

Relación del bajo peso al nacer con la sepsis vaginal

Vaginal sepsis: its relation to the low-birth weight

María Eulalia Prieto Herrera,^I Cristina García Luna,^{II} Elena Rubio López,^{III}
Juan M. Serrano Fuentes,^{III} Niurka Rodríguez Sánchez^{IV}

^IMáster en Medicina Bioenergética. Especialista de I Grado en Medicina General Integral. Asistente. Policlínico Comunitario Docente Este. Camagüey, Cuba.

^{II}Máster en Atención Integral al niño. Especialista de I Grado en Pediatría. Asistente. Policlínico Comunitario Docente Este. Camagüey, Cuba.

^{III}Especialista de I Grado en Medicina General Integral. Instructor. Policlínico Comunitario Docente Este. Camagüey, Cuba.

^{IV}Máster en Urgencias Médicas. Instructor. Policlínico Comunitario Docente Este. Camagüey, Cuba.

RESUMEN

INTRODUCCIÓN: El bajo peso al nacer constituye uno de los principales problemas obstétricos actuales pues está relacionado con más del 75 % de la mortalidad perinatal. Las infecciones del tracto genital se asocian a numerosas complicaciones como aborto espontáneo, elevada morbimortalidad, bajo peso al nacer, endometritis posparto y secuelas en los neonatos sobrevivientes.

OBJETIVO: Conocer la relación del bajo peso al nacer con la sepsis vaginal en el área de salud del policlínico Este del municipio Camagüey, durante el trienio 2007-2009.

MÉTODOS: Se realizó un estudio descriptivo, transversal, acerca de la relación del bajo peso al nacer con la sepsis vaginal en el área de salud. El universo estuvo conformado por los 1 151 nacidos vivos en el periodo y se tomó como muestra los 55 niños que nacieron con peso inferior a 2 500 g, independientemente de la edad gestacional, aplicándoles a las madres un cuestionario (previo consentimiento informado) que contenía las variables: presencia de sepsis, tipo de germen, rotura prematura de membranas y modificaciones cervicales durante el embarazo.

RESULTADOS: El 72,72 % de las madres tuvieron en algún momento del embarazo sepsis vaginal, el germen más frecuente fue la *trichomonas vaginalis* con el 50,90 %; el 52,5 % de las gestantes aunque tenían sepsis vaginal no presentaron modificaciones cervicales.

CONCLUSIONES: Las tres cuartas partes de las gestantes tuvieron sepsis vaginal, más de la mitad de las gestantes que tuvieron sepsis vaginal presentaron rotura prematura de membranas.

Palabras clave: Sepsis vaginal, bajo peso, rotura prematura de membranas.

ABSTRACT

INTRODUCTION: The low-birth weight is one of the major current obstetric problems since it is related to with more than the 75 % of the perinatal mortality. The genital tract infections are associated with many complications including the spontaneous abortion, a high morbidity and mortality, the low-birth weight, postpartum endometritis and the sequelae in surviving neonates.

OBJECTIVE: To know the relationship between the low-birth weight and vaginal sepsis in a health area of the East polyclinic of Camagüey municipality from 2007-2009.

METHODS: A cross-sectional and descriptive study was conducted to know the relationship between the low-birth weight and vaginal sepsis in the above mentioned health area. Universe included 1 151 newborns during the period taking like sample a group of 55 children weighing less than 2 500 g, independently of the gestational age, applying to mothers a questionnaire (previous informed consent) including the following variables: presence of sepsis, type of germen, an premature rupture of membranes and cervical modifications during pregnancy.

RESULTS: The 72.72 % of mothers had during any moment of pregnancy vaginal sepsis, the more frequent germ was the *Trichomonas vaginalis* with the 50.90 %; the remainder 52.5 % although despite the presence of vaginal sepsis had not cervical modifications.

CONCLUSIONS: The three quarter of pregnant women had vaginal sepsis, more than half with this type of sepsis also had a premature rupture of membranes.

Key words: Vaginal sepsis, low birth, premature rupture of membranes.

