

FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS DE CIEGO
DE AVILA

“POLICLINICO JULIO CASTILLO CHAMBAS”

TÍTULO: Factores que influyen en el bajo peso al nacer en el Municipio Chambas, en el período 2009-2010.

AUTOR: Dra. Dunia Herrera Hernández.
Especialista en Medicina General Integral.

TUTOR : Dra. Delia Elena Burgos Aliaga.
Especialista en Pediatría.

**TESIS PARA OPTAR POR TÍTULO DE MASTER EN ATENCIÓN
INTEGRAL AL NIÑO.**

2010.

PENSAMIENTO

“Ten bastante felicidad
para hacer dulce tu vida,
dificultades para hacerla fuerte,
tristeza para hacerla humana
y suficiente esperanza
para hacerla feliz
”

DEDICATORIA

A mis padres, por haberme guiado día a día por el sendero de la honestidad, el respeto y la confianza. Por la educación que de ellos he recibido y su extrema dedicación a mi formación como profesional y como ser humano, porque sin su ayuda no hubiese podido llegar hasta donde he llegado.

RESUMEN

Se realizó un estudio observacional descriptivo para conocer los principales factores de riesgo que influyen en el bajo peso al nacer en el municipio de Chambas en el período comprendido enero 2009 a noviembre 2010. Donde la edad que prevalece es la de mayores de 35 años, el nivel secundario fue el de mayor cantidad de gestantes, los hábitos tóxicos como el café y el cigarro prevalecieron, las condiciones socioeconómicas no favorables, la multiparidad, la hipertensión arterial y la sepsis vaginal fundamentalmente influyeron en el nacimiento de niños bajo peso en nuestro estudio. Predominaron los partos pretérminos, el bajo peso de la madre durante el embarazo y la anemia sobre todo al final del embarazo. Los datos se computarizaron y se procesaron en tablas para su mejor comprensión y análisis.

ÍNDICE

CONTENIDO	Pág.
I. INTRODUCCIÓN.....	1
II. OBJETIVOS.....	3
III. MARCO TEÓRICO.....	4
IV. DISEÑO METODOLÓGICO.....	7
V. ANÁLISIS Y RESULTADOS.....	10
VI. CONCLUSIONES.....	21
VII. RECOMENDACIONES.....	22
VIII. BIBLIOGRAFÍA.....	23
IX. ANEXO.....	26

I-INTRODUCCION

La organización mundial de la salud (OMS) sugirió primero y acordó después (en Bristol 1972) que el término parto prematuro debería ser empleado y recomendado la designación de parto pretérmino como tal el que se produce antes de las 37 semanas de la gestación. Todo neonato que tiene un elevado riesgo de morir o de desarrollar una deficiencia física, mental o social que sea capaz de interferir con su normal crecimiento y desarrollo y con su capacidad de aprendizaje, como resultado de condiciones o enfermedades maternas, placentarias, fetales o el parto mismo son considerados recién nacidos de alto riesgo. Estos requieren una atención especializada. Esta se les ofrece de manera integral y de un modo más óptimo en el Servicio de Neonatología, el cual consta con terapia intensiva, terapia intermedia y de cuidados mínimos. (1)

Históricamente la prematuridad venía determinada por el peso al nacimiento menor de 2500 gramos en un niño que naciera antes de las 37 semanas de gestación, ahora independientemente del tiempo de gestación el nacimiento es considerado como bajo peso cuando en niño al nacer pesa menos de 2500 gramos.

El peso de estos niños es inferior al normal y se encuentra por debajo del 10mo percentil a las curvas de peso aceptadas como normales.

