

**Universidad de Ciencias Médicas.  
Área de Salud Camilo Cienfuegos.  
Chambas Ciego de Ávila.**

***TÍTULO: Factores que influyen en el bajo peso al  
nacer.***

**TESIS PARA OPTAR POR EL TITULO ACÁDEMICO  
DE ESPECIALISTA EN MEDICINA GENERAL  
INTEGRAL.**

**Autora: Dra. Yeinis Drake Williams.  
Residente de 2do año de MGI.**

**Tutora: Dra. Luz María Toledo Pérez.  
Especialista en Pediatría.**

**CIEGO DE ÁVILA  
2011.**

**Universidad de Ciencias Médicas.  
Área de Salud Camilo Cienfuegos.  
Chambas Ciego de Ávila.**

*Factores que influyen en el bajo peso al  
nacer.*

**TESIS PARA OPTAR POR EL TÍTULO  
ACADÉMICO DE ESPECIALISTA EN MEDICINA  
GENERAL INTEGRAL.**

**Dra. Yeinis Drake Williams.**

**CIEGO DE ÁVILA  
2011.**



# Pensamiento

*“ Yo me preguntaba ¿Qué más podemos hacer?*

*¿Qué puede hacer La Revolución? Bueno habría que ir un poco más allá, empezar a educar a los niños antes de nacer, hay una formula: Educar a los padres, a las que van a Ser madre”*

*Fidel Castro Ruz*



# **DEDICATORIA**

**A:** La Revolución conducida por FIDEL, y sus seguidores que siempre piensan en la superación de todos los pueblos del mundo, que se le ofrezcan todas las posibilidades de superarse para demostrar que “Sí se Puede”

**A:** Mis padres con su influencia y ejemplo me impulsaron a seguir adelante.

**A:** Mi esposo, por sus desvelos, aliento, apoyo incondicional y abnegación en aras del triunfo.

# **AGRADECIMIENTOS**

**A:** Mis padres que tanto me apoyaron en dicha investigación.

**A:** Mi hermano que lo adoro.

**A:** Mi compañero Rubén que fue constante, preocupado e impulsor.

**A:** Teresa, por que siempre me inspira respeto y reconocimiento a su saber.

**A:** Todas las personas que de una forma u otra contribuyeron a la realización de este trabajo.

**A:** Todos, Muchas Gracias.

## **RESUMEN**

Se realizó una investigación observacional descriptiva con el objetivo de identificar los factores de riesgos presentes en madres de niños con bajo peso al nacer en el área de salud Camilo Cienfuegos en los años 2006 al 2010. El universo de trabajo estuvo constituido por las madres de todos los nacidos vivos del área de salud en el periodo de tiempo antes mencionado. La muestra se conformó por todas las madres de los nacidos vivos con partos monotócicos y que pesaron menos de 2500 gramos independientemente de la edad gestacional. La recolección de la información utilizada se hizo a través del registro de parto del área de salud y el carné obstétrico de las madres de los bebé con bajo peso en el período antes mencionado, el mayor por ciento de madres con hijos BPN se encontraba en el grupo de edad de menos de 20 años, con nivel de escolaridad preuniversitaria. El 51,2% de las madres son fumadoras, el mayor por ciento de las madres eran multíparas con periodo intergenésico corto además de presentar sepsis vaginal en algún momento del embarazo.

**Palabras claves:** BAJO PESO AL NACER, FACTORES DE RIEGO.

## ÍNDICE:

Contenidos:	Páginas:
I -Introducción-----	1
II -Objetivos-----	3
III-Marco Teórico -----	4
IV-Método -----	8
V –Discusión y Análisis -----	10
VI- Conclusiones -----	18
VII-Recomendaciones -----	19
VIII –Bibliografía -----	20

## INTRODUCCIÓN

Muchos han sido los adelantos alcanzados por Cuba en lo referente a temas de salud pública, pero entre estos se destacan los programas de atención al niño y a la mujer embarazada, el programa de bajo peso al nacer, el médico de familia y el riesgo preconcepcional entre otros, los cuales han contribuido a la disminución del bajo peso al nacer (BPN) (1).