INTRODUCCIÓN

El bajo peso al nacer (BPN) es el índice más importante para determinar las posibilidades del recién nacido de sobrevivir y tener un crecimiento sano, constituye uno de los principales problemas obstétricos actuales pues está relacionado con más del 75 % de la mortalidad perinatal. Esta complicación repercute negativamente sobre la morbimortalidad infantil, puede tener efectos nefastos en la etapa adulta, donde se pueden ver afectados varios sistemas además del inmunológico, trayendo como consecuencia, secuelas que incapacitan al niño desde el punto de vista físico y social.¹⁻³

La vagina es una cavidad fisiológicamente húmeda. Este fenómeno que se conoce como secreción fisiológica puede ser más pronunciado durante ciertas fases del ciclo menstrual, durante y después del coito, durante el embarazo y la lactancia.

Las mujeres se quejan de secreción vaginal solo cuando se modifican sus características en cuanto a cantidad, color y olor o cuando sienten molestias.⁴

La infección o la colonización de organismos infecciosos en el aparato genital materno pueden causar la morbimortalidad materna y perinatal, el parto prematuro es una de las causas más importantes. Además, la prematuridad está asociada al menos a dos tercios de las muertes infantiles tempranas.⁵

Varios factores están relacionados con la etiología del parto prematuro. Estos pueden categorizarse en cuatro grupos:⁵

1. Complicaciones médicas y obstétricas (por ejemplo, trastornos hipertensivos, hemorragia placentaria).
2. Factores relacionados con el estilo de vida (por ejemplo el tabaquismo, la desnutrición).
3. Infección del líquido amniótico causada por una diversidad de microorganismos alojados en el aparato genital.
4. Incompetencia cervical.

Aproximadamente un tercio de los partos prematuros están asociados con una infección corioamniótica. Se ha propuesto a una gran cantidad de microorganismos como causa de la rotura prematura de membranas antes del trabajo de parto, del parto prematuro o de ambos, por ejemplo: vaginosis bacteriana, *trichomonas vaginalis*, *Neisseria gonorrhoeae*, *Ureaplasma urealyticum*, *Chlamydia trachomatis*, estreptococos del grupo B.⁵⁻⁹ Teniendo en cuenta las consecuencias negativas que puede causar la sepsis vaginal sobre la madre y el neonato nos propusimos realizar la siguiente investigación.

MÉTODOS

Se realizó un estudio descriptivo, transversal para conocer la relación del bajo peso al nacer con la sepsis vaginal en el área de salud del Policlínico Este del municipio Camagüey, durante el trienio 2007-2009. El universo estuvo conformado por los 1 151 nacidos vivos en el período y se tomó como muestra los 55 niños que nacieron con peso inferior a 2 500 g, independientemente de la edad gestacional, se aplicó un cuestionario a las madres de dichos niños (previo consentimiento informado), que fue aplicado por los autores de la investigación y que contenía las variables: presencia de sepsis, tipo de germen, rotura prematura de membranas, modificaciones cervicales durante el embarazo.

A partir de su realización la encuesta se convirtió en el registro primario de la investigación. El carné de atención prenatal y el registro de partos del policlínico constituyeron la fuente secundaria de datos.

Técnicas y procedimientos

Para realizar el exudado vaginal directo se tomó muestra del fondo de saco vaginal con un aplicador estéril, el cual se introdujo en un tubo de ensayo con 2 mL de

solución salina isotónica estéril al 0,9 %, haciéndolo girar para desprender la muestra. La detección de los gérmenes se realizó mediante observación directa al microscopio.

Los datos fueron procesados en una microcomputadora Pentium IV utilizando el paquete estadístico SPSS para realizar estadística descriptiva (números absolutos y porcentajes) e inferencial (test de hipótesis de proporciones, chi cuadrado). La significación estadística considerada fue la siguiente:

- Diferencias significativas ($p < 0,05$).
- Diferencias muy significativas ($p < 0,01$).
- Diferencias altamente significativas ($p < 0,001$).

Los resultados se expusieron en tablas y textos.

RESULTADOS

En la tabla 1 se expone la distribución de niños con bajo peso al nacer (BPN) durante el trienio 2007-2009. Como puede observarse el año en que más nacimientos bajo peso se produjeron, fue el 2009, sin embargo el índice de BPN fue de 4,7 % debido a que en ese año nacieron 94 niños más que en el 2008 y 150 más con relación al 2007. Al analizar el comportamiento entre CIUR y pretérminos en los 3 años se comportó muy similar, pues nacieron 27 niños pretérminos y 28 CIUR.

