

UNIVERSIDAD DE CIENCIAS MÉDICAS DE CIEGO DE ÁVILA
POLICLÍNICO COMUNITARIO DOCENTE SUR

FACTORES DE RIESGO MATERNOS ASOCIADOS AL BAJO PESO AL NACER
EN EL POLICLÍNICO DOCENTE COMUNITARIO SUR

DRA. AIMARA MORENO GARCÍA

TRABAJO EN OPCIÓN A LA CATEGORÍA DE
ESPECIALISTA DE PRIMER GRADO EN MEDICINA GENERAL INTEGRAL
CIEGO DE ÁVILA
2019

Universidad de Ciencias Médicas de Ciego de Ávila
Policlínico Comunitario Docente Sur

FACTORES DE RIESGO MATERNOS ASOCIADOS AL BAJO PESO AL NACER
EN EL POLICLÍNICO DOCENTE COMUNITARIO SUR

AUTOR: DRA. AIMARA MORENO GARCÍA
RESIDENTE DE II AÑO DE MEDICINA GENERAL INTEGRAL

TUTOR: DR. ALEXANDER MORENO ALMEIDA.
ESPECIALISTA DE PRIMER GRADO EN MEDICINA GENERAL E INTEGRAL.
ESPECIALISTA DE PRIMER GRADO DE TERAPIA INTENSIVA.
MASTER EN URGENCIA Y EMERGENCIA MÉDICA.
PROFESOR ASISTENTE.

TRABAJO EN OPCIÓN A LA CATEGORÍA DE
ESPECIALISTA DE PRIMER GRADO EN MEDICINA GENERAL INTEGRAL
CIEGO DE ÁVILA
2019

"El conocimiento de cualquier cosa, dado que todas las cosas tienen causas, no es adquirido o completo a menos que sea conocido por sus causas"

Avicena

A mi familia

AGRADECIMIENTOS

A mi familia que ha sido mi luz, mi faro, mi guía, mi bastón y mi apoyo, gracias por tanto amor, por su apoyo incondicional, por acompañarme en los momentos buenos y malos de mi vida y por depositar su fe ciega en mí, sin ustedes no lo hubiera logrado, son mi razón de ser y por ustedes soy una mejor persona.

También quisiera agradecer a mi tutor, artífice de este proyecto, mi esposo, a mis compañeros, profesores, y a mis amigos por su amor, cariño y por estar siempre presentes cuando los he necesitado. Gracias por no fallarme.

No puedo dejar de agradecer a Dios por darme la vida y por incentivar me a ayudar al prójimo, pilar fundamental de mi profesión. No me arrepiento de ser médico y si la vida me diera la oportunidad de elegir sin dudarlo volvería a escogerlo, es una tarea de mucho sacrificio, esfuerzo y de muchas horas sin dormir uniendo habilidad con humanidad. Como citara Bertolt Brecht:..."hay hombres que luchan un día y son buenos, hay hombres que luchan un año y son mejores, hay hombres que luchan muchos años y son muy buenos y los hay quienes luchan toda la vida y son imprescindibles".. **esa quiero ser yo.**

RESUMEN

Se realizó un estudio descriptivo longitudinal retrospectivo con el objetivo de caracterizar los factores de riesgo maternos asociados al bajo peso al nacer en el Policlínico Comunitario Docente Sur del municipio Ciego de Ávila durante el periodo de tiempo desde enero de 2017 hasta diciembre de 2018. El universo estuvo compuesto por 182 madres que tuvieron niños con bajo peso al nacer durante el periodo de la investigación. Se trabajó con la totalidad de las mujeres por lo que no fue necesario el cálculo muestral. Se diseñó un formulario que incluyó las variables de interés investigativo y que constituyó el registro primario de la información. Los datos fueron procesados en SPSS v23 y los resultados, agrupados en forma de tablas, mostraron que la mayoría de las mujeres que tuvieron hijos con bajo peso al tenían entre 15 y 19 años, no tenían antecedentes patológicos personales y eran estudiantes con nivel educacional secundario o preuniversitario. Un número de mujeres habían tenido hijos con bajo peso al nacer(BPN), sobre todo aquellas mujeres con dos o más hijos. El periodo intergenésico resultó corto en más de un tercio de las mujeres o largo en un número discretamente menor. En la mayor parte de las pacientes se constató que durante el embarazo consumieron tabaco, tuvieron bajo peso, anemia e infecciones tanto vaginales como urinaria.

Palabras clave: *bajo peso al nacer, factores de riesgo, embarazo en la adolescencia*

ÍNDICE

INTRODUCCIÓN	1
OBJETIVOS.....	4
MARCO TEÓRICO	5
DISEÑO METODOLÓGICO	22
RESULTADOS Y DISCUSIÓN.....	29
CONCLUSIONES	45
RECOMENDACIONES	46
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	
ANEXOS	

INTRODUCCIÓN

El peso al nacer es sin duda el determinante más importante de las posibilidades de que un recién nacido experimente un crecimiento y desarrollo satisfactorio, por eso, actualmente la tasa de bajo peso se considera como un indicador general de salud. El bajo peso al nacer (BPN) es un problema de salud pública mundial, que impacta en gran medida sobre la mortalidad neonatal e infantil en menores de un año, particularmente en el período neonatal ⁽¹⁻³⁾.

Se define como bajo peso al nacer a todo recién nacido que en el momento de su nacimiento tenga un peso inferior a 2500 g. Se estima que en el mundo 30 millones de niños nacen cada año con un peso inferior al normal para la edad gestacional.

El bajo peso al nacer, es una de las causas más importante de morbilidad y mortalidad infantil y perinatal, se considera que la mortalidad en el primer año de vida es 14 veces mayor en los recién nacidos con bajo peso, que los niños que nacen con un peso normal ⁽⁴⁻⁶⁾.

Todos los años nacen más de 20 millones de niños y niñas con un peso inferior a los 2500 g (5,5 libras), lo que equivale al 17 % de todos los nacimientos del mundo en desarrollo, es decir, una tasa que duplica el nivel de los países industrializados ^(7- 9).

La mayoría de los casos de bajo peso al nacer ocurren en el mundo en desarrollo, lo que demuestra que es más probable que esta situación se presente en condiciones socioeconómicas de pobreza. En esas circunstancias, las mujeres

son más propensas a contraer infecciones y a tener una dieta pobre en nutrientes. Así mismo, no es raro que, durante el embarazo, sigan desempeñando trabajos demasiado exigentes desde el punto de vista físico. Esto refleja un ciclo generacional de desnutrición, cuyas consecuencias pasan a los hijos a través de madres desnutridas o con una salud precaria⁽⁷⁻⁹⁾.

Con respecto a la incidencia de bajo peso al nacer, existen grandes variaciones entre regiones. En Asia meridional, que tiene la incidencia más alta, el 31 % de todos los bebés presentan este problema al nacer, en Asia Oriental y el Pacífico, el 7 % de los bebés nacen con bajo peso, lo que representa la incidencia más baja⁽¹⁰⁾

En la India se registra aproximadamente el 40 % de todos los nacimientos de bajo peso del mundo en desarrollo. El 14 % de los lactantes de África subsahariana, y el 15 % de los de Oriente Medio y África del Norte, nacen también con bajo peso⁽¹¹⁻¹³⁾.

En América Latina y el Caribe no se pesan alrededor de 20 % de los recién nacidos; en otras regiones, los valores oscilan entre 25 y 83 %. Gran parte de los datos disponibles sobre el bajo peso al nacer no representan, por tanto, a la población en general y se trata a menudo de cifras que no reflejan la verdadera amplitud del problema⁽¹⁴⁻¹⁶⁾.

Desde el año 2003, Cuba ha presentado índices de bajo peso al nacer entre 5 y 5,5 % y al término del año 2015, fue de 5,3 %, cifra que ubica el país en el grupo

de los cinco con indicadores más bajos del mundo, pero aun así el bajo peso al nacer es un problema de salud en el país ⁽¹⁷⁾.

En la provincia de Ciego de Ávila se reportó un índice de 5,2 % al finalizar el año 2015 y dicha cifra disminuyó a 4,3 al finalizar el año 2016, sin embargo, en el Policlínico Comunitario Docente Sur, el índice de bajo peso al nacer resultó de 5,9 %, cifra ligeramente superior a la media nacional según datos estadísticos del centro.

El Ministerio de Salud Pública de Cuba ha planteado la necesidad de enfrentar los problemas de salud con tecnologías apropiadas, dirigidas al individuo, la familia, la comunidad y el medio; mediante un enfoque clínico, epidemiológico y social, como guía fundamental de actuación en la atención primaria para mejorar aún más los indicadores de salud. Existe el Programa de Atención Materno Infantil (PAMI) que tiene como objetivo fundamental la reducción de la morbilidad y mortalidad perinatal y materna, lo que exige dedicación al estudio y profundización en aquellos factores que inciden desfavorablemente en el estado de salud materno infantil ⁽²⁾.

El aumento del índice de bajo peso al nacer en el área de salud del Policlínico Comunitario Docente Sur del municipio Ciego de Ávila, en conjunto con la repercusión negativa que ocasiona esta entidad y la posible previsibilidad de la misma, hacen necesaria la -realización de la presente investigación a través de la siguiente pregunta científica

PREGUNTA CIENTÍFICA

¿Se desconoce cuáles son los factores de riesgo maternos asociados al bajo peso al nacer en el Policlínico Comunitario Docente Sur del municipio Ciego de Ávila?

Objetivos

GENERAL

Caracterizar los factores de riesgo maternos asociados al bajo peso al nacer en el Policlínico Comunitario Docente Sur del municipio Ciego de Ávila desde enero de 2017 hasta diciembre de 2018.

ESPECÍFICOS

- 1- Describir la población estudiada en cuanto a grupos de edades, antecedentes patológicos personales, escolaridad y ocupación.
- 2- Precisar en las pacientes estudiadas, el número de hijos, antecedentes de niños con bajo peso al nacer y periodo intergenésico.
- 3- Determinar hábitos tóxicos en la población estudiada, así como su estado nutricional y presencia de anemia durante del embarazo.
- 4- Describir la aparición de infecciones durante el embarazo.

ANTECEDENTES HISTÓRICOS

El bajo peso al nacer es un elemento de suma importancia en el Estado de Salud de la población si tenemos en cuenta su marcada influencia en la mortalidad infantil, así como en la supervivencia y desarrollo de la infancia ⁽¹⁸⁾.

El término pretérmino debe aplicarse a recién nacidos cuyo peso esté comprendido entre 1000 y 2500 g con edad gestacional inferior a 37 semanas y que el término bajo peso a término debe aplicarse a todo recién nacido con edad gestacional de 37 semanas o más y peso inferior a 2500 g ⁽¹⁹⁾.

En 1919, se realizó por primera vez una clasificación de los recién nacidos según el peso, llamándoseles prematuros a los neonatos con menos de 2 500 g de peso al nacer. En 1947, Mc Burney informó acerca de un grupo de niños con edad gestacional de 38 semanas cuyo peso al nacer fue menor de 2 500 g. Insistía en que estos neonatos no eran prematuros, y comentó la alta incidencia de complicaciones que este grupo de niños desarrollaba; sin embargo, hasta 1950 se le llamó prematuro a todo aquel nacimiento con un feto de peso inferior a 2 500 g, sin tener en cuenta las semanas de vida intrauterina ⁽²⁰⁾.

En 1954, Clifford describió las características de ciertos neonatos que presentaban una discordancia entre su peso y talla con la teórica semana de embarazo que les correspondía, junto que signos externos de desnutrición. Les denominó recién nacidos con características de postmadurez. Posteriormente en 1958, Sjostedt habló de niños dismaduros ⁽²¹⁾.

