

República de Cuba
Universidad de Ciencias Médicas de Ciego de Ávila.
Policlínica General Integral Mario Hernández Pedraza.

Comportamiento de los principales factores de riesgos que influyen en el Bajo
Peso al Nacer en Florencia.

Tesis en opción a optar por el título de médico especialista de primer grado en
Medicina General Integral.

Autora: Dra. Milay Santos Puente.

Florencia, 2017

República de Cuba
Universidad de Ciencias Médica de Ciego de Ávila.
Policlínica General Integral Mario Hernández Pedraza.

Comportamiento de los principales factores de riesgos que influyen en el Bajo
Peso al Nacer en Florencia.

Tesis en opción a optar por el título de médico especialista de primer grado en
Medicina General Integral.

Autora: Milay Santos Puente.
Residente de 2do año de la especialidad de MGI.

Tutora: Dra. Ivonne González Guerra.
Especialista de Primer grado en Pediatría.
Policlínico General Integral de Florencia “Mario Hernández Pedraza”.

RESUMEN:

Se realizó un estudio observacional descriptivo, prospectivo, con el objetivo de caracterizar el comportamiento de los factores de riesgo del Bajo Peso al Nacer en Florencia en el período comprendido entre septiembre de 2016 y enero de 2017. El problema fue; ¿Cuál es el comportamiento de los factores de riesgo que influyen en el Bajo Peso al Nacer? Y el objetivo: Caracterizar el comportamiento de los factores de riesgo del Bajo Peso al Nacer en Florencia en el período comprendido entre septiembre de 2016 y enero de 2017. El universo de estudio estuvo constituido por las 142 puérperas existentes durante esta etapa. Se tomó como muestra a las 14 portadoras de Bajo Peso al Nacer de Florencia. Los factores de riesgo fundamentales identificado, asociados al Bajo peso al Nacer, fueron el hábito de fumar, la Pielonefritis aguda, la Hipertensión arterial, las Infecciones cérvico- vaginales y la Diabetes Mellitus.

Palabras Claves: Bajo Peso al Nacer, Pielonefritis.

Floencia, 2017

ÍNDICE

	PÁGINAS
I. INTRODUCCIÓN.....	1
II. MARCO TEÓRICO.....	4
III. MATERIALES Y MÉTODOS.....	9
IV. RESULTADOS Y DISCUSIÓN.....	15
V. CONCLUSIONES.....	25
VI. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	26
VII. ANEXOS	

INTRODUCCIÓN:

El nacimiento de un niño con peso inferior a los 2500 g continúa siendo motivo de preocupación para obstetras y neonatólogos, si analizamos que a nivel mundial 1 de cada 6 niños nace con peso insuficiente lo cual es de causa multifactorial, pues se debe tanto a causas maternas, fetales, así como ambientales⁽¹⁾

Su importancia no solo radica en lo que significa para la morbilidad y mortalidad infantil sino que estos niños tienen habitualmente múltiples problemas posteriores, tanto en el período perinatal, como en la niñez y aún en la edad adulta, tales como la mala adaptación al medio ambiente, así como diferentes impedimentos físicos y mentales que se hacen evidentes al llegar a la edad escolar, si la causa del bajo peso ha sido un retardo del crecimiento intrauterino este puede hacerse irreversible después del nacimiento y acompañarse de funciones mentales inferiores a las normales y de secuelas neurológicas e intelectuales. Todo esto hace que el bajo peso al nacer constituya una preocupación mundial, y sea más frecuente en los países subdesarrollados. (2)

La reducción de la mortalidad infantil en el mundo ha sido uno de los objetivos trazados por los organismos internacionales (OMS/OPS/UNICEF) desde su creación. Sin dudas el trabajo desplegado ha tenido logros que son inobjetables, pues en los últimos 40 años, ésta se ha ido reduciendo progresivamente, tanto en los países desarrollados, como en los subdesarrollados, aunque todavía existe un número considerable de naciones que la mantienen elevada.

La mortalidad infantil mide el riesgo de morir de los menores de 1 año, y se considera un indicador que sirve para evaluar el desarrollo de la salud pública de un país. En los albores de un nuevo milenio hay países como Finlandia, Japón, Suecia, Suiza, Holanda, Alemania, Austria y otros, que muestran cifras entre 4,0 y 5,0 defunciones por cada 1 000 nacidos vivos, lo que plantea un reto a lograr en los próximos años y a la vez nos señala cuánto se puede hacer para continuar reduciéndola:

Se plantea que la mortalidad infantil es 40 veces mayor en los recién nacidos de bajo peso (RNBP) que en los niños nacidos con peso normal y a término. La OMS reporta un índice de 17% a nivel mundial. (3)

En la actualidad está demostrado que aquellos países que presentan tasas de Parto pretérmino más altas tienen tasas más elevadas de mortalidad infantil.

El peso al nacer es probablemente la medida antropométrica más rutinariamente tomada, y es utilizada por clínicos, investigadores y planificadores de salud pública para una gran variedad de propósitos que incluyen:

- Establecimiento de las necesidades energéticas del recién nacido
- Pesquisaje de los neonatos de alto riesgo
- Monitoreo de salud
- Estado nutricional de los recién nacidos bajo peso.

