

**POLICLÍNICO UNIVERSITARIO
"MÁRTIRES DEL 4 DE AGOSTO"
GUANTÁNAMO**

**COMPORTAMIENTO DE ALGUNOS FACTORES DE RIESGO DEL
BAJO PESO AL NACER**

Dra. Marisel Leguén Yagüe¹, Dr. Oscar Soto Martínez², Dra. Egda Magda Savón Pérez³, Geordan Goire Guevara⁴, Ernesto Sánchez Pérez.⁴

1 Máster en Urgencias Médicas. Especialista de I Grado en Otorrinolaringología. Instructor.

2 Máster Atención Integral a la Mujer. Especialista de II Grado en Medicina General Integral. Profesor Auxiliar.

3 Especialista de I Grado en Medicina General Integral.

4 Estudiante de 6to. Año de Medicina.

RESUMEN

Objetivo general: Determinar la influencia de algunos factores de riesgo del bajo peso al nacer del Policlínico Universitario "Mártires del 4 de Agosto" del municipio Guantánamo en el año 2008.

Método: Se realiza un estudio de tipo caso-control a 25 madres que tuvieron niños con bajo peso al nacer perteneciente a los dos grupos básicos de trabajo del policlínico. Se consigna, además, un grupo control, el cual quedó conformado por 50 madres que no tuvieron niños con bajo peso en ese mismo periodo de tiempo y pertenecientes a la misma área de salud con una relación 1:2.

Resultados: Resultaron significativas de forma bivariada la situación socioeconómica regular y mala, el hábito de fumar, las familias moderadamente funcionales.

Conclusiones: La mala situación económica, el hábito de fumar, las familias moderadamente funcionales, constituyen factores de riesgo para la aparición del bajo peso al nacer.

Palabras claves: factores de riesgo, bajo peso al nacer, familias moderadamente funcionales.

INTRODUCCIÓN

El bajo peso al nacer es una de las circunstancias que más se asocian al padecimiento de enfermedades por los niños que lo sufren. Incide de manera importante en la mortalidad infantil y es el factor fundamental más asociado con las más de cinco millones de defunciones neonatales que ocurren cada año en el mundo.¹

En 1935 en los Estados Unidos se definió con fines estadísticos al niño bajo peso como el prematuro que pesa menos de 2 500 g. Esta definición fue adaptada en 1950 por la World Health Organization, pero su Expert Committee on Maternal Child Health recomendó en 1961 que el término prematuro fuera reemplazado por el más apropiado de recién nacido bajo peso que serían todos los niños nacidos vivos con menos del gramaje anteriormente expuesto independientemente del tiempo de gestación y que pretérmino fuera empleado sólo para referirse a los niños nacidos antes de las 37 semanas de gestación contando a partir de la última menstruación de la madre.^{2,3}

Se calcula que en el mundo nacen alrededor de 20 millones de niños con un peso menor de 2 500 g, lo que representa el 10 – 20 % de los recién nacidos vivos, de los cuales el 40 o 70 % son pretérminos. Aunque hay variaciones según los países y el desarrollo de la Neonatología, alrededor del 30 a 60 % de las muertes neonatales ocurre en niños de menos de 1 500 g y entre el 60 al 80 % de todas las admisiones a las unidades de cuidados intensivos neonatológicas están condicionadas por problemas derivados del nacimiento pretérmino.⁴

Nuestra provincia no está exenta a esta situación. En los últimos cinco años se ha experimentado variaciones en el índice de bajo peso al nacer, motivo que nos obliga a trabajar mucho en aras de mejorar el comportamiento del mismo y, de esta forma, disminuir la incidencia de esta entidad y mejorar los indicadores de salud de nuestra población infantil.

MÉTODO

Se realiza un estudio de tipo caso - control para determinar la influencia de algunos factores de riesgo del bajo peso al nacer del Policlínico Universitario "Mártires del 4 de Agosto" en el municipio Guantánamo en el año 2008.

