

REPUBLICA DE CUBA
UNIVERSIDAD DE CIENCIAS MÉDICAS
Dr.: JOSE ASSEF YARA

Factores de riesgos maternos relacionados con el bajo peso al nacer. Policlínico Ciro Redondo 2010

Autora: Dra. Marisleidy Caridad Irarragorri Contreras.

Tutor: Dra. Maria Teresa Cepero Val.

Especialista de 2do grado en Pediatría

Profesora Auxiliar.

Asesora. Dra. Nancy Maria Acosta Alonso

Especialista de 1er grado en Pediatría.

Profesora Auxiliar.

Resumen.

El peso al nacer es, sin duda, el determinante más importante de las posibilidades de un recién nacido de experimentar un crecimiento y desarrollo satisfactorio, es por esto que con el propósito de identificar los factores de riesgos maternos relacionado con el bajo peso al nacer en el área de salud del municipio Ciro Redondo se realizó un estudio observacional descriptivo en el período comprendido de enero 2010 a diciembre 2011. El universo de estudio estuvo constituido por las 25 madres de los recién nacidos con peso inferior a 2500 gramos, pertenecientes al área de salud Ciro Redondo, en el período antes mencionado y se concluye que el hábito de fumar es un factor de riesgo que predominó en las madres de los niños nacidos bajo peso. Las afecciones asociadas mas frecuentes en el embarazo fueron la anemia y la infección vaginal donde la mayoría de los recién nacidos bajo peso fueron producto de parto pre-término y el estado nutricional materno a la captación cuando es desfavorable, repercute negativamente en peso del recién nacido, la ganancia ponderal insuficiente durante el embarazo en un factor de riesgo materno importante en la aparición de niños bajo pesos. Recomendando diseñar una intervención educativa para aumentar el nivel de conocimientos en las gestantes sobre factores de riesgos materno modificables que influyen en el nacimiento de niños bajo peso.

Palabras clave: Recién nacidos bajo peso, factores de riesgo, anemia.

INDICE

	Paginas
INTRODUCCIÓN	1
OBJETIVOS	4
MARCO TEORICO	5
MATERIAL	Y METODO
12	
ANALISIS Y DISCUSIÓN DE LOS RESULTADOS	
17	
COMCLUCIONES	
23	
RECOMENDACIONES	
24	
REFERENCIAS	BIBLIOGRAFICAS
25	
ANEXOS	
28	

DEDICATORIA

A mis padres que hasta hoy han guiado mis pasos.

AGADECIMIENTOS

A mi familia por contar con su paciencia.

A mis profesores por su dedicación y entrega.

A Fidel por su dedicación y entrega a la Educación y perfeccionamiento de nuestro sistema de salud.

Y a todos los compañeros que contribuyeron a la realización de este trabajo.

“CUANDO MIRO A UN NIÑO ME LLENO DE ADMIRACIÓN NO
PRECISAMENTE POR LO QUE ES EN LA ACTUALIDAD, SINO POR LO QUE
PUEDE LLEGAR A SER”

LOUIS PASTEUR

INTRODUCCIÓN

El peso al nacer es, sin duda, el determinante más importante de las posibilidades de un recién nacido de experimentar un crecimiento y desarrollo satisfactorio, es por esto que actualmente se considera la tasa de recién nacido bajo peso al nacer como uno de los indicadores empleados para monitorear las metas de salud establecidas en la cumbre mundial a favor de la infancia. (1) El nacimiento de un niño con peso inferior a los 2500 g continua siendo motivo de preocupación para obstetras y neonatólogos si analizamos que a nivel mundial 1 de cada 6 niños nace con peso insuficiente lo cual es de causa multifactorial, pues se debe tanto a causas maternas como fetales, así como ambientales. (2,3)

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 periodo perinatal, como en la niñez y aún en la edad adulta, entre estos problemas se encuentra la mala adaptación al medio ambiente, así como diferentes impedimentos físicos y mentales que se hacen evidentes al llegar a la edad escolar, si la causa del bajo peso ha sido un retardo del crecimiento intrauterino este puede hacerse irreversible después del nacimiento y acompañarse de funciones mentales inferiores a las normales y de secuelas neurológicas e intelectuales. Todo esto hace que el bajo peso al nacer constituya una preocupación mundial, y sea más frecuente en los países subdesarrollados. (1,3) La salud física y mental de la futura madre, sus antecedentes patológicos, su medio social y cultural, su actividad y comportamiento influyen en la procreación y su producto. Se considera que los factores nutricionales de la madre constituyen los principales responsables del retraso del crecimiento intrauterino en países en desarrollo y que en países desarrollados sólo son desplazados por el tabaquismo. (4) La condición de bajo peso al nacer, constituye una de las principales causas de morbilidad y mortalidad infantil, por lo que la detección de factores asociados con el recién nacido con peso inferior a 2500 g resulta de gran importancia en los cuidados obstétricos. El peso al nacer se relaciona con el desarrollo del niño y su posible adaptación al ambiente. El pronóstico de los nacidos con bajo peso es motivo suficiente para tratar de prevenirlo y para ello es importante el conocimiento de

