

**FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS
“Dr.: JOSÉ ASSEF YARA”
POLICLÍNICO DOCENTE CEBALLOS**

FACTORES DE RIESGO RELACIONADOS CON EL BAJO PESO AL NACER.

**Autor: Lic. Isabel Álvarez Álvarez.
Residente de 2do año de Enfermería Comunitaria**

**Tutor: Lic. Yunaisy Hernández González.
Especialista en Primer grado en Enfermería de la
Comunidad.**

**Trabajo de Tesis para optar por el título de
Especialista en enfermería de la comunidad.**

**“ Año del 53 Aniversario del Triunfo de la Revolución ”
Año 2011.**

Agradecimientos

La lista de agradecimientos sería interminable si se fuera a ser justo, sin embargo existen personas que no deben dejar de mencionarse.

Agradecemos primeramente a mi familia por el apoyo incondicional. A los amigos que oportunamente nos tendieron una mano.

Dedicatoria

A todos aquellos que me han enseñado a vivir:

A mi MADRE y mi SUEGRA, protagonista de cada paso de mi vida;

A mi esposo Edor, paradigma anónimo y forjador de mi carácter;

A mis hijos, quienes me enseñan a no imponerme límites;

A todos los que me han sido fieles.

Isabel
Abril 2011

Resumen

El bajo peso al nacer es el índice predictivo más importante de la mortalidad infantil y continua siendo motivo de preocupación para obstetras y neonatólogos 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, ya que el peso al nacer se relaciona con el desarrollo del niño y su posible adaptación al ambiente.

Con el propósito de identificar los factores de riesgo relacionados con el bajo peso al nacer en el área de salud de Ceballos se realizó un estudio observacional descriptivo retrospectivo en el periodo comprendido desde Enero del 2004 a Marzo de 2011.

El universo de trabajo estuvo constituido por la totalidad de recién nacidos de bajo peso ocurrido en el hospital “Antonio Luaces Iraola” y pertenecientes al área de salud de Ceballos a los cuales se le aplicó un cuestionario.

La infección vaginal, la anemia, la ganancia de peso durante la gestación, la situación socioeconómica regular, los abortos, el habito de fumar y la multiparidad fueron los factores de riesgo que predominaron entre las mujeres que aportaron los recién nacidos bajo peso.

Índice

1	Introducción	1
2	Objetivos	3
2.1	General	3
2.2	Específicos	3
2.2.1	Determinar el comportamiento de las siguientes variables relacionadas con el bajo peso al nacer	3
2.2.2	Distribuir la muestra	3
3	Marco Teórico	4
4	Método	11

5	Resultados y Discusión	16
6	Conclusiones	25
7	Recomendaciones	26
8	Referencias Bibliográficas	27
9	Anexos	30

1. Introducción

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(1).

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)

Se plantea que la mortalidad infantil es 40 veces mayor en los recién nacidos de bajo peso (RNBP) que en los niños nacidos con peso normal y a término (3).

La OMS plantea que uno de cada 6 niños nace con bajo peso y se reporta un índice de 17 % a nivel mundial. En el año 2001 Cuba presentó un índice de 5,9 %, cifra que nos ubica entre los 5 grupos de países con indicadores más bajos del mundo (3).

La causa del bajo peso al nacer es multifactorial y se atribuye a factores maternos, fetales y ambientales. Dichos factores no son absolutos y varían de un lugar a otro, e influye de manera especial el nivel de desarrollo socioeconómico (4-7).

Los principales factores de riesgo de bajo peso al nacer en Cuba son múltiples, y son los más frecuentes el embarazo en la adolescencia, la desnutrición materna, la ganancia insuficiente de peso durante la gestación, el hábito de fumar y los antecedentes de niños con bajo peso (8).

Actualmente, ninguna condición neonatal conlleva un riesgo tan elevado de minusvalía como el pesar al nacer menos de 1500 g. La frecuencia de secuelas en los niños con muy bajo peso se mantiene estable pero, al haber aumentado la supervivencia, el número absoluto de niños con secuelas se ha incrementado de tal manera que el 50%. (9).

El Ministerio de Salud Pública se ha propuesto, apoyado en el arsenal científico y técnico con que cuenta incrementar la salud de la población para los años venideros, y una de sus metas es reducir la incidencia de recién nacidos bajo peso para menos de un 6,0%. No obstante, la frecuencia de bajo peso en Cuba que había mostrado hasta 1990 una tendencia decreciente, aumentó gradualmente a partir de 1991 con índices anuales de 7,8; 8,6 y 9,0 hasta 1993(10).