Tabla 1. Distribución de los niños con Bajo peso al nacer por años

Años	Nacidos vivos	Bajo peso al nacer	CIUR	Pretérmino	Índice BPN
2007	315	17	8	9	5,3
2008	371	16	9	7	4,3
2009	465	22	11	11	4,7

La tabla 2 muestra la presencia de sepsis vaginal en las madres que aportaron niños con bajo peso al nacer, puede apreciarse que el 72,72 % tuvieron en algún momento del embarazo sepsis vaginal, presentando diferencias altamente significativas $p: 2,06115 \text{ E-}09$.

Tabla 2. Presencia de sepsis vaginal en las madres que aportaron niños con bajo peso al nacer

Sepsis vaginal	Número	%
Sí	40	72,72
No	15	27,27
Total	55	100

P: 2,06115 E - 09

En cuanto al tipo de germen (tabla 3) se determinó que el más frecuente fue la *trichomonas vaginalis* con el 50,90 %, seguido de la vaginosis bacteriana con el 27,27 %, con diferencias altamente significativas p: 8,31529 E-07.

Tabla 3. Tipo de germen

Tipo de germen	No.	%
Vaginosis bacteriana	15	27,27
Candida albicans	12	21,81
Trichomonas vaginalis	28	50,90

P: 8,31529 E -07

Al analizar la relación de la sepsis vaginal con la RPM (tabla 4) se observa que más de la mitad de las gestantes, el 52,5 %, presentó este evento. Al realizar el análisis estadístico se determinó diferencias altamente significativas p: 2,75364 E-05.

Tabla 4. Relación de la sepsis vaginal con la RPM

Rotura prematura de membranas	Sepsis vaginal	
	No.	%
Sí	21	52,5
No	19	47,5
Total	40	100

P: 2,75364 E - 05

En la tabla 5 se muestra la relación de la sepsis vaginal con las modificaciones cervicales, en este caso un porcentaje significativo de las gestantes (57,5 %) presentaron incompetencia cervical p: 1,01301 E-05.

Tabla 5. Relación de la sepsis vaginal con las modificaciones cervicales

Modificaciones cervicales	Sepsis vaginal	
	No.	%
Sí	23	57,5
No	17	42,5
Total	40	100

P: 1,01301E-05

DISCUSIÓN

El bajo peso al nacer constituye uno de los principales problemas de salud en Cuba y en el resto del mundo, por la repercusión que tiene en la mortalidad infantil y por las secuelas que puede producir. En Cuba ha existido una lucha constante para lograr una reducción del BPN, se han establecido acciones en el programa materno-infantil; a partir del año 1989 se confeccionó un subprograma específico (Cuba, Ministerio de Salud Pública. Programa para la reducción de bajo peso al nacer. 1989), el cual se actualizó posteriormente en 1993 (Cuba, Ministerio de Salud Pública. Programa para la reducción de bajo peso al nacer, 1993).¹⁰ En el año 1980 existía un índice de BPN de 9,7 y a partir de ese momento ha existido una reducción gradual de este indicador, en el 2008 se exhibía un índice de 4,4 %.¹¹⁻¹³

Las infecciones del tracto genital constituyen un factor de vital importancia en la determinación de los resultados obstétricos, especialmente en los países en vías de desarrollo, en los que su prevalencia es muy alta. Se asocian a numerosas complicaciones obstétricas como aborto espontáneo, mortalidad perinatal, bajo peso al nacer, endometritis posparto y secuelas en los neonatos sobrevivientes.⁷

La vaginosis bacteriana (VB) es la causa de flujo vaginal de mayor prevalencia en los países en vías de desarrollo. En el África subsahariana se observó que hasta el 50 % de las mujeres embarazadas la padecen.⁷ En un estudio prospectivo efectuado en Indonesia se observó asociación entre la VB y el parto pretérmino. Se sospecha que tendría mayor impacto sobre el embarazo cuando se combina con otros factores de riesgo potenciales, como el antecedente de parto pretérmino, de un hijo con BPN o a través de la coinfección con *Trichomonas vaginalis*.⁷

La infección por *Trichomonas vaginalis* también tiene elevada prevalencia entre las gestantes de varios países subdesarrollados. El flujo vaginal constituye el síntoma principal, aunque aproximadamente la mitad de las pacientes son asintomáticas. En un grupo de embarazadas congoleñas se observó asociación entre *T. vaginalis* y el nacimiento de niños con BPN. Este agente sería responsable del 20 % al 25 % de los casos de parto pretérmino en África. En un estudio aleatorizado realizado en los EE. UU., el tratamiento de la infección asintomática con metronidazol no logró disminuir la incidencia de parto pretérmino.⁷