sus causas. Algunos autores consideran que este tipo de nacimiento es prevenible en un gran porcentaje si las acciones de salud se inician desde antes de la concepción. (2,4) Es innegable la influencia que el peso al nacer sobre las futuras generaciones, por lo que debe constituir la diana de los esfuerzos que el médico y la enfermera de la familia deben desarrollar en su prevención. (5) El Ministerio de Salud Pública de Cuba ha creado un programa de atención materno infantil (PAMI) que tiene como objetivo fundamental la reducción de la morbilidad y mortalidad perinatal infantil y materna lo que exige dedicación al estudio y profundización en aquellos factores que inciden desfavorablemente en el estado de salud materno infantil. El BPN constituye una preocupación mundial, y es más frecuente en los países subdesarrollados. En nuestro país su índice ha demostrado un descenso paulatino; y lento, este indicador descendió desde 11.7 % en 1974 hasta 7,3 % en 1989; pero a partir de 1990 por las condiciones económicas a las que se enfrentó el país, las cuales repercutieron en las posibilidades de nutrición de la población, el índice de bajo peso presentó un incremento que alcanzó en 1993 su cifra máxima de 9.0 %. Ante esta situación se diseñaron estrategias sanitarias que revirtieron favorablemente el cuadro de salud, tanto así que en 1996, el índice fue de 7,3 %, en 1999 de 6,5 % en 2002, de 5,3 % y como objetivo primordial llegar al 2004 con un 6,0 %. Cuando se analiza la historia natural del bajo peso al nacer se ponen de manifiesto las posibilidades de que dispone el médico de la familia para desarrollar la prevención primaria actuando en el primero y segundo nivel de atención, es decir, en la promoción de salud y en la protección específica, respectivamente, así como en la prevención terciaria: limitación del daño y rehabilitación, sin obviar su participación en el diagnóstico temprano tratamiento oportuno. (5) El índice de bajo peso al nacer se ha comportado de acuerdo con consideraciones clínico-epidemiológicas al efecto. Así, los datos son los siguientes: En el municipio Ciro Redondo las estadísticas, que se definen a continuación, muestran un comportamiento negativo con un incremento, desde el año 2008, de las medias de los nacimientos con bajo peso al nacer.

Año evaluado 2010, Registro de nacimientos con bajo peso 25. Los resultados que pueden observarse en el año en curso muestran una aproximación a la

tendencia que prevalece en los últimos 3 años. Los resultados señalados anteriormente obligan a la toma de medidas que contribuyan a la reducción del comportamiento indicado y a la preparación de algunos sectores de la población, especialmente a las madres y mujeres jóvenes, en los riesgos que resultan de partos con bajo peso. Estos argumentos justifican la necesidad de resolver el problema científico que sustenta este estudio relacionado con el hecho de que en el área de salud de Ciro redondo no se cuenta con una caracterización científicamente fundamentada sobre los factores de riesgo maternos relacionados con el bajo peso al nacer, lo que incentivó a la autora para la realización del presente trabajo.

1.2 OBJETIVOS.

I. Objetivo General:

1. Identificar los factores de riesgos maternos relacionados con el bajo peso al nacer en el área de salud Ciro Redondo en el periodo comprendido de enero 2010 a diciembre del 2011

II. Objetivos Específicos:

- 2.1. Caracterizar las madres de los niños nacidos bajo peso según:

Edad Materna.

Hábitos Tóxicos.

- 2.2. Determinar el comportamiento en las madres de los niños nacidos bajo peso las siguientes variantes.

Antecedentes Maternos.

- 2.3. Definir en las madres de los niños nacidos bajo peso

Tiempo de gestación al momento del parto.

Estado nutricional de la madre al inicio del embarazo.

Ganancia de peso de la madre durante el embarazo.

MARCO TEORICO

El Bajo Peso al nacer (BPN), es el índice predictivo más importante de la mortalidad infantil pues se ha demostrado que al menos la mitad del total de muertes perinatales ocurren en recién nacidos con Bajo Peso. Se enfatiza en que para alcanzar tasas de mortalidad infantil inferiores a 10 X 1000 nacidos vivos es indispensable un índice de BPN inferior al 6 %, del cual el 60 % debe corresponder a los nacidos entre las 21 y 37 semanas de gestación (pretérminos) y un 40 % a los que nacen con un peso inferior al que le corresponde para su edad gestacional (crecimiento intrauterino retardado). (6)

El bajo Peso al nacer es una de las causas más importantes de la morbimortalidad infantil y prenatal constituyendo el 75 % de las mismas. La mortalidad en el 1er año de vida es 40 veces mayor en el niño BPN que en los normopeso. (7) Actualmente la tasa de BPN se considera como un indicador general de salud, por lo cual el MINSAP se ha propuesto, apoyado en el arsenal científico y técnico con que cuenta y con el objetivo de incrementar la salud de la población cubana para el año 2015 reducir el bajo peso entre 3 y 4 %.