En nuestro país existe una tendencia de este indicador a aumentar a partir de los años 90, no quedando nuestro área exento de esta problemática, en el último quinquenio se describen tasas de 74 en el 2004, 2.7 en el 2005, 4.8 en el 2006, 2.7 en el 2007 7.5 en el 2008 y 7.7 en el 2009 en el 2010 2.7 por su incidencia pensamos realizar este trabajo para identificar las causas relacionadas con el bajo peso al nacer en el poblado de Ceballos, en el periodo comprendido entre Enero del 2004-Marzo del 2011.

2. Objetivos

2.1. General:

Identificar los factores de riesgo relacionados con el bajo peso al nacer.

2.2. Específicos:

2.2.1. Determinar el comportamiento de las siguientes variables relacionadas con el bajo peso al nacer:

2.2.2. Distribuir la muestra en estudio según:

- Edad Materna.
- Situación Socioeconómica.
- Hábitos Tóxicos.
- Antecedentes Obstétricos.
- Antecedentes Maternos.
- Multiparidad.
- Tiempo de gestación al momento del parto.
- Espacio Intergenésico.
- Estado nutricional de la madre al inicio del embarazo.

3. Marco Teórico:

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. Paulatinamente de distintas especialidades y el desarrollo de la medicina han permitido un mejor acercamiento al tema, y la literatura ha reportado casos de 450 g y 390 g que han sobrevivido, lo que demuestra los avances alcanzados en la atención intensiva de estos recién nacidos (11-13).

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. El bajo peso al nacer como uno de los factores de riesgo en el síndrome de muerte súbita infantil (11-13).

El período más crítico y de mayor riesgo de un ser humano es aquél que corresponde a una vida intrauterina, incluyendo al parto. Las condiciones de un individuo al nacer, repercuten de manera definitiva en su desarrollo físico e intelectual a lo largo de su vida, lo cual justifica la prioridad que se debe dar a las medidas, que permitan lograr las mejores condiciones posibles para el recién nacido. Estos objetivos sólo pueden alcanzarse a través de los cuidados que aseguran las condiciones óptimas de salud a la mujer, desde el período preconcepcional, durante el seguimiento del trabajo del parto y en éste (11-13).

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 2000 reducir el bajo peso a 6.0 %. (13)

Los recién nacidos 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. (14)

Se dice que un bebé nace con bajo peso si al momento del parto pesa menos de 5 libras, 8 onzas (2,5 kg). Si pesa menos de 3 libras (1,5 kg) se lo considera de muy bajo peso al nacer (17).

Hay dos categorías (18):

- Los bebés nacidos pretérmino (también llamados prematuros), aquellos nacidos antes de la semana 37 de embarazo. Más del 60 % de los bebés nacidos con bajo peso son prematuros.
- Los bebés pequeños para su edad (crecimiento intrauterino retardado) son los que han cumplido el plazo de gestación pero pesan menos de lo normal. Esta condición es el resultado, al menos en parte, de una desaceleración o interrupción temporal del crecimiento en el útero materno. 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.

Algunos bebés son prematuros y tienen además un retraso en su crecimiento, por lo que corren el riesgo de experimentar muchos problemas vinculados con el bajo peso al nacer (17-18).

Conocemos algunas pero no todas las razones por las que los bebés son demasiados pequeños al nacer, o nacen prematuramente, o ambas cosas. Los defectos fetales resultantes de enfermedades hereditarias o de factores ambientales pueden limitar el desarrollo normal. Los bebés de un embarazo múltiple (mellizos, trillizos, etc.) suelen nacer con bajo peso, incluso si nacen en término(17-18).

Los problemas médicos de la madre influyen en el bajo peso de su bebé, especialmente si sufre de alta presión arterial, diabetes, infecciones o problemas de corazón, riñones o pulmones. Si el útero o cuello de la madre es anormal, es mayor el riesgo de bajo peso en el bebé(19-20).