La tasa de mortalidad infantil en ellos es de 14 veces más que en los niños que nacen con un peso adecuado. Estos individuos que nacen bajo peso tienen habitualmente múltiples problemas posteriores tanto en el período perinatal como en el resto de la niñez y aun en la edad adulta. (2)

Los países desarrollados poseen índices de bajo peso inferiores a 6% y de este total aproximadamente las dos terceras partes son pretérminos. Así, aunque dos neonatos pesen menos de 2500g, si uno de ellos es pretérmino y el otro no, se diferenciarán no solo en las posibles complicaciones del período neonatal, sino también en la evolución ulterior, ya que su crecimiento y desarrollo serán diferentes y, por ende, no podrán ser sometidos a valoraciones con iguales criterios para su crecimiento físico y desarrollo, porque podría acarrear errores diagnósticos y de tratamiento. Para conocer la verdadera edad gestacional de un recién nacido existen métodos clínicos y paraclínicos, estos últimos resultan solo de utilidad limitada dada su complejidad. Los métodos clínicos basados en las características externas y neurológicas, por medio de sistemas de puntajes, casi siempre son los más difundidos y utilizados. (3)

El índice de bajo peso en Cuba mostró un descenso paulatino hasta llegar a 3% en 1989. Desde 1990 las condiciones económicas a que se enfrenta el país repercuten en las posibilidades de nutrición de la población y es por eso que el índice de bajo peso al nacer comenzó a aumentar hasta la cifra máxima en 1993 cuando llegó a 9%.

Ante esta situación se diseñaron estrategias encaminadas a mejorar el estado nutricional de la mujer embarazada; estas intervenciones tuvieron un rápido impacto y en el 1996 fue variando en distintos lugares del país.

Durante la edad neonatal existen numerosos cambios que tiene como objeto la subsistencia y adaptación de la vida intrauterina a la extrauterina, denominado periodo de transición. Para que sea normal requiere una serie de modificaciones funcionales en los diferentes sistemas orgánicos (respiración, circulación, digestión, etc.). Y una readaptación de los procesos metabólicos con objeto de iniciar la nueva homeostasis (aumento de la saturación de oxígeno, disminución de la acidosis, maduración enzimática, etc.). Todo ello está influido por múltiples causas prenatales e intranatales. En la mayoría de los recién nacidos no hay alteración clínica evidente, pasando desapercibido. Cuando estas causas persisten pueden ocasionar que este periodo transicional se atrase o complique. Unido a los factores prenatales o intranatales, el éxito de este periodo de transición vendrá motivado por la repercusión sobre el recién nacido del ambiente fetal donde haya crecido (infecciones, malnutrición materna), la madurez fetal en el momento del nacimiento y el grado de alteraciones patológicas que pueda presentar en el momento del parto o en el periodo neonatal inmediato. (4)

Nuestra área de salud no queda fuera de estos problemas, pero ¿Qué factores serían en nuestro caso los que más se asocian al bajo peso al nacer?

II-OBJETIVOS

GENERAL

1. Determinar los factores de riesgo que influyen en el bajo peso al nacer en el municipio chambas en el período comprendido desde enero 2009 a noviembre 2010.

ESPECIFICOS

1. Identificar los factores de riesgo en el bajo peso al nacer :
 - Edad materna
 - Nivel escolar materno.
 - Hábitos tóxicos
 - Condiciones socioeconómicas
 - Número de partos
 - Antecedentes de bajo peso
 - Enfermedades crónicas en la madre
 - Presencia de infecciones en el embarazo.
2. Conocer el tiempo de gestación en el momento del parto.
3. Conocer el estado nutricional de la gestante.
4. Evaluar el resultado de la hemoglobina durante la gestación.

III-MARCO TEÓRICO

Clásicamente se señala que la duración del embarazo normal es de 40 semanas o sea 280 días a partir de la última menstruación, sin embargo diferentes estudios muestran que esta cifra no es exacta.

Por razones estadísticas se aceptó la sugerencia de la organización mundial de la salud de 1950 de considerar prematuro a todo recién nacido vivo cuyo peso fuera inferior a 2500gramos sin haber referencia a la edad gestacional.

El término prematuro fue reemplazado en 1961 por el de recién nacido a término con crecimiento restringido (5)

¿Que es el bajo peso al nacimiento?

No es más que el nacimiento que ocurre cuando un bebé pesa menos de 5 libras y 8 onzas (2500gramos en ese momento). Un peso menor de 3 libras y 4 onzas (1500g) se considera extremadamente bajo (6)

En América Latina y el Caribe este aspecto constituye un problema de salud así tenemos por ejemplo J.C.hay países como Bolivia que con 267000 nacimientos al año tiene el 10% bajo peso, Guatemala de 411000 nacidos vivos el 14 % bajo peso, Nicaragua de 173000 nacimientos el 15 % bajo peso y en general en el caribe latino el índice de bajo peso es de 10,69%.