En Cuba, un país subdesarrollado, con grandes problemas económicos, se ha desarrollado un Sistema Único de Salud con una infraestructura sólida que ha permitido realizar un trabajo muy serio para reducir la mortalidad infantil.

La situación del BPN en Cuba va disminuyendo ya que en 2011 tuvimos un total de 7023 para un 5,3% y en 2014 hubo cifra de 6509 para un 5,3% lo que demuestra el descenso favorable que ha tenido la tasa en nuestro país. En este último año la provincia de Ciego de Ávila ocupaba el cuarto lugar como la provincia con bajo porcentaje de BPN con 4.3%. En el Municipio de Florencia el índice de bajo peso al nacer se ha comportado, en el territorio, de la siguiente forma, de acuerdo con consideraciones clínico-epidemiológicas al efecto. Así, los datos son los siguientes: en el 2014 el índice era de 6%, mientras que en 2015 con un total 199 nacimientos 16 nacieron bajo peso para un índice 8% y en el 2016 el índice de bajo peso al nacer fue de 9.1%, el cual aumentó en relación con los años anteriores.(4)

Problema científico: ¿Cuál es el comportamiento de los factores de riesgo que influyen en el Bajo Peso al Nacer?

Objetivo General:

Caracterizar el comportamiento de los factores de riesgo del Bajo Peso al Nacer en el Consejo Popular de Florencia en el período comprendido entre septiembre de 2016 hasta Enero del 2017.

Objetivos Específicos:

1. Determinar la relación del Bajo Peso al Nacer con algunos factores demográficos y Psicosociales: edad materna, nivel de escolaridad y ocupación.
2. Identificar la relación del Bajo Peso al Nacer con procesos asociados, durante el embarazo, al Bajo peso al Nacer.
3. Relacionar el Bajo Peso al Nacer con antecedentes obstétricos, tales como período intergenésico.
4. Precisar la relación del Bajo Peso al Nacer con Factores Nutricionales Maternos.
5. Identificar las enfermedades relacionadas con el Bajo Peso al Nacer.

MARCO TEÓRICO:

Aunque hasta fines del siglo XIX no se comenzó a pesar a los recién nacidos, la observación de que la probabilidad de sobrevivir estaba estrechamente relacionada con su peso al nacer se conocía desde algunos siglos antes.

La definición de prematuro recomendada por la World Health Assemanasbly (1948) y el Expert Group on Prematurity (OMS, 1950) se ha remplazado por el término de recién nacidos de bajo peso (OMS, 1961); o sea, cualquier niño que pese 2 500 g o menos se reconoce ahora como un niño de bajo peso. En el XXI Congreso Europeo de Medicina Perinatal (Londres, 1970), se decidió que el peso al nacimiento debiera relacionarse con la edad gestacional y que los niños nacidos antes de las 37 semanas completas de gestación deberían llamarse neonatos pretérmino. Esto, por tanto, divide a los recién nacidos de bajo peso en dos grupos:

- Recién nacidos pretérmino, que son aquellos que nacen antes de la semana 37 del embarazo. Más de 60 % de los bebés que nacen con peso bajo son prematuros. Cuanto antes nace un bebé, menos probable es que pese lo suficiente y mayor es el riesgo de que tenga problemas de salud.(5)
- Recién nacidos a término con peso inferior a 2 500 g, son los que nacen al terminar el ciclo de gestación, pero pesan menos de lo normal. Este problema es debido a un crecimiento inadecuado dentro del vientre.(6)

Hay algunos bebés que son prematuros y también de crecimiento retrasado. Estos bebés corren el riesgo de experimentar muchos problemas vinculados a su bajo peso. El Bajo Peso al nacer es una condición de los recién nacidos identificada desde hace mucho tiempo por la medicina como una de las principales causas de morbi-mortalidad infantil y con el desarrollo de la medicina perinatal como causa de retraso psicomotor de los infantes en etapas posteriores de la vida.(7)

En 1982, varios investigadores notificaron que la proporción de BPN en el mundo oscilaba entre 3 y 43%. En los países desarrollados, la incidencia, 1998 BPN se encontraba entre 3,6 y 7,4%, mientras que en países de Asia Sudoriental dicha