La conducta de la madre —antes y durante el embarazo— puede afectar el peso de su bebé. Toda mujer embarazada debería (21):

- Realizarse un control médico antes de quedar embarazada.
- Consumir 400 microgramos por día de ácido fólico de la vitamina B (la cantidad habitual que encontramos en las multivitaminas) antes de quedar embarazada y durante los primeros meses de gestación.
- Recibir atención prenatal temprana y frecuente.
- Comer una dieta equilibrada. Dado que el feto se alimenta de lo que come la madre, puede tener problemas si la alimentación no es adecuada.
- Aumentar de peso en forma suficiente. Se recomienda que una mujer de peso normal debe aumentar entre 25 y 35 libras (11 y 16 kg) durante el embarazo.
- Dejar de fumar. Las mujeres fumadoras tienen, en promedio, bebés de menor peso que las no fumadoras, y la exposición al humo de otros fumadores también puede reducir el peso del bebé al nacer.
- Dejar de tomar alcohol y/o utilizar drogas ilegales, o medicamentos con receta (incluyendo los preparados de hierbas) no prescritos por el médico que conoce la

existencia del embarazo. El uso de drogas y de alcohol limita el crecimiento fetal y puede provocar defectos de nacimiento.

Las mujeres de menos de 17 años o de más de 35, las mujeres solteras y las que han tenido un nacimiento prematuro con anterioridad corren un mayor riesgo de tener un bebé de bajo peso. Es probable que las adolescentes no tengan buenos hábitos con respecto a la salud. A su vez, las mujeres que sufren un excesivo nivel de estrés y las víctimas de la violencia familiar u otras formas de abuso pueden correr mayores riesgos de tener un bebé de bajo peso (21).

La manera más eficaz de prevenirlo es la consulta al médico antes del embarazo y, una vez embarazada, la atención prenatal temprana y frecuente. La consulta previa al embarazo es crucial para las mujeres con trastornos crónicos, como diabetes y alta presión. Un buen control de estos trastornos, con anterioridad al embarazo, reduce el riesgo de complicaciones durante el embarazo. También es beneficioso que se les informe lo antes posible sobre las condiciones de una buena nutrición y la importancia de evitar factores de riesgo, como el cigarrillo, el alcohol y los medicamentos sin receta (22,23).

Un estudio reciente sugiere que consumir la cantidad recomendada de ácido fólico durante el embarazo puede reducir el riesgo de tener un bebé prematuro y de bajo peso (22,23).

Cuando una mujer recibe atención prenatal adecuada, es posible identificar los problemas en una etapa temprana y utilizar el tratamiento recomendado para reducir el riesgo del bajo peso del bebé al nacer (22,23).

En comparación con los bebés de peso normal, los recién nacidos de bajo peso son más proclives a los problemas médicos y las complicaciones del desarrollo. Un bebé prematuro y de bajo peso tiene más posibilidades de padecer problemas respiratorios. Alrededor de 40.000 bebés por año—en su mayoría nacidos antes de la semana 34 de gestación—sufren el síndrome de dificultad respiratoria o SDR, una de las principales causas de muerte y discapacidad entre los bebés prematuros. A estos bebés les falta un compuesto químico natural llamado surfactante que impide que se cierren los pequeños sacos de aire de los pulmones. La sangre no recibe suficiente oxígeno o no puede desprenderse de suficiente dióxido de carbono. A partir de la aplicación de un tratamiento con surfactante en 1990, las muertes por SDR se han reducido en más del 60 por ciento. El 25 por ciento de los bebés de

muy bajo peso al nacer sufre hemorragias cerebrales que pueden causar daños serios o incluso la muerte. Los recién nacidos que sobreviven suelen tener después problemas de aprendizaje o de conducta (22,23).

Cuando todo indica que una mujer habrá de tener un parto prematuro, el tratamiento con drogas llamadas corticosteroides ayuda a reducir la incidencia de las hemorragias cerebrales en un 70 por ciento y el SDR en un 50 por ciento (24)

Los bebés prematuros pueden tener problemas cardíacos graves. Antes del nacimiento, una arteria grande llamada ductus arteriosus permite que la sangre se desvíe y no pase por los pulmones del bebé, que aún no funcionan. En los bebés prematuros, la arteria puede no cerrarse debidamente después del parto y provocar insuficiencia cardíaca (24).

Algunos prematuros tienen enterocolitis necrotizante, una inflamación potencialmente mortal del intestino cuyas causas todavía no se conocen bien. A su vez, la retinopatía resultante de un parto prematuro, que es un crecimiento anormal de los vasos sanguíneos de los ojos, puede provocar problemas de vista o incluso ceguera (24).