Ahora bien Cuba a pesar de su bien estructurado sistema de salud no escapa de esta problemática de salud y a pesar de estar por debajo de la media del caribe latino de 11,2 millones de habitantes tenemos aproximadamente 134000 nacimientos al año y de ellos 70 72 nacen bajo peso para un índice del 8%(7)

Estudios que se han hecho en la isla nos dejan ver como el problema ha ido variando así por ejemplo en 1974 existieron 23 170 nacidos bajo peso para un 11,7%, en 1979 un total de 14 407 para un índice de 10,2 %, en 1989 ,13 418 hasta llegar al 10145 para un 8,7%.Si es apreciable que a pesar del % varía la disminución del bajo peso al nacer es evidente, no para confiarnos. (8)

Así como por ejemplo en Villa Clara una de las provincias vanguardias en el país en este aspecto , durante el año 2000 incrementándose este indicador el 30% de sus municipios, que a su vez fueron los que mas incidieron en la tasa de mortalidad infantil(9).

El bajo peso al nacer es un factor importante en la muerte de aproximadamente 4 millones de recién nacidos y de las enfermedades que afectan otros tantos millones.

En muchos países los niños no son pesados cuando nacen, ningún médico , enfermera o partera se encuentra presente en casi la mitad de todos los partos las parteras tradicionales que prestan asistencia al alumbramiento en ausencia del personal de salud pueden desempeñar un papel importante y de utilidad al alentar el aumento de peso durante el embarazo y a pesar los niños, así por ejemplo en Chad el 89% de los niños no son pesados al nacer, en Pakistán el 88%, en Haití el 82%, Níger el 80%.

Se han acumulado pruebas de que el bajo peso al nacer crea un riesgo superior en un 50% de sufrir diabetes, enfermedades cardiovasculares, cáncer e Hipertensión Arterial en etapas posteriores de la vida (10).

Entre el 8 y el 10% de estos deben experimentar cólicos, de un total de 1995 niños estudiados 214 fueron definidos por haber tenido cólicos y los resultados mostraron que aquellos niños con peso al nacer menor de 2500 era mucho mas frecuente que los niños de mayor peso (11).

Otro estudio muestra que el bajo peso al nacer incrementa el riesgo de sufrir resistencia a la insulina durante la infancia, según de la revista Diabetes Care, la malnutrición de feto puede influir de este modo en la aparición de diabetes tipo II y afectaciones cardiacas(12).

La Organización mundial de la Salud que casi la mitad de la mortalidad entre los recién nacidos está asociado a un bebé pretérmino o bajo peso al nacer (13).

Otro estudio dice que la eventual relación de los niños bajo peso al nacer y el desarrollo de caries pueden atribuirse a causas estrictamente biológicas tales como hipoplasias u otras a deficiencias de esmalte. Como a la natural asociación entre esos nacimientos y las circunstancias de pobreza y privación de esos niños (14).

En Cuba se realizó un estudio en la provincia de la habana donde se vieron como influencia el bajo peso en el estado de salud durante el primer año de vida por ejemplo de grupo nacido con un bajo peso se vieron con infecciones respiratorias el 3,10% y el grupo nacido con peso normal solo el 1,43% , con diarreas en el grupo de bajo peso 2,18% y el normal 1,12%, así por ejemplo con distintas patologías el 8,3 % de los nacidos bajo peso y solo el 3,03% de los recién nacidos con peso normal(15).

En lima 1999 se acordaron diferentes aspectos para mejorar estos índices con títulos del derecho a la salud y el medio ambiente, donde todo estos aspectos materno-infantiles están presentes y vigentes (16).

IV-DISEÑO METODOLÓGICO

Para dar salida a los objetivos propuestos se realizó un estudio observacional descriptivo.

El universo de estudio estuvo integrado por todas las embarazadas que tuvieron un niño bajo peso (menos de 2500g) en el área de salud del municipio chambas desde enero del 2009 hasta noviembre del 2010.

