

**Bajo Peso al Nacer. Factores de riesgo y calidad de la atención Prenatal.
Buenaventura. 2008-2009 / Low Birth Weight. Risk factors and quality of
prenatal care. Buenaventura. 2008-2009**

Luis Enrique Gallardo-Ibarra; Eriberto Velásquez-Martínez; Elena Morales-Mendoza

País: Cuba

RESUMEN

Se realizó estudio descriptivo sobre Bajo Peso al Nacer, Área de Salud Buenaventura, bienio 2008-2009, sobre factores de riesgo y calidad de la atención médica recibida por las gestantes que aportaron recién nacidos bajo peso. Los datos estadísticos se obtuvieron mediante revisión de historias clínicas familiares, obstétricas y hospitalarias. Se emplearon métodos estadísticos histórico lógico, análisis y síntesis e inducción-deducción. Se obtuvo predominio del CIUR como variedad de Bajo Peso al Nacer, mostraron asociación con el bajo peso al nacer la valoración nutricional Bajo Peso materna al inicio de la gestación, insuficiente ganancia de peso, ingreso per cápita bajo, malas condiciones de vivienda, antecedentes de dos o más abortos, multigestación, período intergenésico corto, HTA y sepsis cervicovaginal. La Atención Prenatal fue deficiente. No existió relación entre grupos de edades menores de 20 o mayor de 35 años y hábitos tóxicos con

ABSTRACT

A descriptive study was carried out on Low Birth Weight, Area Health Buenaventura, 2008-2009, focusing on risk factors and quality of care received by pregnant women who provided low birth weight. Statistical data were obtained by review of family medical histories, medical and hospital. Statistical methods were used historical logic, analysis and synthesis and induction-deduction. Prevalence of IUGR was obtained as a variety of low birth weight, were associated with low birth weight Underweight maternal nutritional assessment at the beginning of pregnancy, insufficient weight gain, low per capita income, poor housing, history of two or more abortions, multiple gestation, short interval between pregnancies, hypertension and sepsis smear. Prenatal Care was poor. There was no relationship between age groups under 20 or over 35 years and toxic habits with the emergence of low birth weight.

KEY WORDS: LOW BIRTH WEIGHT;

la aparición del bajo peso al nacer.

RISK FACTORS; PRENATAL CARE

PALABRAS CLAVES: BAJO PESO AL

NACER; FACTORES DE RIESGO;

ATENCIÓN PRENATAL.

INTRODUCCIÓN

Se considera bajo peso al nacer (BPN) cuando ocurre un nacimiento con cifras inferiores a los 2500 g de peso del recién nacido, es una de las causas más importantes de la mortalidad infantil y perinatal. Se considera que la mortalidad durante el primer año de vida es 14 veces mayor en los niños con bajo peso que en los niños que nacen con un peso normal a término. Los individuos que nacen con bajo peso tienen habitualmente múltiples problemas posteriores, tanto en el período perinatal, como en la niñez y aun en la edad adulta. Entre estos problemas se encuentran la mala adaptación al medio ambiente, así como diferentes impedimentos físicos y mentales que se hacen evidentes al llegar a la edad escolar. Cuando la causa del bajo peso ha sido un retardo del crecimiento intrauterino, éste puede hacerse irreversible después del nacimiento y acompañarse de funciones mentales inferiores a las normales, y de secuelas neurológicas e intelectuales. El problema del bajo peso al nacer constituye una preocupación mundial, y es más frecuente en los países subdesarrollados.

El bajo peso al nacer obedece a dos causas fundamentales:

- Haber ocurrido un nacimiento antes del término de la gestación (parto pretérmino).
- Tener el feto una insuficiencia de su peso en relación con la edad gestacional, desnutrición intrauterina, crecimiento intrauterino retardado, etc.

El parto pretérmino se ha relacionado con la edad muy joven de la madre, la sucesión rápida de los embarazos, la dilatación permanente del cuello uterino y con distintas enfermedades o complicaciones del embarazo.

El crecimiento intrauterino retardado se ha relacionado con la desnutrición materna, los factores ambientales y sociales, la pobreza y con los distintos factores socioeconómicos. En ocasiones puede ser considerado como un efecto generacional.

El hábito de fumar incide tanto en el parto pretérmino como en el crecimiento intrauterino retardado.