(8) Los neonatos con BPN y especialmente con peso inferior a 1500 g (muy bajo peso al nacer), determinan el 60 % de la mortalidad neonatal y cerca del 40 % de la mortalidad infantil. Es el factor más importante asociado con los más de 5 millones de defunciones neonatales que ocurren cada año en el mundo. Se considera que la mortalidad durante el 1er año de vida es 14 veces mayor en las niñas con antecedentes de BPN respecto a los que nacen a término y peso normal. Se calcula que más de la mitad de los casos hospitalarios directos están relacionados con los cuidados de los recién nacidos con bajo peso. (6)

En muchos países los niños no son pesados al nacer, ningún médico o enfermera se encuentra presente en casi la mitad de los partos, esta función es desempeñada por las parteras. Por ejemplo en Chad el 89 % de los niños no son pesados, Paquistán 88 % y Níger 80 %.

(9) Rodríguez y colaboradores citan que la incidencia de bajo peso al nacer oscila de 5.9 % al 28 % de acuerdo con el desarrollo de los países. En América latina, Bolivia el índice de BPN se comporta en un 10 %, Guatemala en un 14 %, Nicaragua 15 %, Haití 15 % y en general el Caribe Latino es de 10.69 %. Cuba a pesar de su sistema de salud y de estar por debajo de la media del Caribe

latino de 11.2 millones de habitantes tenemos 13 4000 nacimientos y 10 720 con bajo peso para un índice de 80 %. (10) En Cuba, el índice de bajo peso mostró un descenso paulatino, hasta llegar a 7,3 % en 1989. En 1990, por las condiciones económicas a la que se enfrentó el país, las cuales repercutieron en las posibilidades de nutrición de la población, el índice de bajo peso presentó un crecimiento que alcanzó en 1993, su cifra máxima de 9.0 %. Esto implicó que se diseñaran estrategias encaminadas a mejorar el estado nutricional de la mujer embarazada, basadas en un nuevo enfoque en el funcionamiento de los hogares maternos y en el apoyo de la comunidad. Estas intervenciones tuvieron un rápido impacto y revistieron favorablemente la situación en los índices de bajo peso que para 1996 fue ya de 7.3 % y en 1999 de 6.5 %. (11) Tenemos que decir que por los resultados existentes hay diferencias entre nuestras regiones así vemos que en 1996 el índice más bajo del país lo representó la provincia La Habana con 4.9 % y el más elevado Guantánamo con 8.9 %. (11) Villa Clara, una de las provincias vanguardias en el país en este aspecto durante el año 2000 aumentó el indicador al 30.8 % de sus municipios que a su vez fueron los que más incidieron en la tasa de natalidad infantil. (12) En nuestra provincia se comporta de la misma forma que en el resto del país, en 1977 con 10.7 %, hasta 1991 con 1.4 % desde el cual comenzó a aumentar para alcanzar en 1994 8.2 % y luego descender en 1996 a 7.1 %, 1997 6.6 % y en 1998 a 6.6 %, 1999 6.6 % manteniéndose estos valores en los niños hasta el año 2002 que fue de 6.3 %. (13, 14) Se define como recién nacido bajo peso (RN8P) para su edad gestacional (8PEG) a todos los recién nacidos, con independencia de las semanas de embarazo, cuyo peso en el momento del nacimiento se sitúa por debajo del percentil 10 de la curva de Lubchenko o dos derivaciones estándar de la media. (15) Existen múltiples definiciones del bajo peso al nacer, según Ventura el BPN no es más que el nacimiento de un bebé que pesa menos de 2500 g (5 lb. y 8 onzas), se considera extremadamente bajo cuando pesa menos de 1500 g (3 lb. y 4 onzas). (16) La OMS define el BPN como aquel recién nacido cuyo peso es inferior a 2500 g independientemente de su edad gestacional. (17)

Existen 2 categorías de RNBP:

1. Los nacidos antes de tiempo (prematuros) que son aquellos que nacen antes de las 37 semanas, más del 60 % de los niños que nacen bajo peso son prematuros, cuanto antes nace un niño menos pesa y mayor es el riesgo de que aparezcan con problemas de salud posteriores.
2. Los bebés pequeños para su edad (crecimiento intrauterino retardado) son los que nacen al término de la gestación pero pesa menos de 2500 g, este problema es debido a un crecimiento inadecuado dentro del útero.

Existen 3 variantes de recién nacido bajo peso:

Recién nacido muy pequeño o de muy bajo peso. Es todo aquel con un peso menos que 1500 g al nacer.

Recién nacido extremadamente pequeño: El que presenta un peso menor que 1000 g al nacer.