La técnica de recolección de la información utilizada fue la encuesta (anexo 1) y de acuerdo con los objetivos se confeccionó un cuestionario de datos primarios, en el mismo se recogieron los datos que brindan en la oficina de estadística de salud municipal y se revisaron los carné de salud infantil a los niños que nacieron con bajo peso durante el período del estudio.

CRITERIOS DE INCLUSION

- .Madres de niños bajo peso al nacer durante el estudio.
- . Estén de acuerdo a participar en la investigación.

CRITERIOS DE EXCLUSION

- Las mujeres que no cumplan los criterios de inclusión.

Las variables a tener en cuenta son: Grupos de edades maternas, el nivel de escolaridad, los hábitos tóxicos como el (café, cigarro y alcohol), las condiciones socioeconómicas, el número de partos, el antecedente de niños con bajo peso al nacer, el antecedente de enfermedades crónicas maternas, los complementarios patológicos durante el embarazo que indiquen presencia de infecciones como la orina , el exudado vaginal y el test de amina si fue realizado , conocer el tiempo de gestación en el momento del parto, conocer el estado nutricional de la embarazada y evaluar el resultado de la hemoglobina.

OPERACIONALIZACIÓN DE LAS VARIABLES:

La edad materna: Se divide en 3 grupos de edades, considerando la edad cumplida.

El nivel de escolaridad: Se dividen en nivel primario, nivel secundario, nivel preuniversitario y universitario, considerando cursos terminados.

Los hábitos tóxicos: Fueron seleccionados los más frecuentes como son el café, el cigarro y el alcohol y se le da la opción a la encuestada de decir si los consume algunas veces, todos los días o varias veces.

Las condiciones socioeconómicas: Se dividen en condiciones favorables y no favorables, para determinarlas se tuvo en cuenta el salario, el tipo de casa, el número de personas que conviven en el hogar y el estado civil.

El número de partos: Se dividió en tres grupos las nulíparas (mujeres que no tienen hijos), primíparas (mujeres que tienen un hijo) y múltiparas (aquellas mujeres con más de 2 hijos).

El antecedente de niños con bajo peso al nacer: Se seleccionan las mujeres que han tenido hijos con un peso menor que 2500 g y las que no tienen hijos bajo peso al nacer.

La presencia de enfermedades crónicas maternas: Seleccionamos las más frecuentes como son la Hipertensión arterial, el Asma Bronquial y la Diabetes Mellitus, se le dio la opción de ninguna para aquellas que no presentaran enfermedad, solo dos gestantes tuvieron dos enfermedades a la vez.

La presencia de infecciones en el embarazo: Seleccionamos las más frecuentes como son la sepsis urinaria y la sepsis vaginal, el estudio estuvo dado por la observación de los exámenes de orina, los exudados vaginales y los test de amina en los tres trimestres del embarazo.

El tiempo de gestación en el momento del parto: Se observó si el parto se produjo antes de las 37 semanas o después de este tiempo.

El estado nutricional de la gestante: Se separan tres grupos bajo peso, normo peso y sobre peso (se dice que está bajo peso cuando el índice de masa corporal es menor que 19,8, es normo peso cuando se encuentra entre 19,8 y 26 y es sobre peso cuando el valor está entre 26,1 y 29), el índice de masa corporal se determina:

$$\text{IMC: } \frac{\text{KG}}{\text{Talla en m}^2}$$

El valor de la Hemoglobina: Se determinó si era baja en el caso que se encontrara menor que 11 y normal por encima de este valor.

Los datos obtenidos fueron procesados en una computadora Pentium 4. El análisis de los datos se efectuó por números absolutos. Como medida de resumen de la información se usó el porcentaje (%). Los datos obtenidos fueron reflejados a través de tablas las cuales fueron analizadas para emitir las conclusiones en correspondencia con los objetivos propuestos. Se redactó un informe final teniendo en cuenta los registros encontrados.

