

**COLABORACIÓN MÉDICA INTERNACIONALISTA**

**Comportamiento del bajo peso al nacer en la parroquia "Castor Nieves Ríos"**

**Behavior of low birth weight in the "Castor Nieves Ríos" parish church**

**Yarelis González Pantoja<sup>I</sup>; Aleida Zaida Álvarez Sánchez<sup>II</sup>**

<sup>I</sup>Especialista de I Grado en Medicina General Integral. Máster en Atención Integral a la Mujer. Instructora de MGI. Policlínico Universitario Docente "Andrés Ortiz". Guanabacoa, La Habana, Cuba.

<sup>II</sup>Especialista de I Grado en Ginecoobstetricia. Máster en Atención Integral a la Mujer. Profesora Auxiliar. Hospital Materno Docente de Guanabacoa. La Habana, Cuba.

---

**RESUMEN**

**INTRODUCCIÓN:** el bajo peso al nacer constituye un problema multifactorial que afecta a muchos países del mundo.

**OBJETIVO:** identificar los factores maternos que se relacionan con el bajo peso al nacer en la parroquia Castor Nieves Ríos.

**MÉTODOS:** se realizó un estudio descriptivo transversal de los 32 nacimientos con bajo peso ocurridos en la maternidad del Hospital Público "José María Benítez", pertenecientes a la parroquia "Castor Nieves Ríos", en el 1er. semestre de 2006. Se revisaron las historias obstétricas de las madres, y se identificaron algunas variables sociodemográficas.

**RESULTADOS:** el 90,62 % de los nacimientos con bajo peso correspondían a madres que fumaron durante la gestación. El 53,1 % de ellas, tuvo un parto pretérmino; el 40,62 % presentó anemia durante este período, y el 59,3 % de las gestantes tuvo una ganancia de peso insuficiente.

**CONCLUSIONES:** el bajo peso al nacer estuvo determinado por el hábito de fumar, parto pretérmino, anemia, así como ganancia insuficiente de peso durante la gestación.

**Palabras clave:** Bajo peso al nacer, embarazo, atención prenatal, parto pretérmino.

## ABSTRACT

**INTRODUCTION:** the low birth weight is multifactorial problem affecting many countries in the world.

**OBJECTIVE:** to identify the maternal factors related to low birth weight in the "Castor Nieves Ríos" parish church.

**METHODS:** a cross-sectional and descriptive study was conducted of 32 low birth weight births occurred in the "José María Benítez" Public Maternity Hospital during the 1st semester of 2006. The mother's obstetrical histories were reviewed and some sociodemographic variables were identified.

**RESULTS:** the 90,62 % of low birth weight births corresponded to smoker mothers during pregnancy. The 53,1 % of them had a preterm labor; the 40,62 % had anemia during this period, and the 59,3 % of pregnant had a insufficient weight gain.

**CONCLUSIONS:** the low birth weight was determined by smoking, preterm labor, anemia, as well as a insufficient weight gain during pregnancy.

**Key words:** Low birth weight, pregnancy, prenatal care, preterm labor.

---

## INTRODUCCIÓN

El peso del niño al nacer es uno de los indicadores más útiles para evaluar los resultados de la atención prenatal, las perspectivas de supervivencia infantil y la salud de éste durante su primer año de vida.<sup>1</sup> El peso al nacer, como evaluador de la maduración biológica del recién nacido, constituye un parámetro importante que se debe tener en consideración, pues cuando este se encuentra por debajo de 2 500 g, se producen alteraciones importantes en los elementos que determinan su estado de salud.<sup>1,2</sup>

Todo recién nacido con peso inferior a los 2 500 g se considera bajo peso al nacer, independientemente de su edad gestacional. Dos grandes entidades con diferentes causas y pautas de tratamiento contribuyen a su aparición: el nacimiento que ocurre antes de las 37 semanas de la gestación (pretérmino) y el crecimiento intrauterino retardado (CIUR).<sup>3</sup>