La repercusión negativa del bajo peso se extiende habitualmente más allá del período perinatal, de la niñez y puede llegar hasta la edad adulta. Los avances en la atención médica neonatal han reducido considerablemente la tasa de mortalidad asociada con el bajo peso, sin embargo, un pequeño porcentaje de los bebés que sobreviven experimenta retraso mental, problemas de aprendizaje, parálisis cerebral, pérdida de la vista y la audición; pueden sufrir alteraciones del sistema inmunológico y a tener, más adelante en la vida, una mayor incidencia de enfermedades crónicas, como diabetes y cardiopatías; pueden también tener dificultades en su adaptación al medio o diferentes impedimentos físicos y mentales que atentan contra un adecuado desenvolvimiento social y que se hacen innegables al llegar a la edad escolar ⁽²²⁻²⁴⁾.

Aún se desconoce qué tan bajo debe ser el peso al nacer para contribuir a estos trastornos en la adultez. No obstante, es posible que el crecimiento limitado antes del nacimiento cause cambios permanentes en ciertos órganos sensibles a la insulina, como el hígado, los músculos esqueléticos y el páncreas. Antes del nacimiento, estos cambios pueden ayudar al feto desnutrido a consumir todos los nutrientes disponibles, después del nacimiento estos cambios pueden contribuir a problemas de salud ⁽²⁵⁾.

Un factor de riesgo materno infantil se define como aquel que, directa o indirectamente, contribuye a que se modifiquen el desarrollo normal del feto y- el estado materno, o ambos, y su importancia radica en que según se avance en su

conocimiento permite acciones preventivas eficaces, así los daños a la salud ocurrirán en menor número y consecuencia- que permitirán mejor salud y felicidad para la madre, el niño y la familia.²

El consumo de tabaco es uno de los factores que más se relacionan con la aparición de BPN. Aunque muchas mujeres se consideran a sí mismas adictas y sienten aversión a fumar, los cigarrillos producen efectos físicos, psicológicos y sociales que hacen que sigan fumando. La ausencia del conocimiento acerca de los peligros de fumar para la salud, aunque no es una razón fundamental, puede no obstante contribuir a que algunas mujeres fumen^(21- 24).

Al analizar los grupos de edades en las pacientes estudiadas, se encontró que la mayor parte eran menores de 20 años. La edad óptima para el embarazo se considera después de los 20 años debido a que es en este periodo que la mujer está más preparada para los cambios fisiológicos que se producen a consecuencia del embarazo⁽²⁶⁾.

Los factores de riesgo maternos que se asocian al bajo peso al nacer son la escasa ganancia de peso y malos hábitos nutricionales, hábito de fumar, enfermedades crónicas asociadas, periodo inter - genésico corto, antecedentes de bajo peso y edad materna extrema⁽²⁷⁾.

En la práctica médica las infecciones vaginales representan un problema de salud frecuente ya que el 95 % de las pacientes consultan por flujo vaginal. En una misma mujer pueden coexistir más de una forma clínica (vaginitis y/o cervicitis) y si el examen ginecológico no permite afirmar la presencia de un agente causal en

particular, el tratamiento deberá ser enfocado de forma sindrómica, a las tres infecciones más frecuentemente asociadas al Síndrome de flujo vaginal: trichomoniasis, candidiasis y vaginosis bacteriana; con menor frecuencia estas infecciones son producidas por *Neisseria Gonorrhoeae* y *Clamidia trachomatis* ⁽²⁸⁾.

En el embarazo, la sepsis vaginal constituye un grave problema, ya que representa un factor de riesgo para la producción de complicaciones como rotura prematura de membranas, parto pretérmino y bajo peso al nacer ⁽²⁹⁻³⁰⁾.

El embarazo constituye el principal factor predisponente encontrado en las infecciones por cándida debido a los cambios hormonales que se producen en el mismo, unido al contenido de glucógeno existente en la vagina que favorece la proliferación del germen, además del tratamiento inadecuado del agua que se usa en el aseo vulvar, el mayor por ciento de las pacientes se asean sin hervir el agua, no es descartable tampoco los medios de cultivo usados ya que se carece de medios para diagnosticar otros gérmenes que hoy se diagnostican en otras partes del mundo, la *Candida albicans* se diagnostica con medios simples ⁽³¹⁻³³⁾.

Los resultados de la casuística concuerdan con los hallazgos encontrados en otras investigaciones donde la edad materna influye en el bajo peso al nacer, cuando las gestantes se encuentran en edades tempranas o tardías de la vida, puesto que los riesgos aparecen en estas etapas, debido a que las condiciones biopsicosociales repercuten en mayor cuantía y existe una incidencia más de gestosis, así como de intervenciones obstetricias ⁽³⁴⁻³⁶⁾.

La edad materna está asociada de manera independiente a mortalidad perinatal. Se ha descrito que las tasas más bajas de mortalidad se encuentran en madres entre 25-34 años y la más elevadas entre las adolescentes y mujeres mayores de 35 años, donde las tasas para adolescentes <15 años y mujeres ≥ 45 años son más del doble que para las mujeres entre 25-29 años, el grupo de más baja mortalidad.

El mayor riesgo para los adolescentes puede estar relacionada a condiciones de comportamiento e inmadurez biológica. Hay trabajos que informan que la adolescencia temprana está asociada a preeclampsia y trabajo de parto prematuro espontáneo, condiciones determinantes de la prematuridad neonatal, pero, también está asociado de manera independiente a prematuridad, infecciones bacterianas y mortalidad neonatal. Igualmente, la adolescencia se halla asociada a una mala adherencia al CPN, factor asociado a prematuridad, bajo peso al nacer y mortalidad neonatal ⁽³⁷⁾.

Es necesario destacar que en Cuba el 13 % de los nacimientos ocurren en madres adolescentes a pesar de las estrategias del Sistema Nacional de Salud, de la alta cobertura de la atención médica, del desarrollo de diferentes programas dirigidos a los adolescentes y del nivel de instrucción medio de la población. Aún se mantienen altas cifras de embarazos en esta etapa, además se presenta la paradoja de que, siendo la nación de Latinoamérica con la tasa global de fecundidad más baja, la fecundidad de las adolescentes no ha descendido en la misma proporción ⁽³⁸⁻⁴⁰⁾.

CARACTERÍSTICAS DE LOS NIÑOS CON BAJO PESO AL NACER

Generalmente estos recién nacidos con unas características clínicas bien definidas, presentaban aspectos bastante específicos de alteración placentaria que por diversos motivos no ha podido cumplir bien su cometido durante la gestación ⁽⁴¹⁻⁴³⁾.

El bajo peso al nacer ocurre debido a un nacimiento antes del término de la gestación (parto pretérmino) o tener el feto una insuficiencia de su peso en relación con la edad gestacional (desnutrición intrauterina) ⁽⁴⁴⁾.

Los recién nacidos bajo peso pueden ser muy pequeño o de muy bajo peso que es todo aquel con un peso menor que 1500 g al nacer, extremadamente pequeño, el que presenta un peso menor que 1000 g al nacer y pequeño para su edad gestacional que es aquel que debido a causas fetales, maternas o placentarias nace con un peso menor que el establecido para el tercer percentil según la edad gestacional, sea pretérmino, a término, o postérmino ⁽⁴⁵⁾.

MANIFESTACIONES CLÍNICAS EN EL NEONATO DE BAJO PESO

Aunque la clínica a veces no es muy expresiva, interesa destacar en primer lugar algunos procesos de especial relieve en estos niños.

Asfixia neonatal

Debe ser evitada sobre todo si el parto no ha sido monitorizado adecuadamente. La reanimación precoz es de uso común en la actualidad. La evolución neurológica parece depender más del sufrimiento fetal agudo durante el parto que del retraso ponderal ⁽⁴⁶⁾.

Hipotermia

Estos neonatos se enfrían con mayor facilidad debido a la gran superficie corporal con disminución de la grasa subcutánea, especialmente si no se ha tenido en cuenta esta eventualidad durante la reanimación ⁽⁴⁷⁾.

La respuesta metabólica al frío es la misma que la de los recién nacidos de peso adecuado para su edad gestacional. Una alimentación precoz además de otras medidas clásicas puede ayudar a paliar la pérdida de calor ⁽⁴⁸⁾.

Hipoglicemia

Es el problema más común debido a la reserva reducida de glucógeno hepático y a la alterada gluconeogénesis, secundaria a la lenta activación de las enzimas hepáticas, relativa a la hiperinsulinemia y deficiente secreción de catecolaminas. Las crisis hipoglucemias acompañadas de convulsiones y temblor, pueden dañar el cerebro dando lugar a corto plazo a retraso mental y parálisis cerebral ⁽⁴⁹⁾.

Hiperglucemia

La diabetes es rara en el periodo neonatal, pero a veces aparece en estos recién nacidos en una forma transitoria de diabetes sin cetosis ⁽⁵⁰⁾.

Dificultad respiratoria

Puede tratarse de diferentes entidades, entre ellas del Síndrome de distrés respiratorio idiopático, síndrome de aspiración de meconio, neumonía, y hemorragia pulmonar.

Alteración de la inmunidad

Existe disminución de la inmunidad tanto de la humoral como de la de tipo celular específico. La capacidad de la quimiotaxis de los polimorfonucleares está disminuida. Estas alteraciones pueden durar hasta cinco años después del nacimiento ⁽⁵¹⁾.

Policitemia

La hipoxia relativa durante el periodo de vida intrauterino puede conducir a un aumento del número de hematíes para mejorar la capacidad de transporte de oxígeno por la sangre, pudiendo llegar a producir un síndrome de hiperviscosidad sanguínea con peligro de infartos ⁽⁵²⁾.

Otras manifestaciones

Se han descrito además la presencia de hipocalcemia relacionada con el estrés fetal y la descarga de calcitonina o corticosteroides, el hipermetabolismo, demostrado por un mayor consumo de oxígeno por kg de peso corporal, además puede observarse piel seca y apergaminada, aspecto desnutrido, vénix caseoso normal o algo escaso, uñas normales o quebradizas, cordón umbilical amarillento. La presencia de estos síntomas puede guardar relación con algún grado de disfunción placentaria ⁽⁵³⁾.

FACTORES DE RIESGO DEL BAJO PESO AL NACER

Se han identificado numerosos factores que inciden en la aparición del bajo peso al nacer, y aunque pueden existir variaciones dependiendo del medio, se reconocen de manera general los siguientes:

Embarazo en la adolescencia.

La edad materna inferior a los 18 incrementa los riesgos de la salud en la madre y el niño; pues no se ha concretado la necesaria maduración bio-psico-social. Según investigaciones realizadas en el país y criterios de expertos, la realización del primer coito se sitúa por debajo de los 18 años ⁽⁵⁴⁻⁵⁶⁾.

Aunque la proporción de partos en las adolescentes se ha reducido en algo más del 1 % anual entre 1985 y 2006, y las tasas de aborto en este grupo para igual

período, disminuyeron en el 35 %, consideramos necesario enfatizar las acciones educativas desde las edades más tempranas para continuar reduciendo los embarazos no deseados en este período de la vida ⁽⁵⁷⁻⁵⁹⁾.

A la adolescencia se asocian otros factores sociales que repercuten en el BPN, como el embarazo no deseado, la madre soltera, el bajo nivel educacional, y el momento de la gestación en que se realiza la captación ⁽⁵⁷⁻⁵⁹⁾.

Estado nutricional de la madre

El estado nutricional materno antes de la gestación o durante ésta constituye un determinante crítico de los resultados del embarazo para la madre y el niño. En un meta-análisis de investigaciones sobre determinantes del bajo peso al nacer se encontró que los factores nutricionales de la madre (peso y talla pre - gestacional, ingestión de energía e incremento limitado de peso durante el embarazo) son las principales determinantes del retraso del crecimiento intrauterino en países en desarrollo. En los países desarrollados el tabaquismo desplaza en orden de importancia a los factores nutricionales. La malnutrición materna aguda e intensa causa una reducción de alrededor del 10 % del peso medio al nacer ⁽⁶⁰⁾.

El peso al nacer es mayor cuanto más altos son el peso materno, la talla y el índice de masa corporal (IMC) previo a la gestación, siendo más bajo en las mujeres con IMC menor de 19 (delgadez) Cuando la captación de las gestantes se realiza precozmente se acostumbra a utilizar el peso al inicio del embarazo como

una estimación del peso pre - gestacional. La correlación entre el peso pre - gestacional y el peso al nacer es tan alta como la correlación entre el peso materno a las 12 -16 semanas de gestación y el peso al nacer. El peso para la talla al inicio del embarazo o su homólogo el peso pre - gestacional para la talla, es el índice más útil para evaluar el estado nutricional antes del embarazo ⁽⁶¹⁾.