V-ANÁLISIS Y DISCUSIÓN DE LOS RESULTADOS

Tabla No 1

Distribución de las gestantes por grupos de edades:

GRUPOS DE EDADES	No	%
MENORES DE 20 AÑOS	15	40.5
20 – 35 AÑOS	5	13.5
MAYORES DE 35 AÑOS	17	46
TOTAL	37	100

Fuente: encuesta

De forma general podemos plantear que la mayor cantidad de niños bajo peso los tuvieron las madres mayores de 35 años para un 46%, también el bajo peso al nacer estuvo relacionado en nuestra investigación con el grupo de menores de 20 años para un 40.5 % respectivamente. Así podemos mencionar el trabajo realizado por las licenciadas Nirza e Isabel Mora en Holguín que tuvieron resultados similares a los nuestros (17). El Dr. Juan Chaviano Quesada en Cienfuegos encontró asociación entre madres adolescentes y el bajo peso del recién nacido (18).

Tabla No 2
Distribución de las embarazadas según nivel de escolaridad.

NIVEL DE ESCOLARIDAD	No	%
PRIMARIO	2	5.4
SECUNDARIO	19	51.3
PREUNIVERSITARIO	11	29.7
UNIVERSITARIO	5	13.5
TOTAL	37	100

Fuente: Encuesta

De forma general podemos decir que las embarazadas que prevalecieron en nuestro estudio fueron las del nivel secundario constituyendo el mayor grupo con un total de 19 embarazadas representando el 51.3% de la muestra estudiada, la bibliografía analizada se asocia mas a la escolaridad primaria (19).

Tabla No 3

Distribución de hábitos tóxicos relacionados con las embarazadas que tuvieron niños bajo peso al nacer.

N = 37

HÁBITOS TÓXICOS	Algunas veces		Todos los días		Varias veces al día	
	No	%	No	%	No	%
CAFÉ	5	13.5	10	27	25	67.5
ALCOHOL	23	62.1	4	10.8	1	2.7
CIGARRO	3	8.1	19	51.3	20	54

Fuente: Encuesta

En esta tabla vemos que el hábito tóxico más generalizado es el café el cual está presente en 25 de las gestantes encuestadas representando el 67.5% y lo hacen varias veces al día , le sigue el cigarro presente en 20 embarazadas, lo que demuestra una elevada incidencia de fumadoras y por último el alcohol que aunque solo una de ellas lo hace varias veces al día es decir es alcohólica, existen 23 que son bebedoras sociales para un 62.1% , lo cual se corresponde con gran parte de la bibliografía (1, 3, 4, 21,22) resultado coincidente con otros estudios también como el del Dr.Gil Vilerte y colaboradores. (21,22).

Tabla No 4
Distribución de las embarazadas según condiciones socioeconómicas

CONDICIONES SOCIOECONÓMICAS	No	%
FAVORABLES	14	37.8
NO FAVORABLES	23	62.1
TOTAL	37	100

Fuente: Encuesta

Con respecto a esta tabla observamos que tenían condiciones socioeconómicas no favorables 23 gestantes para un 62.1% y solo 14 tuvieron condiciones favorables para un 37.8% lo que indica la relación que existe entre esta variable y el bajo peso al nacer, lo que coincide con parte de la bibliografía revisada. (20, 21). Recientemente el Dr. Soto y sus colaboradores en una muestra mucho mayor obtuvieron resultados que coinciden con los nuestros.

Tabla No 5
Distribución de las gestantes según el número de partos.

NÚMERO DE PARTOS	No	%
NULÍPARA	10	27
PRIMÍPARA	12	32.4
MULTÍPARA	15	40.5
TOTAL	37	100

Fuente: Encuesta

En esta tabla vemos que predominó el grupo de multíparas con 15 gestantes para un 40.5% lo que demuestra la relación que existe entre la mujer que tiene varios hijos y el bajo peso al nacer, estos resultados coinciden con los encontrados en la bibliografía y nos dice que existe relación si la gestante tiene un hijo, más de tres hijos o período inter genésico corto. (1, 3, 17,30)

Tabla No 6
Antecedentes en la gestante de niños bajo peso.

ANTECEDENTES DE NIÑO BAJO PESO	No	%
SI	7	18.9
NO	30	81
TOTAL	37	100

Fuente: Encuesta

En esta tabla podemos observar que 30 embarazadas no han tenido niños bajo peso representando el 81 % de la muestra estudiada, lo que indica que en nuestro estudio esta variable no tuvo un significado relevante. En Santiago de Cuba trabajos realizados sí muestran asociación entre estas dos variables (23).