Recién nacido pequeño para su edad gestacional: Aquel que debido a causas fetales, maternas o placentarias nace con un peso menor que el establecido por el 3er percentil según la edad gestacional, sea pretérmino, a término o postérmino. (18)

En relación con los factores de riesgo de bajo peso al nacer, identificados con mayor frecuencia debemos considerar:

Embarazo en la adolescencia, ya que la edad materna inferior a los 18 años incrementa los riesgos de la salud en la madre y el niño, pues no se ha concretado la necesaria maduración biopsicosocial, por lo que consideramos necesario enfatizar las acciones educativas desde las edades más tempranas para continuar reduciendo los embarazos no deseados en este periodo de la vida. A la adolescencia se asocian otros factores sociales que representen en el bajo peso al nacer, como el embarazo no deseado, la madre soltera, el bajo nivel educacional y el momento de la gestación en que se realiza la captación. (19, 20, 21)

Estado nutricional de la madre; teniendo en cuenta que el estado nutricional antes de la gestación o durante este constituye un determinante crítico de los resultados del embarazo para la madre y el niño. (22)

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. El IMC previo a la gestación tiene una relación directa con el peso del recién nacido siendo más bajo en las mujeres con IMC menores de 19. (6,23) El estado nutricional desfavorable de la embarazada ya sea el comienzo o el término de la gestación repercute de manera negativa sobre la madre y el feto. (24) En Cuba el punto crítico para la ganancia de peso durante el embarazo es de 8 Kg. Para los fines de vigilancia nutricional ya que desde el punto de vista operativo es difícil ubicar diferentes puntos de corte de acuerdo con el estado nutricional al inicio del embarazo. El médico debe valorar la ganancia de peso sobre la base del estado nutricional inicial. Las reservas maternas pregestacionales, medidas por el peso materno anterior al embarazo, tiene un importante efecto el peso al nacer no ocurriendo así con la ganancia de peso durante la gestación, siendo el estado nutritivo al embarazo el factor de mayor influencia en el BPN, por estos motivos se hace necesario identificar desde el periodo preconcepcional a aquellas mujeres con afectación de su estado nutricional y evaluarlas por un personal calificado, con el objetivo de llegar a la gestación en las mejores condiciones. (23)

Hábito de fumar, factor que influye tanto en el parto pretérmino como en el crecimiento intrauterino retardado. Se ha demostrado que los hijos de las madres fumadoras pesan al nacer un promedio de 200 a 300 g. menos que las descendientes de mujeres no fumadoras, por lo que las madres fumadoras tienen dos veces más probabilidad de tener un recién nacido bajo peso, esto se explica porque los productos tóxicos del cigarrillo acarrear deterioro del lecho vascular y alteraciones circulatorias, lo que atenta contra la oxigenación y nutrición fetal por lo que debemos promover que se abandone este mal hábito, al menos, durante el embarazo y la lactancia. (23)

Antecedentes de niño con BPN, factor que aumenta entre 6 y 7 veces el riesgo de volver a tener un recién nacido igual. (25, 26)

Infección cérvico-vaginal debido a que múltiples estudios han demostrado la vagina bacteriana, las infecciones comunes del tracto reproductor y la

respuesta inflamatoria que estas desencadenan, se asocian con un parto pretérmino y BPN. Más de la mitad de los nacimientos con bajo peso fueron atribuibles a la presencia de una o más infecciones identificadas en el tracto urogenital. Se calcula que el 22 % de los BPN se deben a vaginosis bacteriana y el 4 % de las roturas prematuras de membranas (RPM) son consecuencias de vaginosis bacteriana. El riesgo se incrementa más cuando se identifica 2 o más agentes infecciosos, siendo significativamente mayor en las adolescentes. El pesquizado activo de las sepsis vaginal en cada trimestre, su tratamiento según manejo sintomático incluyendo a la pareja, el control de su cumplimiento y la posterior verificación de las modificaciones endocervicales son intervenciones que contribuyen a la reducción del BPN por esta causa. (6)

Anemia, complicaciones no obstétrica del embarazo que se ha asociado en varios estudios a prematuridad y bajo peso neonatal, las anemias nutricionales son las más frecuentes, de ellas la ferropénica. El déficit de hierro 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. El control y la prevención de la deficiencia de hierro deben iniciarse en el periodo preconcepcional 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 trimestre de la gestación no se pueden cubrir solamente con la dieta. (6, 27)

Hipertensión Arterial, es 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 enfermedad como por los medicamentos necesarios para su control. La enfermedad hipertensiva de la gestación obliga a interrumpir a beneficio materno el embarazo antes de su término, por lo que se debe promover hábitos nutricionales adecuados y reconocer oportunamente los signos de alarma para imponer el manejo terapéutico, 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. (6)

Consumo de bebidas alcohólicas, aunque menos conocido, no por ello deja de ser un factor de riesgo importante de BPN, lo cual se explica ya que 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. (28)

Un estudio realizado en Cuba permitió identificar cuales son los principales factores de riesgo del BPN en nuestro país. (29)

Embarazo en la adolescencia.