Según informe de la OMS de marzo del 2005, estudios realizados en varios países demuestran que no se informa el peso del nacimiento. UNICEF ha estimado que el 58% de todos los infantes recién nacidos en el mundo en vías de desarrollo no se pesan. Esto sin dudas conlleva a un subregistro de las cifras de BPN en estos países.

El índice de bajo peso, en Cuba, mostró un descenso paulatino desde 36,9% en 1959 hasta llegar a 7,3 % 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 comenzó a aumentar hasta alcanzar su cifra máxima en 1993, cuando llegó a 9,0% .

Estudios en nuestra provincia muestran que el índice de bajo peso se redujo de 8.6 en 1999 a 6.9 en 2003, en el área de salud Buenaventura del municipio Calixto García, provincia Holguín, durante el bienio 2008-2009 ocurrieron 49 recién nacidos con BPN, para un índice de bajo peso al nacer superior al 6x cada 100 nacimientos lo que resulta un serio problema de salud, lo que a su vez motivó la realización del presente estudio¹.

MATERIAL Y MÉTODO

Se realizó un estudio descriptivo de serie de casos sobre BPN en el Área de Salud Buenaventura, en el bienio 2008-2009, con el objetivo de caracterizar el comportamiento de los factores de riesgos que inciden en el BPN y la calidad de la atención médica recibida por las gestantes que aportaron BPN en el período antes mencionado. El universo de estudio estuvo constituido por 50 gestantes que aportaron BPN en los años 2008 y 2009, de ellas se tomó una muestra intencionada de 49 gestantes que reunieron los criterios de inclusión.

Los datos estadísticos se obtuvieron mediante revisión de historias clínicas familiares, obstétricas y hospitalarias. Se emplearon métodos estadísticos histórico lógico, análisis y síntesis e inducción –deducción

Las variables utilizadas fueron:

-*Clasificación del Bajo Peso al Nacer*: Crecimiento Intrauterino Retardado (CIUR), Pretérmino y CIUR Pretérmino.

-*Edad Materna*: 19 años o menos, 20 a 35 años, 36 años o más

¹ Cruz Laguna GM... [et al.]. Comportamiento del Bajo Peso al Nacer. Hospital Docente Vladimir I. Lenin. Holguín. 1999 – 2003. [seriada en línea]

-Estado nutricional de la gestante: Peso a la captación menor de 100 libras, talla inferior a 150 cm, valoración nutricional bajo peso, escasa ganancia de peso durante el embarazo.

-Hábitos tóxicos: Hábito de fumar, consumo de psicofármacos u otras drogas, alcoholismo.

-Estado socioeconómico: ingreso económico per cápita bajo, escolaridad baja, condiciones de vivienda malas, accesibilidad a los servicios médicos con dificultad.

-Antecedentes obstétricos: multigestación, abortos provocados o espontáneos con curetajes, período Inter-genésico Corto, bajo peso al nacer en embarazos anteriores,

-Enfermedades maternas anteriores a la gestación: según antecedentes patológicos personales.

-Enfermedades o estados maternos asociados al embarazo: ITU, anemia, sepsis cervicovaginal, preeclampsia-eclampsia, embarazo gemelar, otras.

-Aspectos relacionados con la calidad de la atención Prenatal: Captaciones de embarazo posterior a las 10 semanas, evaluación por el especialista o el Grupo de atención Integral a la Embarazada posterior a las 14 semanas, no evaluadas, reevaluación posterior a las 29 semana, no revaluadas, número de controles prenatales inferiores a 10, atención en consulta de prematuridad, Ingresos en Hogares Maternos y hospitales, así como sus causas.

RESULTADOS DEL TRABAJO

43 nacimientos correspondieron con la forma CIUR para un 87,7% de los BPN ocurridos en los dos años, de ellos el 30,7% fueron a su vez pretérmino.

Cruz Laguna en Holguín en los años 1999-2003 obtuvo que el 51,3% de sus casos correspondieron al CIUR y de ellos el 79,9% fueron pretérmino, Fajardo Luig, en Centro Habana, durante los años 2004 al 2006, obtuvo predominio del parto pretérmino en un 65%, contra un 39% de CIUR y un 4% de combinación entre ambos, resultados que difieren a los de nuestro estudio² (tabla 1).

El 96% de las madres que aportaron BPN resultaron estar en el grupo de edad de menor riesgo, es decir, de 20 a 35 años.