La OMS plantea que 1 de cada 6 niños nace con bajo peso, y se reporta un índice del 17 % al nivel mundial, aportando el mayor número los países en vía de desarrollo con un 17 %, y en los menos desarrollados un 18 %. De los más de 20 millones de nacimientos con bajo peso que se calcula se producen todos los años en el mundo actual en desarrollo, más de la mitad ocurren en Asia Meridional y más de una tercera parte en África.<sup>4</sup> En cambio, el bajo peso al nacer en los países industrializados presenta un promedio de 7 %, es decir, igual al de Asia Oriental y el Pacífico. La incidencia más reducida (4 %) se registra en Estonia, Finlandia, Islandia, Lituania y Suecia.<sup>5-7</sup>

Según reportes de la UNICEF, entre los años 1998 y 2003 en el mundo se reportó un 16 % de bajo peso al nacer. Su última publicación, en 2004, utilizando una

---

metodología modificada, revela que las cifras prácticamente permanecen inalteradas.<sup>8</sup> Muchos han sido los trabajos realizados sobre el bajo peso al nacer, y todos coinciden en que su causa es multifactorial, que es un tema de muy difícil solución, y que su prevención primaria consiste en la identificación o corrección de los factores de riesgo.<sup>1-3</sup>

En Venezuela diversos autores, pediatras y obstetras, han estudiado la problemática del recién nacido de bajo peso y sus diferentes facetas.<sup>9,10</sup> En un estudio realizado por autores de este país, se abarcó la población del año 2002, en la que se encontró una elevada repercusión en la morbilidad perinatal.<sup>10</sup> Este país sureño no escapa del deterioro social que provoca el capitalismo y el neoliberalismo, y que también se expresa en los indicadores de salud, incluyendo el de esta investigación. Según estadísticas venezolanas, el bajo peso al nacer en el año 2000 fue representado por un 12 % en la maternidad más importante del país.<sup>7</sup>

La prevalencia del bajo peso al nacer en Venezuela disminuyó de 12,0 % en 1999 a 8,51 % en 2002, aumentó en 2003 a un 8,71 %, el año 2004 cerró con un 8,80 %, y en el año 2005 se incrementaron sus cifras a 9,04 %. Estos resultados muestran una leve desmejoría respecto al año 2004, lo que demuestra que no se avanza en el control de este indicador y se mantienen índices desfavorables.<sup>11,12</sup> El comportamiento del bajo peso al nacer en la región venezolana se ha quedado sin modificación en los últimos años, y ello ha sido responsable de casi 80 % de las muertes del período neonatal.<sup>7,11</sup>

A pesar de las estrategias trazadas por el sistema de salud venezolano, el bajo peso al nacer continúa siendo un problema en el país y en nuestra parroquia. Además, por no existir ningún estudio anterior que abarque esta situación de salud, nos motivamos a realizar esta investigación, con el objetivo de determinar los factores maternos que se relacionan con el bajo peso al nacer en la parroquia "Castor Nieves Ríos", ubicada en la República Bolivariana de Venezuela.

## MÉTODOS

Se realizó un estudio descriptivo transversal de los 32 nacimientos con bajo peso ocurridos en la maternidad del Hospital Público "José María Benítez", de la parroquia Castor Nieves Ríos, con el objetivo de identificar los factores maternos que se relacionan con el bajo peso al nacer en el 1er. semestre de 2006. La información se obtuvo mediante la revisión de las historias médicas de las gestantes que tuvieron un recién nacido bajo peso. Esta actividad se realizó con una frecuencia semanal durante el semestre.

Se identificaron variables sociodemográficas como el hábito de fumar, la ganancia de peso durante la gestación, las enfermedades asociadas al embarazo y la edad gestacional al parto. El procesamiento de los datos se realizó con el uso de una computadora Pentium 4 con presencia del sistema operativo Windows XP. Los datos se agruparon en estadísticas descriptivas, y fueron reflejados en tablas expresados en número y por cientos.