Vázquez Niebla⁹ en una investigación realizada con un grupo de gestantes en el hospital "Ramón González Coro" reportó que el germen más frecuente fue la *Candida albicans* con 59,6 %. Rojas Saraví¹⁴ en un estudio realizado en el Centro de Salud "Edgar Montano" informó que el 8,06 % de sus gestantes presentaban infección por *Candida albicans* y el 2,22 % por *Trichomonas*. González Pedraza¹⁵ en un estudio realizado en Coyoacán, México, encontró entre sus gestantes el 25,5 % de vaginosis bacteriana, 2,2 % de *Trichomonas* y el 27,8 % de *Candida albicans*.

El estudio microscópico del contenido vaginal es el procedimiento de laboratorio con los valores predictivos (positivo y negativo) más altos en el diagnóstico de vaginosis bacteriana.¹⁶⁻¹⁹

La vaginosis bacteriana se inicia con un desequilibrio hipotálamo-hormonal que genera alteraciones en la funcionalidad de las mucosas que tapizan el tracto genital de la mujer en edad fértil, condiciona el contenido vaginal para que sea fácilmente colonizado e invadido por microorganismos exógenos, algunos provistos por la misma paciente, como bacterias y levaduras de la flora intestinal y en función de su práctica sexual, por agentes transmitidos sexualmente.¹⁶

La rotura prematura de las membranas ovulares (RPM) es un accidente obstétrico en el que se produce una solución de continuidad en las mismas antes del inicio del trabajo de parto, puede presentarse antes del término o después de las 37 sem, ocasionando consecuencias potencialmente negativas en el período perinatal, tanto para la madre como para el feto: sepsis ovular, sepsis puerperal, prematuridad, sepsis del neonato y la morbilidad neonatal elevada por la inmadurez.²⁰

En la actualidad se relaciona a la RPM con múltiples causas, pero fundamentalmente es la sepsis vaginal y cervical el factor que mayor relevancia tiene. La infección primeramente es vaginal y cervical, luego asciende atravesando el moco cervical, llevando a la corioamnionitis, se produce entonces una reacción inflamatoria de la placenta, membranas fetales y la decidua materna.^{20,21} En un estudio realizado en Venezuela por Faneite y otros²² reportan que la RPM estuvo presente en el 13,72 % de las gestantes, Rojas Saravía¹⁴ reporta el 1,39 %, resultados estos que son muy inferiores a los encontrados en esta investigación.

Es necesario el diagnóstico precoz de las modificaciones precoces del cuello uterino (acortamiento, permeabilidad, centralización y descenso de la presentación), mediante exámenes vaginales sucesivos, lo cual nos haría valorar el ingreso precoz de la gestante y la oportuna corrección de la incompetencia cervical mediante técnicas quirúrgicas.²³

Según Rigo²³ si a partir de las 28 sem la dilatación del orificio cervical interno (OCI) es de 2 a 3 cm, hay 27 % de posibilidad de que ocurra parto pretérmino. Si la dilatación del OCI es menor que 1 cm, solo existe una incidencia de 2 % de parto pretérmino. Si es posible introducir los dedos en los fondos de los sacos vaginales sin dificultad, el segmento inferior no está desarrollado; si el segmento está desarrollado, se encontrará que el tercio superior de la vagina está ocupado por el segmento fino que contiene la presentación.

El hallazgo de un segmento fino con un cérvix corto y blando indica que las contracciones están modificando el cérvix y, por tanto, se debe valorar la terapéutica farmacológica. Tanto las modificaciones cervicales como las del segmento inferior tienen mayor valor en las gestantes con riesgo de parto pretérmino.²³