Algunos bebés de peso bajo padecen un desequilibrio en la cantidad de sales o de agua, o bajo contenido de azúcar en sangre (hipogleucemia), y estos trastornos pueden provocar daños cerebrales. Los bebés prematuros son más proclives a desarrollar ictericia porque el hígado todavía no está listo para funcionar debidamente. Y la ictericia severa puede provocar también daños cerebrales (24).

Un bebé prematuro puede ser anémico. Normalmente el feto almacena hierro durante los últimos meses de la gestación y lo utiliza después del nacimiento para producir glóbulos rojos. Es muy probable que los bebés prematuros no hayan tenido suficiente tiempo para acumular hierro (24).

También es posible que los bebés de bajo peso no tengan suficientes grasas para mantener una temperatura corporal normal, y la baja temperatura puede producir cambios químicos en la sangre y un crecimiento más lento (24).

Algunos bebés necesitan la asistencia temporaria de un respirador artificial. También se les puede tratar con un gas llamado óxido nítrico que mejora la respiración ayudando a dilatar los vasos sanguíneos de los pulmones. Durante el tratamiento de los problemas

respiratorios, los niveles de oxígeno del bebé deben controlarse cuidadosamente porque los altos niveles de oxígeno pueden provocar retinopatía en los bebés prematuros. En lugar de un respirador artificial, también puede utilizarse un OMEC (oxigenador de membrana extracorpóreo) que es una máquina que provee oxígeno a la sangre evitando pasar por el corazón y los pulmones mientras éstos se recuperan (24).

No se ha podido solucionar todavía las hemorragias cerebrales características de los bebés muy prematuros, pero pueden tratar algunos de sus efectos secundarios y reducir el riesgo y la extensión del daño cerebral. Pueden examinar el cerebro recurriendo a los procedimientos de ultrasonido, imagen de resonancia magnética (IRM) o la tomografía axial computarizada. Si los espacios llenos de líquido (ventrículos) se expanden rápidamente, los cirujanos pueden insertar un tubo en el cerebro para drenar el líquido y reducir el riesgo de daño cerebral. En los casos más leves, generalmente se utilizan drogas para reducir la acumulación de líquido (25).

Cuando el ductus arteriosus del bebé no se cierra, se le puede tratar con oxígeno y con una droga que ayuda a que esta arteria se cierre. En ocasiones, puede resultar necesaria una intervención quirúrgica (25).

La enterocolitis necrotizante se trata con antibióticos y líquidos endovenosos. Los sectores dañados del intestino pueden requerir una extirpación quirúrgica (25).

Los bebés con bajo contenido de azúcar en la sangre reciben glucosa a través de un tubo intravenoso. Cuando comienzan a recuperarse, pueden alimentarse con leche materna por medio de un tubo colocado en el estómago. Los bebés con desequilibrios de agua o sal reciben líquidos especiales por vía oral o endovenosa (26-28).

Los bebés con ictericia pueden tratarse con luces azules especiales mediante un proceso llamado fototerapia. Los anémicos pueden tratarse con suplementos nutricionales de hierro, con nuevas drogas que aumentan la producción de glóbulos rojos o, en casos extremos, con una transfusión de sangre. Los que sufren baja temperatura corporal son mantenidos en camas abiertas con calefactores o en incubadoras cerradas para regular la temperatura del cuerpo (26-28).

Por ejemplo, algunos investigadores están procurando un tratamiento con surfactante más eficaz para evitar la muerte o las enfermedades pulmonares de largo plazo en los bebés

prematuritos con SDR. Alrededor del 20 por ciento de los bebés no responde a los tratamientos con surfactante. Uno de los becarios está estudiando las proteínas del surfactante natural con el propósito de desarrollar un tratamiento capaz de salvar más vidas. Otros están buscando mejores métodos para prevenir y tratar otras complicaciones de los nacimientos prematuros, como el daño a los ojos e intestinos. Hay quienes se han propuesto conocer en profundidad las causas del trabajo de parto prematuro y el retraso en el crecimiento fetal con la intención de desarrollar nuevos tratamientos para evitar el bajo peso al nacer (26-28).

4. Método

Se realizó un estudio observacional descriptivo retrospectivo, con el objetivo de determinar cuales son los factores de riesgo relacionados con el bajo peso al nacer en el área de salud de Ceballos en un período de ocho años.

