

## **IMPORTANCIA DE LOS ANTECEDENTES MATERNOS EN EL RECIÉN NACIDO BAJO PESO**

*Gil Vicente Sarmiento Brooks,<sup>1</sup> Javier Pagola Leyva,<sup>2</sup> Lissette Oramas Hernández<sup>3</sup> y Aida Gisela González Aguiar<sup>4</sup>*

**RESUMEN:** Se realizó un estudio observacional, analítico, con un modelo de diseño del tipo casos y controles en 117 mujeres del Policlínico Docente "La Rampa" perteneciente al municipio Plaza de la Revolución de las cuales 17 tuvieron un recién nacido con un peso inferior a los 2 500 g. Las restantes 100 mujeres lograron niños con un peso igual al anteriormente señalado o superior. Analizamos la influencia de algunos antecedentes como el orden de nacimientos y de embarazos, el número de abortos y las gestaciones de bajo peso anteriores y determinados antecedentes patológicos de la madre. Se concluyó que los factores que influyen en el nacimiento de un niño con bajo peso son, entre otros: que sea el primer nacimiento (RR = 2); el primer embarazo (RR = 1,8); el haber tenido 2 o más abortos previos (RR = 4,9), el antecedente de haber tenido uno o más recién nacido de bajo peso (RNBP) (RR = 6,9) y ciertas enfermedades maternas como la urosepsis (RR = 3,7), la hipertensión crónica (RR = 3,21), la anemia (RR = 2,7) y el asma (RR = 1,9). Se hacen algunas recomendaciones.

**Descriptores DeCS:** RECIEN NACIDO DE BAJO PESO; ATENCION PRENATAL; INDICADORES DE SALUD; ATENCIÓN PRIMARIA DE SALUD; EMBARAZO; BIENESTAR MATERNO.

El nacimiento de un niño con peso inferior a los 2 500 g continúa siendo motivo de preocupación para obstetras, neonatólogos y otros proveedores de salud.

En dependencia del criterio diagnóstico del 3 al 7 % de los embarazos se ven complicados por un retardo del crecimiento fetal.<sup>1</sup> Estos productos tienen una tasa de

mortalidad de 4 a 10 veces mayor que los niños de peso adecuado, tienen más riesgo de asfixia, hipoglicemia neonatal y policitemia;<sup>1</sup> así como de la aparición de alteraciones del desarrollo físico y mental durante la infancia temprana.<sup>2,3</sup>

Algunos autores consideran que este tipo de nacimiento es prevenible en un gran

<sup>1</sup> Especialista de II Grado en Ginecoobstetricia. Instructor Facultad "Comandante Manuel Fajardo".

<sup>2</sup> Especialista de I Grado en Medicina General Integral. Vicedirector General Policlínico Docente "La Rampa".

<sup>3</sup> Especialista de I Grado en Medicina General Integral.

<sup>4</sup> Especialista de I Grado en Ginecoobstetricia.

porcentaje si las acciones de salud se iniciaban desde antes de la concepción.<sup>4</sup>

El conocimiento de que la etiología de este tipo de nacimiento pudiera tener un origen multifactorial, y pensando en la posible asociación de los antecedentes maternos en nuestra comunidad, nos motivó a realizar esta investigación; y de acuerdo con los resultados, realizar una política de intervención, antes de que la mujer se embarace; y de quedar embarazada, planificar una estrategia de atención prenatal.

### **Métodos**

Se realiza un estudio observacional, analítico, con un modelo de diseño del tipo casos y controles (retrospectivos) en el Policlínico "La Rampa" del municipio Plaza, en el año 1997. Analizamos un grupo de recién nacidos con bajo peso (RNBP) (89,4 % del total) al cual le denominamos grupo de casos, y como casos controles un total de 100 niños que tuvieron al momento del nacimiento un peso igual o superior a los 2 500 g, cuyos partos se produjeron en igual período y seleccionados de forma aleatoria.

Los datos fueron recogidos en encuestas individuales, en ellas incluimos datos extraídos de los tarjetones obstétricos y completados en sesiones de visitas al medio familiar. Excluimos del estudio, todos los nacidos muertos, malformados o nacidos de partos múltiples. Nuestra muestra quedó constituida por 17 recién nacidos con un peso inferior a los 2 500 g, y por 100 casos controles con lo que el total de la muestra asciende a 117 nacidos.

En la encuesta se recoge el número de orden que tenía el RNBP entre los hijos tenidos por la madre. Exactamente se hizo

igual con el grupo control; así mismo hemos recogido el número de orden que tenía el embarazo actual entre todos los de la madre. Se recoge el número de abortos y de hijos de bajo peso que hubiese tenido la madre previamente.