En países desarrollados no se observa relación entre el aporte de energía de la dieta consumida durante el embarazo y el peso al nacer. Las madres cuyo aporte de energía por la dieta es inferior a 1750 Kcal día tienen recién nacidos con un peso similar a aquellas con un aporte de 2750 kcal/día. La existencia de un valor umbral de la ingesta calórica por encima del cual el crecimiento fetal es normal puede explicar la imposibilidad de demostrar una correlación entre el aporte de energía y el peso al nacer. En mujeres sanas con buena nutrición antes de comenzar el embarazo, el peso al nacer no se modifica por la ganancia de peso materno durante la gestación. La ganancia materna de peso no es la medida ideal de la nutrición materna, ya que puede estar modificada por otros factores no relacionados con la alimentación pero es útil controlar e interpretar la curva de ganancia de peso prevista para las etapas seleccionadas pues aquellas que no alcanzan índices adecuados, aunque en menor medida, también tendrán un riesgo mayor de nacidos con BPN ⁽⁶¹⁾.

Las reservas maternas pregestacionales, medidas por el peso materno anterior al embarazo, tienen un importante efecto sobre el peso al nacer no ocurriendo así

con la ganancia de peso durante la gestación, siendo el estado nutritivo previo al embarazo el factor de mayor influencia en el BPN ⁽⁶¹⁾.

Hábito de fumar

Este factor influye tanto en el parto pretérmino como en el crecimiento intrauterino retardado. Se ha demostrado que los hijos de las mujeres fumadoras pesan al nacer un promedio de 200 a 300 g menos que los descendientes de mujeres no fumadoras. Las madres fumadoras tienen dos veces más probabilidades de tener un recién nacido bajo peso ^(11, 52, 62).

Los productos tóxicos del cigarrillo acarrearán deterioro del lecho vascular y alteración circulatoria, lo que atenta contra la oxigenación y nutrición fetal. Por ello, se debe promover que se abandone este mal hábito, al menos, durante el embarazo y la lactancia ^(11, 52, 63).

Antecedentes de hijos con bajo peso al nacer

Varios estudios demuestran que este factor aumenta entre 5 y 7 veces el riesgo de volver a tener un recién nacido igual ⁽⁶⁴⁾,

Acortamiento del periodo intergenésico y multiparidad

Acortamiento del período intergenésico y multiparidad: durante el embarazo y la lactancia la madre disminuye sus recursos biológicos y nutritivos, necesitando un tiempo para recuperarse y prepararse para otro embarazo. Esto explica, la alta

frecuencia de BPN cuando el tiempo que media entre uno y otro embarazo es corto ^(11, 52, 65).

Estudios realizados en EE.UU. señalan que los hijos espaciados adecuadamente tienen mayor peso que los nacidos con intervalo corto y plantean un período mínimo de seguridad de tres años. La ocurrencia de tres partos o más también eleva el riesgo de tener un recién nacido bajo peso ^(11, 52, 65).

Embarazos gemelares

El embarazo gemelar es el responsable de más del 10 % de los nacidos pretérmino. No resulta difícil comprender que la nutrición de dos seres en el claustro materno requiere el doble de condiciones en relación con el embarazo único y que aquello a su vez está relacionado con el desencadenamiento temprano del parto a través de tres vías fundamentales ^(11, 52, 65):

El embarazo gemelar alcanza distensiones uterinas precoces excesivas en relación con la altura correspondiente al término del embarazo. La hiperdistensión uterina puede activar el sistema presor uterino y poner en marcha la contractilidad y el parto.

Como resultado de la combinación de presentación de ambos fetos, ocurren distocias de presentación, aumentando el diámetro transversal del útero y su irritabilidad, lo que explicaría el incremento de parto prematuro en los gemelares.

La competencia de la inserción placentaria, extendida a zonas bajas, buscando mayor nutrición para ambos fetos conllevaría a su desprendimiento, y

desencadenamiento prematuro del parto. Por ello, se debe ingresar en el hogar materno a toda gestante con un embarazo gemelar desde las 20 semanas hasta el término, a excepción de afecciones concomitantes que obliga su traslado a instituciones hospitalarias.

Incompetencia ístmico-cervical y riesgo de parto pretérmino

La presencia de modificaciones cervicales como uno de los signos que anuncia el trabajo de parto pretérmino es un factor de riesgo del BPN, encontrándose frecuentemente asociado a otros elementos ⁽⁶⁶⁾.

Infección cérvico-vaginal

Este factor ha ganado protagonismo en la última década. Múltiples estudios realizados han demostrado que la vaginosis bacteriana, las infecciones comunes del tracto reproductor y la respuesta inflamatoria que estas desencadenan se asocian con parto pretérmino y BPN ⁽⁶⁷⁻⁶⁹⁾.

Estudios descriptivos, observacionales y de intervención, muestran la asociación de infección materna por *Chlamydia trachomatis*, *Estreptococo* del grupo B, *Gardnerella* y *Trichomona vaginalis*, con partos pretérminos. Más de la mitad de los nacimientos con bajo peso en las mujeres sujetas a esos estudios, fueron atribuibles a la presencia de una o más infecciones identificadas en el tractus urogenital²⁷. Se calcula que el 22 % de todos los BPN se deben a vaginosis bacterianas y que el 44 % de las roturas prematuras de membranas (RPM) son consecuencia de vaginosis bacteriana. El riesgo se incrementa más cuando se

identifican 2 o más agentes infecciosos, siendo significativamente mayor en las adolescentes ⁽⁷⁰⁾.

Se ha demostrado que estos gérmenes son capaces de ascender desde el cérvix y colonizar las membranas ovulares a través del orificio cervical interno, aún con membranas íntegras. Se plantean mecanismos tanto bioquímicos como celulares para explicar la asociación infección-parto pretérmino, destacándose la liberación de interleucinas que inducen la formación de prostaglandinas, colagenasas, elastasas y proteasas leucocitarias y bacterianas que debilitan las membranas y predisponen la RPM ante aumentos de presión (contracciones uterinas). Los microorganismos también producen mucinasas que hidrolizan el mucus cervical y destruyen la IgA de la mucosa, elementos protectores importantes del tractus reproductivo. También se invoca la producción de sustancias que reducen las propiedades quimiotáxicas y dañan la respuesta del huésped a la infección ⁽⁷¹⁾.

Anemia

Esta complicación no obstétrica del embarazo se ha asociado en varios estudios a prematuridad y bajo peso neonatal. Por consiguiente, la evaluación hematológica y sus variaciones representan una parte importante de la atención prenatal. Las anemias nutricionales son las más frecuentes en el embarazo, entre ellas la ferropénica representa aproximadamente el 75 % de todas las diagnosticadas y se debe fundamentalmente al incremento en la utilización de hierro (Fe) ⁽⁷²⁾.

Las embarazadas necesitan hierro para reponer las pérdidas basales, aumentar la masa de glóbulos rojos y satisfacer las necesidades del feto y de la placenta. El

hierro total requerido durante un embarazo normal es alrededor de 1 000 mg, pero esta demanda no se distribuye equitativamente a lo largo de la gestación. Las necesidades de hierro absorbido aumentan de aproximadamente 0,8 mg por día durante el primer trimestre a 4,4; durante el segundo y a 6,3 en el tercero. El déficit de Fe en la gestación determina una alteración de la salud materna, ya que la utilización completa de las reservas origina finalmente una anemia clínica capaz de producir, en función de su intensidad, alteración en el transporte de oxígeno con repercusión sobre la fisiología fetal. Así se han comunicado prematuridad, BPN y aumento de la mortalidad perinatal ⁽⁷³⁻⁷⁵⁾.

El control y prevención de la deficiencia de hierro debe iniciarse en el período pre - concepcional y continuarse durante la gestación y 3 meses posteriores al parto, mediante suplementación con preparados de hierro, ácido fólico y vitaminas; pues las necesidades de hierro durante el segundo y tercer trimestres de la gestación no se pueden cubrir solamente con la dieta ⁽⁷³⁻⁷⁵⁾.

HIPERTENSIÓN ARTERIAL ASOCIADA AL EMBARAZO

Es considerada la causa más frecuente de parto pretérmino y BPN después del embarazo múltiple, en la que el producto de la gestación se afecta tanto por la enfermedad como por los medicamentos necesarios para su control ⁽⁷⁶⁻⁷⁸⁾.

La aparición de hipertensión arterial asociada al embarazo con signos de alarma ocasiona un aumento importante de la morbimortalidad perinatal y se asocia a mayor incidencia de sufrimiento fetal intra - parto y crecimiento intrauterino retardado (CIUR) ⁽⁷⁶⁻⁷⁸⁾.

La enfermedad hipertensiva de la gestación obliga a interrumpir a beneficio materno el embarazo antes de su término, por lo que se considera muy necesario promover hábitos nutricionales adecuados y reconocer oportunamente los signos de alarma para imponer el manejo terapéutico establecido. Más que evitar la enfermedad, lo cual parece difícil en el momento actual, la atención del médico debe dirigirse a descubrir el terreno de riesgo en que la afección puede desarrollarse y a detectar los signos iniciales y las formas ligeras de la enfermedad para evitar el desarrollo de las formas graves ⁽⁷⁶⁻⁷⁸⁾.

Consumo de bebidas alcohólicas

Aunque menos conocido, no por ello deja de ser un importante factor de riesgo de BPN. El alcohol y sus metabolitos atraviesan la placenta y actúan sobre el feto, produciendo en el 85 % de los casos deficiencias del crecimiento pre y postnatal que no solo explican el recién nacido con peso inferior a la edad gestacional, sino también la pobre respuesta a la intervención nutricional durante toda la infancia. Es probable que los 160 g menos de peso promedio vinculados a la ingestión de una taza diaria de alcohol se expliquen en términos de restricción del crecimiento celular durante períodos críticos y su repercusión en el desarrollo normal del cito - esqueleto celular. No existe ningún "nivel seguro" documentado de ingesta de alcohol por lo que debemos aconsejar abstenerse de ingerir alcohol durante el embarazo y la lactancia. Solo con la identificación precoz y manejo adecuado de los factores de riesgo anteriormente expuestos podremos evitar el nacimiento de niños con bajo peso.¹¹

TIPO DE ESTUDIO

Se realizó un estudio descriptivo longitudinal retrospectivo con el objetivo de caracterizar los factores de riesgo maternos asociados al bajo peso al nacer en el Policlínico Comunitario Docente Sur del municipio Ciego de Ávila durante el periodo de tiempo desde enero de 2017 hasta diciembre de 2018.

UNIVERSO Y MUESTRA

El universo estuvo compuesto por 182 madres que tuvieron niños con bajo peso al nacer durante el periodo de la investigación. Se trabajó con la totalidad de las mujeres por muestreo probabilístico, cumpliendo las mismas con los criterios de inclusión.

Criterios de inclusión

- Pacientes con edad biológica entre 15 y 49 años.
- Pacientes que accedieron a participar en la investigación mediante la firma del consentimiento informado (anexo 1).
- Mujeres aptas mentalmente.
- Pacientes que no presentaron alteraciones psiquiátricas u otras que interfirieron con el estudio de la entidad.

Criterios de exclusión

- Pacientes cuyos datos sean insuficientes para completar la investigación.
- Pacientes que abandonaron la investigación.

MÉTODOS DE LA INVESTIGACIÓN

Métodos de nivel teórico

Histórico – lógicos

Permitió hacer un estudio del problema en su desarrollo histórico analizando aspectos relacionados con la situación problemática.

Los métodos analítico-sintético, inductivo-deductivo y el tránsito de lo abstracto a lo concreto fueron empleados para arribar a generalizaciones teóricas acerca del objeto de estudio, mediante la profundización en las diferentes fuentes bibliográficas y documentales vinculadas al tema en cuestión, además de su aplicación durante la interpretación de los datos empíricos obtenidos.