## RESULTADOS

Al citar el hábito de fumar, en la [tabla 1](#), podemos apreciar que el mayor número de bajo peso fue aportado por 29 mujeres que fumaban durante su embarazo para un 90,62 %. La [tabla 2](#), por su parte, refleja que 17 niños nacieron antes de las 37 semanas del embarazo, y aportaron un 53,1 % de bajo peso.

**Tabla 1.** Distribución de nacidos con bajo peso, según hábito de fumar de la madre

Hábito de Fumar	No.	%
Fuma	29	90,62
No fuma	3	9,37

N=32

Fuente: Historia clínica obstétrica.

**Tabla 2.** Distribución de nacidos bajo peso según edad gestacional al parto

Edad gestacional al parto	No.	%
<37 semanas	17	53,1
Entre 37 y 40 semanas	11	34,3
Más de 40 semanas	4	12,5
Total	32	100

Fuente: Historia clínica obstétrica.

En cuanto a la ganancia de peso durante el embarazo ([tabla 3](#)), se aprecia que 19 madres ganaron menos de 8 kg de peso, con un aporte, de esta manera, de niños con bajo peso, para un 59,3 %. En la [tabla 4](#) se obtuvo que la anemia fue el factor que más determinó en la aparición de niños nacidos bajo esta condición, con un total de 13 para un 40,62 % de los casos.

**Tabla 3.** Distribución de nacidos bajo peso según ganancia de peso durante la gestación

Ganancia de peso durante el embarazo	Bajo peso al nacer	
	No.	%
<8.kg	19	59,3
+ de 8.kg	13	40,6
Total	32	100

Fuente: Historia clínica obstétrica.

**Tabla 4.** Distribución de nacidos bajo peso según enfermedades asociadas al embarazo

Enfermedades asociadas al embarazo	No.	%
Anemias	13	40,62
Sepsis vaginal	10	31,25
Sepsis urinaria	5	15,62
Parasitismo intestinal	4	12,5

N=32

Fuente: Historia clínica obstétrica.

## DISCUSIÓN

Se observó una tendencia al incremento del número de recién nacidos con bajo peso en mujeres que fumaron durante el embarazo. Estos resultados pudieran estar influidos por la calidad de la atención médica que reciben las gestantes en este país sureño, caracterizada por el pobre enfoque de riesgo con que son vistas en cada control prenatal, que trae como consecuencia que se ponga en riesgo el bienestar materno fetal. *Amonth Conde V* plantea que algunas investigaciones han revelado que el hábito de fumar de la madre durante el embarazo está relacionado con el bajo peso al nacer, y es una mayor predisposición al aborto, así como el aumento de las anomalías congénitas y enfermedades respiratorias durante el primer año de vida.<sup>12</sup> Advierte, también, sobre las consecuencias cerebrales que puede traer el tabaquismo para los hijos de madres que fumaron en el período de gestación, tales como dificultades en el aprendizaje, disminución del coeficiente intelectual y trastornos en el comportamiento. *Oliva J* plantea que el consumo de cigarrillos en la gestante ha sido estudiado en relación con el parto pretérmino, y su acción ha sido demostrada de modo evidente en cuanto a la distrofia prenatal, aunque no se ha puesto de manifiesto su relación con nacimientos antes del término, o sea, que solo como consecuencia de la definición ponderal, tiene relaciones con el parto pretérmino.<sup>12-14</sup>

Se observó que el mayor número de recién nacidos con bajo peso, fueron productos de partos ocurridos antes de las 37 semanas de gestación. Estos resultados guardan relación con las características de la atención médica brindada a las gestantes, descrita en el párrafo anterior, que trae consigo que aumente la probabilidad de que se produzca un acortamiento de la duración normal del embarazo y se comprometa el bienestar del binomio. El parto pretérmino representa una de las principales complicaciones durante el embarazo, así como un factor de riesgo para el neonato prematuro, los cuales tienen una mayor probabilidad de padecer problemas de salud a corto, mediano y largo plazo.<sup>13</sup> En importante señalar que en países como Venezuela, el parto pretérmino es la primera causa de muerte neonatal.<sup>9,11</sup>