Las tres cuartas partes de las gestantes tuvieron sepsis vaginal, el germen aislado más frecuente fue la *Trichomonas vaginalis*. Más de la mitad de las gestantes que tuvieron sepsis vaginal presentaron rotura prematura de membranas y modificaciones cervicales.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Leal Soliguera M. Comportamiento del bajo peso al nacer y repercusión sobre la mortalidad infantil en el quinquenio 2001-2005. Rev Cubana Obstet Ginecol [serie en Internet]. 2009 [citado 20 Ago 2010];35(4): [aprox. 7 p.]. Disponible en: <http://scielo.sld.cu/pdf/gin/v35n4/gin11409.pdf>
2. Monsreal J, Barrera Pérez M, Trujillo Trujillo X, Huerta Viera M, Trujillo Hernández B. Evaluación de los pesos específicos de factores de riesgo en el bajo peso al nacer en la ciudad de Mérida, Yucatán, México. Estudio de casos y controles. Rev Sal Pub Nut [serie en Internet]. 2008 [citado 20 Ago 2010];9(4): [aprox. 16 p.]. Disponible en: <http://www.medigraphic.com/pdfs/revsalpubnut /spn-2008/spn084f.pdf>
3. Velázquez Quintana N, Masud Yunes Zárraga J, Ávila Reyes R. Recién nacidos con bajo peso; causas, problemas y perspectivas para el futuro. Bol Méd Hosp Infant Méx [serie en Internet]. 2004 [citado 20 Ago 2010];61(1): [aprox. 24 p.]. Disponible en: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1665-11462004000100010&lng=es&nrm=iso
4. Colectivo de autores. Infecciones de transmisión sexual. Pautas para su tratamiento. La Habana: Ministerio de Salud Pública; 2004.
5. Thinkhamrop J, Hofmeyr GJ, Adetoro O, Lumbiganon P. Profilaxis antibiótica durante el embarazo para prevenir la morbilidad infecciosa (Revisión Cochrane traducida). En: La Biblioteca Cochrane Plus, 2008 Número 4. Oxford: Update Software Ltd. Disponible en: <http://apps.who.int/rhl/reviews/CD002250sp.pdf>
6. Bamigboye AA. Profilaxis antibiótica durante el embarazo para prevenir la morbilidad infecciosa: Comentario de la BSR (última revisión: 3 de agosto de 2004). La Biblioteca de Salud Reproductiva de la OMS; Ginebra: Organización Mundial de la Salud. Disponible en: http://apps.who.int/rhl/pregnancy_childbirth/complications/infection/aabcom/es/
7. Mullick S, Watson-Jones D, Beksinka M, Mabey D. Sexually Transmitted Infections in Pregnancy: Prevalence, Impact on Pregnancy Outcomes, and Approach to Treatment in Developing Countries. Sexually Transmitted Infections. 2005;81(4):294-302.
8. Hernández Álvarez H, Sariago Ramos I, Sarracent Pérez J. Infección humana por *Trichomonas vaginalis* y su relación con otros agentes patógenos. Rev Cubana Obstet Ginecol [serie en Internet]. 2009 [citado 20 Ago 2010];35(4): [aprox. 9 p.]. Disponible en: http://bvs.sld.cu/revistas/gin/vol35_4_09/gin12409.htm
9. Vázquez Niebla J, Ortiz González C, Ley Ng M, Pérez Penco JM, Calero Ricardo J. Prevalencia de infecciones cérvico-vaginales en embarazadas en un hospital obstétrico de referencia de Ciudad de la Habana. Rev Cubana Obstet Ginecol [serie

en Internet]. 2007 [citado 20 Ago 2010]; 33 (2): [aprox. 10 p.]. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0138-600X2007000200001&lng=es&nrm=iso&tlng=es

10. Cabrales Escobar J, Saenz Darias L, Grau Espinosa M, de Rojas Castañeda L, González Herrera Y, Pina García N, et al. Factores de riesgo del bajo peso al nacer en un hospital cubano, 1997-2000. Rev Panam Salud Pública [serie en Internet]. 2002 [citado 20 Ago 2010]; 12(3): [aprox. 5 p.]. Disponible en: http://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1020-49892002000900006&lng=en&nrm=iso&tlng=es

11. Salud Cuba. Salud en las Américas, 2007 [citado 8 Sep 2010]; volumen II países. p. 267-84. Disponible en: <http://www.paho.org/hia/archivosvol2/paisesesp/Cuba%20Spanish.pdf>

12. Cuba. Anuario Estadístico. Oficina Nacional de Estadísticas. La Habana: ONE; 2008 [citado 22 Ago 2010]. Disponible en: http://www.one.cu/aec2008/esp/19_tabla_cuadro.htm