Se define como recién nacido bajo peso (RNBP) el niño que nace con cifras inferiores a los 2500 gramos y esta es una de las causas más importantes de la morbi-mortalidad infantil y perinatal (2).

El peso al nacer es sin duda, la determinante más importante de las posibilidades de un recién nacido (RN) de experimentar un crecimiento y desarrollo insatisfactorio, por eso actualmente la tasa de RNBP se considera como un indicador general de salud (3).

Si analizamos que a nivel mundial uno de cada seis niños nace con un peso insuficiente, se comprende la preocupación que para obstetras, pediatras y neonatólogos representan la posibilidad del nacimiento de un niño con estas características, lo que es de causa multifactorial pues se debe tanto a causas maternas como fetales así como ambientales (4).

En dependencia del criterio diagnóstico del tres al siete por cientos de los embarazos se ven complicados por un retardo del crecimiento fetal, así como la aparición de alteraciones del desarrollo físico y mental durante la infancia temprana influyendo además en edad adulta, entre estos problemas se encuentra la mala adaptación al medio ambiente, así como impedimentos físicos y mentales que se hacen evidente al llegar a la edad escolar (5).

Los neonatos con bajo peso al nacer y especialmente con peso inferior a 1000g determina el 60% de la mortalidad neonatal y aproximadamente el 4% de la mortalidad infantil y de los que sobreviven, entre un 13% y un 24% padecen trastornos neurológicos y entre un 6% y un 13% déficit intelectual (6). Es innegable la influencia que el peso al nacer tiene sobre las futuras generaciones.

Este problema constituye una preocupación mundial y es más frecuente en los países subdesarrollados. En nuestro país su índice ha demostrado un descenso paulatino en los últimos 10 años y donde se aspiró en el 2006 bajar a un 6% y llegar a un 5,0% en el 2009, propósito en el que el médico y la enfermera de la familia desempeñan una función importantísima al accionar con las mujeres de alto riesgo, así como el control de los factores prenatales relacionados con su incidencia (7).

El bajo peso al nacer ha constituido un enigma para la ciencia a través de los tiempos, múltiples son las investigaciones realizadas acerca de las causas que lo producen y las consecuencias que provocan, el peso al nacer es una de las variables reconocidas de mayor importancia por su asociación al mayor riesgo de mortalidad en cualquier período, sobre todo perinatal (8). En nuestra área de salud en el período de estudio ocurrieron 39 nacimientos bajo peso de ellos 19 pretérmino y 20 CIUR y 3 de ellos constituyeron fallecidos afectando la tasa de mortalidad infantil, así como incrementando la morbilidad propia de los lactantes bajo peso al nacer lo cual ha constituido la motivación principal de este trabajo para conocer cómo se comportan algunos de estos factores de BPN en nuestro policlínico.

## OBJETIVO

- General
  1. Identificar los factores de riesgos presentes en madres de niños con bajo peso al nacer del área de salud Camilo Cienfuegos.
- Específicos
  1. Determinar el índice de bajo peso al nacer en la población estudiada del 2006 - 2010.
  2. Distribuir las pacientes según los factores de riesgo más frecuentes:
    - Edad materna.
    - Anemia.
    - Hábitos tóxicos.
    - Paridad.
    - Sepsis vaginal.
    - Estado nutricional al inicio del embarazo.
    - Enfermedades crónicas.

## **MARCO TEÓRICO.**

Clásicamente se señala que la duración del embarazo normal es de 40 semanas o sea 280 días después de la última menstruación (9). El bajo peso al nacer ha constituido un enigma para la ciencia a través de los tiempos, múltiples son las investigaciones realizadas acerca de las causas que lo producen y las consecuencias que provoca. El peso al nacer es una de las variables reconocidas entre las de mayor importancia por su asociación al mayor riesgo de mortalidad en cualquier período, sobre todo perinatal (10).