Vera López M, en Camagüey en el año 2006 coincidiendo con estos resultados obtuvo una edad media de 26,4+/- 6,4 años³, sin embargo varios son los estudios

² Fajardo Luig R... [et al.]. Factores de riesgo de Bajo Peso al nacer, estudio de tres años en el municipio Centro Habana. [seriada en línea]

³ Vera López M, Castillo Fernández FA, Navas Ábalos N. Repercusión del parto pretérmino. [seriada en línea]

que difieren en cuanto a nuestros resultados: Rodríguez Domínguez PL en Matanzas en el 2003 mostró un 30% de asociación de madres menores de 20 años con el BPN⁴, Faneite P obtuvo un 22,35%⁵, mientras González M⁶ obtuvo similar asociación en un 23,81%, por otro lado Pérez Guirado⁷ NM mostró esta asociación en 41,1% y Fajardo Luig R en un 23,1% de sus casos. (tabla2)

La insuficiente ganancia de peso durante el embarazo estuvo presente en el 83,7% de los casos, el 42% de las pacientes iniciaron el embarazo con valoración nutricional bajo peso, el 18,4% baja talla y el 16,4% presentaban peso menor o igual a las 100 lbs.

Vera López obtuvo que el 45,1% de sus pacientes presentaban valoración inicial de bajo peso y que el 60,4% tuvo insuficiente ganancia de peso, Fajardo Luig en Centro Habana del 2004 al 2008 obtuvo que solo el 1,7% de sus casos fueron baja talla, sin embargo el 58,3% de sus casos presentó valoración nutricional bajo peso al inicio del embarazo y el 54,6% presentó insuficiente ganancia de peso durante el mismo, así como Calderón Guillén⁸ en el 2005 mostró asociación entre el peso y la talla materna y el BPN. (Tabla 3)

Cuando analizamos los hábitos tóxicos (tabla 4) encontramos que solo el hábito de fumar estuvo presente en algunas gestaciones, 3 casos, que representan el 6,1% de los casos, estuvieron expuestos a los efectos del cigarro, no obstante el 6,1% resulta poco elevado si comparamos con Pérez Guirado quien determinó que el 46,4% de sus casos eran fumadoras, Rodríguez Domínguez obtuvo un 22% y Fajardo Luig determinó que el 60,1% de sus casos eran fumadoras. Valdéz Gonzales⁹ en Managua, Nicaragua, además de la asociación con el hábito de fumar encontró asociación con la ingesta de alcohol resultados que difieren con los nuestros. (tabla 4)

Se determinó el ingreso per cápita bajo en el 67,3% de los casos, se identificó la presencia en un 40,8% de condiciones de vivienda desfavorables, la poca accesibilidad a los servicios médicos fue detectada en el 10,2% de los casos, todos

⁴ [Rodríguez Domínguez PL, Hernández Cabrera J, Reyes Pérez A](#). Bajo peso al nacer. algunos factores asociados a la madre. [seriada en línea]

⁵ Faneite P... [et al.]. Recién nacido de bajo peso: evaluación. 5-10.

⁶ González M, Rivera C. Bajo peso al nacer: importancia. 139-143.

⁷ [Pérez Guirado NM, Presno Labrador C, Sarmiento Brooks G](#). Algunos factores de riesgo asociados al recién nacido con bajo peso. [seriada en línea]

⁸ Calderón Guillén J... [et al.]. Factores de riesgo materno asociados al parto pretérmino. 339-342.

⁹ Valdés González P. Factores de riesgo asociados a la morbi-mortalidad del RCIU en el Hospital Bertha Calderón Roque en el período comprendido de enero-diciembre 2002. [seriada en línea]

estos factores se relacionan entre si para establecer una situación socioeconómica desfavorable de nuestras gestantes y dar lugar a la aparición del bajo peso.

Fajardo Luig plantea que el 17,5% de sus casos presentaron baja escolaridad, por otro lado Valdéz Gonzáles asocia el analfabetismo con el BPN, resultados que difieren del nuestro donde la baja escolaridad no aportó muchos casos. (tabla 5)

Los abortos provocados o espontáneos con curetaje estuvieron presentes en el 30,6% de los casos, la multigestación y el Periodo Intergenésico Corto (PIC), con 24,5% y 22,4% respectivamente, la amenaza de aborto así como el antecedente de BPN en partos anteriores estuvo presente en más del 10% de los casos.