La duración de la gestación es un factor determinante en la supervivencia y vitalidad del recién nacido, y no es más que el resultado de la acción e interacción de muchos otros elementos que existen antes y durante el embarazo.<sup>13</sup> *Jiménez Acosta* afirma que el parto antes del término contribuye, en gran medida, al incremento de las tasas de morbimortalidad perinatal e infantil, y coadyuva al aumento del riesgo materno fetal. Estos resultados son similares a los obtenidos por otros autores en estudios realizados con anterioridad.<sup>15,16</sup>

Las madres que aumentaron menos de 8 Kg aportaron el mayor número de bebés con bajo peso al nacer. Se sabe la influencia directa que tiene la ganancia de peso materno sobre el peso al nacer del producto de la concepción. Estos resultados coinciden con los obtenidos por *Doctor BA* y otros, quienes nos dan la medida del papel trascendental que juega la ganancia de peso durante el embarazo, y lo consideran un factor de riesgo a reducir, con el objetivo de disminuir el bajo peso al nacer.<sup>17</sup> El peso subnormal en el momento de la concepción (o durante el embarazo) parecen predisponer el parto de niños de poco peso, así como a las complicaciones maternas.<sup>14</sup>

*Jiménez Acosta y Balestena Sánchez* plantean que la nutrición materna influye sobre el peso del recién nacido, y que la malnutrición por defecto influye más en la aparición de un recién nacido bajo peso que la malnutrición por exceso.<sup>14,18</sup> *Sarmiento Brooks GV* encontró el aumento inadecuado de peso durante la gestación como factor importante de riesgo en la incidencia del bajo peso al nacer.<sup>19</sup>

La anemia fue otro factor que determinó la aparición de niños nacidos bajo esta condición. Como consecuencia de los cambios fisiológicos del embarazo y de las necesidades del feto en desarrollo, la anemia es más frecuente durante la gestación, que en la mujer no embarazada, y es considerada por la mayoría de los autores como un factor influyente en el aumento de peso, inferiores al normal, durante este período.<sup>1,14,18</sup> La gravida anémica y su futuro hijo están frecuentemente expuestos a complicaciones, algunas de ellas graves, lo que las sitúa en la categoría de alto riesgo.<sup>18,19</sup> Es conocido que las anemias por déficit de hierro (ferropénicas) suponen el 95 % de las anemias en la embarazada. El déficit de hierro se asocia a alteraciones metabólicas, como el transporte de electrones mitocondrial, síntesis de neurotransmisores, síntesis proteica y organogénesis.<sup>20</sup>

En la actualidad se dispone de suficiente evidencia que relacionan la anemia por déficit de hierro al inicio del embarazo, con prematuridad y bajo peso al nacer, causas más frecuentes de morbilidad y mortalidad neonatal.<sup>13,14,20</sup> La deficiencia de hierro durante el embarazo puede causar retardo físico y mental en recién nacidos, que junto a la desnutrición fetal y bajo peso al nacer, empeoran todas las consecuencias y secuelas antes mencionadas.<sup>20</sup>

Se puede concluir señalando que el hábito de fumar, el parto pretérmino, la anemia y la ganancia insuficiente de peso durante el embarazo, constituyeron los factores maternos que se relacionaron con el bajo peso al nacer en la parroquia "Castor Nieves Ríos", durante el primer semestre del año 2006.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Álvarez Sintés. Atención integral de salud. Temas de medicina general integral. La Habana: Editorial Ciencias Médicas; 2001.p.154-5.
2. Ahluwalia IB, Merritt R, Beck LF, Rogers M. Multiple lifestyle and psychosocial risk and delivery of small for gestational age infants. *Obstetric Gynecol.* 2001;97(2):649-56.
3. Hdez Fdez, Báez Dueñas. Evaluación nutricional de la mujer embarazada En: Álvarez Sintés. Temas de medicina general integral. La Habana: Editorial Ciencias Médicas; 2001.p.107-8.