Analítico – sintéticos

Se utilizó durante todas las valoraciones cualitativas que tuvieron lugar en la fundamentación teórica y el análisis de los resultados, permitiendo llegar a interpretaciones esenciales para el trabajo en cuestión, siendo utilizada además para la realización y solución de las tareas de la investigación y el procesamiento de toda la información sobre el tema.

Inductivo – deductivos

El movimiento del conocimiento, el problema a investigar elaborado y las valoraciones teóricas derivadas de la investigación cumplen con este método, cuyo enfoque, soportado en la dialéctica conducen al esclarecimiento de contenidos y verdades objetivas que forman parte de este trabajo investigativo.

Métodos empíricos

Estudio de fuentes documentales: Se empleó para analizar la documentación relacionada con el tema de investigación y con el objetivo de elevar la objetividad del proceso investigativo. Se consultaron trabajos nacionales e internacionales sobre bajo peso al nacer y sus factores de riesgo.

OPERACIONALIZACIÓN DE LAS VARIABLES

Variable	Tipo	Operacionalización		Indicador
		Descripción	Categorización	
Dimensión: socio-epidemiológica				
Grupos de edades	Cuantitativa ordinal continua	Según edad biológica medida en años	15 – 21 años 22 – 28 años 29 – 35 años 36 – 42 años 43 – 49 años	Número y porcentaje según grupo de edades
Antecedentes patológicos personales	Cualitativa nominal dicotómica	Según la presencia de enfermedades crónicas asociadas	No Si (Hipertensión arterial Diabetes mellitus Asma bronquial Cardiopatía isquémica Osteoartrosis cervical Otras)	Número y porcentaje según grupo de pertinencia
Escolaridad	Cualitativa nominal dicotómica	Según nivel escolar terminado	Primaria Secundaria Preuniversitario Universitario	Número y porcentaje según grupo de pertinencia

Ocupación	Cualitativa nominal politómica	Según la ocupación laboral	Estudiante Trabajadora Ama de casa	Número y porcentaje según grupo de pertinencia
Dimensión: Factores de riesgo				
Número de hijos	Cuantitativa discreta	Según la cantidad de hijos anteriores	Ninguno Uno Dos Más de dos	Número y porcentaje según grupo de pertinencia
Antecedentes de niños con bajo peso al nacer	Cualitativa nominal dicotómica	Según la presencia de niños con bajo peso al nacer	Si No	Número y porcentaje según grupo de pertinencia
Periodo intergenésico	Cualitativa politómica	Según el tiempo medido en meses entre el último embarazo y el actual (si lo tiene o si fuera a tenerlo en la fecha actual)	Corto (menor 2 años) Normal(2-5 años) Largo(mayor de 5 años)	Número y porcentaje según grupo de pertinencia
Hábitos tóxicos	Cualitativa nominal dicotómica	Según la presencia de hábitos nocivos para la salud	Tabaquismo Consumo de alcohol Consumo de drogas	Número y porcentaje según grupo de pertinencia
Estado nutricional	Cualitativa ordinal politómica	Según los valores del índice de Masa Corporal (Relación entre peso en kilogramos y altura en metros cuadrados)	Bajo peso: <18,5 Peso adecuado: 18,5 y 24,9, Sobrepeso: 25,0 y 29,9	Número y porcentaje según grupo de pertinencia

			Obeso >30,0	
Anemia	Cualitativa nominal dicotómica	Según la presencia de cifras de hemoglobina por debajo de 10	Si: cifras de hemoglobina inferiores a 80 g/L No: cifras mayores a 80 g/L	Número y porcentaje según grupo de pertinencia
Infecciones durante el embarazo	Cualitativa nominal dicotómica	Según la presencia de infecciones en el periodo del embarazo	No Si (Infección vaginal Infección urinaria)	Número y porcentaje según grupo de pertinencia

RECOLECCIÓN Y PROCESAMIENTO DE LOS DATOS

Los datos fueron recogidos en un formulario creado a propósito de la investigación, con variables computarizables y basado en la bibliografía consultada. Este formulario fue aplicado individualmente mediante la técnica de entrevista directa llenado por el autor. A partir de la recogida de datos, se confeccionó una base de datos en el sistema SPSS v23 que permitió su procesamiento mediante técnicas de estadística descriptiva. Se emplearon distribución de frecuencias absolutas y relativas y se contrastaron las variables mediante el estadígrafo chi cuadrado (χ^2) con nivel de confiabilidad del 95 %, por lo que los resultados se mostraran con nivel significación menor de 0,005 (p

menor de 0,005). Los resultados se agruparon en tablas para facilitar su comprensión.

IMPLICACIONES ÉTICAS

La investigación médica está sujeta a normas éticas que sirven para promover el respeto a todos los seres humanos y para proteger su salud y sus derechos individuales. Algunas poblaciones sometidas a la investigación son vulnerables y necesitan protección especial. Esta investigación ha cumplido con los principios básicos de la bioética médica.

Respeto a la vida humana: donde se exige que para cualquier investigación en un paciente es necesario el consentimiento informado del mismo a ser sometido a la investigación. Los resultados derivados de la presente investigación serán utilizados con fines científicos solamente.

Justicia: todos los beneficios que de desprenderse de nuestra investigación serán puestos en función de lograr una mejor prevención del bajo peso al nacer

Además, al publicar la investigación se revelarán de forma exacta los datos y resultados, sin omitir hallazgos positivos ni negativos, siempre se citará a la fuente de obtención de los datos y a la muestra objeto de estudio y sin revelar características particulares de los pacientes. La presente investigación fue discutida, analizada y aprobada por el comité de ética del Policlínico Comunitario Docente Sur del municipio Ciego de Ávila.

RESULTADOS Y DISCUSIÓN

Factores de riesgo maternos asociados a bajo peso al nacer en el Policlínico Sur del municipio Ciego de Ávila. Enero de 2017 – diciembre de 2018.

Tabla 1. Distribución de los pacientes según grupos de edades.

Grupos de edades	N.º	%
15 – 21	64	35,2
22 – 28	51	28,0
29 – 35	31	17,0
36 – 42	36	19,8
43 – 49		
Total	182	100,0

Fuente: formulario

La distribución por grupos de edades mostró que las mujeres entre 15 – 19 años resultaron las más frecuentes (35,2 %) seguidas de las de 20 – 29 años (28,0 %), 40 – 49 años (19,8 %) y finalmente las de 30 – 39 años (17,0 %).

Periquet Meriño M, et al,⁵⁴ reportan en su investigación que al analizar las embarazadas según edad materna, predominaron las menores de 20 años, o sea las adolescentes, lo cual constituyó un factor de riesgo para el bajo peso al nacer por la inmadurez del sistema reproductor entre otros riesgos, resultados con los que coinciden los hallazgos de la presente investigación.

Según Hurtado Ibarra K, et al,⁵⁷ ha sido bien establecido que el embarazo en la adolescencia está asociado con el crecimiento intrauterino retardado (CIUR), la anemia y otras complicaciones gestacionales con un efecto negativo sobre su

producto, sustentando la opinión que la edad materna menor de 20 años es un factor de riesgo del bajo peso al nacer, con lo cual se coincidió.

Mariño Membribes ER, et al,²⁵ indican que los riesgos de salud de la madre y del hijo se incrementan cuando la primera es una adolescente o tiene más de 35 años, debido a que las condiciones biopsicosociales repercuten en mayor cuantía y existe una incidencia más alta de gestosis, pseudogestosis e intervenciones obstétricas. El embarazo en la adolescencia, que se produce cuando las madres están todavía en la etapa de crecimiento y maduración, se le conoce como procreación entre niños. A la adolescencia se le han asociado otros factores como la soltería, la baja escolaridad, la inasistencia a consultas y el hecho de que sólo la mitad toma su primera consulta en el primer trimestre ⁽⁷⁹⁻⁸¹⁾.

Mendoza Tascón LA, et al,⁹ identifican en su serie de pacientes que la edad menor de 15 años al momento del parto se convirtió en determinante asociado a mortalidad neonatal, asociado al BPN, mientras que una edad entre 26-35 años fue protector.

Los resultados obtenidos en la presente investigación difieren del reporte de Fernández Pérez Z, et al,⁶⁴ quienes señalan que las edades extremas de la vida reproductiva no constituyeron factor de riesgo para el bajo peso, en su estudio más del 60 % de las madres tenía edad entre 20 y 34 años, sin embargo, estos datos deben ser manejados cuidadosamente porque la mayoría de los embarazos ocurren en este grupo de edad, por lo que asociarlo directamente o no al bajo peso al nacer podría ser coincidente.

Sin embargo, el trabajo de Montero Mesa M, et al,⁶⁵ señala tanto las madres adolescentes como las añosas tienen mayor riesgo de tener recién nacidos con bajo peso.

Tabla 2. Distribución de los pacientes según antecedentes patológicos personales.

Antecedentes patológicos personales	N.º	%
No	102	56,0
Si	80	44,0
<i>Hipertensión arterial</i>	39	21,4
<i>Diabetes mellitus</i>	24	13,2
<i>Asma bronquial</i>	18	9,9
<i>Cardiopatía</i>	9	4,9
<i>Otras</i>	5	2,7
Total	182	100

p menor 0,005

Un poco menos de la mitad de las pacientes tenían antecedentes patológicos personales, dentro de los cuales los más frecuentes resultaron la hipertensión arterial (21,4 %), diabetes mellitus (13,2 %) y asma bronquial (9,9 %).

En relación a los antecedentes patológicos personales, debe considerarse que la mayor parte de las mujeres carecían de ellos, lo que puede estar en relación con la corta edad de la mayoría. Las enfermedades crónicas habitualmente aparecen después de los 40 años, sobre todo la hipertensión arterial y diabetes mellitus, las enfermedades más prevalentes en Cuba.^{(20, 25,49).}

Torres Zulueta M, et al,⁴¹ reportan en su estudio que, el porcentaje de mujeres hipertensas crónicas que se embarazaron fue mayor que las que padecieron de hipertensión inducida por el embarazo. Es tos autores describen que las pacientes con enfermedad hipertensiva del embarazo tuvieron un 22,7 % de recién nacidos

con bajo peso. Otros autores, plantean que la hipertensión arterial asociada al embarazo, como enfermedad aislada, constituyó la principal causa de morbilidad materna⁽¹¹⁾.

Por otra parte, también coinciden los resultados de la presente investigación con el trabajo de Claros Benítez DI, et al,⁵¹ cuando identifican que los trastornos hipertensivos que afectan el embarazo, afectan el peso al nacer, la edad gestacional al nacer y la mortalidad neonatal. Estos autores reportan que los hijos de madres con preeclampsia/eclampsia, tuvieron al nacer un significativo menor peso y menor edad gestacional, existiendo una asociación significativa entre estas y CIUR y prematuridad, pero no hallada con mortalidad neonatal. La preeclampsia se halló asociado a bajo peso al nacer y a prematuridad. Este hallazgo es similar al de Alzate A, et al,⁶⁶ para quienes la preeclampsia fue riesgo de bajo peso para la edad gestacional en neonatos <34 semanas y entre los de 34-36 semanas principalmente. La preeclampsia se ha asociado fuertemente a bajo peso al nacer, dado que está asociada a prematuridad, pero también por las afectaciones placentarias ocurridas, que conducen a disfunción de esta, con reducción de flujo sanguíneo placentario que ocasiona hipoxia placentaria, reducción de la nutrición fetal, con subsecuente CIUR. Los informes sobre muertes perinatales muestran que 5 % de los nacidos muertos sin anomalías congénitas, ocurrieron en madres con preeclampsia.