Desnutrición materna (peso menos de 100lb, talla menor de 150 cm, bajo peso para la talla y ganancia insuficiente de peso) Hábitos de fumar.

Antecedentes de niños con bajo peso.

Aborto provocado.

HTA en el embarazo.

Incompetencia Cervical.

Embarazo gemelar.

Anemia.

Sepsis cérvico-vaginal.

Sin duda alguna, uno de los factores que con mayor impacto repercuten en la determinación del peso al nacer lo constituyen el estado nutricional de la madre antes de la gestación, así como la pobre ganancia de peso durante la misma, teniendo como base un embarazo a término. Algunos estudios han detectado la influencia negativa de la edad como factor de riesgo, la paridad y las enfermedades asociadas entre otros factores que agravan la gestación sobre todo si la madre es una desnutrida por defecto. (30)

MATERIAL Y METODO

Se realizó un estudio observacional descriptivo, retrospectivo sobre algunos factores maternos relacionados con el bajo peso al nacer en el área de salud Ciro Redondo del municipio Ciro Redondo en el período comprendido de enero del 2010 a diciembre del 2011.

Población objeto de estudio:

El universo de estudio estuvo constituido por las 25 madres de los recién nacidos con peso inferior a 2500 gramos, pertenecientes al área de salud Ciro Redondo, en el período antes mencionado. Los recién nacidos con peso inferior a 2500 g fueron seleccionados independientemente de la edad gestacional al parto. La muestra se hizo coincidir con el universo definido.

Criterios de inclusión:

Recién nacidos bajo peso que pertenezcan al área de salud Ciro Redondo.

Criterios de exclusión:

Nacidos muertos.

Nacidos malformados.

En el estudio se utilizaron métodos empírico, científicos y Estadísticos

En los empíricos se trabajó con

1. La Encuesta

En los Científicos

1. Análisis-Sintético: El cual permitió penetrar en lo fundamental de lo observado, determinar lo importante a partir de la bibliografía revisada y extraer lo necesario para la solución del problema.

2. Análisis histórico-lógico: se estudió la trayectoria real de los fenómenos y acontecimientos en el de cursar de su historia.

En los estadísticos con:

1. Estadística descriptiva

Técnica y procedimientos de recolección.

La recolección de los datos fue a través de formularios, por encuesta a pacientes (Anexo I), la fuente primaria de los datos se obtuvo a partir del carné de atención prenatal y las historias clínicas del área de salud a este grupo se le aplicó un cuestionario previamente diseñado según objetivos trazados conteniendo una serie de variables seleccionadas (Anexo I). La encuesta fue

precedida de un texto explicativo que caracterizó el anonimato en la información brindada por las encuestadas y también se les explicó que sus informaciones sólo serán utilizadas con fines científicos lo que garantiza el cumplimiento de los requerimientos éticos y se tuvo en cuenta el consentimiento informado de las personas incluidas en el estudio. (Anexo II).

Para dar salida a los objetivos, se seleccionaron las siguientes variables: edad materna, hábitos tóxicos, antecedentes maternos, tiempo de gestación al momento del parto, estado nutricional de la madre al inicio del embarazo y la ganancia de peso durante el embarazo.

Metódica

Operacionalización de las variables

Edad: Variable Cuantitativa continúa

Se expresa

Edad cumplida en años a partir de la fecha del último cumpleaños

15-19 años

20-29 años

30-39 años

40 años y más

El indicador a medir es el porcentaje de pacientes a estudiar según grupos de edades

Hábitos Tóxicos

Hábitos de fumar: Toda persona que ha estado fumando un cigarro o un puro diario durante 6 meses o más y mantiene el hábito hasta el presente aunque lo haya abandonado en menos de un mes.

Ingestión de bebidas alcohólicas: Ingestión de un vaso o más de alcohol diario.

Ninguno

Antecedentes Maternos

Anemia: Cuando la cifra de Hb se encuentra por debajo de 11 g/L.

Infección Vaginal: Si la paciente refiere sintomatología o se constata al examen físico.

Infección Urinaria: Por clínica o laboratorio

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

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

Diabetes Mellitus

Otros.

Tiempo de gestación de la madre al momento del parto.

Pretérmino: A los nacidos antes de las 37 semanas

A Término: Los nacidos entre las 37 y 40 semanas

Postérmino: Los nacidos después de las 40 semanas

Estado Nutricional de la madre al inicio del embarazo según índice de masa corporal.

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

El Instituto Nacional de Alimentos propuso las categorías siguientes:

Bajo peso: Cuando el IMC es menos de 19,8

Normopeso: Cuando el IMC es de 19,8 a 26.

Sobrepeso: Cuando el IMC es de 26,1 a 29

Obesa: Cuando el IMC es Más de 29,0

Ganancia de peso de la madre durante el embarazo.