El universo de estudio se conformó por un total de 25 mujeres que tuvieron niños con esta afección pertenecientes a los dos grupos básicos de trabajo del policlínico. Se consigné, además, un grupo al que

denomina grupo control, el cual quedó conformado por 50 madres que no tuvieron niños con bajo peso en ese mismo periodo de tiempo y pertenecientes a la misma área de salud.

Estas mujeres (controles) se escogieron al azar por cada uno de los casos en una relación 2:1, para ello se tomaron aquellas que vivían lo más próximo posible a la residencia de las definidas como casos.

Se realiza una revisión bibliográfica de dicha patología para poder determinar los factores propios de cada variable y analizar su comportamiento; valorándose tanto las características propias de la enfermedad, patogenia y complicaciones más comunes; así como su comportamiento a nivel mundial mediante valores estadísticos que permitieron reafirmar en algunos casos y determinar en otros los factores a analizar, teniendo en cuenta, igualmente, las características del área poblacional estudiada.

Para la obtención de la información se revisan las historias clínicas obstétricas (fuente secundaria) de las pacientes objeto de estudios (25 mujeres) con niños bajo peso en el año 2008, y captadas en los dos grupos básicos de trabajo pertenecientes al Policlínico Universitario "Mártires del 4 de Agosto" del municipio Guantánamo; así como dos mujeres que tuvieron niños normopeso (50) por cada una de aquellas primeras de igual área de salud.

Las variables analizadas son: grupos de edades, situación económica, hábito de fumar y funcionamiento familiar.

El análisis de los datos se presenta en tablas de datos de asociación y gráficos de barra para su mejor comprensión. Se utilizan las medidas de resumen utilizadas en el nivel analítico: frecuencia absoluta, frecuencia relativa y medidas de asociación.

RESULTADOS Y DISCUSIÓN

El grupo de edad más representado numéricamente fue el de 18 a 34 años de edad con 17 casos (68 %), al igual coincidieron los controles en el este grupo, donde se observan 39 de ellos (78 %) (Ver Tabla 1).

Como se observa en la Tabla 1, de los grupos etarios estudiados ninguno fue un factor de riesgo estadísticamente significativo en nuestra investigación, sin embargo, este dato es variable en dependencia de la región donde se estudie, pues se conoce que pueden existir variaciones dentro de un mismo país e incluso dentro de una misma ciudad.

Es conocido que la edad materna es uno de los factores de riesgo más importantes a tener en cuenta por parte de los obstetras durante los períodos pregestacional y gestacional, sobre todo, en aquellas mujeres menores de 18 años y mayores de 35 las cuales tienen el 37 % de mayor probabilidad de dar a luz un infante bajo peso, por lo que la labor preventiva en la atención primaria de salud (APS) debe estar encaminada a trabajar con estos grupos de riesgos para de forma global disminuir la incidencia de este fenómeno en nuestras áreas de salud.^{1,2}

En la Tabla 2 se observa que la situación socioeconómica predominante fue la regular con 15 casos para el 60 % y 25 controles lo que representa el 50 %, luego le siguió las malas condiciones socioeconómicas con 6 casos (24 %) y 3 controles (6%).

Las condiciones socioeconómicas regulares y malas en conjunto provocan una marcada significancia estadística en la aparición del bajo peso al nacer, siendo 4.1 veces más probable que nazca un niño con esta entidad en madres que presenten estos factores de riesgo.

Nuestro estudio coincide con los realizados por varios autores en nuestro hemisferio geográfico donde se demostró la importancia del factor socioeconómico, no solo para que un embarazo tenga un curso normal hacia su destino final que es el parto sin problemas, sino para la obtención de mejores indicadores de salud. Es lógico pensar en todas las complicaciones que pudieran aparecer, no sólo de índole biológico y social en una mujer embarazada, si ésta no tiene el apoyo socioeconómico necesario para enfrentar este proceso, que de por sí trae ciertas limitaciones en muchos aspectos que antes de éste eran normales. Esto se puede ver hoy en día en muchas regiones del planeta, donde priman estas condiciones y, en muchos casos, son totalmente desfavorables, a su vez provocan alteraciones en otros aspectos básicos del embarazo como la nutrición, los que nos explica las grandes tasas de bajo peso al nacer existente en esas regiones.