incidencia variaba de 20 a 43%. Los porcentajes de muertes infantiles atribuibles a BPN en los países en desarrollo están subestimados como consecuencia de la alta prevalencia de enfermedades infecciosas notificada en ellos. Si se tiene en cuenta que más de 90% de los niños con bajo peso nacen en esos países, es fácil comprender la influencia que en ellos ejerce el BPN en la mortalidad infantil. Por otro lado, la incidencia mundial de BPN en 1990 fue de 17%. Todos los años nacen 30 millones de niños con un peso inferior a los 2500g (5,5libras), lo que equivale al 23,8% de todos los nacimientos del mundo en desarrollo, es decir, una tasa que triplica el nivel de los países industrializados al 7%. En Sierra Leona, existe una elevada proporción de recién nacido bajo peso (23%). En Gambia se ha reducido de un 26% en 1996 al 17% en el 2005. La Organización Mundial de la Salud (OMS) plantea que 1 de cada 6 niños nace con bajo peso, y se reporta un índice del 17 % al nivel mundial, aportando el mayor número los países en vía de desarrollo con un 17 %, y en los menos desarrollados un 18 %. De los millones de nacimientos con bajo peso que se calcula se producen todos los años en el mundo actual en desarrollo, más de la mitad ocurren en Asia Meridional y más de una tercera parte en África. En cambio, el bajo peso al nacer en los países industrializados presenta un promedio de 7 %, es decir, igual al de Asia Oriental y el Pacífico. Algunos países han progresado en la reducción del bajo peso al nacer, en Cuba, por ejemplo, en el año 1975 el índice de bajo peso al nacer era de un 11,4%. En el 2001 presentó un índice de 5,9% y en el 2014 fue de un 5,3%. Cifra que nos mantiene entre los 5 grupos de países con indicadores más bajos del mundo. Datos más recientes indican que en nuestro país la tasa de nacimiento de niños con bajo peso es de alrededor de 7%, Brasil un 6%, México un 14%, y Guatemala presenta la tasa más elevada con 23%. La incidencia más reducida (4 %) se registra en Estonia, Finlandia, Islandia, Lituania y Suecia. (6) Es necesario señalar que a pesar de ser Cuba un país en vías de desarrollo, el índice de bajo peso al nacer se comporta similar e incluso más bajo que el de países industrializados.

El bajo peso al nacer está considerado como uno de los problemas de salud materno infantil más importante en los países desarrollados y en vías de

desarrollo, cuya tendencia al incremento observado en los últimos años indica que es necesario redoblar los esfuerzos en la identificación temprana de las embarazadas con alto riesgo de tener un producto con estas características.

Los factores más importantes asociados con el BPN pueden clasificarse en cuatro grupos generales:

- ✓ Demográficos
- ✓ Médicos
- ✓ Conductuales
- ✓ Ambientales.

Los demográficos, tales como Clase social, grupo étnico o raza, nivel educacional materno, estado civil, edad materna (menores de 18 años y mayores de 35 años) la edad óptima para la procreación varía de 20 a 35 años; con un margen mayor de riesgo para las que estén fuera de estas edades.(9-12)

En el caso de las menores de 19 años: Las adolescentes no se encuentran aptas para la gestación, ya que sus órganos se encuentran inmaduros. No tiene generalmente independencia económica. No han concluido sus estudios. No alcanzan la madurez psicológica. (8)

En el caso de las mayores de 35 años. Se considera el envejecimiento del sistema reproductor. Mayor frecuencia de enfermedades crónicas.

Las mujeres de menos de 17 años o de más de 35, las mujeres solteras y las que han tenido un nacimiento prematuro con anterioridad corren un mayor riesgo de tener un bebé de bajo peso. Es probable que las adolescentes no tengan buenos hábitos con respecto a la salud. A su vez, las mujeres que sufren un excesivo nivel de estrés y las víctimas de la violencia familiar u otras formas de abuso pueden correr mayores riesgos de tener un bebé de bajo peso.(8) Otros factores son la ocupación, estrés psicosocial y gestación no planeada.

Entre los factores médicos: Pre-gestacionales, BPN en partos previos, la multiparidad con más de 5 embarazos constituye un riesgo. , enfermedades crónicas (como por ejemplo Diabetes mellitus y HTA, entre otras), estado nutricional ya que una mujer que llega desnutrida o se desnutre en el embarazo puede tener complicaciones durante este y el parto. Las gestantes que han comenzado su embarazo con falta de peso en relación con el peso estándar para su talla, presentan mayores probabilidades de tener niños con bajo peso, que las madres que comienzan su embarazo con el peso ideal para su talla. Esto está relacionado con afecciones tales como la anemia, sepsis urinaria y asma bronquial (11,13, 14).

El embarazo múltiple, período intergenésico corto, insuficiente aumento de peso, pre- eclampsia, eclampsia, disfunciones de la placenta y sus membranas, infección materna, malformación congénita, infección del tracto urogenital y el parto pre-término (antes de las 37 semanas de embarazo), el cual este último se asocia a procesos en los que existe incapacidad por parte del útero para retener el feto, interferencias con el embarazo, desprendimiento precoz de la placenta, o estímulos que produzcan contracciones uterinas precoces y efectivas. La restricción del crecimiento intrauterino se relaciona con procesos que interfieren con la circulación y eficacia de la placenta, con el desarrollo o crecimiento del feto.(14)

El hábito de fumar provoca mayor contractilidad uterina, vasoconstricción que produce disminución del aporte de oxígeno y nutrientes al feto; efecto tóxico directo de los derivados del tabaco y de CO₂. (12)

Algunos autores plantean que puede existir una disminución del peso en los hijos de madres fumadoras de 170g aproximadamente. Otros afirman que el menor peso al nacer en los niños cuyas madres han fumado durante el embarazo se debe probablemente por la elevada concentración de carboxihemoglobina en la sangre del feto que es muy superior a la presente en la sangre periférica de la madre. (14,15)