El universo de estudio estuvo constituido por la totalidad de RNBP ocurridos en el Hospital Antonio Luaces Iraola, pertenecientes al área de salud de Ceballos, en el período comprendido desde 2004 hasta marzo del 2011

1. La fuente primaria de los datos se obtuvo a partir del libro de partos, carné de atención prenatal y las historias clínicas del Hospital Antonio Luaces Iraola. A este grupo se le aplicó un cuestionario (anexo 1) previamente diseñado según objetivos trazados conteniendo una serie de variables seleccionadas.

Para dar salida a los objetivos, se seleccionaron las siguientes variables: edad materna según los intervalos siguientes (15-19 años, 20-29años, 30-39años, 40 y mas) ., Situación socioeconómica: Se realizó examen de algunos indicadores como; entrada económica, condiciones básica de vida(comer, vestir y vivienda), apoyo familiar, características de la madre(soltera), condiciones de la vivienda, hacinamiento, ubicación local de la vivienda(características comunitarias) y nivel cultural de la madre. Hábitos tóxicos, toda persona que ha estado fumando un cigarro o un puro diario durante seis meses o mas y mantiene el habito hasta el presente, aunque lo halla abandonado en menos de un mes. Droga: rendimiento intelectual, físico, o con deseos de experimentar nuevas sensaciones y modificar el estado psíquico de quien la toma. Se obtiene auto gratificación y se producen efectos dañinos para el sujeto.

Multiparidad, toda gestante que halla tenido mas de tres embarazo, antecedentes obstétricos parto pretérmino, toda gestantes con una edad gestacional menor de 37

semanas de gestación, bajo peso al nacer, todo recién nacido con un peso menor de 2500gms independientemente de su edad gestacional, aborto toda mujer que sin causa conocida haga expulsión del feto, gemelaridad es aquel que coexisten 2 fetos contribuyendo de manera importante a la morbilidad prenatal, la incompetencia cervical no es mas que la dilatación indolora del cuello del útero en el segundo trimestre de la gestación o a comienzo del tercero, que permite el descenso de las membranas con formación de una bolsa en (reloj de arena) que se rompe y continua con la expulsión de un feto inmaduro, antecedentes maternos, anemia es la existencia de un nivel de hemoglobina por debajo de 110g/l de sangre y un hematocrito del 33% o menos durante el tercer trimestre de la gestación, infección urinaria engloba una gran variedad de entidades clínicas, cuyo denominador común es la invasión y la proliferación de diversos agentes microbianos en cualesquiera de los tejidos del tracto urinario, hipertensión arterial , Criterio de la OMS: La OMS considera que existe hipertensión cuando se comprueba una TA de 140/90 o más, dos veces consecutivas, con un intervalo de 6h.

Criterios Obstétricos: En obstetricia se considera que existe hipertensión cuando hay un aumento sobre los niveles previamente conocidos de más de 30mm de Hg. de la presión sistólica y 15mm de Hg. de la presión diastólica, y una presión arterial media (PAM) de 105mm de Hg. o más. La presión arterial media es:

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

3

El fibroma uterino es relativamente frecuente (del 1 al 3%).A menudo coexisten sin que aparezcan complicaciones ni interferirse mutuamente ocasiones, el mioma es un hallazgo casual, pero puede interferir sobre el embarazo, el parto y el puerperio, o sufrir la acción del proceso gestacional con modificaciones de su evolución natural.

Espacio ínter genésico, Se define como el periodo que media entre un embarazo y otro., primípara son aquellas mujeres que por primera vez están embarazadas. Tiempo de gestación pretérmino se considera antes de la 37 semanas, a término de 37 a 40 semanas y postérmino después de las 40 semanas, Estado nutricional, Evaluación Nutricional: se determina usando IMC.

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

Se considerará:

Bajo peso: cuando el IMC es menor de 19.8

Normo peso: cuando el IMC es de 19.8 a 26.

Sobrepeso: cuando el IMC es de 26.1 a 29

Obesa: cuando el IMC es mayor de 29.

Ganancia de peso: Aumento de peso en Kg. durante la Gestacional de la madre al inicio del embarazo y la ganancia de peso durante el embarazo.

Se procesaron los datos obtenidos de forma computarizada. Los resultados obtenidos se ilustraron en forma de tablas utilizando el porcentaje como medida de resumen.

Criterios de inclusión:

- Neonatos bajo peso nacidos en el Hospital Antonio Luaces Iraola.
- Recién nacidos bajo peso que pertenezcan al área de salud de Ceballos.

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.