4. Situación de salud en las Américas. Indicadores Básicos 2006. Programa Especial de Análisis de Salud. Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud. Enero 2006. Disponible en: <http://www.paho.org/spanish/sha/eGlos.htm> Consultado, 3 de mayo de 2006.
5. Organización Panamericana de la salud. La salud en las Américas. Washington, D.C: OPS; 2005.
6. Naciones Unidas. Asamblea general. S-27/2. Un mundo apropiado para los niños. 10 mayo 2002 Disponible en: <http://www.unicef.org/spanish/specialsession/documentation/archive.htm> Consultado, 12 de septiembre de 2006.
7. Instituto Nacional de Estadísticas. Venezuela. Disponible en: <http://www.ine.gob.ve> Consultado, 29 de marzo de 2006.
8. United Nations Children's Fund and World Health Organization. Low birthweight: country, regional and global estimates. New York: UNICEF; 2004:51-65.
9. Faneite P, Linares M, Faneite J, Martí A, González M, Rivera C. Bajo peso al nacer. Importancia. Rev Obstet Ginecol Venez. 2006;66(3):20-3.
10. Faneite P, Rivera C, González M, Linares M, Gómez R, Álvarez L, Faneite J. Recién nacido de bajo peso. Evaluación. Rev Obstet Ginecol Venez. 2002;62(2):5-10.
11. Ministerio de Salud y Desarrollo Social. Dirección General de Epidemiología y Análisis Estratégicos. Venezuela: Archivos de 2001-2005.
12. Amonth Conde V. Incidence of placent abruption in relation to cigarettes smoking and hipertensives disorders during pregnancy: analysis of observational studies. Obstetrics and Gynecologic. 2004;93(4):622-8.
13. Oliva J. Ateraciones al término de la gestación y del crecimiento fetal. En: Rigol. Obstetricia y Ginecología. La Habana: Editorial Ciencias Médicas; 2004.p.210-3.
14. Jiménez Acosta S. Alimentación y nutrición. En: Álvarez Sintés R. Temas de medicina general integral. 2ª ed. La Habana: Editorial Ciencias Médicas; 2001.p.106-12.
15. Guzmán JM, Hakkert R, Contreras JM, Falconier de Moyano M. Diagnóstico sobre Salud Reproductiva de Adolescentes en América Latina y el Caribe. México DF: UNFPA; 2001:139-48.
16. Zeitlin J, Ancel P, Saurel-Cubizolles M, Papiernik E. Are risk factors the same small for gestational age versus other preterm birth? Am J Obstet Gynecol. 2001;185(3):208-15.
17. Doctor BA, O'Riordan MA, Kirchner HL, Shah D, Hack M. Perinatal correlates and neonatal outcomes of small for gestational age infants born at term gestation. Am J Obstet Gynecol. 2001;185(6):652-9.
18. Balestena Sánchez JM, Suárez Blanco CM, Balestena Sánchez SE. Valoración nutricional de la gestante. Rev Cubana Obstet Ginecol. 2001;27(2):165-71.

19. Sarmiento Brooks GV, Pagola Leiva J, Oramas Hernández L, González Aguilar AG. Importancia de los antecedentes maternos en el recién nacido bajo peso. Rev Cubana Med Gen Integr. 2001;16(5):502.

20. Farnot U. Anemia y embarazo. En: Rigol. Obstetricia y ginecología. La Habana: Editorial Ciencias Médicas; 2004.p.121-2.

Recibido: 2 de julio de 2009.

Aprobado: 2 de agosto de 2009.

*Yarelis González Pantoja*. Calle Venus # 615 A, entre Soledad y Castanedo, Guanabacoa, Ciudad de La Habana, Cuba. E mail: [yarelisglez@infomed.sld.cu](mailto:yarelisglez@infomed.sld.cu)