Se ha demostrado que los hijos de las mujeres fumadoras pesan al nacer un promedio de 200 a 300g menos que los descendientes de mujeres no fumadoras. Esta valoración de la pérdida de peso es la más utilizada. En el total de las personas encuestadas que informaron conocer los efectos dañinos del tabaquismo durante el embarazo fue de 1.3%. Las gestantes que han ingerido alcohol durante este periodo tienen antecedentes obstétricos desfavorables de muertes perinatales o infantiles, bajo peso al nacer, malformaciones congénitas e hijos con alguna enfermedad congénita importante. (15,16)

Otros factores importantes es la anemia, tener el antecedente de abortos provocados, la talla materna inferior a 150cm y los ambientales, tales como la estación del año y altura sobre el nivel del mar.(17)

Dada la magnitud y el considerable número que aportan los recién nacidos con peso deficiente a la morbilidad perinatal, la autora se propuso investigar como inciden algunos factores asociados al embarazo en relación al bajo peso del recién nacido.

MATERIALES Y MÉTODOS:

Se realizó una investigación observacional descriptiva, transversalprospectiva para conocer la relación entre algunos factores asociados al embarazo y la aparición de recién nacidos bajo peso en Florencia en el período comprendido entre septiembre de 2016 hasta Enero del 2017.

El Universo de estudio estuvo constituido por las 142 puérperas existentes durante este período. Se tomó como muestra a las 14 portadoras de Bajo Peso al Nacer de Florencia.

OPERACIONALIZACIÓN DE LAS VARIABLES

Variable	Tipo	Operacionalización	
		Escala	Descripción
Edad de la madre	Cuantitativa continua discreta	<ul style="list-style-type: none">➤ ≤18 años➤ 19 y 34 años➤ Más de 35 años	Según años cumplidos en la captación
Escolaridad	Variable cualitativa ordinal	<ul style="list-style-type: none">➤ Primaria➤ Secundaria básica➤ Preuniversitario➤ Universitario	Según nivel escolar vencido
Ocupación	Variable cualitativa ordinal	<ul style="list-style-type: none">➤ Trabaja➤ Ama de casa	Según vínculo laboral o no que mantenga

Hábito de Fumar	Variable cualitativa continua	Fumadora No fumadora	Al menos 1 cigarro por día---- No es fumador pasivo----- No fuma-----																									
Ganancia peso	Cuantitativa continua.	<table><tr><td>IMC(peso Kg/talla m2)a la captación</td><td colspan="4"></td><td rowspan="5">Según criterio de ganancia de peso mínimas obtenida durante la gestación recogido en las tablas antropométricas de la embarazada</td></tr><tr><td>Ganancia de pesoKg</td><td>Peso deficiente</td><td>adecuado</td><td>sobrepeso</td><td>obesa</td></tr><tr><td>Semana 20</td><td>3.7</td><td>3.3</td><td>2.9</td><td>1.5</td></tr><tr><td>Semana 30</td><td>8.9</td><td>8.1</td><td>7.0</td><td>3.6</td></tr><tr><td>Total</td><td>14.2</td><td>12.8</td><td>11.2</td><td>5.8</td></tr></table>	IMC(peso Kg/talla m2)a la captación					Según criterio de ganancia de peso mínimas obtenida durante la gestación recogido en las tablas antropométricas de la embarazada	Ganancia de pesoKg	Peso deficiente	adecuado	sobrepeso	obesa	Semana 20	3.7	3.3	2.9	1.5	Semana 30	8.9	8.1	7.0	3.6	Total	14.2	12.8	11.2	5.8
IMC(peso Kg/talla m2)a la captación					Según criterio de ganancia de peso mínimas obtenida durante la gestación recogido en las tablas antropométricas de la embarazada																							
Ganancia de pesoKg	Peso deficiente	adecuado	sobrepeso	obesa																								
Semana 20	3.7	3.3	2.9	1.5																								
Semana 30	8.9	8.1	7.0	3.6																								
Total	14.2	12.8	11.2	5.8																								
Hipertensión Arterial Crónica	Cualitativa nominal Dicotómica	SI NO	Antecedente de HTA pre- gestacional Ningún antecedente de HTA pre- gestacional																									
Anemia	Cualitativa nominal	SI	Según existencia gestacionalde Hemoglobina <11.0g/l y/o Hematocrito <34% en el tercer trimestre de la																									

	Dicotómica	NO	gestación. Hemoglobina y Hematocrito en el tercer trimestre dentro de los límites normales. Para Hemoglobina >11.0g/L y Hematocrito >34%
Sepsis vaginal	Cualitativa nominal dicotómica	Si No	Según presencia de positividad del exudado vaginal de gérmenes y/o criterios clínicos asociados a dichas entidades. Exudado vaginal negativo y la ausencia de signos clínicos.
Pielonefritis aguda	Cualitativa nominal dicotómica	SI NO	Se considera patológico si Urocultivo con más de 100000 colonias /ml. Urocultivo con menos de 100000 colonias/ml
Diabetes Mellitus Gestacional	Cualitativa nominal Dicotómica	SI NO	Dos o + glucemias en ayunas iguales o superiores a 5,6 mmol/L (101 mg/dl) PTG patológica. Valor a las 2 horas de una sobrecarga de 75 gramos de glucosa igual o superior a 140 mg/dl (7,8 mmol/L), en plasma venoso. Glucemias en ayuna menores de 5.6 mmol/L
Rotura Prematura de membrana	Cualitativa nominal	Si	Es la solución de la continuidad de las membranas ovulares, antes del inicio del trabajo de parto, acompañada de salida

	Dicotómica		del líquido amniótico en un embarazo pretérmino.
		No	Es la continuidad de las membranas ovulares hasta el término de parto.