El peso al nacer es sin dudas la determinante más importante de las posibilidades de un recién nacido de experimentar un crecimiento y desarrollo satisfactorios, por eso actualmente la tasa de recién nacidos con bajo peso se considera como un indicador general de salud. Es por lo tanto comprensible la preocupación de obstetras, pediatras y neonatólogos, debido a lo que representa ser un niño nacido con estas características (11). Se sabe que es de causa multifactorial, pues se debe tanto a problemas maternos como fetales, así como también ambientales (12).

El peso al nacer es uno de los factores principales que determinan la probabilidad que tiene un neonato de sobrevivir. Recientemente se seleccionó la incidencia de 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 y se determinó reducir al 10% o menos la incidencia de bajo peso al nacer (13). Se considera que la mortalidad durante el primer año de vida es 40 veces mayor en los niños con bajo peso que en niños que nacen con peso normal a término, los neonatos que nacen con bajo peso tienen

habitualmente múltiples problemas, tanto en la niñez, como en la adolescencia y aún en la edad adulta. Entre estos problemas se encuentran una mala adaptación al medio ambiente, así como diferentes impedimentos físicos y mentales que se hacen evidentes al llegar a la edad escolar (14). Si la causa del bajo peso ha sido un retardo del crecimiento intrauterino este puede hacerse irreversible después del nacimiento teniendo en cuenta los daños que estos provocan y acompañarse de funciones mentales inferiores a las normales y secuelas neurológicas e intelectuales. Todo esto hace que el problema del bajo peso al nacer constituya una preocupación mundial, y sea más frecuente en los países subdesarrollados (15). Así tenemos que en la publicación Estado Mundial de la Infancia de la UNICEF (1996), se muestran grandes diferencias entre países en cuanto al bajo peso: 4% en Holanda, Finlandia, Noruega y hasta el 50% en Bangla Desh (16).

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 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%. Esto implicó que se diseñaran estrategias encaminadas a mejorar el estado nutricional de la mujer embarazada, basada en un nuevo enfoque del funcionamiento de los Hogares Maternos y en el apoyo de la comunidad. Estas intervenciones tuvieron un rápido impacto y revertieron favorablemente la situación en el índice de bajo peso que para 1996 fue de 7.3%, en 1999 de 6.5% y como objetivo primordial llegar al 2004 con un 6.0% (17). Cada año, uno de cada 14 bebés nacidos en EE.UU., registra un bajo peso. Este problema está relacionado con el 60% de las muertes infantiles (18). Los bebés que nacen con bajo peso pueden tener grandes problemas de salud durante los primeros meses de vida y el riesgo de

sufrir incapacidades a largo plazo es mayor (19). Brasil y México reúnen el 61% de la población de esta subregión (276.5 millones de habitantes) y el 59% de los nacidos vivos registrados (5.65 millones) son bajo peso. La zona andina (Bolivia, Colombia, Ecuador, Perú y Venezuela) tienen el 26% de la población (117 millones de habitantes) y el 28% de los nacidos registrados (2.7 millones) son bajo peso, mientras que en el cono sur (Argentina, Chile, Paraguay y Uruguay) son el 14% de la población (62.7 millones) el bajo peso al nacer registrado (BP) es de 11.20% con extremos que van del 15% en Nicaragua y 14% en Guatemala, Belice y el Salvador (20).

Los factores de riesgos de la madre y el hijo se incrementan cuando la primera es una adolescente o tiene más de 35 años, debido a que las condiciones biosociales repercuten con mayor cuantía y existe una incidencia más alta de gestosis, pseudogestosis e intervenciones obstétricas. Durante el embarazo y la lactancia la madre disminuye sus recursos biológicos y nutritivos, por lo que necesita tiempo para recuperarse y prepararse para otro embarazo. Esto explica la alta frecuencia de RNBP cuando el tiempo que media entre un embarazo y otro es corto (21). Se ha demostrado que los hijos de las mujeres fumadoras pesan al nacer un promedio de 200 a 300 gramos menos que los descendientes de mujeres no fumadoras (22). El factor socioeconómico más que una causa, puede ser una consecuencia del bajo peso al nacer y se propone entonces lo que hemos denominado Fisiopatología Biosocial del Desarrollo, por tanto, disminuir el índice de bajo peso al nacer significa mejorar la supervivencia y el desarrollo infantil, la calidad de vida en la infancia y en las futuras generaciones, para colaborar con la eliminación del subdesarrollo socioeconómico (23). El BPN causa trastornos familiares y sobrecarga a los presupuestos de los servicios de Cuidados Intensivos Neonatales Especiales.