Estado nutricional Ganancia de peso recomendada (Kg)

	Límite inferior	Límite superior
Si es bajo peso	12,5	18,0
Si es bajo peso	11,5	16,0
Si es sobre peso	7,0	11,5
Si es obesa	6,0	

Adecuada: Cuando según estado nutricional de la madre la ganancia de peso se encuentra entre el límite y superior.

Inadecuada: Cuando según estado nutricional de la madre la ganancia de peso se encuentra por debajo del límite y por encima del límite superior.

Técnicas y procedimientos de análisis estadístico

Los datos se procesaron utilizando una microcomputadora. Empleo de una PC Pentium IV con ambiente Windows XP. Mediante un software estadístico: EPINFO La forma de prestación de los resultados es en tablas de frecuencia para su posterior análisis y discusión. Se confeccionó un informe final con los requisitos exigidos. Por el departamento de Postgrado de la Universidad de Ciencias Médicas de Ciego de Ávila.

Como medida de resumen de la información se utilizó, medidas de frecuencias (la proporción, por ciento)

ANÁLISIS Y DISCUSIÓN DE LOS RESULTADOS

TABLA 1: Factores de riesgo maternos relacionados con el bajo peso al nacer
Ciro Redondo2010. Caracterización de bajo peso al nacer según edad materna.

Edad Materna	Bajo Peso (n = 25)	
	No	%
15-19 años	8	32.0
20-29 años	11	44.0
30-39 años	6	24.0
40 a y más	-	-
Total	25	100

Fuente: Cuestionario, historia clínica y tarjetón de las madres.

La condición de bajo peso al nacer, constituye una de las principales causas de morbilidad y mortalidad infantil, por lo que la detección de factores asociados con el recién nacido con peso inferior a 2500 g resulta de gran importancia en los cuidados obstétricos. Al caracterizar según la edad de las madres (tabla 1) se pudo observar que en las madres de los niños bajo peso hubo un predominio en el grupo de 20 a 29 años representando el 44 %, seguido por el grupo de 15 a 19 años para un 32 % y observándose con menor frecuencia el grupo de 30 a 39 años presentándose en el 24 %. Los resultados de esta investigación no coinciden con la literatura revisada se plantea que el embarazo en la adolescencia es el grupo de mayor riesgo debido a que en esta etapa aun no se ha concretado la maduración biopsicosocial. (20, 21)

López en su estudio sobre factores maternos relacionados con el bajo peso al nacer encontró que el 35,65 % de las madres de los niños con bajo peso se encontraban en edades entre 30 y 34 años lo que no coincide con los resultados de esta investigación (31)

TABLA 2 Distribución del bajo peso al nacer según hábitos tóxicos de la madre.

Hábitos Tóxicos	Bajo Peso (n = 25)	
	No	%
Hábitos de Fumar	13	52.0
Ingestión de bebidas alcohólicas	1	4.0
Ninguno	11	44.0
Total	25	100

Fuente: Cuestionario, historia clínica y tarjetón de las madres.

Al observar la distribución de las madres de los niños nacidos bajo peso según hábitos tóxicos (tabla 2) se aprecia una alta frecuencia (52.0 %) de fumadoras. Diferentes estudios expresan que el hábito tóxico (fumar) en mujeres está entre las principales causas del bajo peso al nacer (4, 5, 9). Los resultados de esta investigación coinciden con los estudios referidos, pues como se puede apreciar en la tabla 2, fumar durante la gestación se acompañó de una importante proporción de niños con menos de 2500 g al nacimiento porque a mayor consumo diario de cigarrillos, mayor es el riesgo de aumentar la 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 además produce el aumento de las concentraciones de carboxihemoglobina en la sangre del feto que es muy superior a la presente en la sangre periférica de la madre (32-33)

TABLA 3 Distribución de bajo peso al nacer según antecedentes maternos

Antecedentes Maternos	Bajo Peso (n = 25)	
	No	%
Anemia	22	88.0
Infección vaginal	21	84.0
Infección urinaria	7	28.0
Hipertensión arterial	2	8.0
Diabetes Mellitus	1	4.0
Otros	1	4.0

Fuente: Cuestionario, historia clínica y tarjetón de las madres

Dentro de los antecedentes maternos (tabla 3) el que mayor influencia tuvo fue la anemia presente en 22 madres de los niños nacidos bajo peso con un 88 % seguida de la infección vaginal con un 84 %, siendo estos factores de riesgo de bajo peso al nacer los identificados con mayor frecuencia. La infección vaginal constituye una amenaza para la gestación, no solo porque la vagina es parte del canal natural del parto y su contaminación patológica puede afectar al feto a su paso por este, sino porque se producen modificaciones adversas del cuello uterino en gran número de pacientes y, en el peor de los casos, sin que la criatura haya alcanzado la madurez y peso adecuados. En Cuba a pesar de tener un programa materno infantil bien planificado y ejecutado y tener la posibilidad de cobertura total con antianémicos profilácticos desde el momento de la captación, la anemia persiste como problemas durante la gestación. Por lo que se podría disminuir el impacto que este factor de riesgo ocasiona en el bajo peso de los recién nacidos perfeccionando el trabajo en los consultorios médicos de familias. Los resultados de esta investigación coincide con otros estudios realizados, López en su investigación en el municipio Playa la anemia en lugar seguida de la infección vaginal fueron los antecedentes maternos mas frecuentes encontrados. (31)

TABLA 4 Comportamiento del bajo peso al nacer según el tiempo de gestación de la madre al momento del parto.