Métodos teóricos.

-Análisis-síntesis: Para la interpretación y resumen de los contenidos tanto de la revisión bibliográfica como de los resultados de la investigación.

-Inductivo-deductivo: Para realizar inferencias lógicas sobre los contenidos de la investigación.

-Histórico-lógico: Para seleccionar la información de mayor valor que permita sistematizar los conocimientos sobre Bajo peso al Nacer.

Métodos empíricos:

-Análisis documental: Para obtener información de las historias clínicas y carnés obstétricos.

-Encuesta: Para obtener información relacionada con los factores de riesgo del Bajo Peso al Nacer.

Métodos de procesamiento de la información y técnicas a utilizar.

Para ello se emplearon los métodos de la estadística descriptiva. Los datos fueron organizados, clasificados y resumidos adecuadamente para un mejor análisis de la información obtenida y se transcribieron a un modelo de datos con las variables y categorías definidas. Para el procesamiento de la información se utilizaron los cálculos matemáticos. Los resultados se reflejaron de forma tabular para facilitar su análisis e interpretación, para arribar a conclusiones. Se utilizó el porcentaje y los números absolutos como medidas de resumen..

Técnicas y procedimientos de recolección de la información.

En todo el proceso de planificación de la investigación se llevó a cabo una revisión exhaustiva de la bibliografía actualizada sobre el tema para la conformación teórico-conceptual del estudio.

La técnica de recolección de la información utilizada fue la encuesta y el análisis documental. De acuerdo con los objetivos propuestos se confeccionó un cuestionario para la obtención de los datos primarios (anexos), a través del estudio de las historias clínicas y el carné obstétrico de las embarazadas. También se ejecutaron trabajos de terreno para valorar condiciones de vida. Se previó para la pesquisa masiva la edad, peso, talla, hábitos tóxicos, antecedentes patológicos personales y familiares y la indicación de exámenes clínicos y complementarios.

Se realizó el análisis estadístico de los resultados, utilizando tablas elaboradas al efecto y se resumieron utilizando número y por ciento.

Se emitieron conclusiones en correspondencia con los objetivos propuestos en la investigación.

Aspectos éticos

En todo momento se tuvo en cuenta el consentimiento y la cooperación voluntaria de los pacientes para la recogida de información cumpliendo los principios de la ética médica socialista.

RESULTADOS Y DISCUSIÓN:

Tabla 1: La edad materna y su relación con el bajo peso al nacer.

Edad	Casos	
	No.	%
Menos de 18	2	14,3
19- 34	7	50
35 y más	5	35,7
Total	14	100

Fuente: Historia Clínica Obstétrica y Encuesta

Al analizar la relación entre la edad materna y el bajo peso del recién nacido se observa como la mayoría de las embarazadas estudiadas (50%) tienen edad óptima entre 19-34años para la fecundidad y solo el (14,3) del total son menores de 18 años y el 35,7% mayores de 35 años.

En esta investigación no hay relación entre la edad materna y el peso de los neonatos, lo que no se corresponde con la bibliografía revisada.

Martín Blanco y col. en su estudio señala en coincidencia con lo encontrado en la presente investigación un predominio de los Recién Nacidos Bajo Peso en mujeres cuyas edades oscilaron entre 25 y 29 años¹⁸.

La mayoría de los autores señalan que las edades precoces (menores de 18 años) así como las tardías (mayores de 35 años) representan un factor de riesgo ya que producen afectaciones en el peso del neonato. (19,20)

Orea Cordero, al igual que la autora de esta investigación, halló que la maternidad tardía tuvo más presencia entre las madres de sus recién nacidos bajo peso que las adolescentes¹⁶.

Tabla 2: Relación de la escolaridad materna y el bajo peso al nacer.

Nivel de Escolaridad	No.	%
Primaria terminada	2	14,3
Secundaria Básica	9	64,4
Pre-Universitario	2	14,3
Universitarias	1	7
TOTAL	14	100

Fuente: Historia Clínica Obstétrica y Encuesta

En el análisis de los resultados que aporta esta tabla se observa que el 14,3% tiene enseñanza primaria, el 64,4% de las madres tiene enseñanza secundaria terminada, el 14,3% enseñanza media superior y el 7% educación superior. Por lo que en este estudio no guarda relación el nivel de escolaridad y el bajo peso al nacer. La literatura especializada revisada, coincide en que a menor nivel de escolaridad de la madre es mayor la probabilidad de tener un recién nacido bajo peso⁽²⁰⁾

En este estudio se presenta la contradicción de que a pesar del nivel escolar relativamente alto de las portadoras de Bajo Peso al Nacer, existen varios casos que no cumplen con el precepto señalado en ⁽²⁰⁾.