Robert plantea que más del 50% de la morbilidad neurológica crónica es atribuida a este trastorno (24).

El Programa Materno Infantil para obtener buenos resultados necesita identificar en cada territorio los factores de riesgo predominantes, los que pueden ser condiciones biológicas y sociales, así como algunos hábitos y enfermedades de la madre (25). Un adecuado control prenatal que se asocie con la prevención del parto pretérmino, la rotura prematura de membranas (RPM) y la preeclampsia, son las acciones más importantes a tener en cuenta durante la gestación, donde intervenciones como el diagnóstico y manejo oportuno de la bacteriuria asintomático, la vaginosis bacteriana y el aporte de suplementos de calcio, son exitosos y tendrían gran impacto en la reducción del bajo peso al nacer (26) . Se concluye que un programa de Salud Pública que contemple estos aspectos contribuiría a reducir la morbimortalidad perinatal (27).

Es conveniente y útil identificar factores determinantes del BPN en nuestra población y definir el impacto de intervenciones que minimicen el problema de salud (28). Las evidencias actuales han demostrado que la ejecución de programas educativos en pacientes con riesgo de BPN no previene su aparición (29). Suplementar la nutrición durante el embarazo con dietas balanceadas o hiperproteicas, no ha servido para prevenir el BPN (30).

Caso contrario ocurre con intervenciones en el tratamiento por vía oral de la vaginosis bacteriana y la bacteriuria asintomático donde hay amplia incidencia de un efecto protector contra el BPN (31). El Ministerio de Salud Pública en Cuba 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, reducir el índice de Bajo Peso al Nacer a cifras de 0.5% (32).

## **MÉTODO**

Se realizó una investigación observacional descriptiva de tipo retrospectiva con el objetivo de identificar los factores de riesgo del bajo peso al nacer en el área de salud Camilo Cienfuegos en los años 2006 -2010.

El universo de trabajo estuvo constituido por todas las madre de los nacidos vivos con bajo peso del área de salud en el periodo de tiempo antes mencionado. La muestra se conformó por todas las madres de los nacidos vivos con parto monotócico y que pesaron meno de 2500 gramos. El criterio de inclusión fue pertenecer al área de salud antes mencionada, y dando así tu consentimiento informado (Anexo 1) respecto a la actividad realizada.

El criterio de exclusión fue encontrarse fuera del área de salud en el momento de realizar la investigación o no estar conforme a que se le incluya en el estudio.

Las variables a tener en cuenta serán:

### **EDAD MATERNA:**

- Menores de 20 años.
- De 20 a 34 años.
- 35 años o más.

### **ANEMIA:**

- Si presentó cifras de Hb por debajo de 110g/L durante el embarazo.

### **HÁBITOS TÓXICOS:**

- Tabaco.
- Café.
- Alcohol.

- Otras drogas.

**PARIDAD:**

- Nulípara: Aquellas que no han tenido parto.
- Multíparas: Las que han tenido más de dos partos.

**SEPSIS VAGINAL:**

- Si presentó en algún momento del embarazo exudado vaginal positivo o examen con especulo positivo.

**ESTADO NUTRICIONAL:**

- Bajo peso: Gestante con índice de masa corporal menor de 18,7.
- Normopeso: Gestante con índice de masa corporal de 18,7 a 23,6.
- Sobrepeso: Gestante con índice de masa corporal de 23,6 a 26,5.

**ENFERMEDADES CRÓNICAS:**

- HTA: Gestantes que padecían la enfermedad o desarrollaron durante el embarazo.
- Asma bronquial: Gestante que padecían la enfermedad.
- Diabetes Mellitas: Gestante que padecían la enfermedad o la desarrollaron durante el embarazo.
- Otras: Cualquier otra enfermedad crónica que refiera la paciente.