Tabla No 7
Distribución según enfermedades crónicas en la madre

N= 37

ENFERMEDADES CRÓNICAS	No	%
HIPERTENSIÓN ARTERIAL	15	40.5
ASMA BRONQUIAL	5	13.5
DIABETES MELLITUS	2	5.4
NINGUNA	17	46

Fuente: Encuesta

Podemos decir después de ver esta tabla que existe relación entre la hipertensión arterial crónica y el bajo peso al nacer, debido a que 15 gestantes tienen hipertensión arterial, de estas embarazadas cinco fueron asmáticas y solamente dos tuvieron diabetes, de este grupo solo dos tenían dos enfermedades asociadas y 17 no tuvieron ninguna enfermedad. Existen trabajos que demuestran que la Hipertensión arterial se asocia al parto pretérmino y así a su vez queda en relación con el bajo peso al nacer, como ocurre en gran parte de la bibliografía revisada (20, 21, 26,27) En esta tabla observamos que no hay relación entre la diabetes mellitus y el bajo peso al nacer lo que no coincide con la bibliografía revisada pues se plantea que la diabetes es uno de los factores maternos responsable del bajo peso al nacer (25, 26,27).

Tabla No 8
Distribución según la presencia de infecciones en el embarazo:

N=37

PRESENCIA DE INFECCIONES	No	%
SEPSIS URINARIA	24	64.8
SEPSIS VAGINAL	29	78.3

Fuente: Encuesta

Con respecto a la tabla anterior podemos decir que hay un predominio de la sepsis vaginal en el embarazo en nuestro trabajo y vemos que hubo un total de 29 gestantes para un 78.3 %, lo que indica que, sí existe relación entre esta variable y el bajo peso al nacer sobre todo al final del embarazo, muchos de los autores coinciden con nosotros. (1, 2, 3, 25, 28, 29,30).

Tabla No 9

Distribución según el tiempo de gestación al momento del parto.

TIEMPO DE GESTACIÓN	No	%
PRETÉRMINO	21	56.7
A TÉRMINO	16	43.3
TOTAL	37	100

Fuente: Encuesta

Con respecto a esta tabla observamos que tuvieron parto pretérmino 21 embarazadas para un 56.7%, lo que representa una elevada relación entre el parto pretérmino y el bajo peso al nacer como refieren las bibliografías revisadas. (1, 3, 19,34).

Tabla No 10
Distribución de las gestantes según estado nutricional.

ESTADO NUTRICIONAL	No	%
BAJO PESO	16	43.2
NORMO PESO	10	27
SOBRE PESO	11	29.7
TOTAL	37	100

Fuente: Encuesta

Con respecto a esta tabla se realizó la valoración nutricional de las gestantes bajo peso con respecto a las normo peso y sobre peso y predominó el grupo de las gestantes con bajo peso con un total de 16 para un 43.2%, lo que indica que sí existe relación entre la mala nutrición de la madre y el bajo peso al nacer y esto se corresponde con lo revisado en las bibliografías donde se considera la valoración nutricional inicial un factor de riesgo importante, pero fundamentalmente en el último trimestre para la obtención de un bajo peso al nacer.(1,3,32).

La Dra. Marianela de la Caridad Paredes y sus colaboradores encontraron una fuerte relación entre el estado nutricional de la embarazada y el bajo peso al nacer, claro está que en su trabajo predominó el CIUR como factor clave. (33)

Tabla No 11
Distribución según valor de la Hemoglobina durante la gestación.

RESULTADOS DE LA HEMOGLOBINA	No	%
BAJA	25	67.5
NORMAL	12	32.4
TOTAL	37	100

Fuente: Encuesta

AL analizar esta tabla podemos ver que 25 embarazadas representando el 67.5 % tuvo la hemoglobina baja en algún momento del embarazo lo que coincide con parte de la literatura revisada sobre todo el trabajo de la Dra. Magalis Domínguez y sus colaboradores donde relaciona mucho la anemia, el estado nutricional de la gestante y el nacimiento de un niño bajo peso. (1, 2, 3, 19, 24, 34,37).