Entre los antecedentes patológicos se registraron la urosepsis, la HTA, el asma, la anemia y otras menos frecuentes.

Aplicamos como instrumento epidemiológico para tener una medida que cuantifique las fuerzas de asociación entre el daño a la salud y un factor de riesgo: el riesgo relativo (RR o razón de disparidad  $RR = a \times d / c \times b$ ).

Obtuvimos el intervalo de confianza al 95 % para el riesgo relativo el cual resume lo tan cercano que se encuentra el cálculo de riesgo observado en el muestreo, al riesgo verdadero de la población objetivo. Si el límite inferior incluye el valor 1,0 o sea la hipótesis nula, se interpreta que el RR encontrado no es estadísticamente distinto de 1.

### **Resultados**

Al comparar ambos grupos entre sí, en los primeros nacimientos comprobamos una frecuencia superior de RNBP en el GE (52,9 % contra 35 % en el GC (tabla 1). El RR = 2.

TABLA 1. Distribución del peso al nacer, según orden de nacimientos

Orden	Grupo de estudio		Grupo control	
	No.	%	No.	%
Primero	9	52,9	35	35
Segundo	4	23,5	34	34
Tercero	3	17,6	25	25
Cuarto o más	1	5,8	6	6

Primero: RR = 2     $X^2 = N.S.$

En la tabla 2 analizamos el orden de embarazo, y cuando hacemos la comparación entre los grupos, encontramos que en el primer embarazo, existió más posibilidad de tener un RNBP en el GE (35,2 % vs 23 % en el control), encontrando un riesgo relativo de 1,8.

**TABLA 2. Distribución del peso al nacer según orden de embarazos**

Orden	Casos		Controles	
	No.	%	No.	%
Primero	6	35,2	23	23
Segundo	4	23,5	30	30
Tercero	4	23,5	25	25
Cuarto	3	17,6	22	22
	17		100	

Fuente: Encuesta.  
Primer embarazo: 1,8  $X^2$  N.S.

Si analizamos los abortos previos (tabla 3); cuando existió el antecedente de 2 o más abortos, fue más frecuente el RNBP en el GE (35,2 % vs 10 % en el GC) RR = 4,9  $X^2 = 7,7$  IC = LI 1,4 LS 8,3.

**TABLA 3. Distribución del peso al nacer según los abortos previos**

Abortos	Casos		Controles	
	No.	%	No.	%
Ninguno	3	17,6	47	47
Uno	2	11,7	20	20
Dos o más	6	35,2	10	10
Sin precisar	6*	35,2	23	23**

\* 6 casos sin embarazos previos.  
\*\* 23 casos sin embarazos previos.  
Dos o más abortos RR = 4,9  $X^2 = 7,7$  IC = 1,4 – 8,3

En la tabla 4 apreciamos que de 17 mujeres en el GE, 3 (17,5 %) tenían el antecedente de haber tenido uno o más de un RNBP previo, mientras que en el GC de 100

mujeres solo 3 (3 %) tenían este antecedente. El RR = 6,9;  $x^2 = 6,4$  (sig 0,005) y el IC = 2,07 – 11,7).

**TABLA 4. Distribución del peso al nacer según el antecedente de RNBP previos**

RNBP previos	Casos		Controles	
	No.	%	No.	%
Ninguno	8	47	74	74
Uno	1	5,8	3	3
Dos o más	2	11,7	-	-
Sin hijo anterior	6	35,2	23	23

Cuando analizamos los antecedentes patológicos personales (tabla 5) la urosepsis fue más frecuente en el GE (29,4 % vs 10 % en el control), con un RR = 3,7  $X^2 = 4,86$  IC = N.S., la hipertensión crónica fue otra de las afecciones que con más frecuencia se pudo apreciar en el GE (11,7 % vs 4 % en el control) con el RR = 3,2, la anemia fue igualmente más frecuente en el GE (23,5 % vs 10 % en el GC) y un RR = 2,7. El asma también predominó en el grupo de mujeres que aportaron RNBP (17,6 % contra 10 % en el grupo control) con un RR = 1,9.