Tiempo de Gestación	Bajo Peso (n = 25)	
	No	%
Pretérmino	14	56.0
A término	11	44.0
Postérmino	-	-
Total	25	100

Fuente: Cuestionario, historia clínica y tarjetón de las madres

La mayor cantidad de niños con bajo peso al nacer fueron producto de parto pretérmino representando el 56 %, lo cual coincide con la literatura revisada ya que cuanto antes nace un niño tendrá menor peso y mayor es el riesgo de que aparezcan problemas de salud posteriormente. (18) Por lo que todos los esfuerzos que se realicen para prevenir el parto pretérmino, se verán reflejados en la mejoría de los índices de bajo peso al nacer.

TABLA 5 Comportamiento del bajo peso según estado nutricional de la madre al inicio del embarazo.

Estado Nutricional	Bajo Peso (n = 25)	
	No	%
Bajo peso	14	56.0
Normopeso	7	28.0
Sobrepeso	2	8.0
Obesa	2	8.0
Total	25	100

Fuente: Cuestionario.historia clínica y tarjetón de las madres

En lo referente a la valoración nutricional al inicio del embarazo (tabla 5) se puede observar que en las madres de los niños bajo peso el 56.0 % fueron clasificadas como bajo peso seguidas de las normopeso en el 28.0 %, Este estudio mostró que el bajo peso materno a la captación de la embarazada constituye un factor de riesgo de neonatos con peso inferior a los 2500 gramos. En los países en vías de desarrollo una de las condicionales del bajo peso al nacer es el mal estado nutricional de la madre en el momento de la concepción, hay investigaciones donde se plantea que es más frecuente que la madre con ganancia insuficiente de peso sea la que aporte el recién nacido bajo peso. (34) En un trabajo realizado en Buenos Aires, Argentina resultó interesante que el peso materno, evaluado tanto en la primero como en la última consulta prenatal, resultó significativo para el CIUR y la prematuridad; el peso neonatal es un sensible indicador del estado nutricional materno, siendo por ello el más estudiado en la estratificación de poblaciones con relación a la tasa de desnutrición materno fetal. (35) Coincidiendo este estudio con el de Argentina sin embargo no coinciden estos resultados con el estudio realizado en el municipio Playa en Ciudad de la Habana. Cuba, donde encontró que mas de la mitad de las madres de los niños en la captación fueron normopeso. (31)

TABLA 6 Comportamiento del bajo peso según ganancia de peso de la madre durante el embarazo.

Ganancia de Peso	Bajo Peso (n = 25)	
	No	%
Adecuada	7	28.0
Inadecuada	18	72.0
Total	25	100

Fuente: Cuestionario, historia clínica y tarjetón de las madres.

El mayor número de gestantes de los niños bajo peso tuvo una ganancia de peso durante el embarazo representando el 72 % (tabla 6). La ganancia de peso durante la gestación representa la expresión más integral del crecimiento fetal. Diversos investigadores opinan que el estado nutricional materno, cuando es desfavorable, repercute negativamente en el peso del recién nacido, ya que la ganancia ponderal insuficiente durante el embarazo es un factor importante en la aparición de niños bajo peso (32). Estos resultados coinciden con otros estudios realizados en Cuba, En el área de salud de milanés en Matanzas predominó la ganancia de peso insuficiente en las madres de los nacidos bajo peso, y la investigación en el municipio Playa tuvo resultados similares (31, 33)

CONCLUSIONES

Se concluye que en el área de salud del municipio Ciro Redondo en hábito de fumar es un factor de riesgo que predominó en las madres de los niños nacidos bajo peso. Las afecciones asociadas más frecuentemente en el embarazo fueron la anemia y la infección vaginal. La mayoría de los recién nacidos bajo peso fueron producto de parto pretérmino y el estado nutricional materno a la captación cuando es desfavorable, repercute negativamente en el peso del recién nacido, la ganancia ponderal insuficiente durante el embarazo es un factor de riesgo materno importante en la aparición de niños bajo peso.