De Cherney afirma que a medida que se desciende en la escala socioeconómica, aumenta la incidencia de combinación de factores etiológicos capaces de provocar un peso insuficiente en los recién nacidos.^{3,8}

Se hallaron, según Tabla 3: 14 fumadoras (56 %) y 11 controles con el vicio (22 %).

Uno de los elementos que participan en la multicausalidad del bajo peso al nacer es el tabaquismo. En la Tabla 3 se observa, que a pesar de las diferencias numéricas significantes entre los casos fumadores y los controles no fumadores, estadísticamente se pudo demostrar que

existen 4.5 veces más probabilidades de que nazca un niño bajo peso en madres con este nocivo hábito que en las que no lo tienen.

El tabaquismo en las gestantes ha sido estudiado en relación con el bajo peso del neonato; su acción ha sido demostrada de modo evidente en cuanto a la aparición de distrofia prenatal, aunque no se ha puesto de manifiesto su relación con nacimientos antes del término, o sea, que sólo como consecuencia de la definición ponderal tiene relaciones con el parto pretérmino. Según Riverón Corteguera, el fumar influye en el peso del recién nacido, pero probablemente tiene menor acción sobre la duración de la gestación.⁷

Diferentes estudios realizados demuestran cuan dañino es para las gestantes este hábito, el mismo se relaciona con la producción de bajo peso al nacer y crecimiento intrauterino retardado (CIUR) probablemente por la elevada concentración de carboxihemoglobina en la sangre del feto provocada por la nicotina, que es superior a la presente en la sangre periférica de la madre, este efecto nocivo puede extenderse más allá del período perinatal.¹⁰ Está demostrado que los hijos de madres fumadoras pesan al nacer un promedio de 200 a 300 g menos que los descendientes de las no fumadoras.⁶

En el estudio solamente 15 casos presentaban familias moderadamente funcionales (60 %) y 17 controles con igual condición (34 %) (Tabla 4).

El funcionamiento familiar es hoy una de las variables a las cuales más importancia se le está dando en los estudios investigativos, debido a la relación directa que puede tener en múltiples ocasiones con muchas enfermedades, las cuales en su mayoría son prevenibles o curables si se tiene en cuenta dicha relación.

Como se muestra en la tabla 4, existen diferencias estadísticamente significativas entre los casos y controles, siendo casi 3 veces más probable la aparición de bajo peso al nacer en madres que vivan en un núcleo moderadamente funcional que en aquellas que no tengan este factor.

Autores como Díaz Novas han demostrado que el inadecuado funcionamiento familiar constituye un factor de riesgo de notable envergadura, anteriormente ignorado por muchos investigadores. Estudios recientes llevados a cabo en Uruguay y Chile, han descubierto la relación directa que existe entre un adecuado funcionamiento familiar y la salud en general de las gestantes, siendo este el medio adecuado para la resolución de casi el 90 % de los problemas sociales que una embarazada pudiera sufrir y que incidirían no sólo en la aparición de un neonato bajo peso, sino otras complicaciones.⁹

En nuestro medio se ha demostrado la importancia que tiene la familia durante el embarazo para que este se cumpla de la mejor manera hasta su término, pues se conoce que en muchas de las ocasiones, son los miembros los encargados de velar por el cumplimiento de las medidas orientadas por parte del personal médico a las grávidas así como de crear las condiciones adecuadas y eliminar o modificar riesgos que pudieran aparecer para que estas lleguen a su estadio final de forma correcta.