La hipertensión en el embarazo se asocia con 8-10 % de todos los nacimientos prematuros y más del 50 % de mujeres con preeclampsia grave tienen partos

prematuros. La HTA asociada al embarazo se relaciona con CIUR complicando 10-20 % de embarazos. El análisis del Danish National Birth Cohort, informa que la HTA asociada al embarazo después de ajustar por edad, índice de masa corporal, consumo de tabaco, paridad y diabetes, aumenta el riesgo de parto prematuro en cinco veces y aumenta en un 50 % el riesgo de nacer con bajo peso para la edad gestacional.⁽⁸²⁻⁸⁴⁾

Tabla 3. Distribución de los pacientes según ocupación y nivel escolar

Ocupación	Secundaria		Preuniversitario		Universitario		Total	
	N.º	%	N.º	%	N.º	%	N.º	%
Estudiante	35	19,2	38	20,9	12	6,6	85	46,7
Trabajadora	7	3,8	36	19,8	10	5,5	53	29,1
Ama de casa	3	1,6	39	21,4	2	1,1	44	24,2
Total	45	24,7	113	62,1	24	13,2	182	100,0

p menor 0,005

La mayor parte de las pacientes eran estudiantes (46,7 %), una menor cantidad trabajaban (29,1 %) y el resto eran amas de casa (24,2 %). Más de la mitad tenían nivel preuniversitario (62,1 %) y muy pocas, nivel universitario (13,2 %).

En relación a la ocupación y nivel escolar de las madres, se observa en la presente investigación correspondencia de los mismos con la edad de la mayor parte de las mujeres estudiadas. En Cuba el nivel educacional es alto dada las facilidades que existen para la educación, lo que coloca este nivel por encima de la media del resto de los países de Latinoamérica, en los que tanto el nivel educacional como la ocupación constituyen determinantes del bajo peso al nacer

(2,7, 49)

Se coincidió con Agudelo Pérez S, et al,¹³ cuando plantea que, en una población estudiada en Colombia, encuentran que el nivel educativo es un factor de riesgo para el bajo peso al nacer y el control prenatal adecuado. En cuanto a esto, es importante observar, según estos autores, que la población estudiada, son madres principalmente de estrato socioeconómico bajo y medio. Estudios en países de Latinoamérica han detallado factores de riesgo sociales similares a los de Colombia. En Honduras, Pineda AEM, citado por Agudelo Pérez S, et al,¹³ encuentra relación positiva del bajo peso al nacer con ningún grado de escolaridad, edad materna menor de 18 años, talla materna menor de 150 cm, menos de 2 controles prenatales y el no suministro de micronutrientes como el hierro y folatos.

En Perú, Rendón MT, citado por Agudelo Pérez S, et al,¹³ encuentra como factores de riesgo del BPN un control prenatal inadecuado, definido como ausencia o bajo en número, la ausencia de nivel educativo o el analfabetismo, la talla menor de 150 cm y periodo intergenésico menor de 2 años.

El bajo nivel educativo de la madre es un factor asociado a la baja probabilidad de acceso a trabajos mejor remunerados y con mejores condiciones laborales, lo cual implica una menor probabilidad de superar los problemas de salud de sus hijos. Por otro lado, el nivel educativo bajo podría conllevar un nivel menor de conocimientos de sus derechos y deberes y, por ende, una menor exigencia y uso de ellos antes los sistemas de salud que podrían poner barreras al acceso ⁽⁷⁾.

Tabla 4. Distribución de los pacientes según el número de hijos y antecedentes de bajo peso al nacer.

Número de hijos	Con BPN		Sin BPN		Total	
	N.º	%	N.º	%	N.º	%
Ninguno	-	-	-	-	68	37,4
Uno	37	20,3	41	22,5	78	42,9
Dos	15	8,2	10	5,5	25	13,7
Más de dos	9	4,9	2	1,1	11	6,0
Total	61	33,5	53	29,1	182	100,0

p menor 0,005

La mayor parte de las mujeres habían tenido solamente un hijo (42,9 %) sin antecedentes de bajo peso al nacer. Sin embargo, en aquellas con dos hijos (13,7 %) o más de dos (6,0 %), se registraron mayor cantidad de niños con bajo peso al nacer. Un grupo pequeño de mujeres no había tenido hijos (37,4 %).

El número de hijos constituye uno de los factores asociados al BPN que más se mencionan en la literatura, sobre todo asociados al periodo intergenésico corto o largo. Estrada Restrepo A, et al,¹⁵ reporta en Colombia que en las madres primigestantes se encontró porcentajes más elevados de bajo peso al nacer (4,6 %) y peso insuficiente (28,1 %), mientras que la macrosomía fue mayor en mujeres con 4 hijos o más (8 %). La mayor proporción de recién nacidos con bajo peso 5,2 % se encontró en aquellas madres que no asistieron a controles prenatales, las demás clasificaciones de peso al nacer tuvieron un comportamiento similar.

El número de hijos no ha sido reportado como un factor de riesgo del bajo peso al nacer, pero se convierte en uno cuando el periodo intergenésico es corto, algunos autores mencionan 12 meses y otros antes de los 24. En cuanto al grado de conocimientos que pueda presentar una embarazada acerca del bajo peso al nacer, el número de hijos sí se convierte en un factor de riesgo. Se ha reportado que las embarazadas sin hijos desconocen más de estos temas que aquellas que han tenido embarazos previos, lo que puede explicarse por la experiencia acumulada ⁽¹¹⁾.

Tabla 5. Distribución de los pacientes según hábitos tóxicos o no.

Hábitos tóxicos	N.º	%
Consumo de tabaco	135	74,2
Consumo de alcohol	35	19,2
Sin hábitos tóxicos	41	22,5
Total	211	115.9

p menor 0,005

El consumo de tabaco resultó el hábito tóxico más frecuente (74,2 %) seguido del consumo de alcohol (19,2 %). En un grupo pequeño de mujeres no se reportaron hábitos tóxicos (22,5 %) y en ninguna se constató consumo de drogas.

Sanabria JS, et al, ⁶⁹ reportan disminución significativa en el peso final del producto de la concepción en embarazadas fumadoras con respecto a las no fumadoras. Estos autores señalan que alrededor del 30 % de las mujeres dejan de fumar espontáneamente o reducen la cantidad de cigarrillos voluntariamente al saber que están embarazadas. Los efectos del tabaco durante la gestación

pueden ocasionar desprendimiento de placenta, placenta previa, embarazo ectópico y aborto espontáneo. Sin embargo, en España, la prevalencia de mujeres gestantes fumadoras es independientemente de la clase social y de la edad de las madres e incluso el tabaquismo en esta población alcanza porcentajes de 30 a 35 %. Por su parte, en países desarrollados, la prevalencia de tabaquismo en las mujeres embarazadas varía con la edad, las mujeres mayores de 30 años fuman menos, que las mujeres de 15 a 24 años, y abandonan este hábito entre el 20-40 % de las fumadoras.

El tabaquismo materno durante la gestación ha sido considerado como un factor de riesgo para el CIUR y parto pretérmino. Sin embargo, ha cobrado importancia en cuanto a sus posibles implicaciones sobre el resultado gestacional y la salud del infante; específicamente, se ha relacionado con el bajo peso al nacer y con un mayor riesgo de desarrollar obesidad infantil en la descendencia ⁽⁸⁵⁾.

Los resultados del presente trabajo también coinciden con Periquet Meriño M, et al,⁵⁴ cuando señalan que los productos tóxicos acarrear deterioro del lecho vascular y causan alteración circulatoria, lo que atenta contra la oxigenación y la nutrición del niño intraútero, por lo que nace con peso insuficiente. Está demostrado que los hijos de madres fumadoras pesan de 200 a 300 gramos menos que los de las que no poseen este vicio.

Torres Zulueta RM, et al,⁴¹ plantean que el hábito de fumar de las madres durante el embarazo está relacionado con el bajo peso al nacer y se relaciona con una mayor predisposición al aborto, así como al aumento de las anomalías congénitas

y enfermedades respiratorias durante el primer año de vida. Advierten también sobre las consecuencias cerebrales que puede traer el tabaquismo para los hijos de madres que fumaron durante el período de gestación, tales como: dificultades en el aprendizaje, disminución del coeficiente intelectual y trastornos en el comportamiento. Se plantea que el consumo de cigarrillos en la gestante ha sido estudiado en relación con el parto pretérmino.

Tabla 6. Distribución de los pacientes según estado nutricional.

Estado nutricional	N.º	%
Bajo peso	78	42,9
Peso adecuado	24	13,2
Sobrepeso	31	17,0
Obesa	49	26,9
Total	182	100

p menor 0,005

El bajo peso resultó predominante en las mujeres estudiadas (42,9 %) seguido del grupo de obesas (26,9 %). Solo una pequeña parte tenían peso adecuado (13,2 %).

El estado nutricional de la madre, sobre todo el bajo peso, ha sido asociado al bajo peso al nacer. El inicio del embarazo en condiciones de déficit de folatos y con un peso inadecuado, asociado a la ganancia inadecuada durante el mismo, llevan a la aparición de anemia, lo que repercute directamente en el peso del recién nacido (72).

Castaño E, et al,⁷¹ señalan que, durante el embarazo, los requerimientos de folatos aumentan desde 400 a 600 µg/día para garantizar el crecimiento fetal y

placentario debido a su papel crítico en la síntesis de DNA y replicación celular. El déficit de folatos durante este período se ha relacionado con una serie de complicaciones como preeclampsia, aborto espontáneo, mortinatalidad, bajo peso al nacer, prematuridad y malformaciones del tubo neural, incluyendo espina bífida y anencefalia.

Tabla 7. Distribución de los pacientes según la presencia o no de anemia.

Anemia	N.º	%
Si	147	80,8
No	35	19,2
Total	182	100

p menor 0,005

Casi la totalidad de las pacientes tuvieron anemia durante el embarazo (80,8 %).

Montero Mesa M, et al,⁶⁵ plantea que, el déficit de hierro (Fe) en la gestación determina una alteración de la salud materna, ya que la utilización completa de las reservas origina finalmente una anemia clínica capaz de producir, en función de su intensidad, alteración en el transporte de oxígeno con repercusión sobre la fisiología fetal. Estos autores encontraron asociación entre la presencia de anemia durante el embarazo y BPN.

También se coincide con Restrepo Mesa SL, et al,³⁹ quienes reportan en su investigación que, la media de Hb para el total de gestantes, adolescentes y adultas fue 13 g/dL en el primer trimestre, 11,9 g/dL en el segundo y 12,2 g/dL en el tercero. Las gestantes adolescentes tuvieron concentraciones más bajas en el

primero y en el segundo trimestre con respecto a las madres adultas; sin embargo, las diferencias no fueron significativas. Las madres con intervalo intergenésico igual o menor a 24 meses presentaron una Hb al inicio del embarazo, inferior al valor de aquellas madres con intervalos entre 25 y 60 meses o mayor de 60 meses, pero esta diferencia no alcanzó a ser estadísticamente significativa (12,9 g/dL vs 13,1 g/ de los autores). Estos autores no hallaron diferencias en el promedio de Hb según el IMC materno en el primero, segundo y tercer trimestre de gestación. Se diagnosticó anemia en 2 % de las madres en el primer trimestre, y en 18 y 15 % en el segundo y tercer trimestre, respectivamente. De las gestantes con anemia en el segundo trimestre (n=30), 23 % eran adolescentes y 53 %, habían tenido hijos previamente: 27 % con intervalos intergenésicos menores o iguales a 24 meses. Los casos de anemia en el tercer trimestre (n=31) también tuvieron una proporción importante de madres adolescentes (19%) y 55% había tenido entre 1 y 5 embarazos anteriores: 29 % con un intervalo menor o igual a 24 meses.

Diversos estudios han determinado que Los hallazgos de este estudio indican que el índice de masa corporal (IMC) materno constituye una variable importante por considerar en la atención prenatal, por su asociación con el peso al nacer, lo que se evidenció en la mayor prevalencia de un peso inferior a 3 000 g en los recién nacidos de madres con IMC bajo y por la diferencia encontrada en el promedio de PN según el IMC materno en los dos últimos trimestres de gestación ⁽⁶⁰⁾.

Tabla 8. Distribución de los pacientes según aparición de infecciones o no durante el periodo de embarazo.