Los datos para la investigación de las embarazadas con factores de riesgo se tomaron de una encuesta (anexo 2) aplicada, la cual se confeccionó de acuerdo a los objetivos propuestos para la investigación y a los datos recogidos de los carnés obstétricos archivados en las historias clínicas de las madres. Los resultados se presentaron a través de las tablas de contingencia. Se utilizó el porcentaje como medida de resumen de la información. Se emitieron las conclusiones teniendo en cuenta los objetivos propuestos en el estudio y se

confeccionó el informe final acorde a los requisitos establecidos por al Facultad de Ciencias Médicas de Ciego de Ávila.

### **Discusión y Análisis de los resultados:**

Para la realización escogimos cinco años de estudio (2006,2007, 2008, 2009 y 2010), donde ocurrieron 585 nacimientos, de ellos 39 resultaron bajo peso en el periodo de estudio.

**Tabla 1:** Distribución de los nacidos vivo bajo peso en el período de 2006 – 2010 en el área de salud Camilo Cienfuegos.

<b>Años</b>	<b>Nacidos vivos</b>	<b>Bajo peso</b>	<b>Índice BPN %</b>
2006	110	15	13.6
2007	108	11	10.1
2008	120	4	3.3
2009	157	5	3.1
2010	100	4	4.0
<b>Total</b>	<b>585</b>	<b>39</b>	<b>6.6</b>

Fuente: Libro de registro de partos.

En la tabla 1 podemos apreciar que de un total de 585 nacidos vivos resultaron bajo peso 39. El año de mayor incidencia fue el 2006 con 15 para un índice de 13.6% el cual fue disminuyendo significativamente hasta alcanzar índice de 3.1% en el año 2009 lo cual consideramos estuvo relacionado con la apertura de hogares maternos en todos los consejos populares de nuestra área, así

como la ubicación de un Especialista de Obstetricia en el policlínico lo cual constituye una fortaleza para el programa.

**TABLA 2:** Distribución de las madres con hijos bajo peso según la edad.

<b>Edad de la madre (años)</b>	<b>Número</b>	<b>%</b>
Menos de 20 años	19	48,7
De 20 a 34 años	12	30,7
35 años y más	8	20,5
<b>Total</b>	<b>39</b>	<b>100</b>

En la tabla 2 podemos ver que el mayor número de madres con hijos con bajo peso se encontraban en la edad de menos de 20 años representando el 48,7% de todas, le siguió en orden las de 20 a 34 años que fueron 12 para el 30,7% y por último las de 35 o más años con 8 madres para un 20,5%, como hemos visto en el análisis estos resultados coinciden con la mayoría de los autores de la literatura revisada.

En otros trabajos se afirma que la edad de 16 años o menos es considerada de mayor riesgo para la obtención de un bajo peso. Para otros autores la edad entre 20 y 29 años es donde existe mayor por ciento de bajo peso al nacer (17).

Esta diversidad de criterio pensamos se deba a que además del factor de la edad materna se necesitan otros factores de riesgo asociados para la aparición del bajo peso al nacer (23).

**TABLA 3:** Distribución de la muestra según presencia de anemia durante el embarazo.

<b>Anemia</b>	<b>Número</b>	<b>%</b>
1er Trimestre	10	26
2do Trimestre	20	51,2
3er Trimestre	9	23
<b>Total</b>	<b>39</b>	<b>100</b>

En la tabla 3 distribuimos las madres de RNBP que presentaron anemia en algún momento de su embarazo, podemos observar que la totalidad de la muestra 39 presentó anemia en alguna etapa del mismo y vemos que el más afectado fue el 2do trimestre donde 20 mujeres presentaron cifras bajas de Hb para un 51.2% de la muestra.