13. Alonso Uría R, Lugo Sánchez A, Álvarez Ponce V, Rodríguez Alonso B, Vasallo Pastor N, Remy Pérez M, et al. Mortalidad neonatal precoz. Análisis de 15 años. Rev Cubana Obstet Ginecol [serie en Internet]. 2005 [citado 20 Ago 2010]; 31 (3): [aprox. 10 p.]. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0138-600X2005000300008&lng=es&nrm=iso&tlng=es

14. Rojas Saravia M, Martínez León A, Tapia Camacho R, Olmos Mejía C. Detección de embarazos de alto riesgo en el Centro de Salud "Edgar Montano". Revista Médica [serie en Internet]. 2006 [citado 20 Ago 2010]; 17(27): [aprox. 8 p.]. Disponible en: <http://saludpublica.bvsp.org.bo/textocompleto/bvsp/boxp76/V.17N27-2006—13-20.pdf>

15. González-Pedraza Avilés A, Ortiz Zaragoza C, Dávila Mendoza R, Valencia Gómez C. Infecciones cérvicovaginales más frecuentes; prevalencia y factores de riesgo. Rev Cubana Obstet Ginecol [serie en Internet]. 2007 [citado 28 Ago 2010]; 33(2): [aprox. 19 p.]. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0138-600X2007000200007&lng=es&nrm=iso&tlng=es

16. Di Bartolomeo S, Patricia Leonino A, Rodríguez Fermepin M, Alberto de Torres R. Balance del contenido vaginal en el diagnóstico diferencial de vaginosis-vaginitis. Reacción inflamatoria vaginal en embarazadas sintomáticas. Acta Bioquím Clín Latinoam [serie en Internet]. 2000 [citado 20 Ago 2010]; 41(2): [aprox. 13 p.]. Disponible en: <http://www.scielo.org.ar/pdf/abcl/v41n2/v41n2a09.pdf>

17. Puentes Rizo E, Enríquez Domínguez B, Jiménez Chacon M, López Rodríguez P. Comportamiento del Síndrome de flujo vaginal en el Consultorio 16, Policlínico Párraga. Rev Cubana Obstet Ginecol [serie en Internet]. 2009 [citado 20 Ago 2010]; 35(3): [aprox. 17 p.]. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0138-600X2009000300007&lng=es&nrm=iso&tlng=es

18. Erice Candelario A, Román Fernández L, Ulloa Cruz V, Peláez Mendoza J, Juncal V. Afecciones ginecológicas. En: Álvarez Sintés R. Medicina General Integral.

Principales afecciones en los contextos familiar y social. 2da ed. La Habana: Editorial Ciencias Médicas; 2008.

19. Piloto Padrón M. Enfermedades ginecoobstétricas. En: Guía terapéutica para la Atención primaria de Salud. Colectivo de autores. La Habana: Editorial Ciencias Médicas; 2010.

20. Ganfong Elías A, Nieves Andino A, Simonó Bell N, González Pérez J, Ferreiro Fernández L, Díaz Pérez M. Influencia de la rotura prematura de membranas en algunos resultados perinatales. Hospital General Docente "Dr. Agostinho Neto". Rev Cubana Obstet Ginecol [serie en Internet]. 2007 [citado 20 Ago 2010]; 33(2): [aprox. 11 p.]. Disponible en:
http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0138-600X2007000200003&lng=es&nrm=iso&tIng=es

21. Erice Candelario A, Ulloa Cruz V, Román Fernández L. Afecciones coligadas al embarazo. En: Álvarez Sintés R. Medicina General Integral. Principales afecciones en los contextos familiar y social. 2da ed. La Habana: Editorial Ciencias Médicas; 2008.

22. Faneite P, Linares M, Faneite J, Martí A, González M, Rivera C. Bajo peso al nacer. Importancia. Rev Obstet Ginecol Venez [serie en Internet]. Sep. 2006 [citado 28 Ago 2010]; 66 (3): [aprox. 20 p.]. Disponible en:
http://www.scielo.org.ve/scielo.php?pid=S0048-77322006000300002&script=sci_arttext

23. Rigol Ricardo O. Obstetricia y Ginecología. La Habana: Editorial Ciencias Médicas; 2004.

Recibido: 3 de diciembre de 2010.

Aprobado: 23 de diciembre de 2010.

Dra. *María Eulalia Prieto Herrera*. Policlínico Comunitario Docente Este. Carretera Central 513 esquina a Argentina. Reparto El Retiro. Camagüey, Cuba. Correo electrónico: meprieto@finlay.cmw.sld.cu