Ng Mirta. María Pérez Penco José . Calero Ricardo Jorge Luis . Prevalencia de infecciones cervico-vaginales en embarazadas en un hospital obstétrico de referencia de Ciudad de la Habana. Rev Cubana Obstet Ginecol 2007; 33(2). Disponible en: http://bvs.sld.cu/revistas/gin/vol33_2_07/gin01207.html. Consultada: 14-6-2010
- 36-W. Chaim, M. Mazor and J. R. Leiberman . The relationship between bacterial vaginosis and preterm birth. A review.Archives of Gynecology and Obstetrics Volume 259, Number 2, 51-58, 1997. Disponible en: <http://www.springerlink.com/content/68nl61u52145452v/fulltext.pdf>. Consultada: 9-11-2010
- 37-Darwish Atef, Elnshar Ehab MHamadeh., Suha M., Makarem Mohammad H. Treatment options for bacterial vaginosis in patientsat high risk of preterm labor and premature rupture of membranes. *J. Obstet. Gynaecol. Res. Vol. 33, No. 6: 781–787, December 2007. Disponible en: www.springerlink.com/index/q020w5w447769306.pdf. Consultada: 7-4-2010*
- 38-Caballero Pozo RI, Batista Moliner R, Cue Brugueras M, Ortega Gonzales L, Rodríguez Barrera ME. Vaginosis bacteriana. RESUMED[Internet]. 2000[citado 14 jun 2011];13(2):63-75. Disponible en: http://www.bvs.sld.cu/revistas/res/vol13_2_00/res04200.htm
- 39-Cuba. Ministerio de Salud Publica. Parto pretérmino. En: Colectivo de autores.
- 40-Faneite Pedro y Col. Amenaza de parto prematuro e infección urinaria. Rev Obstet Ginecol Venez v.66 n.1 Caracas mar. 2006. Disponible

en: http://www.scielo.org.ve/scielo.php?pid=S0048-77322006000100001&script=sci_arttext&tlng=pt. Consultada: 7-4-2012

- 41-Sarmiento Brooks Gil Vicente. Pagola Leyva Javier. Oramas Hernández Lissette, González Aguiar Aida Gisela. Importancia de los antecedentes maternos en el recién nacido bajo peso Rev Cubana Med Gen Integr 2000; 16(5):502-7. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S0864-21252000000500014&script=sci_arttext&tlng=en. Consultada: 31-5-2010
- 42-Daza Virginia, Jurado Wilson, Duarte Diana, Gich Ignasi, Sierra-Torres Carlos Hernán, Delgado-Noguera Mario. Bajo peso al nacer: exploración de algunos factores de riesgo en el Hospital Universitario San José en Popayán (Colombia). Rev Colomb Obstet Ginecol v.60 n.2 Bogotá abr./jun. 2009. Disponible en: http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-74342009000200002&lng=pt&nrm=iso&tlng=es. Consultada: 8-7-2012
- 43-Peña Sisto M, Ortiz Moncada C, Peña Sisto L, Pascual López V, Toirac Lamarque A. La enfermedad periodontal como factor de riesgo para partos pretérmino y nacimiento de niños con bajo peso [artículo en línea]. MEDISAN 2006;10(esp).<[http://bvs.sld.cu/revistas/san/vol10_\(esp\)_06/san04\(esp\)06.htm](http://bvs.sld.cu/revistas/san/vol10_(esp)_06/san04(esp)06.htm). :consultada: 31-5-2010
- 44-Betancourt Valladares Miriela. Pérez Oviedo Antonio Cecilio. Inflamación gingival asociada con factores de riesgo durante el embarazo. ARTÍCULOS ORIGINALES. Disponible en: http://www.bvs.sld.cu/revistas/est/vol44_4_07/est06407.htm. consultada: 31-5-2010
- 45-Martínez Téllez JL. Factores de riesgo de la enfermedad periodontal. Odontología Online[Internet]. 2008 [citado 14 jun 2010]:[aprox. 30 p.]. Disponible en: http://www.odontologia-online.com/verarticulo/Factores_de_riesgo_de_la_enfermedad_periodontal.html