RECOMENDACIONES

Perfeccionar en el área de salud de Ciro Redondo el manejo y control adecuado del riesgo preconcepcional, así como Diseñar una intervención educativa para aumentar el nivel de conocimientos en las gestantes sobre factores de riesgo maternos modificables que influyen en el nacimiento de niños bajo peso.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

- LÓPEZ-IBOR, J.T.: psiquiatría. Ed. Toray, S.A., 1985.
- Macfarllane, A.: Teenager and Their Health. Arch. Dis. Child., 1987, pp. 1125-1129.
- Marks, A.: Aspectos de la Selección Biosocial y la conservación de la Salud en Adolescentes. Clin. Ped. Nort., 1, 1980, pp. 161-170.
- Martínez Rubio, A.: La Atención al Adolescente, en An. Pediatr. 26(3), 1987, pp. 197-204.
- Michaud, P.A.: Consultas con Adolescentes en la Práctica Médica. Foro Mundial de la Salud, 5(1), 1984, pp. 92-93.
- Milanés Chávez, A.: Estudio del Nivel de Desarrollo Psicofuncional y Sexual en Adolescentes de 14 a 16 años de un Instituto Preuniversitario en el Campo, en Revista Cubana de Higiene y Epidemiología, 26(1), 1988, pp. 15-26
- Nelson, Vaughan, Mc Kay.: Tratado de Pediatría. Salvat Editores, S.A., España, 1976.
- Nelson. Vaughan, Mc Kay.: Tratado de Pediatría. Salvat Editores, S.A., España, 1976.
- Nesterenko, G.La Sociedad y el Mundo Espiritual del Hombre. Editorial Progreso, Moscu, 1978, pp. 302-307.
- Peña Diaz, E. Necesidades Físicas, Personales y Sociales del Adolescente y su relación con el expediente Académico´´, en Bol.Saint.Panam.101 (5) ,1986, pp. 505-511.
- Beaton, G.H. and A. Chery: Protein requirements of infants: a reexamination of concepts and approaches. Am. J. Clin. Nutr., 48: 1403-1412, 1988.
- Fomon, S.J.: Infant nutrition. 2nd. Edition, Philadelphia: WB Saunders Co, 1974
- Jordan. S.J. y S. Valdés Martín: Esquema de hidratación en pediatría. Rev. Cubana Pediatr., 34: 104-109, 1962.
- Lehninger, A.L.: Bioquímica: Las bases moleculares de la estructura y función

- Celular. 2da. Ed., Ediciones Omega. S.A., Barcelona, 1978
- Mclaren, D.D. and D Burman: Textbook of pediatric nutrition. 2nd. Edition, Churchill Livingstone, Edinburgh, 1982.
- Porrata, C., M. Hernandez-Triana, J.M. Arguelles y M. Proenza: Recomendaciones nutricionales para la población cubana. Rev. Cubana Aliment. Nutr. 6: 132-141, 1992.
- Roche, A.F., M.E. Wilson, S.S. Gidding and R.M. Siervogel: Lipids, growth and development. Metabolism, 42 (Suppl. 1): 36-44, 1993.
- Suskind, R.M.: Textbook of pediatric nutrition. Raven Press, New York, 1981.
- American Academy of Pediatrics. Committee on Nutrition. Statement of Cholesterol. Pediatrics, 90:469-473, 1992.
- National Institutes of Health. Consensus Conference Statement. Health implications of obesity. Ann. Intern. Med., 103: 1073-1077, 1985.
- Cameron, M. and Y. Hofvander: Manual on feeding infants and Young children. Third edición, Oxford: Oxford Medical Publications, 110-147, 1983.
- Chew, F. y B. Torun: Alimentación del niño durante el primer año de vida y edad preescolar. Guatemala: INCAR, 1989
- Garza, C. and N.F. Butte: Nutritional implications of weaning on energy intake. Int. Child. Hlth., 4: 27-38.
- Ramos Galván, R., C. Mariscal, A. Viniegra y B. Pérez Ortiz Desnutrición en el niño, Instituto del Libro, La Habana, 1970.
- Somogyi, J.C. y H. Haenel: Nutrition in early childhood and its effects in later life. Bibliotheca Nutritio et Dieta, No. 31, Basel: Karger, 1982.
- Winick, M.: Childhood Obesity. John Wiley & Sons, 1975
- Goden, M.H.N. y D. Ramdath: Free radicals in the pathogenesis of kwashiorkor. Proc. Nutr. Soc, 46: 53-68, 1987.
- Alperin, J.B.: Coagulopathy caused by vitamin K deficiencies and malnutrition. In: Trace elements, micronutrients and free radicals. Dreosti, I.E y N.J. Clifton, Humana Press, 1991.
- Bates, C.J.: Human riboflavin requirements and metabolic consequences of deficiency in man and animals. Wrl. Rev. Nutr. Diet, 50: 215-256, 1987.
- Amador, M., M.P Hermelo, P. Flores y A. Gonzalez: Hair zinc concentration in

diabetic children. *Lancet*, 2: 1146-1147, 1975.

Castillo, C. and R. Uauy: Copper deficiency impairs growth of infants recovering from malnutrition. *Am. J. Clin. Nutr.*, 47: 710-714, 1988.

ANEXOS