Fajardo Luig en Centro Habana, 2004-2006, describe un 69,4% de PIC, así como un 13,8% de antecedentes de hijo bajo peso en partos anteriores, Faneite P por su parte en Venezuela, año 2000, describe que el 55,3% de sus casos fueron multigestas y Gonzáles M también en Venezuela en el 2006 muestra una asociación del 58,98% de multigestación y BPN, Vera López plantea asociación de la multigestación en el 48,8% de sus pacientes en estudio realizado en Camaguey en el año 2004.

Pérez Guirado en Ciudad de la Habana de 1995 al 2004 determinaron un 40,2% de multigestas, un 21,6% con PIC menor de 2 años la presencia de 2 ó más abortos en el 44,4% de sus casos. (Tabla 6)

La HTA estuvo presente en el 14,3% de los casos y en segundo lugar el hipotiroidismo con el 6,1%.

Fajardo Luig plantea un 12,9% de asociación de HTA y BPN en su estudio, Rodríguez Domínguez un 18%, Sarmiento Brooks¹⁰ un 11,7% y Pérez Guirado un 18,5%, de igual forma Ticona Rendón¹¹ en Perú, 2006, coincide en plantear asociación de enfermedad hipertensiva del embarazo en sus estudios, resultados estos que coinciden con los nuestros. (Tabla 7)

La sepsis cervicovaginal estuvo presente en el 79,6% de los casos, en segundo lugar la ITU en el 38,8%, seguido de la anemia y la preeclampsia-eclampsia, presentes ambas en el 28,6% de los casos..

¹⁰ Sarmiento Brooks GV... [et al.]. Importancia de los antecedentes maternos en el recién nacido bajo peso. 502-7.

¹¹ Ticona Rendón M, Huanco Apazab D, Ramírez Atencioc C. Identificación de nueva población de riesgo neonatal con curvas de crecimiento intrauterino peruanas. 118 – 122.

Fajardo Luig plantea una asociación de preeclampsia y de anemia de un 18,5% en ambos casos, Larsson¹² un 9,3% de sepsis cervicovaginal, Rodríguez Rochela en el 52,4%, Pérez Guirado en el 67,9% y Vera López en el 41,6%. Sarmiento Brooks obtuvo una asociación de ITU en el 29,4% y de anemia en el 23,5% de sus gestantes, mientras Pérez Guirado en el 2005 determinó la presencia de anemia en el 25,8%, ITU 18,5% y diabetes en solo el 1,6% de sus casos lo cual muestra similitud con nuestros resultados. (Tabla 8)

La Atención Prenatal es el conjunto de acciones de salud que reciben las gestantes en nuestro país a través del Sistema Nacional de Salud, su propósito es lograr una óptima atención en salud para todas las gestantes, y que permita obtener un recién nacido vivo, sano, de buen peso y sin complicaciones maternas.

Varios estudios coinciden en plantear la estrecha asociación existente entre atención prenatal deficiente y BPN, Jaramillo Prado¹³ en Colombia demostró asociación estadísticamente significativa de la no realización de Control Prenatal y BPN en los años 2004-2005, de igual forma Lohnann Gandini-Billinghurst¹⁴ mostró similar asociación del 2000 al 2004, Faneite P en el año 2000, en Puerto Cabello, Venezuela obtuvo que el 71,92% de las gestantes que aportaron BPN no se controlaron el embarazo y en la misma institución de salud González M en el 2006 mostró una disminución al 50,71% de pacientes que no se controlaron el embarazo. Teniendo en cuenta el papel tan importante que juega la atención prenatal en la prevención del BPN mostramos a continuación las principales deficiencias detectadas en nuestro estudio relacionadas con la atención médica y Especializada recibida por las 49 pacientes que aportaron BPN en nuestra área durante este bienio.

El 71,4% de las gestantes fue captada después de las 10 semanas de gestación y por consiguiente evaluadas después de las 14 semanas, de manera similar el 55,1% fue revaluada después de la fecha indicada y el 16,4% no fue revaluada, pero además de esto el 69,4% de las gestaciones no contaron con el mínimo de frecuencia de 10 controles establecido para un embarazo normal. (Tabla 9)

La consulta de prematuridad no solo diagnóstica tempranamente la presencia de factores de riesgo, sino que permite clasificar las pacientes según la intensidad o

¹² Larsson PG... [et al.]. Predisposing factors for bacterial vaginosis, treatment efficacy and pregnancy outcome among term deliveries; results from a preterm delivery study. 20.