Infecciones	N.º	%
Infección de transmisión sexual	85	46,7
Infección urinaria	58	31,9
Sin infecciones	49	26,9
Total		

Fuente: formulario

p menor 0,005

Casi la mitad de las mujeres tuvieron infecciones de transmisión sexual (ITS) (46,7 %) e infección urinaria (31,9 %). Solamente un poco más de un cuarto de la población estudiada estuvo carente de estas infecciones.

La mayoría de las pacientes incluidas en la investigación habían tenido infecciones vaginales durante el embarazo, lo que coincide con el reporte de Periquet Meriño M, et al,⁵⁴ quienes también señalan que, las infecciones vaginales constituyen actualmente una de las principales causas de riesgo de bajo peso al nacer, de ahí la importancia de su adecuado diagnóstico y seguimiento para disminuir la incidencia de estas entidades en la aparición de neonatos desnutridos. Así, las vaginosis bacterianas representan 27 % de todos los casos de madre con neonatos bajo peso, pero el riesgo se incrementa más si se conjugan dos o más agentes infecciosos.

También Fernández Pérez Z, et al,⁶⁴ reportan asociación entre la presencia de infecciones vaginales y BPN. Estos autores describen que resulta indudable que cualquier infección vaginal es un factor de gran importancia en la génesis del parto pretérmino, ya que pueden provocar modificaciones cervicales precoces, rotura prematura de membranas o el desencadenamiento de la actividad uterina antes del término de la gestación y, con ello, el parto antes de las 37 semanas de gestación.

Montero Mesa M, et al,⁶⁵ plantean que casi todos los autores coinciden en señalar que la infección vaginal constituye una amenaza para la gestación, no solo porque la vagina es la parte del canal natural del parto y su contaminación patológica puede afectar al feto a su paso por su interior, sino porque se producen modificaciones adversas del cuello uterino en numerosas pacientes y, en el peor de los casos, sin que el producto de la concepción haya alcanzado la madurez y el peso adecuados.

Tabla 9. Distribución de pacientes según periodo intergenésico.

Periodo intergenésico	N.º	%
Corto	66	36,3
Normal	10	5,5
Largo	38	20,9
Sin periodo intergenésico	68	37,4
Total	182	100

Fuente: formulario

p menor 0,005

En la mayoría de las mujeres con hijos anteriores, el periodo intergenésico fue corto (36,3 %), seguido de aquellas con periodo largo (20,9 %).

En este sentido, los resultados obtenidos en la presente investigación coinciden con la totalidad de los autores revisados en relación al periodo intergenésico. Agudelo Pérez S, et al,¹³ señalan en su investigación que la mayoría de las mujeres que tuvieron hijos con BPN, habían tenido periodo intergenésico corto, similares resultados son exhibidos por Rojas Salazar EG, et al,¹⁴ y Estrada Restrepo A, et al.¹⁵

CONCLUSIONES

La mayoría de las mujeres que tuvieron hijos con bajo peso al nacer se encontraban entre los 15 y 19 años en su mayoría, no tenían antecedentes patológicos personales y eran estudiantes con nivel educacional secundario o preuniversitario. Un número de mujeres habían tenido hijos y algunos con bajo peso al nacer. El periodo intergenésico resultó ser corto y la mayoría consumieron tabaco y presentaron anemia, infecciones vaginales y urinarias.

RECOMENDACIONES

Realizar trabajos similares en otras áreas de salud para contribuir de esta forma con el programa Materno-Infantil y reducir las tasas de bajo peso al nacer en Cuba.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Lona Reyes JC, Pérez Ramírez RO, Llamas Ramos L, Gómez Ruiz LM, Benítez Vázquez EA, Rodríguez Patino V. Mortalidad neonatal y factores asociados en recién nacidos internados en una Unidad de Cuidados Neonatales. Arch argent pediatr [Internet]. 2018 Feb [citado 26 sep 2018]; 116(1): [aprox. 5 p]. Disponible en:
http://www.scielo.org.ar/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0325-00752018000100009&lang=pt.
2. Espinosa MCS, Lauzurique ME, Alcázar VRH, Pacheco BLC, Lubián MdCM, Cala DC, et al. Atención a la salud maternoinfantil en Cuba: logros y desafíos. Rev Panam Salud Publica [Internet]. 2018 May [citado 26 sep 2018]; 42: [aprox. 5 p]. Disponible en:
http://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1020-49892018000100504&lang=pt.
3. Brener Dik PH, Galletti MF, Bacigalupo LT, Fernández Jonusas S, Mariani GL. Hipercalcemia e hipofosfatemia en prematuros que reciben nutrición parenteral agresiva. Arch argent pediatr [Internet]. 2018 Jun [citado 26 sep 2018]; 116(3): [aprox. 5 p]. Disponible en:
http://www.scielo.org.ar/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0325-00752018000300010&lang=pt.
4. Vilar Sánchez Á, Fernández Alba JJ, González Macías MdC, Paublete Herrera MdC, Carnicer Fuentes C, Carral San Laureano F, et al. Infrapeso materno y resultados perinatales: estudio de cohortes retrospectivo. Nutr

Hosp [Internet]. 2017 Jun [citado 26 sep 2018]; 34(3): [aprox. 5 p].

Disponible en:

http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0212-16112017000300647&lang=pt.

5. Valdés Hernández J, Reyes Pablo AE, Navarrete Hernández E, Canún Serrano S. Bajo peso al nacer y defectos congénitos en relación con sitios mineros y campos agrícolas en Sonora, México. Prevalencia 2008-2012. Región y sociedad [Internet]. 2017 Ene [citado 26 sep 2018]; 29(spe5): [aprox. 5 p]. Disponible en:
http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1870-39252017000400009&lang=pt.
6. Ticona Rendón M, Huanco Apaza D. Morbimortalidad del recién nacido a término precoz en el hospital Hipólito Unanue de Tacna durante los años 2000 a 2014. Acta méd Peru [Internet]. 2017 Ene [citado 26 sep 2018]; 34(1): [aprox. 5 p]. Disponible en:
http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1728-59172017000100007&lang=pt.
7. Souza MdLd, Lynn FA, Johnston L, Tavares ECT, Brüggemann OM, Botelho LJ. Fertility rates and perinatal outcomes of adolescent pregnancies: a retrospective population-based study. Rev Latino-Am Enfermagem [Internet]. 2017 Abr [citado 26 sep 2018]; 25: [aprox. 5 p]. Disponible en:

http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692017000100325&lang=pt.

8. Oliveros-Vargas A, Otero-Pinto JC. Gestación cuádruple: reporte de caso y revisión de la literatura. Rev Colomb Obstet Ginecol [Internet]. 2017 Jun [citado 26 sep 2018]; 68(2): [aprox. 5 p]. Disponible en:
http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-74342017000200142&lang=pt.
9. Mendoza Tascón LA, Gómez Giraldo D, Gómez Giraldo D, Osorio Ruíz MÁ, Villamarín Betancourth EA, Arias Guatibonza MD. Determinantes biológicos de mortalidad neonatal, en una población de mujeres adolescentes y adultas de un hospital en Colombia. Rev chil obstet ginecol [Internet]. 2017 Oct [citado 26 sep 2018]; 82(4): [aprox. 5 p]. Disponible en:
http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-75262017000400424&lang=pt.
10. Gamboa Delgado EM, Rangel Díaz YA, Gutiérrez Gómez YY. Asociación entre peso al nacer y factores de riesgo cardiometabólicos en niños de Bucaramanga, Colombia. Nutr Hosp [Internet]. 2017 Oct [citado 26 sep 2018]; 34(5): [aprox. 5 p]. Disponible en:
http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0212-16112017000500013&lang=pt.
11. Finkelstein JZ, Duhau M, Fasola ML, Escobar P. Mortalidad neonatal en Argentina: Análisis de situación de 2005 a 2014. Arch argent pediatr [Internet]. 2017 Ago [citado 26 sep 2018]; 115(4): [aprox. 5 p]. Disponible

en:

http://www.scielo.org.ar/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0325-00752017000400009&lang=pt.

12. Barrios P, Badía F, Misa V, Mota MI, Martínez A, Mariño H, et al. Un quinquenio de experiencia (2005-2010) con infecciones por Salmonella spp en un centro nacional de referencia en pediatría. Rev chil infectol [Internet]. 2017 Ago [citado 26 sep 2018]; 34(4): [aprox. 5 p]. Disponible en:
http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0716-10182017000400359&lang=pt.
13. Agudelo Pérez S, Maldonado Calderón M, Plazas Vargas M, Gutiérrez Soto I, Gómez Á, Díaz Quijano D. Relación entre factores sociodemográficos y el bajo peso al nacer en una clínica universitaria en Cundinamarca (Colombia). Salud, Barranquilla [Internet]. 2017 Ago [citado 26 sep 2018]; 33(2): [aprox. 5 p]. Disponible en:
http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0120-55522017000200086&lang=pt.
14. Rojas Salazar EG, Mamani Ortiz Y, Choque Ontiveros MdC, Abujder Abukhdeir M, Bustamante Meneses D. Bajo peso al nacer y sus factores asociados en el Hospital Materno infantil Germán Urquidi. Cochabamba, Bolivia. Gac Med Bol [Internet]. 2015 Jun [citado 26 sep 2018]; 38(1): [aprox. 5 p]. Disponible en:
http://www.scielo.org.bo/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1012-29662015000100006&lang=pt.

15. Estrada-Restrepo A, Restrepo-Mesa SL, Feria NDCC, Santander FM. Factores maternos relacionados con el peso al nacer de recién nacidos a término, Colombia, 2002-2011. Cad Saúde Pública [Internet]. 2016 Dic [citado 26 sep 2018]; 32(11): [aprox. 5 p]. Disponible en:
http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2016001105006&lang=pt.
16. Zerquera Rodriguez J, Cabada Martínez Y, Zerquera Rodríguez D, María Delgado Acosta H. Factores de riesgo relacionados con bajo peso al nacer en el municipio Cienfuegos. Medisur [Internet]. 2015 Jun [citado 26 sep 2018]; 13(3): [aprox. 5 p]. Disponible en:
http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1727-897X2015000300006&lang=pt.
17. Pía Juárez S. Calidad de los datos del Instituto Nacional de Estadística para la elaboración de los indicadores de salud perinatal: pequeño y grande para su edad gestacional. Rev Esp Salud Publica [Internet]. 2015 Feb [citado 26 sep 2018]; 89(1): [aprox. 5 p]. Disponible en:
http://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1135-57272015000100009&lang=pt.
18. Fischer A, Vogel C, Sian K, Gari A, Olivera G, Sobrero H, et al. Variación del peso del recién nacido de bajo riesgo en las primeras 72 horas de vida, en el Centro Hospitalario Pereira Rossell en 2016. Arch Pediatr Urug [Internet]. 2017 Oct [citado 26 sep 2018]; 88(6): [aprox. 5 p]. Disponible en:

http://www.scielo.edu.uy/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1688-12492017000600308&lang=pt.

19. Chinea Jiménez B, Awad Parada Y, Villarino Marín A, Sáenz de Pipaón Marcos M. Beneficios a corto, medio y largo plazo de la ingesta de leche humana en recién nacidos de muy bajo peso. *Nutr Hosp* [Internet]. 2017 Oct [citado 26 sep 2018]; 34(5): [aprox. 5 p]. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0212-16112017000500007&lang=pt.
20. Restrepo-Mesa SL, Zapata Lópe N, Parra Sosa BE, Escudero Vásquez LE, Betancur Arrovaye L. Estado nutricional materno y neonatal en un grupo de adolescentes de la ciudad de Medellín. *Nutr Hosp* [Internet]. 2015 Sep [citado 26 sep 2018]; 32(3): [aprox. 5 p]. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0212-16112015000900046&lang=pt.
21. Charpak N, Montealegre-Pomar A. Calidad del seguimiento clínico y neurológico en una cohorte de recién nacidos muy prematuros, 2002-2012. *Rev salud pública* [Internet]. 2015 Jul [citado 26 sep 2018]; 17(4): [aprox. 5 p]. Disponible en: http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0124-00642015000400002&lang=pt.
22. Velázquez Pavón MN, Guevara Guerrero H, Prieto Carballosa A, Rojas Alonso JL, Guerrero González A. Influencia de factores maternos en el bajo peso al nacer. *ccm* [Internet]. 2013 Sep [citado 26 sep 2018]; 17(3): [aprox.