Definición conceptual y operacionalización de variables:

- Bajo peso al nacer: Recién nacidos cuyo peso es inferior a 2500g independientemente de su edad gestacional.
- Anemia: Cuando la cifra de Hb se encuentra por debajo de 110g/L.
- Sepsis: Colonización de diferentes microorganismos en el tracto urogenital.
- 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.
- Tiempo de gestación: Se considera 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.
- Hipertensión arterial:
- Crecimiento intrauterino retardado: Es aquel recién nacido cuyo peso al nacer se encuentra por debajo del 10mo percentil o la 2da desviación Standard de una curva preestablecida que relaciona peso y edad gestacional.

5. Resultados y Discusión:

TABLA # 1

Distribución de bajo peso al nacer según edad materna.

EDAD MATERNA	PACIENTES	%
15-19 años	15	25.4
20-29 años	33	55.9
30-39 años	9	15.3
40 a y mas	2	3.4
Total	59	100

FUENTE: Encuesta.

Según el estudio realizado sobre el bajo peso al nacer según la edad materna se comportó un mayor número en el grupo de 20 a 29 años representando el 55.9% seguido por el grupo de 15 a 19 años para un 25.4% y observándose con menor frecuencia en el grupo de 40 y mas años presentándose en el 3.4% resultado este que no coincide con las literaturas revisadas 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)

TABLA # 2

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

SITUACIÓN SOCIOECONÓMICA	PACIENTES	%
Buena	11	18.6
Regular	43	72.9
Mala	5	8.5
Total	59	100

Fuente. Encuesta

Según la situación socioeconómica encontramos en nuestro estudio un predominio de la situación socioeconómica regular para un 72.9% observándose con menor frecuencia la situación socioeconómica mala representando el 8.5% 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)

TABLA # 3

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

HÁBITOS TÓXICOS	PACIENTES	%
Habito de fumar	18	30.5
Ingestión de bebidas alcohólicas	2	3.4
Drogas	1	1.7
Ninguno	38	64.4
Total	59	100

Fuente. Encuesta.

Dentro de los hábitos tóxicos el 64.4% de las gestantes no tenían ninguno de ellos, seguido del hábito de fumar que representó el 30.5% Este resultado coincide con lo descrito en la literatura revisada lo cual se explica porque los productos tóxicos del cigarro producen alteraciones circulatorias lo que influye posteriormente en la oxigenación y nutrición fetal.

(23)

TABLA # 4

Distribución del bajo peso al nacer según paridad.

MULTIPARIDAD	PACIENTES	%
Si	36	61
No	23	39
Total	59	100

Fuente. Encuesta.

Las gestantes multíparas representaron el 61 de las que tenían niños con bajo peso al nacer lo cual coincide con los estudios realizados, esto se debe a que durante el embarazo y la lactancia disminuye las reservas nutritivas de la madre. (26)

TABLA #5

Frecuencia del bajo peso al nacer según antecedentes obstétricos.

ANTECEDENTES OBSTÉTRICOS	PACIENTES	%
Parto Pretérmino	9	15.2
Niños bajo peso al nacer	3	5.1
Abortos	21	35.6
Gemelaridad	4	6.8
Incompetencia cervical	1	1.7
Ninguno	21	35.6
Total	59	100

Fuente. Encuesta.

En nuestro estudio el antecedente obstétrico que mayor predominio tuvo fue el aborto representando el 35.6 % de la muestra, resultado que no coincide con la literatura revisada.

TABLA # 6

Distribución de bajo peso al nacer según antecedentes maternos

ANTECEDENTES MATERNOS	PACIENTES	%
Anemia	42	71.1
Infección vaginal	44	74.6
Infección urinaria	19	32.2
Hipertensión arterial	5	8.5
Fibroma uterino	2	3.4
Otros	2	3.4
Total	59	-

Fuente. Encuesta.

Dentro de los antecedentes maternos el que mayor influencia tuvo fue la infección vaginal representando el 74.6 % seguida de la anemia para un 71.1 % siendo estos factores de riesgo de bajo peso al nacer los identificados con mayor frecuencia lo cual coincide con otros estudios realizados.(6,27)

TABLA # 7

Distribución del bajo peso al nacer según espacio intergenésico.

ESPACIO INTERGENÉSICO	TOTAL	%
Menos de un año	6	10.3
1 a 2 años	11	18.6
Más de 2 años	14	23.7
Primíparas	28	47.4
Total	59	100

Fuente.Encuesta.