¹³ Jaramillo-Prado JJ, López-Giraldo IR, Arango-Gómez F. Factores asociados con parto pretérmino en el tercer nivel de atención en salud en Manizales. Julio 2004-Junio 2005. 74-81.

¹⁴ Lohnann Gandini-Billinghurst L... [et al.]. Mortalidad en recién nacidos de extremo bajo peso al nacer en la Unidad de Neonatología del Hospital Nacional Cayetano Heredia entre Enero 2000 y Diciembre 2004. 141-147.

frecuencia de los mismos, en el 2008 solo 10 pacientes fueron atendidas en dicha consulta y en el año 2009 no funcionó dicha consulta y solo fue evaluada 1 paciente, de las 11 pacientes que si fueron atendidas 7 fueron clasificadas como de riesgo, lo que expresa que en el 63,6% de los casos el diagnóstico de riesgo de prematuridad se correspondió con el producto final de la gestación. (Tabla 10)

La sepsis cervicovaginal ocupó la primera causa de ingreso en hogar materno con el 28,6% de los casos, seguido de la ganancia insuficiente de peso con 9 pacientes y la gemelaridad con 5 para un 18,4 y 10,2% respectivamente. (Tabla 11)

Resulta llamativo que a pesar de la gran cantidad de factores de riesgo identificados, no se haya hecho un uso más eficiente de los hogares maternos y el 34,7% de las pacientes nunca haya ingresado en los mismos, por solo citar algunos ejemplos de 39 pacientes que tuvieron diagnóstico de sepsis cervicovaginal durante el embarazo solo 14 ingresaron en hogares maternos por esta causa, y de 41 que tuvieron insuficiente ganancia de peso solo 9 lo hicieron.

Comportamiento similar tuvieron los ingresos en hospital, más del 50% de las gestantes que aportaron BPN en este bienio nunca ingresaron en esta institución, a pesar de ello las principales causas fueron ganancia insuficiente de peso, gemelaridad, a término y sepsis cervicovaginal, patologías o estados maternos tributarios de ingreso en hogar materno por lo que la mayoría de los ingresos hospitalarios además de ser insuficientes correspondían con pacientes que hubieran podido ser atendidas en el hogar materno del área. (Tabla 12)

CONCLUSIONES

- Predominó el CIUR como forma clínica de bajo peso al nacer.
- No existió relación entre grupos de edades menores de 20 ó mayor de 35 años, hábito de fumar, drogodependencia o el alcoholismo con la aparición del bajo peso al nacer.
- El estado nutricional deficiente estuvo estrechamente ligado al bajo peso, predominando la valoración nutricional al inicio de la gestación bajo peso y la insuficiente ganancia de peso durante el embarazo.

- El ingreso económico per cápita bajo y las malas condiciones de vivienda figuran dentro de los aspectos socioeconómicos relacionados con el bajo peso al nacer.
- Los abortos provocados o espontáneos con curetajes, la multigestación y el período intergenésico corto resaltan dentro de los antecedentes obstétricos y la HTA como el antecedente patológico personal más frecuentemente observado en el estudio.
- La sepsis cervicovaginal figura como la enfermedad o estado materno asociado al embarazo que más se asoció al bajo peso al nacer y a la vez constituyó la principal causa de ingreso en hogares maternos.
- Predominaron deficiencias en la atención prenatal sobre todo:
 - Captaciones, evaluaciones y reevaluaciones tardías.
 - Escasa frecuencia de controles prenatales
 - Dificultades o no funcionamiento de la consulta de prematuridad
 - Uso deficiente e inadecuado de los hogares maternos y hospitales