**TABLA 4:** Distribución de la muestra según la presencia de hábitos tóxico.

<b>Hábitos tóxicos</b>	<b>Número</b>	<b>%</b>
Tabaco	20	51,2
Café	6	15,4
Alcohol	11	28,2
Otras drogas	2	5,1
<b>Total</b>	<b>39</b>	<b>100</b>

En la tabla 4 distribuimos las madres de los RNBP según los hábitos tóxico, podemos apreciar que el tabaco fue el factor de riesgo más significativo representando un 51,2% seguida por el alcohol representando un 28,2%.

Deshmukh en su trabajo plantea que el riesgo de tener un hijo bajo peso al nacer aumenta considerablemente con el hábito de fumar durante el embarazo (26).

**TABLA 5:** Distribución de la muestra según la paridad.

<b>Paridad</b>	<b>Número</b>	<b>%</b>
Nulípara	17	43,5
Múltiparas	22	56,4
<b>Total</b>	<b>39</b>	<b>100</b>

En la tabla 5 distribuimos las madres de los RNBP según el número de partos, pudimos observar que las más afectadas fueron las múltiparas representando el 56,4% de la muestra.

Otterbad encontró que la alta paridad era un factor de riesgo del bajo peso al nacer (23).

**TABLA 6:** Distribución de la muestra según la presencia de sepsis vaginal en algún momento del embarazo.

<b>Sepsis vaginal</b>	<b>Número</b>	<b>%</b>
1er Trimestre	15	38,4
2do Trimestre	15	38,4
3er Trimestre	9	23
<b>Total</b>	<b>39</b>	<b>100</b>

En la tabla 6 distribuimos la muestra según la presencia de al menos un exudado positivo o un examen con especulo positivo en algún momento del embarazo, observando así que la totalidad de la muestra 39 presentó sepsis vaginal en alguno de los trimestre siendo afectado el 1er y 2do trimestre con un 38,4% respectivamente.

**TABLA 7:** Distribución de la muestra según estado nutricional al inicio del embarazo.

<b>Estado nutricional</b>	<b>Número</b>	<b>%</b>
Bajo peso	21	53,8
Normopeso	10	25,6
Sobrepeso	8	20,5
<b>Total</b>	<b>39</b>	<b>100</b>

En la tabla 7 distribuimos la muestra según el estado nutricional de las madre de RNBP al inicio del embarazo, pudimos apreciar que el mayor número de mujeres con hijos bajo peso reencontraba en las que tenían un IMC por debajo de 18,7 representando el 53,8% de la muestra seguidas de las normopeso y las sobrepeso representando un 25,6% y 20,5% respectivamente, además estas tenían asociado otros factores de riesgos como la multiparidad y el hábito de fumar.

**TABLA 8:** Distribución de la muestra según enfermedades crónicas.

<b>Enfermedades crónicas</b>	<b>Número</b>	<b>%</b>
HTA	8	20,5
Asma bronquial	-	-
Diabetes Mellitus	1	2,5
Otras	2	5,1
<b>Total</b>	<b>11</b>	<b>28,2</b>

En la tabla 8 distribuimos las madres de los RNBP según las enfermedades que padecían o desarrollaron durante el embarazo, pudimos apreciar que de un total de 39 madres de niños bajo peso solo 11 tuvieron enfermedades crónicas representando un 28,2%.

## **CONCLUSIONES**

Con esta investigación realizada en el área de salud Camilo Cienfuegos municipio Chambas observamos como el índice de bajo peso al nacer tuvo un descenso paulatino. El mayor porcentaje de madres con hijos bajo peso se encontraba en el grupo de edad menores de 20 años, que presentaron anemia durante el segundo trimestre y se identificaron como factores más significativos el hábito de fumar y la sepsis vaginal.

## **RECOMENDACIONES**

Recomendamos aplicar adecuadamente lo establecido con el fin de conocer las dimensiones de este problema y en tal sentido mejorar las charlas educativas e incentivar a los medios de comunicación para abordar más el tema sobre el niño bajo peso, con el objetivo de disminuir los efectos sobre este indicador.