Actualmente se le da más importancia al papel que posee la función de la familia en todos los procesos que se interrelacionan con el embarazo. Se conoce que como célula fundamental de la sociedad cumple con funciones vitales que de no realizarse crearían inestabilidad durante el periodo que daría al traste con la aparición de enfermedades y complicaciones.¹³

CONCLUSIONES

De las variables sociodemográficas que se estudiaron, llegaron a ser factores de riesgo para la aparición de neonatos con bajo peso al nacer: la situación socioeconómica regular y mala, el hábito de fumar y las familias moderadamente funcionales.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Butler M. Obstetrics risk of pregnancy in women less than 18 years old. *Obstet Gynecol.* 2005; 96: 962-6.
2. Allen MC. El lactante de alto riesgo. *Pediatr Clin North Am* (Edición española). 2005; 3:505-518.
3. García-Dihins Vilanove J. Crecimiento intrauterino retardado frente a pequeño para su edad gestacional. *Anales de Pediatría.* 2002; 57(6): 575-85.
4. Molina García J. Estado nutricional materno, evolución e impacto en la salud perinatal. III Taller de Perinatología Habana. 2002.
5. Saigal S, Szatmari P, Rosenbaum P. Intellectual and functional status at school entry of children who weighd 1000 grams or less at birth: A regional perspective of births in the 1980s. *J Pediatr.* 2004; 116:409-416.

6. Lewis ST. Nutritional management of the very low birthweight infant. Program and abstracts of the National Association of Neonatal Nurses 20th Annual Conference; October 13-16, 2004; Orlando, Florida.
7. Riverón Corteguera R. Estrategias para reducir la mortalidad infantil. Cuba 1959-2004. Rev Cubana Pediatr. 2005; 72(3): 147-64.
8. De Cherney A, Pernoll MC. Diagnosis and treatment. En: Obstetric and gynecologic. Connecticut: Editorial Appleton and Lange; 1995.
9. Díaz Novas J. El diagnóstico en la atención primaria. Rev Cubana Med Gen Integr. 1993; 9(2): 151.
10. Abermann R. The role of the Family Physician in preventing teenage pregnancy. Am Fam Physician. 2006; 45(5): 2 215-20.
11. Cotch MF, Klebanov MA, Rao AB; Roads GG: Trichomonas vaginalis associated with low birth weight and preterm delivery. The vaginal infections and Prematurity Study Group. Sex Transm Dis. 24:353, 2007.
12. Meiss PJ, Mercer BM, Iams JD. The preterm prediction study: Significance of vaginal infections. Human Development Maternal-Fetal Medicine Units Network. Am J Obstet Gynecol. 2006; 178:562.
13. Cuba. Ministerio de Salud Pública. Actividades a realizar con carácter prioritario en relación con el Programa Materno-infantil destinado a reducir la mortalidad materna e infantil. La Habana: MINSAP; 2004.

Tabla 1. Grupos de edades.

GRUPO DE EDAD	CASOS		CONTROLES	
	No.	%	No.	%
Menos de 18	3	12	6	12
18 - 34	17	68	39	78
35 y más	5	20	5	10
TOTAL	25	100	50	100

Fuente: Historias clínicas obstétricas. $\chi^2=0.00$ $p>0.05$

Tabla 2. Situación socioeconómica.

SITUACIÓN SOCIOECONÓMICA	CASOS		CONTROLES	
	No.	%	No.	%
Mala	6	24	3	6
Regular	15	60	25	50
Buena	4	16	22	44
TOTAL	25	100	50	100

$\chi^2=5.76$ $p<0.05$ $OR=4.1$ $I.C (1.2; 13.7)$

Tabla 3. Hábito de fumar.

HÁBITO DE FUMAR	CASOS		CONTROLES	
	No.	%	No.	%
Fumadoras	14	56	11	22
No fumadoras	11	44	39	78
TOTAL	25	100	50	100

$\chi^2=8.67$ $p<0.05$ $OR=4.5$ $IC (1.6; 12.7)$

Tabla 4. Funcionamiento familiar.

FUNCIONAMIENTO FAMILIAR	CASOS		CONTROLES	
	No.	%	No.	%
Severamente disfuncional	1	4	3	6
Disfuncional	3	12	5	10
Moderadamente funcional	15	60	17	34
Funcional	6	24	25	50
<i>TOTAL</i>	<i>25</i>	<i>100</i>	<i>50</i>	<i>100</i>

$\chi^2=4.60$ $p<0.05$ $OR=2.9$ $IC (1.0; 7.8)$