Tabla 3: Relación entre vínculo laboral de la madre y el Bajo Peso al Nacer

OCUPACIÓN	No.	%
AMAS DECASA	7	50
TRABAJADORAS	7	50
TOTAL	14	100

Fuente: Historia Clínica Obstétrica y Encuesta

Entre los resultados reflejados en la investigación no existe relación entre el vínculo laboral y el bajo peso al nacer ya que las madres trabajadoras representan el 50% al igual que las amas de casa.

Aunque John Meyer de la Universidad Connecticut, plantea en su investigación el efecto beneficioso que podría tener el trabajo por la estabilidad económica que este supone, encontró mayor riesgo de Bajo Peso al Nacer en aquellos trabajos de gran stress y de mayor esfuerzo físico.²¹

Tabla 4: Relación entre el hábito de fumar y el Bajo Peso al Nacer.

Hábito de fumar	No.	%
No fumadoras	5	35,6
Fumadoras	9	64,4
TOTAL	14	100

Fuente: Historia Clínica Obstétrica y Encuesta

Como se puede observar en la tabla anterior el hábito de fumar en el embarazo es un factor negativo, conocido y muy estudiado que se relaciona con la ocurrencia de bajo peso. De las 14 gestantes estudiadas 9 son fumadoras activas representando el 64,4% por lo que la autora lo considera como factor de riesgo

para el bajo peso al nacer. Las otras 5 madres con recién nacidos con bajo peso fueron no fumadoras para un 35,6%.

Este estudio coincide con varios de los autores revisados en plantear la asociación entre Bajo Peso al Nacer y el hábito de fumar, existiendo una disminución del peso en los hijos de madres fumadoras, probablemente debido a la hipoxia que produce la libre penetración del monóxido de carbono a través de la placenta¹⁴.

Tabla 5: Relación entre el período intergenésico y el peso al nacer.

Intervalo entre los embarazos anteriores	No.	%
Menor de 2 años	3	21,4
Mayor de 2 años	4	28,6
No embarazos anteriores	7	50
TOTAL	14	100

Fuente: Historia Clínica Obstétrica y Encuesta

En cuanto al Período Intergenésico 14 de las gestantes estudiadas 7 no tuvieron embarazo anterior que representa el 50%, 4 tenían un período mayor de 2 años para un 28,6% y 3 un período menor de 2 años para un 21,4%. De acuerdo con lo observado en la tabla anterior los resultados arrojados por este estudio no se relacionan con el Bajo Peso al Nacer.

Teniendo en cuenta que, según la literatura revisada, el peso de los recién nacidos se incrementa en relación con el número de gestaciones hasta aproximadamente el cuarto embarazo, momento a partir del cual el peso irá disminuyendo y que en un período intergenésico superior a los dos años permite una mejor reposición de las reservas metabólicas maternas para gestaciones venideras.(15)

Tabla 6: Relación de la valoración nutricional al inicio del embarazo y el bajo peso al nacer.

Valoración nutricional	Casos	
	No.	%
Bajo peso	5	35,7
Normopeso	7	50
Sobrepeso	2	14,3
Obesas	-	-
Total	14	100

Fuente: Historia Clínica Obstétrica y Encuesta

De las 14 gestantes estudiadas con recién nacidos bajo peso, 7 estaban normopeso representando el 50% de la muestra, 5 estaban bajo peso para el 35,7% y sobrepeso 2 para el 14,3%. En este estudio no existe relación entre el Bajo Peso al Nacer y la valoración nutricional de la madre al inicio de la gestación.

Los hallazgos de esta investigación coinciden con estudios realizados con otros estudios foráneos²².

La malnutrición materna aguda e intensa causa una reducción de alrededor del 10 % del peso medio al nacer.(23)

Tabla 7: Relación entre la ganancia de peso de la embarazada y el peso al nacer.

Ganancia de peso	No.	%
Insuficiente	4	28,6
Normal	7	50
Aumentada	3	21,4
TOTAL	14	100

Fuente: Historia Clínica Obstétrica y Encuesta

En cuanto a la ganancia de peso del total de las 14 gestantes estudiadas 4 presentaron una insuficiente ganancia de peso para un 28,6%, 7 tenían una ganancia normal de peso (50%) y 3 con una ganancia aumentada de peso para un 21,4% de la muestra. Por lo que en este trabajo se aprecia que existe relación entre la ganancia de peso insuficiente en el embarazo y el nacimiento bajo peso cual está acorde con estudios anteriores.

La ganancia de peso de la embarazada durante la gestación constituye un relevante factor estrechamente relacionado con el peso del producto al nacer y muchos son los estudios que avalan tal afirmación, por lo cual ha quedado demostrado que peso materno por debajo del percentil 10 implicaría una elevada probabilidad de Bajo Peso al Nacer. (23)

Tabla 8: Relación entre la Anemia en el embarazo y el Bajo Peso al Nacer.