## **ANEXO 1**

### **Consentimiento informado**

Nos proponemos realizar un estudio para identificar algunos factores que influyen en la aparición de niños con bajo peso al nacer, el cual requiere de la participación de las madres de estos niños que pesaron menos de 2500 gramos en los años 2006, 2007, 2008,2009 y 2010 es por ello que pedimos su autorización para ser incluidas en dicho estudio, para este garantizamos la mayor discreción y secreto de los datos aportados.

**Yo:**

---

Como madre de un niño o niña con bajo peso al nacer conozco del estudio a realizar y doy mi consentimiento para la participación del mismo.

## **ANEXO 2**

### **ENCUESTA**

Necesitamos que respondas cada pregunta sinceramente después de leerlas, no es necesario poner su nombre, solamente debe macar con una x las respuestas seleccionada.

#### **1. ¿Qué edad tiene?**

Menos de 20 años.       De 20 a 34 años.       35 años o más.

#### **2. ¿Cuántos partos ha tenido?**

Menos de uno.       De uno a dos.       Tres o más partos.

#### **3. ¿Qué tiempo hace desde su último parto?**

Menos de un año.       De un año a dos.       Más de dos años.

#### **4. ¿Fuma?**

Si       No

#### **5. ¿Sabes el daño que el cigarro puede provocarle a tu bebé?**

Si       No

#### **6. ¿Te gustaría saberlo?**

Si       No

**7. Nivel de escolaridad:**

Primario  Secundario  Preuniversitaria  Universitario

**8. Enfermedades crónicas:**

HTA  Asma bronquial  Diabetes Mellitus

**9. ¿Cree usted que se alimenta correctamente en su embarazo?**

Si  No

**10. Según su médico de familia ¿qué estado nutricional presenta?**

Normo peso  Bajo peso  Obesa

**11. ¿Conoces de las complicaciones que presentan estos niños?**

Si  No

## **BIBLIOGRAFÍA:**

- 1- Ortiz SO, Felipe FJ. Influencia del bajo peso al nacer en el estado de salud durante el primer año de vida. Rev. Cubana pediatra 1999; 69 (3-4):187-189.
- 2- Martínez de AJ, Sarmiento BG, Won HY. El bajo peso al nacer y sus antecedentes Obstétricos. Municipio San Miguel del Padrón. Año 1987. Rev. Cubana Med Gen Integr 1990; 39: 356-62.
- 3- Cuba. Ministerio de Salud Pública. Grupo Nacional de Obstetricia y Ginecología. Manual de Procedimientos de diagnóstico y tratamiento en obstetricia y perinatología. La Habana: Editorial Ciencias Medicas, 1997: 193-95.
- 4- Pérez ER, Pollit E. Causas y Consecuencias del retraso del crecimiento intrauterino en América Latina. Bol Off Sanit Panam 1999; 112 (6):437-72.
- 5- Cuba. Ministerio de Salud Pública. Programa para la reducción del bajo peso al nacer. Programa de Atención Materno Infantil. La Habana: Editorial Ciencias Médicas 1993: 1-3.
- 6- Lemus LE, Lima EE, Batista MR. Bajo Peso al Nacer, crecimiento y desarrollo en el primer año de vida. Rev. Cubana Med Gen Integr, 1997; 13 (12) 150-8.
- 7- Hernández CF, López del Castillo SJ, González VJ, Acosta CN. El recién nacido de bajo peso. Comportamiento de algunos factores de riesgo. Rev. Cubana Med Gen Integr 1996; 12(1):44-9.