La mayoría de las gestantes que tenían niños con bajo peso al nacer eran primíparas representando el 47.4 % seguido de las que tenían un espacio intergenésico mayor de 2 años representando el 23.7 % y solo el 10.3 % era menor de un año. Este resultado no coincide con otros estudios realizados donde el bajo peso es más frecuente cuando existe período intergenésico corto 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)

TABLA # 8

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

TIEMPO DE GESTACIÓN	PACIENTE	%
Pretérmino	42	71.2
A término	12	20.3
Postérmino	5	8.5
Total	59	100

Fuente. Encuesta.

La mayor cantidad de niños con bajo peso al nacer fueron producto de parto pretérmino representando el 71.2 % lo cual coincide con la literatura revisada ya que cuanto antes nace un niño menor peso y mayor es el riesgo de que aparezcan problemas de salud posteriormente.(18)

TABLA # 9

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

ESTADO NUTRICIONAL	PACIENTE	%
Bajo peso	14	23.7
Normopeso	35	59.3
Sobre peso	7	11.9
Obesa	3	5.1
Total	59	100

Fuente. Encuestas.

En nuestro estudio el bajo peso al nacer se comportó con una mayor frecuencia en las gestantes con evaluación nutricional de normopeso representando el 59.3 % seguido de las bajo peso para un 23.7 % resultado este que no coincide con la literatura revisada donde las gestantes bajo peso son las que con mayor frecuencia aportan recién nacidos bajo peso.(6,22,23)

TABLA # 10

Comportamiento del bajo peso según ganancia de peso de la madre durante el embarazo.

GANANCIA DE PESO	PACIENTE	%
Adecuada	13	22.0
Inadecuada	46	78.0
Total	59	100

Fuente. Encuestas.

El mayor numero de gestantes tuvo una ganancia de peso inadecuada representando el 78 % la cual coincide con estudios anteriores y se explica en nuestro estudio ya que existe relación entre las gestantes con ganancia de peso inadecuada y situación socioeconómica regular y mala. (4,23)

6. Conclusiones:

La infección vaginal, la anemia, la situación socioeconómica regular, los abortos, el hábito de fumar y la multiparidad fueron factores de riesgo importantes entre las mujeres que aportaron recién nacidos bajo peso. La mayoría de los recién nacidos bajo peso fueron producto de parto pretérmino.

7. Recomendaciones:

- Divulgar los resultados de este trabajo para encaminar el accionar de nuestros profesionales sobre la disminución del bajo peso al nacer en nuestra área, así como implementar una estrategia de trabajo para lograr disminuir el número de bajo peso al nacer con la participación de todos.
- Garantizar un control y vigilancia obstétrica sobre la posible aparición de síntomas de prematuridad y ciur.
- Diseñar una estrategia de intervenciones educativas que favorezca a la mujer con los factores de riesgo presente en el área de salud de Ceballos.
- Fortalecer la cultura gestacional a las futuras madres a través de las vías establecidas mediante la atención primaria acerca de las enfermedades asociadas al embarazo y la valoración nutricional adquirida.

8. Bibliografía:

1. Jordán J. El crecimiento y desarrollo humanos. Temas de actualización en Pediatría; 1999; 1; p 3-27.
2. Escabedo M. Lactante de tamaño minúsculo. Clin Perinatol 1996; 2:283.
3. Cuba. MINSAP. Programa de reducción de bajo peso al nacer. Grupo de Atención Materno Infantil. La Habana: Editorial Ciencias Médicas 2002.
4. Medina de Armas J, Vicente Sarmiento G, Wong Hernández M, León González J. El bajo peso al nacer y su relación con los antecedentes obstétricos. Municipio San Miguel del Padrón. Rev Cubana Med Gen Integr 1990;6(3):356-62.
5. UNICEF. El Progreso de las Naciones "Bajo peso al nacer: 1 de cada 5", 2004.
6. UNICEF. Estado Mundial de la Infancia. Educación, 2003.
7. Ministerio de Salud Pública. Anuario Estadístico. La Habana, 2006.
8. Casas FD. El bajo peso al nacer. Extraído de <http://problemassalud>. 23/06/08
9. Gan Gluy M. Factores asociados con el bajo y alto peso al nacer. Am J Epidemiol 2006; 96(3):161-72.
10. Dueñas Gómez E, Sánchez C, Santurio A. Patrones antropométricos en el recién nacido. La Habana: Editorial Ciencias Médicas 1999:21-45.
11. Ounted M. Factores familiares que afectan el crecimiento fetal. Public Cient; 2005
12. Díaz Tabares O, Soler Quintana BT. Aspectos epidemiológicos del bajo peso al nacer. Rev Cubana Med Gen Integral 1993; 9(3):234-44.
13. Balcazar H, Haas JD. Tipos de retardo del crecimiento intrauterino y mortalidad neonatal precoz en una muestra de recién nacidos de la Ciudad de México. Bol Of Sanit Panam 2005;110(5):369-77.
14. OPS: Manual de crecimiento y desarrollo. Washington; Oficina Sanitaria Panamericana 2004; 95.
15. Pierog SY. Neonatología. Buenos Aires: Editorial Panamericana 2003; 57-67.
16. Andrews BF. Small for date babies. Pediatric Clin North Am 2004; 17:185.
17. Haas JE et al. Relationship between epidemiologic risk factors and clinicopathologic findings in the sudden infant death syndrome. Pediatrics 2005; 91(1):106-12.
18. Candebat Márquez Z, Jacomino Martínez I. Morbimortalidad del recién nacido bajo peso para su edad gestacional. Rev Cubana Obstet Ginecol 1981; 7(1):10