BIBLIOGRAFÍA

1. Factores de riesgo materno asociados al parto pretérmino. Calderón Guillén, J... [et al.]. **Rev Med IMSS**(Ciudad México) 43 (4): 339-342, 2005
2. Comportamiento del Bajo Peso al Nacer. Hospital Docente Vladimir I. Lenin. Holguín. 1999 – 2003. Cruz Laguna, GM... [et al.]. **Correo Científico Médico de Holguín** 2005.,9(2) [seriada en línea] <http://www.cocmed.sld.cu/no92/n92ori8.htm> [Consultado: 13 ago.2010].
3. Factores de riesgo de Bajo Peso al nacer, estudio de tres años en el municipio Centro Habana. Fajardo Luig, R... [et al.]. **Rev. Cuba. Med. Gen. Integr** 2008 oct.-dic.,24(4) [seriada en línea] http://www.imbiomed.com.mx/1/1/articulos.php?method=showDetail&id_articulo=55056&id_seccion=799&id_ejemplar=5577&id_revista=69 [Consultado: 13 ago.2010].
4. Recién nacido de bajo peso: evaluación. Faneite, P... [et al.]. **Rev. obstet. ginecol.** (Caracas) 62(1):5-10, mar. 2002.
5. González, M; Rivera, C. Bajo peso al nacer: importancia. **Rev. obstet. ginecol.** (Caracas) 66(3):139-143, sept. 2006.

6. Jaramillo-Prado, JJ; López-Giraldo, IR; Arango-Gómez, F. Factores asociados con parto pretérmino en el tercer nivel de atención en salud en Manizales. Julio 2004-Junio 2005. **Revista Colombiana de Obstetricia y Ginecología** (Bogotá) 57(2): 74-81, 2006.
7. Predisposing factors for bacterial vaginosis, treatment efficacy and pregnancy outcome among term deliveries; results from a preterm delivery study . Larsson, PG... [et al.]. **BMC Womens Health** (New York)7(1):20,oct.22 2007.
8. Mortalidad en recién nacidos de extremo bajo peso al nacer en la Unidad de Neonatología del Hospital Nacional Cayetano Heredia entre Enero 2000 y Diciembre 2004. Lohmann Gandini-Billinghurst, L... [et al.]. **Rev. méd. Hered** (Lima) 17(3):141-147, jul.-sept. 2006.
9. Ministerio de Salud Pública. Programa para la reducción del Bajo Peso al Nacer. [documento en línea] <http://aps.sld.cu/bvs/materiales/programa/maternoinfantil/bp.pdf> [Consultado: 13 ago.2010].
10. Pérez Guirado, NM; Presno Labrador, C; Sarmiento Brooks, G. Algunos factores de riesgo asociados al recién nacido con bajo peso. **Rev Cubana Med Gen Integr** 2005 may.-ago.,21(3-4) [seriada en línea] http://www.imbiomed.com.mx/1/1/articulos.php?method=showDetail&id_articulo=33999&id_seccion=799&id_ejemplar=3503&id_revista=69 [Consultado: 13 ago.2010].
11. Rodríguez Domínguez, PL; Hernández Cabrera, J; Reyes Pérez, A. Bajo peso al nacer. algunos factores asociados a la madre .**Rev Cubana Obstet Ginecol** 2006 sep.-dic.,32(3) [seriada en línea] http://www.imbiomed.com/1/1/articulos.php?method=showDetail&id_articulo=40950&id_seccion=717&id_ejemplar=4198&id_revista=72 [Consultado: 13 ago.2010].
12. Importancia de los antecedentes maternos en el recién nacido bajo peso. Sarmiento Brooks, GV... [et al.]. **Rev Cubana Med Gen Integr** (Ciudad de la Habana)16(5):502-7, 2000.
13. Ticona Rendón, M; Huanco Apazab, D; Ramírez Atencioc, C . Identificación de nueva población de riesgo neonatal con curvas de crecimiento intrauterino peruanas. **Pediatr** (Barc) 65: 118 – 122, 2006.

14. Valdés González, P. Factores de riesgo asociados a la morbi-mortalidad del RCIU en el Hospital Bertha Calderón Roque en el período comprendido de enero-diciembre 2002. [documento en línea] <http://bases.bireme.br/cgi-bin/wxislind.exe/iah/online/?IsisScript=iah/iah.xis&src=google&base=LILACS&lang=p&nextAction=lnk&exprSearch=345848&indexSearch=ID> [Consultado: 13 ago.2010].
15. Vera López, M; Castillo Fernández, FA; Navas Ábalos, N. Repercusión del parto pretérmino. **Revista “Archivo Médico de Camagüey”** 2006,10(1) [seriada en línea] <http://www.amc.sld.cu/amc/2006/v10n1-2006/2139.htm> [Consultado: 13 ago.2010].