Cifras de hemoglobina	No.	%
Menor de 70 g/l	0	0
70- 99 g/l	2	14,3
100- 109 g/l	5	35,7
Mayor de 110 g/l	7	50
TOTAL	14	100

Fuente: Historia Clínica Obstétrica y Encuesta

Al analizar los resultados de nuestro trabajo se aprecia como 7 embarazadas de las 14 tenían cifras de hemoglobina de 11,0g/l o más, para un 50%. Solo 2 embarazada, que representa el 14,3% tuvo cifras de hemoglobina entre de 70-99g/l en el tercer trimestre de su embarazo y 5 tuvieron una hemoglobina entre 100-109g/l para un 35,7%.

La ocurrencia de anemia en el embarazo es por muchos autores señalada como un factor directamente relacionado con el peso al nacer, incluso en muchos trabajos se establece a la cifras de hemoglobina que tiene la embarazada el peso aproximado que deja de ganar el feto, por ejemplo, se dice que por cada gramo de hemoglobina por debajo de 10,0g/l el recién nacido pesará de 400 a 500g menos que el peso con el que normalmente debe nacer, si la anemia no es corregida.(6,11,13)

Tabla 9: Relación entre las principales enfermedades asociadas al embarazo y el Bajo Peso al Nacer.

Enfermedades	No.	%
Ninguna	2	14,3
HTA Crónica	4	28,6
Pielonefritis Aguda	5	35,7
Diabetes Mellitus Gestacional	3	21,4

Fuente: Historia Clínica Obstétrica

En esta tabla se puede apreciar la relación de las gestantes que tuvieron recién nacidos bajo peso con otras enfermedades. De las 14 gestantes 5 de las pacientes padecieron de Pielonefritis aguda para un 35,7% y de Hipertensión Arterial Crónica 4 con un 28,6%. También se relaciona la Diabetes Mellitus con un 21,4% de la muestra.

Esta investigación coincide con otros autores puesto que, cerca del 40 % de las gestantes portadoras de bacteriuria asintomática no tratada pueden desarrollar infecciones sintomáticas en vejiga o riñones (cistitis aguda o Pielonefritis). Ambas son halladas en aproximadamente 1% de embarazadas, de no ser tratada a tiempo puede provocar un parto pretérmino.(24)

Vázquez Niebla en un estudio³³ en el Hospital “América Arias” encontró que en las pacientes con pre-eclampsia el bajo peso fue 2.27 veces más probable (con asociación altamente significativa) que en el resto, (pretérmino 1.83 y CIUR 2.24)

Tabla 10: Relación de procesos asociados al embarazo con el Bajo Peso al Nacer.

Procesos presentes en el embarazo	No.	%
Rotura prematura de membrana	4	28,6
Infecciones cérvico - vaginal	7	50
Ninguna	3	21,4
TOTAL	14	100

Fuente: Historia Clínica Obstétrica y Encuesta.

Los resultados de esta tabla muestran algunos procesos que se relacionan con el peso del recién nacido, tal es el caso de la Infección cérvico-vaginal con 50% causante del bajo peso al nacer, la rotura prematura de membrana con 4 gestante para un 28,6% y el 21,4% correspondiente a 3 de las gestantes no padecían ninguna de las condiciones asociadas.

La Sepsis Vaginal 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 bajo peso al nacer. 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 aparato urogenital.²⁶

CONCLUSIONES:

Los principales factores de riesgos relacionados con el Bajo Peso al Nacer en Florencia son el hábito de fumar, la Pielonefritis aguda, la Hipertensión arterial, las Infecciones cérvico- vaginales y la Diabetes Mellitus gestacional.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS:

1. Ardura J., Argemí J. Villa-Elízaga I. M. Cruz Tratado de Pediatría. Edición 7. Ciudad de La Habana: Ciencias Médicas; 2011. Parte I. (40):109-117.
2. Anastos K. et al, El niño nacido prematuro, consecuencias. Network en español. 2012; 24(17):23-24.
3. Álvarez Sintés R, Hernández Cabrera G, García R.D. Medicina General Integral. Primera Edición, 2001. Tercera Reimpresión, 2007. Ciudad de La Habana: Ciencias Médicas; 2013. Parte I (36):514-520
4. Ministerio de salud pública. Dirección de registros médicos y estadísticas de salud. Anuario Estadístico de Salud 2015. La Habana, 2016. (93): 113
5. Beltrán MS, Ávila Vergara MA, Vadillo Ortega F, Hernández Guerrero C, Peraza Garay F, Olivares Morales S, et al. Infección cervicovaginal como factor de riesgo para el parto pretérmino. Ginec Obstet Mex 2012; 70: 2013-09. (22)
6. www.wikipedia.org. Wikipedia, enciclopedia libre.
7. Ounted M. Factores familiares que afectan el crecimiento fetal. Public Cient; 2005.(7)
8. Pérez Ojeda R. Bajo peso al nacer y embarazo en la adolescencia en cinco consultorios del médico de la familia. Rev. Cubana Med Gen Integr 2011; 2(23):239-45.
9. Peraza Roque Georgina G., Pérez Delgado Silvia de la C., Figueroa Barreto Zoe De los A. Factores asociados al bajo peso al nacer. Rev Cubana Med Gen Integr 2013;17(29):490-6
10. Rodríguez Domínguez Pedro Lorenzo, Hernández Cabrera Jesús, Reyes Peres Adriana. Bajo peso al nacer. Algunos factores asociados a la madre. Rev Cubana Obstet Ginecol 2011; (5): 32
11. Rigor Ricardo O, Cutié León E, Santana O. Rigol Obstetricia y Ginecología. Edición I. Ciudad de La Habana: Ciencias Médicas; 2014.(39):113-117.