VI-CONCLUSIONES

1. El grupo de edades que prevaleció fue el de mayores de 35 años, el nivel escolar fue el secundario, hábitos como tomar café y fumar cigarro, aunque la ingestión de bebidas alcohólicas en actividades sociales estuvo muy presente, las condiciones socioeconómicas no favorables predominaron, la multiparidad, la Hipertensión arterial y las infecciones vaginales fueron factores que tuvieron una gran influencia con el Bajo Peso al nacer.
2. Predominó el parto pretérmino.
3. Predominó el bajo peso en las gestantes.
4. La anemia guardó relación con el bajo peso al nacer.

VII-RECOMENDACIONES

- 1) Mantener un seguimiento continuo en aquellas pacientes con factores de riesgos para tener un recién nacido bajo peso con el objetivo de realizar un diagnóstico precoz de los mismos.
- 2) Garantizar una atención médica adecuada según Programa Nacional Atención Prenatal para evitar el bajo peso.

VIII-REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. Colectivo de autores.Manual de diagnóstico y tratamiento en obstetricia y perinatología.Editorial Ciencias Medicas.2000
2. Berlunan R.E, Vaughan V.C , Nelson W.E.Tratado de pediatria.9ª edición.editorial revolucionaria.2000
3. Álvarez Sintés R , et al.Temas de medicina General Integral.Volúmen II.Habana.Editorial Ciencias Medicas.2001
4. Programa para la reducción del bajo peso al nacer.La habana.Editorial Ciencias Médicas.1998
5. Rigor Ricardo O, et al.Obstetricia y Ginecología.tomo II.LA habana. Editorial pueblo y educación.2007
6. Ventura S , et al.Report of final natalitio statistios.1995.Monthly vital statitios report, volumen 45.numero 11 suplement.10 junio 1997.
7. Situación de la salud en las Americas.Indicadores básicos.2010.Programa especial de análisis de salud.OPS/OMS.
8. Anuario estadístico.2010
9. Variación del indice de bajo peso al nacer en el año2000. UATS/CPHE.Villa Clara.2001
- 10.El progreso de las naciones.Informe de la OMS.2000.htm
- 11.Archives of diseases in childred fetal and neonatal.edition=http://www medicina.21.com/visual.asp.acum un-203
- 12.El mundo salud.com.noviembre.2001
- 13.Chill,hesth research Project and maternal and neonatal health program 1999.
- 14.Brian. A,et al. Relación entre el bajo peso al nacer y el desarrollo de las caries.Un estudio sistemático. pediatr dent.1997.19:429.
- 15.Ortis Silva O, et al. Influencia del bajo peso al nacer en el estado de salud durante el primer año. Revista cubana de pediatria.1997; 69(3-4):187-191.
- 16.UNICEF TAGRO-Acuerto de lima, derecho a la salud, Nutrición y medio ambiente.1999.
- 17.Rodríguez Mora M, Vera Mora I. Embarazo en la adolescencia y su relación con el recién nacido bajo peso. Rev. Cub.Enf.17 (2)2001.
- 18.Chaviano Quesada Juan, edad materna, riesgo nutricional preconcepcional y peso al nacer. Rev. Cub.Ali.14 (2)2000.
- 19.Lugones Botell M, De Córdoba Armengol M, Quintana Rivero Análisis del bajo peso en la atención primaria.Rev.Cub.MGI11(3)2001.
- 20.Infomed.Enfoque social del najo peso al nacer.Rev.Cub.Res.14 (3)2001.
- 21.Pagola Leyva Dr.Javier.Importancia de los antecedentes maternos en los recién nacidos bajo peso.Rev.Cub.MGI.16 (5)2000.
- 22.Aguilar Valdez Juan, et al.factoros de riesgo asociados con el bajo peso al nacer.Minicipio Boyeros.1994-1995.Rev.Cub.Hig.37 (3)1999.
- 23.Duanis Neyra Lic.Norbelis , Neyra Álvarez lic Adela.Factores que inciden en el bajo peso al nacer.Rev.Cub.Enf14(3)1998
- 24.Domínguez Basalto Magalis, et al.Factores de riesgo del bajo peso al nacer.Rev.Cub.MGI12(3)1996.