ANEXOS

Tabla 1. Clasificación de Bajo peso. Área de salud Buenaventura. Bienio 2008-2009.

Bajo peso	2008		2009		Total	
	No.	%	No.	%	No.	%
CIUR	10	20,4	18	36,7	28	57,1
CIUR Pretérmino	9	18,4	6	12,3	15	30,7
Pretérmino	3	6,1	3	6,1	6	12,2
Total	22	44,9	27	55,1	49	100

Tabla 2. Distribución por edad de madres que aportaron BPN.

Edad	2008		2009		Total	
	No.	%	No.	%	No.	%
19 años o menos	0	0	1	2,0	1	2,0
20 a 35 años	21	42,9	26	53,1	47	96,0
36 años y más	1	2,0	0	0	1	2,0
Total	22	44,9	27	55,1	49	100

Fuente: Historia Clínica familiar

Tabla 3. Estado nutricional de las madres que aportaron BPN.

Estado nutricional	2008		2009		Total	
	No.	%	No.	%	No.	%
Insuficiente ganancia de peso	21	42,9	20	40,8	41	83,7
Valoración nutricional Bajo peso	9	18,4	12	24,5	21	42,9
Talla – 150 cm	3	6,1	6	12,3	9	18,4
Peso a la captación – 100 Lbs	4	8,2	4	8,2	8	16,4

Fuente: Historia Clínica obstétrica. n=49

Tabla 4. Hábitos tóxicos.

Hábito tóxico	2008		2009		Total	
	No.	%	No.	%	No.	%
Hábito de Fumar	3	6,1	0	0	3	6,1
Consumo de psicofármacos u otras drogas	0	0	0	0	0	0
Consumo de bebidas alcohólicas	0	0	0	0	0	0
Sin hábitos tóxicos	19	38,8	27	55,1	46	93,9
Total	22	44,9	27	55,1	49	100

Fuente: Historia clínica obstétrica y familiar

Tabla 5. Estado socioeconómico.

Estado socioeconómico	2008		2009		Total	
	No.	%	No.	%	No.	%
Ingreso económico per cápita bajo	18	36,7	15	30,6	33	67,3
Condiciones de vivienda malas	12	24,5	8	16,3	20	40,8
Poca Accesibilidad a los serv. médicos	5	10,2	0	0	5	10,2
Escolaridad baja	2	4,1	0	0	2	4,1

Tabla 6. Antecedentes obstétricos.

Antecedentes obstétricos	2008		2009		Total	
	No.	%	No.	%	No.	%
Abortos provocados o espontáneos con curetajes	10	20,4	5	10,2	15	30,6
Multigestación	9	18,4	3	6,1	12	24,5
Período Intergenésico Corto	8	16,3	3	6,1	11	22,4
Amenaza de aborto en embarazo actual	5	10,2	1	2,0	6	12,2
Bajo Peso al Nacer en embarazos anteriores	4	8,2	1	2,0	5	10,2

Fuente: Historia Clínica obstétrica, Historia Clínica familiar. n=49

Tabla 7. Enfermedades maternas anteriores a la gestación.

Enfermedades maternas	2008		2009		Total	
	No.	%	No.	%	No.	%
HTA	4	8,2	3	6,1	7	14,3
Hipotiroidismo	2	4,1	1	2,0	3	6,1
Retraso mental	2	4,1	0	0	2	4,1
Cardiopatías	0	0	1	2,0	1	2,0

Fuente: Historia Clínica Individual. n=49

Tabla 8. Enfermedades o estados maternos asociados al embarazo.

Enfermedades o estados maternos	2008		2009		Total	
	No	%	No	%	No	%
Sepsis cervicovaginal	19	38,8	20	40,8	39	79,6
ITU	12	24,5	7	14,3	19	38,8
Anemia	9	18,4	5	10,2	14	28,6
Preclampsia-eclampsia	7	14,3	7	14,3	14	28,6
Embarazo gemelar	3	6,1	3	6,1	6	12,2
Diabetes Gestacional	1	2,0	0	0	1	2,0

Fuente: Historia Clínica obstétrica. n=49

Tabla # 9. Deficiencias de la atención prenatal.