12. Sarmiento Portal Y. y Col. Morbilidad y Mortalidad en neonatos hijos de madres toxemias. Rev. Cubana Pediatr. 2011. 81(3) Disponible en <http://scielo.sld.cu/scielo.php>. Martínez de AJ, Sarmiento BG, Won HY. El bajo peso al nacer y su relación con los antecedentes Obstétricos. Municipio San Miguel del Padrón. Año 2010. Rev Cubana Med Gen Integr 2010; 39:(4): 356-62
13. Colectivo de autores (2012): Manual de Diagnóstico y Tratamiento de Obstetricia y Perinatología. Editorial Ciencias Médicas, La Habana.(37):9. Águila Setién S, Breto García A. Factores que inciden en bajo peso al nacer.
14. Carballoso Hernández M. Bajo peso al nacer y tabaquismo. Rev. Cubana Med Gen Integr 2005;25(28):64-9 Cruz M., Crespo M., Jiménez R. Compendio de Pediatría. Edición, 2006. Ciudad de La Habana: Ciencias Médicas;2006. (39):40-43.
15. M Couceiro, M Zimmer, M Passamai, E Villagrán. Determinantes preconcepcionales maternos del peso del recién nacido. Dialnet. ISSN 1578-2603, Vol. 23, 2011 , págs. 77-87 Disponible en <http://www.dialnet.unirioja.es>
16. Orea Cordero I. Bajo Peso al Nacer. Influencia de algunos factores de riesgo. Revista Electrónica de portalesmedicos.com. 2011. Disponible en <http://www.portalesmedicos.com/publicaciones/articles/1559/1/.html>
- 17- Castañeda, Cecilia; “Caracterización de factores de riesgo asociados al bajo peso al nacer en el Policlínico Mártires del Corynthia. 2002-2010”. Trabajo de terminación de Maestría para optar por el título de Máster en Atención Integral a la Mujer. La Habana, 2011.
18. Martín Blanco O, Aliño Santiago M. y Col. Caracterización de neonatos con peso inferior a 2000 g. Rev. Cubana Pediatr. 2011, Disponible en: <http://scielo.sld.cu/scielo.php>
- 19- Erice Calendario AL Y Col. Obstetricia y problemas más frecuentes del embarazo en: AlvarezSintesR. Temas de Medicina General Integral. La Habana ;Editorial Ciencias Medicas 2014.p 428-429.

20. Israel López José y col. Algunos Factores maternos relacionados con el recién nacido bajo peso en el policlínico Isidro de Armas. Rev. Cubana Med. Gen. Int. 2011. 26(2): Disponible em <http://scielo.sld.cu/scielo.php>
21. Meyer J. et al. Risk of Low Birth Weight Delivery by Occupation and Job Strain. 2011. Disponible en: URL: www.hsc.wvu.edu.
22. Kaiser L, Allen LH: Position of the American Dietetic Association: nutrition and lifestyle for a healthy pregnancy outcome. J. Am. Diet Assoc. 2011, 108(3) 553-561.
23. Balestena Sánchez Jorge M., Suárez Blanco Ciro M., Balestena Sánchez Sonia G. Valoración Nutricional de la Gestante. Rev Cubana Obstet Ginecol 2013; 27 (19).
24. HF Maldonado, LY Antolinez, MN C Solano... Prevalencia de bacteriuria asintomática en embarazadas de 12 a 16 semana de gestación 2010 - revistas.unab.edu.co
25. Vázquez J, Vázquez J, Namfantche J. Asociación entre la hipertensión arterial durante el embarazo, bajo peso al nacer y algunos resultados del embarazo y el parto. Rev Cubana Obstet Ginecol 2003; 29 (1). Disponible en: URL: http://bvs.sld.cu/revistas/gin/vol29_1_03/gin05103.htm
26. Cuba. Dirección Nacional de Epidemiología. Programa Nacional de prevención y control de ITS/VIH/SIDA: manejo sindrómico Del flujo vaginal en gestantes. 2011
27. Vázquez J C, Vázquez J, Rodríguez P. Epidemiología de la rotura prematura de membranas en un hospital ginecoobstétrico. Rev Cubana Obstet Ginecol 2003; 29(2) Disponible en: URL: http://bvs.sld.cu/revistas/gin/vol29_2_03/gin03203.htm