25. Infomed. Medicina Familiar en el municipio 10 de octubre y su repercusión en la salud infantil. Rev. Cub. hig. 40 (2) 2002.
26. Suárez Trujillo Idalmis, Castro Mela Ines. Intervención en mujeres con algunos factores de riesgo de bajo peso al nacer. Rev. Cub. San. 1 (1) 1997.
27. Infomed. El recién nacido bajo peso; comportamiento de algunos factores de riesgo. Rev. Cub. MGI. 12 (1) 1997.
28. Infomed. Morbilidad y mortalidad en el embarazo precoz. Rev. Cub. Gin. 24 (3) 1998.
29. Rodríguez García Francisco, et al. Bajo peso al nacer y embarazo en 5 consultorios. Rev. Cub. MGI. 11 (3) 1995.
30. Prado Olivares Leticia, et al. Bajo peso al nacer, aspectos de interés. Rev. Cub. MGI. 12 (3) 1996.
31. Soto Soto Francisco, et al. Variaciones del estado nutricional de las embarazadas desnutridas y su repercusión en el bajo peso al nacer. Rev. Cub. San. 6 (1) 2002.
32. De la Caridad Prendes Marianela, et al. Estado nutricional materno y el peso al nacer. Rev. Cub. MGI. 17 (1) 2001.
33. Ponce Calderón Orlando, et al. Valoración antropométrica en el recién nacido bajo peso. Rev. Cub. MGI. 16 (1) 2000.
34. Martínez Barroso María Teresa, et al. Ganancia de peso materno: relación con el peso del recién nacido. Rev. Cub. Gin. 25 (2) 1999.
35. Alonso Uria Rosa María, González Hernández Alina, Vasallo Pastor Nancy. Incidencia y mortalidad del recién nacido bajo peso. Rev. Cub. Ped. 73 (4) 2001.
36. Chaviano Quesada Juan, Fabregat Rodríguez María Gloria. Distribución del bajo peso al nacer según algunas características en los territorios. Rev. Cub. Ali. 15 (2) 2001.

IX-ANEXO

ENCUESTA

CMF.....

1. Edad.....

2. Residencia: urbana..... Rural.....

3. Estado Civil: Con unión estable..... Sin unión estable.....

4. Escolaridad:

4.1. Primaria.....

4.2. Secundaria.....

4.3. Pre-universitaria.....

4.4. Universitaria.....

5. Hábitos tóxicos:

5.1. Café: Algunas veces..... Todos los días.....Varias veces.....

5.2. Alcohol: Algunas veces..... Todos los días.....Varias Veces.....

5.3. Cigarro: Algunas veces.....Todos los días.....Varias veces.....

6. Condiciones socioeconómicas:

6.1. Salario.....

6.2. Tipo de casa:

6.3. Número de personas que conviven en el hogar:.....

7. Partos anteriores Si..... No.....Número de hijos.....

8. Antecedentes de niños con bajo peso: si..... No.....

9. Enfermedad Crónica de la madre:

- 9.1. Hipertensión arterial.....
- 9.2. Asma Bronquial.....
- 9.3. Diabetes Mellitus.....
- 9.4. Ninguna.....

- | | Positivas | Negativas |
|---|-----------|-----------|
| 10. Orinas | | |
| 1er trimestre..... | | |
| 2º trimestre..... | | |
| 3er trimestre..... | | |
| 11. Exudado Vaginal | | |
| 1er trimestre..... | | |
| 2o trimestre..... | | |
| 3er trimestre..... | | |
| 12. Test de aminas | | |
| 1er trimestre..... | | |
| 2º trimestre..... | | |
| 3er trimestre..... | | |
| 13. Tiempo de gestación al momento del parto..... | | Semanas. |
| 14. Clasificación según índice de masa corporal: | | |
| 14.1. Bajo peso..... | | |
| 14.2. Normo peso..... | | |
| 14.3. Sobre peso..... | | |
| 15. Peso del recién nacido..... | | g. |
| 16. Resultado de la hemoglobina..... | | g/l. |