Criterio	2008		2009		Total	
	No.	%	No.	%	No.	%
Captaciones de embarazo posterior a las 10 semanas	18	36,7	17	34,7	35	71,4
Evaluación por el especialista o el grupo de atención integral a la embarazada posterior a las 14 semanas.	17	34,7	18	36,7	35	71,4
No evaluadas	1	2,0	0	0	1	2,0
Reevaluación por el especialista o el grupo de atención integral a la embarazada posterior a las 29 semanas.	14	28,6	13	26,5	27	55,1
No reevaluadas	5	10,2	3	6,1	8	16,4
Número de controles prenatales inferiores a 10	17	34,7	17	34,7	34	69,4

Fuente: Historia Clínica obstétrica. n=49

Tabla 10. Atención en consulta de prematuridad.

Aspectos evaluados	2008		2009		Total	
	No	%	No	%	No	%
Atendidas	10	20,4	1	2,0	11	22,4
RBP	4	8,2	0	0	4	8,2
RIP	2	4,1	0	0	2	4,1
RAP	0	0	0	0	0	0
IP	4	8,2	1	2,0	5	10,2
No atendidas	12	24,5	26	53,1	38	77,6
Total	22	44,9	27	55,1	49	100

Fuente: Historia Clínica obstétrica. n=49

Tabla 11. Ingresos durante la gestación.

Aspectos evaluados	2008		2009		Total	
	No.	%	No.	%	No.	%
Ingresadas en Hogares Maternos.	17	34,7	15	30,6	32	65,3
Causas						
➤ Sepsis cervicovaginal	6	12,3	8	16,3	14	28,6
➤ Ganancia insuficiente de peso	7	14,3	2	4,1	9	18,4
➤ Gemelaridad	3	6,1	2	4,1	5	10,2
➤ HTA	2	4,1	1	2,0	3	6,1
➤ Anemia	3	6,1	0	0	3	6,1
➤ Inminencia de prematuridad	2	4,1	0	0	2	4,1
➤ ITU	1	2,0	0	0	1	2,0
➤ Diabetes gestacional	1	2,0	0	0	1	2,0
No ingresadas	5	10,2	12	24,5	17	34,7

Fuente: Historia clínica obstétrica, Historia clínica en hogar materno. n=49

Tabla 12. Ingresos durante la gestación.

Aspectos evaluados	2008		2009		Total	
	No.	%	No.	%	No.	%
Ingresos Hospitalarios	10	20,4	12	24,5	22	44,9
Causas						
➤ Ganancia insuficiente de peso	3	6,2	1	2,0	4	8,2
➤ Gemelaridad	2	4,1	2	4,1	4	8,2
➤ A término	2	4,1	1	2,0	3	6,2
➤ Sepsis cervicovaginal	0	0	3	6,2	3	6,2
➤ Preclampsia-eclampsia	1	2,0	1	2,0	2	4,1
➤ HTA	1	2,0	1	2,0	2	4,1
➤ Cervicitis	0	0	1	2,0	1	2,0
➤ Anemia	1	2,2	0	0	1	2,0
➤ Diabetes gestacional	1	2,0	0	0	1	2,0
No ingresadas	12	24,5	15	30,6	27	55,1

Fuente: Historia clínica obstétrica, Historia clínica hospitalaria. n=49

Síntesis curricular de los Autores

Dr. Luis Enrique Gallardo-Ibarra Especialista de Primer Grado en Medicina General Integral. Msc. Atención Integral a la Mujer. Profesor Instructor.
Centro de trabajo: Policlínico Buenaventura. Calle Patricio Lumumba. Buenaventura. Calixto García. Holguín. Cuba
Email: lgallardoibarra@calixto.hlg.sld.cu

Dr. Eriberto Velásquez-Martínez Especialista de Primer Grado en Medicina Interna. Msc. Enfermedades Infecciosas. Profesor Asistente.
Centro de trabajo: Policlínico Buenaventura. Calle Patricio Lumumba. Buenaventura. Calixto García. Holguín. Cuba

Email: eriberto@calixto.hlg.sld.cu

Dra. Elena Morales-Mendoza Especialista de Primer Grado en Medicina General Integral. Profesor Instructor. Centro de trabajo: Policlínico Buenaventura. Calle Patricio Lumumba. Buenaventura. Calixto García. Holguín. Cuba

Fecha de Recepción: 14 de septiembre 2010

Fecha de Aprobación: 14 de julio 2011

Fecha de Publicación: 13 de abril 2012