**TABLA 5. Distribución del peso al nacer según antecedentes patológicos personales**

Antecedentes	Grupo de estudio		Grupo Control	
	No.	%	No.	%
Urosepsis	5	29,4	10	10
Hipertensión	2	11,7	4	4
Anemia	4	23,5	10	10
Asma	3	17,6	10	10
Cefalea	1	5,8	-	-
Alergia	1	5,8	5	5
Obesidad	1	5,8	4	4
Hernia hiatal	1	5,8	-	-
Fibroma uterino	1	5,8	1	1
Sin antecedentes	4	23,5	40	40

## ***Discusión***

Orden de nacimientos:

En la tabla 1, se comprueba la posibilidad superior de un RNBP en el primer embarazo. *Medina* y otros<sup>5</sup> encontraron un resultado parecido al nuestro. *Neel N*<sup>6</sup> señala que las primíparas en su estudio dieron a luz niños de menor peso que los neonatos de las que habían tenido algún parto. *Lugones* y otros<sup>7</sup> también señalaron algo parecido. Otros señalan la influencia de la multiparidad.<sup>8,9</sup>

Orden de embarazos:

En nuestros estudios comprobamos que en el primer embarazo fue más probable la ocurrencia de un RNBP. Esto difiere de lo encontrado por *Medina* y otros,<sup>5</sup> *Vázquez*<sup>10</sup> y *Fabregat*<sup>11</sup> y concuerda a lo señalado por *Hardy* y otros.<sup>12</sup>

Abortos previos:

El antecedente de abortos previos se analizó en la tabla 3. Cuando comparamos ambos grupos el antecedente de no haber tenido abortos previamente ocurre con más frecuencia en el grupo control. Igual resalta la diferencia porcentual a favor del grupo de bajo peso en la concerniente al hecho de haber tenido 2 o más abortos. Este resultado se parece a lo encontrado por *Medina* y otros.<sup>5</sup> Otros autores no encontraron tal asociación.<sup>13,14</sup> En nuestro estudio este efecto influyó notablemente en cuanto a frecuencia de niños pretérmino.

RNBP previo:

La importancia de este antecedente se analiza en la tabla 4. Aquí se comprueba que el haber tenido previamente 1 hijo de bajo peso es más frecuente en el GE que entre los controles, lo cual también ocurre con respecto al hecho de que fueran 2 o más el número de hijos de bajo peso tenidos por la madre entre los hijos anteriores

al que es objeto de nuestro estudio. Esto concuerda en lo señalado por otros autores<sup>1,3-5,8,9,15</sup> en lo que se refiere al significado de una historia previa de nacimientos pretérminos como un factor de riesgo para un nacimiento pretérmino posterior, o a término, pero con bajo peso.

Antecedentes patológicos personales:

En la tabla 5, se analizan los APP; encontramos que la incidencia de infecciones urinarias fue más frecuente en nuestro GE. Esto se parece a lo señalado por otros autores<sup>1,4,5</sup> y no concuerda con los hallazgos de *Rodríguez* y otros.<sup>16</sup>

La hipertensión arterial crónica fue otra de las afecciones que con más frecuencia se pudo apreciar en el GE; una de ellas se complicó con una preeclampsia leve, y este tipo de patología concluyó con niños de bajo peso a término. La anemia le sigue con predominio porcentual en el grupo estudio. *Tabares*<sup>17</sup> señala que entre sus gestantes la anemia fue la enfermedad materna que se presentó de forma significativa.

*Medina*<sup>5</sup> planteó resultados parecidos a los nuestros. En nuestro estudio el asma ocupó uno de los últimos lugares, siendo también más frecuente en el GE con escasa diferencia porcentual con respecto al GC. Hay que señalar que muchas de estas mujeres mejoraron su sintomatología durante el embarazo. En el grupo control predominó la ausencia de antecedentes.

## ***Conclusiones***

1. La primípara, la que tenía su primer embarazo, aquella con 2 o más abortos previos, o 1 o más RNBP en anteriores embarazos, fueron factores de riesgo importantes entre las mujeres capaces de aportar un RNBP.
2. La infección urinaria, la hipertensión y la anemia, evidenciadas en nuestro estudio

dio, son patologías potencialmente modificables por la intervención y prevención médica con campañas de educación y servicios de planificación familiar; y realizándose un diagnóstico temprano en las gestantes, pudiera producir una re-

ducción notable en nuestro indicador de RNBP.

Con la medicina familiar y los cuantiosos recursos que nuestra sociedad pone a la disposición de la salud pública, este es un reto fácil de enfrentar para los obstetras y otros proveedores de salud.