19. Moreno Flores O. Crecimiento en el primer año de vida del recién nacido de bajo peso, pretérmino y dismaduro. *Rev Cubana Pediatr* 1976; 48(2):137-53.
20. Joyce T, Racine AD. An update on New York City's dramatic increase in low birth weights. *Am J Public Health* 2006; 83(1):109-11.
21. Villar J, Belizán JM. The relative contribution of prematurity and fetal growth retardation to low birth weight in developing and developed societies. *Am J Obstet Gynecol* 2003; 143(7):793-98.
22. Lubchenco Lula O. Assessment of gestational age and development at birth. *Pediatr Clin North Am* 2006;17(2):120-45.
23. Amador M. Influencia de la nutrición sobre el crecimiento somático. *Rev Cubana Pediatr* 1975; 47:535
24. Babsan S. Growth of low birth weight infants. *J Pediatr* 2006; 777(2):11.
25. Domínguez F. Seguimiento neurológico en el recién nacido de muy bajo peso. En: *Pediatría 89, XXII Congreso Nacional de Pediatría, Nov-Dic. La Habana, 1999: 129.*
26. Albertson Wikland K. Longitudinal follow up at growth in children born small for gestational age. *Act Paediatr* 2003; 82(5): 438-43.
27. República de Colombia y República Federal Alemana. Proyecto Pro equidad. Manual de Capacitación. Herramientas para construir equidad entre mujeres y hombres, 1999.
28. Amato M. The care of fetal babies. Survival of a 390 g infant. *Acta Pediatr* 2005; 81 Supp 382:7-9.
29. Ministerio de Salud Pública. Programa para la Reducción del Bajo Peso al Nacer. Editorial Ciencias Médicas, 2002.
30. Ministerio de Salud Pública. Programa Nacional de Atención Materno Infantil, 2002.
32. Ministerio de Salud Pública. DNE. Anuario Estadístico. 2003.
33. Cárdenas T.M. Factores de riesgo asociados al bajo peso al nacer en el municipio Bolivia. 2007. Tesis.
34. Amaros A. Bajo peso al nacer. Algunas variables epidemiológicas relacionadas con su frecuencia. *Ciro Redondo* 2007. Tesis.
35. Lumley L. Interventions for promoting smoking cessation during pregnancy. Oxford: The Cochrane Library Issue 3, 2006.

36. Mavalankar D. Risk factors for preterm and term low birth weight in Ahmadabad, India. *Int Epidemiol* 2006; 21(2):265-70.
37. Anastos K. et al, El niño nacido prematuro, consecuencias. *Network en español*. 2007; 24(1):23-24.

IX. Anexos:

Anexo #1. Cuestionario de datos primarios:

CUESTIONARIO.

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.
- Drogas
- Ninguno.

4. Multiparidad:

- Sí.
- No.

5. Antecedentes Obstétricos.

- Parto Pretérmino.
- Niños con bajo peso al nacer.
- Abortos.
- Gemelaridad.
- Incompetencia cervical.

6. Antecedentes Maternos:

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

7. Espacio intergenésico:

- Menos de un año.
- 1 a 2 años.
- Más de 2 años.
- Primípara

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

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

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

10. Ganancia de peso durante el embarazo: _____ Kg.