- 8- Cuba de la CM, Reyes ÁR. Martínez MP. Bajo Peso al Nacer y algunas entidades clínicas agregadas al embarazo. Rev. Cub Med Gen Integr 1992; 8(2): 106-10.
- 9- Renick M. Developmental Intervention for low weight infants: Improved early developmental outcome. Pediatrics 1999; 80.
- 10- Boerma JT, Weinstein KI, Ruststein SD. Datos sobre el Peso al Nacer en Países en desarrollo: ¿Son útiles las Encuestas? Rev Panam Salud Pública 1999; 3(2): 88-95.
- 11- Moreno VO. Mortalidad Infantil en Cuba con Especial Atención al Recién Nacido con Bajo Peso. Rev. Cubana Pediatr 1998; 60(6): 889-97.
- 12- Resnik M. Outcome of infants of very low birth weight infants. Improve early developmental outcome. Pediatrics 1999; 80: 68-74.
- 13- Cuba. Ministerio de Salud Pública. Programa para la reducción del bajo peso al nacer. Programa de Atención Materna Infantil. La Habana: Editorial Ciencias Médicas, 1998:5-12.
- 14- Córdova VL. Práctica Pediátrica en Cuba. La Habana: Editorial Pueblo y Educación, 1996; T1: 1-9.
- 15- FAO: Epidemiological Bulletin Vol 21, Nro 4, Special Program for Health Analysis. Regional Core Health Information System. Washington DC, 2001.
- 16- Prado OL, Ramírez RM, Vaillant SG. Bajo peso al nacer. Enfoque clínico, epidemiológico y social. Rev. Cubana Med Gen Integr 1996; 12(3): 242-47.
- 17- Botman W. Factores de riesgo de bajo peso al nacer. Rev. Panam Salud Pública 1999; 3(5): 314-21.
- 18- Hornett ED. Support during Pregnancy for Women at increase of low birth weight babies. Oxford: The Cochrane Library Issue 2, 2001.

- 19- Pauwels J, Lonsdorf D, Houston WJ, Eilers G. The effectiveness of preterm birth prevention with educational programs for high risk women: A metanalysis. *Obstetr Gynecol* 2000; 86: 705-712.
- 20- Kramer MS. Isocaloric balanced protein supplementation in pregnancy. Oxford: The Cochrane Library Issue 1, 2001.
- 21- Brocklehurst P, Hannah M, Mc Donald H. Interventions for treating bacterial vaginosis in pregnancy. Geneve: Reproductive health. Library number 3, 2000.
- 22- Romero R, Oyarzum E, Mazur M, Sirtori M, Hobbins J, Bracken M. Metanalysis of relationship between asymptomatic bacteriuria and preterm delivery / low birth weight. *Obstetr Gynecol* 1999; 73: 4576-4582.
- 23- Zanoletti MG. Factores que inciden en el bajo peso al nacer. Morón. Facultad de Ciencias Médicas, 1986.
- 24- Morales Torres D. Factores Epidemiológicos relacionados con el Bajo Peso al Nacer. Trabajo de terminación de la residencia. Facultad de Ciencias Médicas. Morón, 1996.
- 25- Noel NN, Álvarez JD. Factores de riesgo de malnutrición fetal en un grupo de madres y neonatos guatemaltecos. *Bol Of. sanit Panam* 2000; 110: 93-115.
- 26- Belizun JM, Norden JC, Conali G. Factores de riesgo de bajo peso al nacer en un grupo de embarazadas de Rosario, Argentina. *Bol Of. Sanit Panam* 2001; 106(5) 38
- 27- Hornett ED. Support diereng Pregnancy for Women at increase of low birth weight babies. Oxford: The Cochrane Library Issue 2, 2001.

- 28- Pauwels J, Lonsdorf D, Houston WJ, Eilers G. The effectiveness of preterm birth prevention with educational programs for high risk women: A metanalysis. *Obstetr Gynecol* 2000; 86: 705-712.
- 29- Kramer MS. Isocaloric balanced protein supplementation in pregnancy. Oxford: The Cochrane Library Issue 1, 2001.
- 30-Brocklehurst P, Hannah M, Mc Donald H. Interventions for treating bacterial vaginosis in pregnancy. Geneve: Reproductive health. Library number 3, 2000..
- 31-Chaviano QJ, López SD. Riesgo nutricional preconcepcional y peso al nacer. Centro Provincial de Higiene y Epidemiología de Cienfuegos. *Rev. Cubana Aliment Nut* 2000; 14 (2):94-9.
- 32-Sarmiento BG, Pagola LJ, Oramas HL, González AA. Importancia de los antecedentes maternos en el recién nacido bajo peso. *Rev. Cubana Med Gen Integr* 2000; 16 (5):502-7.