**SUMMARY:** An observational and analytical case-control study was conducted among 117 women attended at "La Rampa" Teaching Polyclinic, in the municipality of Plaza de la Revolución. 17 of these women had a newborn infant with a birth weight under 2 500 g. The rest of them had children with the same weight or higher. The influence of some history as the order of births and pregnancies, the number of abortions and the previous low weight gestations and certain pathological history of the mother were analyzed. It was concluded that the factors that influenced on the birth of a low birth weight infant are, among others: the first birth (RR=2), the first pregnancy (RR=1,8); having had 2 or more previous abortions (RR=4,9), having had one or more low birth weight infants (RR=6,9), and some maternal diseases as urosepsis (RR=3,7), chronic hypertension (RR=3,21), anemia (RR=2,7) and asthma (RR=1,9).

Subject headings: **INFANT, LOW BIRTH WEIGHT; PRENATAL CARE; HEALTH STATUS INDICATORS; PRIMARY HEALTH CARE; PREGNANCY; MATERNAL WELFARE.**

### **Referencias bibliográficas**

1. Cuba. Ministerio de Salud Pública. Grupo Nacional de Obstetricia y Ginecología. Manual de procedimientos y diagnóstico, así como de tratamiento en Obstetricia y Perinatología. La Habana: Editorial Ciencias Médicas, 1997:193-95.
2. Pérez Escamilla R, Pollit E. Causas y consecuencias del retraso del crecimiento intrauterino en América Latina. Bol Of Sanit Panam 1992;112(6):437-72.
3. Cuba. Ministerio de Salud Pública: Programa para la reducción del bajo peso al nacer. Grupo de Atención Materno Infantil. La Habana: Editorial Ciencias Médicas, 1993:1-3.
4. Jay D, Iams MD, Francee F, Johnson RN. Prevención del parto pretérmino. En: Pitkin RM, Scott JR, eds. Trabajo de parto pretérmino: cirugía ginecológica. Clin Obstet Ginecol Norteam 1988;507-15, 537-59.
5. Medina de Armas J, Sarmientos Brooks G, Wong Hernández M, León González Y. El bajo peso al nacer y su relación con los antecedentes obstétricos. Municipio San Miguel del Padrón. Año 1987. Rev Cubana Med Gen Integr 1990;6(3):356-62.
6. Neel NR, Álvarez JO. Factores de riesgo de malnutrición fetal en un grupo de madres y neonatos guatemaltecos. Bol of Sanit Panam 1991;110(2):93-105.
7. Lugones B, Córdova M de, Quintana T. Análisis del bajo peso en la atención primaria. Rev Cubana Med Gen Integr 1995;11(4):332-26.
8. Hernández CF, López del Castillo J, González VJ, Acosta CN. El recién nacido de bajo peso: comportamiento de algunos factores de riesgo. Rev Cubana Med Gen Integr 1996; 12(1):44-9.
9. Ceron-Mireles P, Sánchez Carrillo CL, Horlow SD, Núñez Urquiza RM. Condiciones de trabajo materno y bajo peso al nacer en la ciudad de México. Salud Pública Mex 1997;39:270.
10. Vázquez X. Estudio epidemiológico del recién nacido de bajo peso. Rev Cubana Enferm 1986;2(2):123-8.
11. Fabregat J. Aspectos perinatales del parto pretérmino. Acta Ginecol 1987;44(6):284.
12. Hardy JB, Mellits ED. Relationship of low birth weight to maternal characteristics of age, parity, education and body size. En: Reed DM, Stanley FJ, eds. The epidemiology of

- prematurity. Baltimore: Urban and Schwarzenberg, 1977, p. 105.
13. Barreras AT. Relación del aborto inducido con la prematuridad y el peso al nacer. *Rev Cubana Pediatr* 1982;54(2):1.
  14. Pagola PV. El bajo peso. Algunos aspectos de interés obstétrico. *Rev Cubana Obstet Ginecol* 1985;11:142-50.
  15. Rosell J, Domínguez M, Casado A, Ferrer I. Factores de riesgo del bajo peso al nacer. *Rev Cubana Med Gen Integr* 1996;12(3):270-4.
  16. Rodríguez P, Rondón S. Influencias maternas presentes en el bajo peso al nacer. *Rev Cubana Obstet Ginecol* 1988;11(1):63-70.
  17. Díaz O, Soler M, Soler Q. Aspectos epidemiológicos del bajo peso al nacer. *Rev Cubana Med Gen Integr* 1993;9(3):234-41.

Recibido: 9 de marzo de 1999. Aprobado: 13 de septiembre de 1999.

*Dr. Gil Vicente Sarmiento Brooks.* Calle G esquina a 21 apto. 7, El Vedado, municipio Plaza, Ciudad de La Habana, Cuba.