5 p]. Disponible en:

http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1560-43812013000300010&lang=pt.

23. Vélez Arango JE, Herrera Morales LE, Arango Gómez F, Herrera Betancourt AL, Peña Duque JA. Resultados materno perinatales en la consulta de alto riesgo, ses hospital de caldas, 2009-2011. Hacia promoc Salud [Internet]. 2013 Dic [citado 26 sep 2018]; 18(2): [aprox. 5 p].

Disponible en:

http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0121-75772013000200003&lang=pt.

24. López JI, Lugones Botell M, Mantecón Echevarría SM, González Pérez C, Pérez Valdés-Dapena D. Algunos factores de riesgo relacionados con el bajo peso al nacer. Revi Cuba Obstet Ginecol [Internet]. 2012 Mar [citado 26 sep 2018]; 38(1): [aprox. 5 p]. Disponible en:

http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0138-600X2012000100006&lang=pt.

25. Mariño Membribes ER, Ávalos González MM, Baró Jiménez VG. Factores de riesgo que influyeron en el bajo peso al nacer en el policlínico "Aleida Fernández". Rev Cubana Med Gen Integr [Internet]. 2012 Jun [citado 26 sep 2018]; 28(2): [aprox. 5 p]. Disponible en:

http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-21252012000200003&lang=pt.

26. Villalón Artirez RM, Villalón Artirez P, Ortiz Villalón RA, Guillot Montes G. Principales factores de riesgo en la salud de niños menores de un año. MEDISAN [Internet]. 2012 Sep [citado 26 sep 2018]; 16(9): [aprox. 5 p]. Disponible en:
http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1029-30192012000900006&lang=pt.
27. Villalobos J, Velásquez ME, Farías Á, Mejías A. Crecimiento, nutrición temprana y riesgo de diabetes y síndrome metabólico. Arch Venez Puer Ped [Internet]. 2014 Sep [citado 26 sep 2018]; 77(3): [aprox. 5 p]. Disponible en:
http://www.scielo.org.ve/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0004-06492014000300009&lang=pt.
28. Soto Páez N, Sarmiento Portal Y, Crespo Campos A, Suárez García N. Morbilidad y mortalidad en neonatos sometidos a ventilación mecánica. Rev Ciencias Médicas [Internet]. 2013 Dic [citado 26 sep 2018]; 17(6): [aprox. 5 p]. Disponible en:
http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1561-31942013000600010&lang=pt.
29. Zamorano-Jiménez CA, Guzmán-Bárceñas J, Baptista-González HA, Fernández-Carrocerá LA. Pérdida de peso corporal y velocidad de crecimiento postnatal en recién nacidos menores de 1,500 gramos durante su estancia en un hospital de tercer nivel de atención. Perinatol Reprod Hum [Internet]. 2012 Sep [citado 26 sep 2018]; 26(3): [aprox. 5 p].

Disponible en:

http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0187-53372012000300004&lang=pt.

30. Lizarazo-Medina JP, Ospina-Díaz JM, Ariza-Riaño NE. Programa madre canguro: una alternativa sencilla y costo eficaz para la protección de los recién nacidos prematuros o con bajo peso al nacer. Rev salud pública [Internet]. 2012 Jun [citado 26 sep 2018]; 14: [aprox. 5 p]. Disponible en: http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0124-00642012000800004&lang=pt.
31. Jorna Calixto AR, Rodríguez Crespo I, Véliz Martínez PL, Cuellar Álvarez R, Olivera Nodarse Y. Comportamiento del bajo peso al nacer en el Policlínico Universitario “Héroes del Moncada”; (2006-2010). Rev Cubana Med Gen Integr [Internet]. 2012 Mar [citado 26 sep 2018]; 28(1): [aprox. 5 p]. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-21252012000100002&lang=pt.
32. Márquez-Beltrán MFR, Vargas-Hernández JE, Quiroga-Villalobos EF, Pinzón-Villate GY. Análisis del bajo peso al nacer en Colombia 2005-2009. Rev salud pública [Internet]. 2013 Jul [citado 26 sep 2018]; 15(4): [aprox. 5 p]. Disponible en: http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0124-00642013000400008&lang=pt.

33. Ozdemir AA. Activador tisular del plasminógeno recombinante para el tratamiento de la vegetación intracardíaca en un lactante de muy bajo peso al nacer. Arch argent pediatr [Internet]. 2017 Oct [citado 26 sep 2018]; 115(5): [aprox. 5 p]. Disponible en:
http://www.scielo.org.ar/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0325-00752017000500026&lang=pt.
34. Suárez Rondón M, Ruiz Álvarez V, Alegret Rodríguez M, Díaz Sánchez ME, Hernández Triana M. Crecimiento pre y postnatal asociados a sobrepeso corporal en escolares de Bayamo. Rev Cubana Invest Bioméd [Internet]. 2014 Jun [citado 26 sep 2018]; 33(2): [aprox. 5 p]. Disponible en:
http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-03002014000200011&lang=pt.
35. Sato APS, Fujimori E. Nutritional status and weight gain in pregnant women. Rev Latino-Am Enfermagem [Internet]. 2012 Jun [citado 26 sep 2018]; 20(3): [aprox. 5 p]. Disponible en:
http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692012000300006&lang=pt.
36. Mendoza Tascón LA, Arias Guatibonza MD, Peñaranda Ospina CB, Mendoza Tascón LI, Manzano Penagos S, Varela Bahena AM. Influencia de la adolescencia y su entorno en la adherencia al control prenatal e impacto sobre la prematuridad, bajo peso al nacer y mortalidad neonatal. Rev chil obstet ginecol [Internet]. 2015 Ago [citado 26 sep 2018]; 80(4): [aprox. 5 p].

Disponible en: http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-75262015000400005&lang=pt.

37. Hernández-Ávila A, Barrera-Rodríguez EJ, Castañeda-Porras O. Prevalencia de embarazo en adolescentes, Yopal-Casanare, Colombia, 2013-2014. Rev Colomb Obstet Ginecol [Internet]. 2017 Sep [citado 26 sep 2018]; 68(3): [aprox. 5 p]. Disponible en: http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-74342017000300168&lang=pt.
38. Congote-Arango LM, Vélez-García MA, Restrepo-Orrego L, Cubides-Munévar Á, Cifuentes-Borrero R. Adolescencia como factor de riesgo para complicaciones maternas y perinatales en Cali, Colombia, 2002-2007: Estudio de corte transversal. Rev Colomb Obstet Ginecol [Internet]. 2012 Jun [citado 26 sep 2018]; 63(2): [aprox. 5 p]. Disponible en: http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-74342012000200004&lang=pt.
39. Restrepo Mesa SL, Parra Sosa BE, Arias Gómez J, Zapata López N, Giraldo Díaz CA, Restrepo Moreno CM, et al. Estado nutricional materno y su relación con el peso al nacer del neonato, estudio en mujeres gestantes de la red pública hospitalaria de Medellín, Colombia. Perspect Nut Hum [Internet]. 2012 Dic [citado 26 sep 2018]; 14(2): [aprox. 5 p]. Disponible en: http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0124-41082012000200008&lang=pt.

40. Tarqui-Mamani C, Álvarez-Dongo D, Gómez-Guizado G. Estado nutricional y ganancia de peso en gestantes peruanas, 2009-2010. An Fac med [Internet]. 2014 Abr [citado 26 sep 2018]; 75(2): [aprox. 5 p]. Disponible en: http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1025-55832014000200002&lang=pt.
41. Torres Zulueta RM, Alfonso Martinez ZI. Comportamiento del índice de bajo peso al nacer en el Policlínico Docente Cerro durante los años 2009-2010. Rev Cubana Med Gen Integr [Internet]. 2013 Jun [citado 26 sep 2018]; 29(2): [aprox. 5 p]. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-21252013000200006&lang=pt.
42. Rodríguez López JF, Rodríguez González B. Comportamiento de algunos indicadores del Programa Materno Infantil en Villa Clara durante los años 2011-2012. Medicentro Electrónica [Internet]. 2013 Sep [citado 26 sep 2018]; 17(3): [aprox. 5 p]. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1029-30432013000300002&lang=pt.
43. Benahmed N, San Miguel L, Devos C, Fairon N, Christiaens W. Vaginal delivery: how does early hospital discharge affect mother and child outcomes? A systematic literature review. BMC pregnancy and childbirth [Internet]. 2017 Sep [citado 26 sep 2018]; 17(1): [aprox. 5 p]. Disponible en: <https://bmcpregnancychildbirth.biomedcentral.com/track/pdf/10.1186/s12884-017-1465-7>.

44. Draycott T, van der Nelson H, Montouchet C, Ruff L, Andersson F. Reduction in resource use with the misoprostol vaginal insert vs the dinoprostone vaginal insert for labour induction: a model-based analysis from a United Kingdom healthcare perspective. BMC health services research [Internet]. 2016 Feb 10 [citado 26 sep 2018]; 16: [aprox. 5 p]. Disponible en:
<https://bmchealthservres.biomedcentral.com/track/pdf/10.1186/s12913-016-1278-9>.
45. Korzeniewski K, Juszczak D. Travel-related sexually transmitted infections. International maritime health [Internet]. 2015 Ene [citado 26 sep 2018]; 66(4): [aprox. 5 p]. Disponible en:
https://journals.viamedica.pl/international_maritime_health/article/download/MH.2015.0045/30575.
46. Vidal Borrás E, Ugarte Rodríguez CJ. Síndrome de flujo vaginal. Revi Cuba Obstet Ginecol [Internet]. 2010 Ene [citado 26 sep 2018]; 36: [aprox. 5 p]. Disponible en:
http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0138-600X2010000400013&nrm=iso.
47. Wang H, Huang Z, Wu Z, Qi X, Lin D. An epidemiological study on vaginitis in 6,150 women of reproductive age in Shanghai. The new microbiologica [Internet]. 2017 Abr [citado 26 sep 2018]; 40(2): [aprox. 5 p]. Disponible en:
<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/28255605>.

48. Milman N. Fisiopatología e impacto de la deficiencia de hierro y la anemia en las mujeres gestantes y en los recién nacidos/infantes. Rev peru ginecol obstet [Internet]. 2012 Ene [citado 26 sep 2018]; 58(4): [aprox. 5 p]. Disponible en:
http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2304-51322012000400009&lang=pt.
49. Prendes Labrada MdC, Baños Rodríguez AF, Toledo Dieppa O, Lescay Megret O. Prevalencia de anemia en gestantes en un área de salud. Rev Cubana Med Gen Integr [Internet]. 2000 Feb [citado 26 sep 2018]; 16(1): [aprox. 5 p]. Disponible en:
http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-21252000000100005&lang=pt.
50. Becerra C, Gonzales GF, Villena A, de la Cruz D, Florián A. Prevalencia de anemia en gestantes, Hospital Regional de Pucallpa, Perú. Rev Panam Salud Publica [Internet]. 1998 May [citado 26 sep 2018]; 3(5): [aprox. 5 p]. Disponible en:
http://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1020-49891998000500001&lang=pt.
51. Claros Benítez DI, Mendoza Tascón LA. Impacto de los trastornos hipertensivos, la diabetes y la obesidad materna sobre el peso, la edad gestacional al nacer y la mortalidad neonatal. Rev chil obstet ginecol [Internet]. 2016 Dic [citado 26 sep 2018]; 81(6): [aprox. 5 p]. Disponible en:

[http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-75262016000600005&lang=pt.](http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-75262016000600005&lang=pt)

52. Bello Luján LM, Saavedra Santana P, Gutiérrez García LE, García Hernández JÁ, Serra Majem L. Características sociodemográficas y sanitarias asociadas con bajo peso al nacer en Canarias. Nutr Hosp [Internet]. 2015 Oct [citado 26 sep 2018]; 32(4): [aprox. 5 p]. Disponible en: [http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0212-16112015001000017&lang=pt.](http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0212-16112015001000017&lang=pt)
53. Ramírez R. Programación fetal de la hipertensión arterial del adulto: mecanismos celulares y moleculares. Rev Colomb Cardiol [Internet]. 2013 Feb [citado 26 sep 2018]; 20(1): [aprox. 5 p]. Disponible en: [http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0120-56332013000100006&lang=pt.](http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0120-56332013000100006&lang=pt)
54. Periquet Meriño M, Pascao Gamboa A, Labaut Ginarte O, Vargas de la Paz L, Mora Nieto J. Algunos factores de riesgo asociados al bajo peso al nacer en el Hospital General "Orlando Pantoja Tamayo". MEDISAN [Internet]. 2014 Ene [citado 26 sep 2018]; 18(1): [aprox. 5 p]. Disponible en: [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1029-30192014000100003&lang=pt.](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1029-30192014000100003&lang=pt)
55. García Florido A, Bello Rodríguez BM, Méndez Dayoub A, Florido Arango MdIN, Socorro Montes de Oca Y. Factores de riesgo asociados al bajo peso al nacer en el Policlínico Universitario Carlos Verdugo. RevMedElectrón [Internet]. 2014 Jun [citado 26 sep 2018]; 36(3): [aprox. 5 p]. Disponible en:

[http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1684-18242014000300002&lang=pt.](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1684-18242014000300002&lang=pt)

56. Allpas-Gómez HL, Raraz-Vidal J, Raraz-Vidal O. Factores asociados al bajo peso al nacer en un hospital de Huánuco. Acta méd Peru [Internet]. 2014 Abr [citado 26 sep 2018]; 31(2): [aprox. 5 p]. Disponible en: [http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1728-59172014000200003&lang=pt.](http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1728-59172014000200003&lang=pt)
57. Hurtado Ibarra K, Rodríguez Cuadro D, Navarro Manotas E, Camacho Castro C, Nieves Vanegas S. Análisis de los factores de riesgo de bajo peso al nacer a partir de un modelo logístico polinómico. Prospect [Internet]. 2015 Ene [citado 26 sep 2018]; 13(1): [aprox. 5 p]. Disponible en: [http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1692-82612015000100009&lang=pt.](http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1692-82612015000100009&lang=pt)
58. Santos RdCAN, Silva RMd, Queiroz MVO, Jorge HMF, Brilhante AVM. Realities and perspectives of adolescent mothers in their first pregnancy. Rev Bras Enferm [Internet]. 2018 Feb [citado 26 sep 2018]; 71(1): [aprox. 5 p]. Disponible en: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672018000100065&lang=pt.](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672018000100065&lang=pt)
59. Orcasita Pineda LT, Cuenca J, Montenegro CÉSpedes JL, Garrido Rios D, Haderlein A. Diálogos y Saberes sobre Sexualidad de Padres con Hijos e Hijas Adolescentes Escolarizados. Rev colomb psicol [Internet]. 2018 Jun [citado 26 sep 2018]; 27(1): [aprox. 5 p]. Disponible en:

[http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0121-54692018000100041&lang=pt.](http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0121-54692018000100041&lang=pt)

60. Mazuera-Arias R, Trejos-Herrera AM, Reyes-Ruiz L. Percepción del embarazo adolescente en el Departamento Norte de Santander, Colombia. Rev salud pública [Internet]. 2017 Dic [citado 26 sep 2018]; 19(6): [aprox. 5 p]. Disponible en:
[http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0124-00642017000600733&lang=pt.](http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0124-00642017000600733&lang=pt)
61. Munares-García O, Gómez-Guizado G. Anemia en gestantes con y sin talla baja. Rev cub salud pública [Internet]. 2018 Ene [citado 26 sep 2018]; 44(1): [aprox. 5 p]. Disponible en:
[http://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-34662018000100014&lang=pt.](http://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-34662018000100014&lang=pt)
62. Quaresma da Silva D. Tratamiento de la educación sexual en escuelas primarias en el sur de Brasil. Rev cub salud pública [Internet]. 2014 Dic [citado 26 sep 2018]; 40(4): [aprox. 5 p]. Disponible en:
[http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-34662014000400005&lang=pt.](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-34662014000400005&lang=pt)
63. Gálvez González AM, Martinto Gálvez MT, Rodríguez Cabrera A, Álvarez Vázquez L. Propuesta metodológica para el análisis económico del embarazo en la adolescencia en Cuba. Rev cub salud pública [Internet]. 2013 Ene [citado 26 sep 2018]; 39: [aprox. 5 p]. Disponible en:

[http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-34662013000500014&lang=pt.](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-34662013000500014&lang=pt)

64. Fernández Pérez Z, López Fernández L, López Baños L. Caracterización clínico epidemiológica del bajo peso al nacer. Rev Cubana Med Gen Integr [Internet]. 2015 Mar [citado 26 sep 2018]; 31(1): [aprox. 5 p]. Disponible en: [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-21252015000100005&lang=pt.](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-21252015000100005&lang=pt)
65. Montero Mesa M, Dihigo MT, Núñez Valdés L, Salabert Tortoló I, Vega Rodríguez L. Factores de riesgo asociados al bajo peso al nacer en la provincia Matanzas. 2013. RevMedElectrón [Internet]. 2014 Ago [citado 26 sep 2018]; 36(4): [aprox. 5 p]. Disponible en: [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1684-18242014000400005&lang=pt.](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1684-18242014000400005&lang=pt)
66. Alzate A, Herrera-Medina R, Pineda LM. Preeclampsia prevention: a case-control study nested in a cohort. Colomb Med [Internet]. 2015 Dic [citado 26 sep 2018]; 46(4): [aprox. 5 p]. Disponible en: [http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1657-95342015000400002&lang=pt.](http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1657-95342015000400002&lang=pt)
67. Muñoz Ricart Y. Caracterización materno-perinatal de pacientes con preeclampsia-eclampsia en el Centro de Salud de Nioro de Sahel. Medisur [Internet]. 2013 Dic [citado 26 sep 2018]; 11(6): [aprox. 5 p]. Disponible en: [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1727-897X2013000600014&lang=pt.](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1727-897X2013000600014&lang=pt)

68. Suárez González JA, Corrales Gutiérrez A, Cabrera Delgado MR, Gutiérrez Machado M, Milián Espinosa I, Ojeda Blanco JC. Resultados de la atención a gestantes con preeclampsia grave en villa clara (2009-2010). *Medicentro Electrónica* [Internet]. 2013 Mar [citado 26 sep 2018]; 17(1): [aprox. 5 p]. Disponible en:
http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1029-30432013000100002&lang=pt.
69. Sanabria C JS, Arce S JD, Sierra O OM, Gil V AM. Tabaquismo materno como un factor posiblemente implicado en el desarrollo de la obesidad infantil. *Rev chil obstet ginecol* [Internet]. 2016 Dic [citado 26 sep 2018]; 81(6): [aprox. 5 p]. Disponible en:
http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-75262016000600013&lang=pt.
70. Rubio I, Kanopa V. Tabaco y salud infantil: un aspecto no suficientemente valorado. *Arch Pediatr Urug* [Internet]. 2015 Jun [citado 26 sep 2018]; 86(2): [aprox. 5 p]. Disponible en:
http://www.scielo.edu.uy/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1688-12492015000200007&lang=pt.
71. Castaño E, Piñuñuri R, Hirsch S, Ronco AM. Folatos y Embarazo, conceptos actuales: ¿Es necesaria una suplementación con Acido Fólico? *Rev chil pediatr* [Internet]. 2017 Abr [citado 26 sep 2018]; 88(2): [aprox. 5 p]. Disponible en:

[http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0370-41062017000200001&lang=pt.](http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0370-41062017000200001&lang=pt)

72. van der Meijden WI, Boffa MJ, Ter Harmsel WA, Kirtschig G, Lewis FM, Moyal-Barracco M, et al. 2016 European guideline for the management of vulval conditions. *Journal of the European Academy of Dermatology and Venereology : JEADV* [Internet]. 2017 Jun [citado 26 sep 2018]; 31(6): [aprox. 5 p]. Disponible en: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/pdf/10.1111/jdv.14096>.
73. Casillas-Vega N, Morfin-Otero R, Garcia S, Llaca-Diaz J, Rodriguez-Noriega E, Camacho-Ortiz A, et al. Frequency and genotypes of *Chlamydia trachomatis* in patients attending the obstetrics and gynecology clinics in Jalisco, Mexico and correlation with sociodemographic, behavioral, and biological factors. *BMC women's health* [Internet]. 2017 Sep [citado 26 sep 2018]; 17(1): [aprox. 5 p]. Disponible en: <https://bmcwomenshealth.biomedcentral.com/track/pdf/10.1186/s12905-017-0428-5>.
74. Mahesan AM, Ilceski DM, Paul AB, Vengalil S. Pelvic Examination at the 6-Week Postpartum Visit After Cesarean Birth. *Journal of midwifery & women's health* [Internet]. 2016 Jul [citado 26 sep 2018]; 61(4): [aprox. 5 p]. Disponible en: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/pdf/10.1111/jmwh.12422>.
75. da Fonseca TM, Cesar JA, Mendoza-Sassi RA, Schmidt EB. Pathological Vaginal Discharge among Pregnant Women: Pattern of Occurrence and Association in a Population-Based Survey. *Obstetrics and gynecology*

- international [Internet]. 2013 Ene [citado 26 sep 2018]; 2013: [aprox. 5 p].
Disponibile en: <http://downloads.hindawi.com/journals/ogj/2013/590416.pdf>.
76. Sok C, Sanders JN, Saltzman HM, Turok DK. Sexual Behavior, Satisfaction, and Contraceptive Use Among Postpartum Women. Journal of midwifery & women's health [Internet]. 2016 Mar-Abr [citado 26 sep 2018]; 61(2): [aprox. 5 p]. Disponible en:
<https://onlinelibrary.wiley.com/doi/pdf/10.1111/jmwh.12409>.
77. Maina AN, Kimani J, Anzala O. Prevalence and risk factors of three curable sexually transmitted infections among women in Nairobi, Kenya. BMC research notes [Internet]. 2016 Mar [citado 26 sep 2018]; 9: [aprox. 5 p].
Disponibile en:
<https://bmcrsnotes.biomedcentral.com/track/pdf/10.1186/s13104-016-1990-x>.

ANEXOS

Anexo 1.

Modelo de consentimiento informado.

Yo _____estoy dispuesta a participar en la investigación *“Factores de riesgo asociados al bajo peso al nacer en el del Policlínico Comunitario Docente Sur del municipio Ciego de Ávila”*, una vez que se me ha explicado la importancia de la misma para nuestra salud y los beneficios que pudiera propiciar para la misma.

Se me garantiza que toda información que voy a obtener tendrá carácter confidencial y que solo se utilizará con fines investigativos.

El autor de la investigación garantiza que puedo retirarme de la misma si lo considero oportuno, sin que esto constituya medida represiva alguna contra mi persona.

Y para que así conste firmo la presente el día__ del mes ____del año _____

Anexo 2. Formulario de recolección de datos al inicio del estudio.

Grupos de edades	15 – 21 años
	22 – 28 años
	29 – 35 años
	36 – 42 años
	43 – 49
Antecedentes patológicos personales	No
	Si
	Hipertensión arterial
	Diabetes mellitus
	Asma bronquial
Escolaridad	Cardiopatía isquémica
	Otras
	Primaria
	Secundaria
	Preuniversitario
Ocupación	Universitario
	Estudiante
	Trabajadora
Antecedentes de niños con bajo peso al nacer	Ama de casa
	Si
Periodo intergenésico	No
	Corto
	Normal
	Largo

Hábitos tóxicos	Tabaquismo Consumo de alcohol Consumo de drogas
Estado nutricional	Bajo peso: <18,5 Peso saludable 18,5 - 24,9 Sobrepeso 25,0 --29,9 Obeso >30,0
Anemia	Si: cifras de hemoglobina inferiores a 80 g/L No: cifras de hemoglobina superiores a 80 g/L
Infecciones durante el embarazo	No Si Infecciones vaginales Infección urinaria