



ISSN: 1561-3194

Rev. Ciencias Médicas. mayo-agosto 2006; 10(2):01-10

ARTÍCULO ORIGINAL

Comportamiento del bajo peso al nacer

Behaviour of the low birth weight

Juan Carlos Curbelo Fajardo¹, Elizabeth Betancourt Luaces², Berta M. Lorenzo Velásquez³, Maritza Peinado Moreno⁴, Julio Cesar Camero Machín.

¹ Licenciado en Enfermería. Instructor. Miembro Numerario de la SOCUENF.

² Licenciada en Enfermería. Asistente. Miembro Titular de la SOCUENF.

³ Licenciada en Enfermería. Asistente. Miembro Titular de la SOCUENF.

⁴ Licenciada en Enfermería. Asistente. Miembro Titular de la SOCUENF.

⁵ Especialista en MGI. Instructor del Policlínico Universitario Raúl Sánchez.

RESUMEN

El bajo peso al nacer constituye una gran problemática a nivel mundial, esta es una patología frecuente a nivel de la atención primaria de salud, con múltiples y fatales consecuencias futuras. Se realizó una investigación descriptiva transversal para determinar el comportamiento del bajo peso al nacer en el Consejo Popular "Aguas Claras" del municipio Pinar del Río, perteneciente al Policlínico Docente "Hermanos Cruz" durante el período 2004-2005, cuyo universo está constituido por 30 recién nacidos con un peso inferior a los 2500 gr., coincidiendo con la muestra; se tuvieron en cuenta las siguientes variables maternas como: edad, paridad, hábitos tóxicos y enfermedades asociadas al embarazo, y la descripción de variables del recién nacido como edad gestacional al nacer, complicaciones del recién nacido al nacer, tipo de alimentación recibida y peso al nacer. Para la obtención de la información se aplicó una encuesta (Anexo 1) a las madres de los recién nacidos bajo peso, los resultados obtenidos fueron tabulados a través del método porcentual aritmético, se llevaron a tablas para su mejor comprensión.

Palabras clave: RECIEN NACIDO, BAJO PESO

ABSTRACT

Low birth weight represents a great problem worldwide, being a frequent pathology at Primary Health Care level, and presenting multiple and lethal future consequences. A descriptive, cross-sectional research was carried out in order to assess the behaviour of the low birth weight in Pinar del Río municipality in the "Hermanos Cruz" Teaching Clinic during 2004 -2005. The universe consists of 30 newborns with a body weight under 2500 gr., coinciding with the sample. The following variables were taken into account: age, parity, toxic habits and diseases associated with pregnancy, as well as the description of the newborn's variables such as gestational age at birth, complications of the newborn at birth, kind of feeding received and birth weight. In order to obtain the information a survey was carried out (Annex 1), with the mothers of the low birth weight newborns. The results of the survey were presented in tabular form, using the percentage method for a better understanding.

Key words: NEWBORN, LOW BIRTH WEIGHT.

INTRODUCCIÓN

El bajo peso al nacer ha constituido a lo largo de la historia una incógnita para la perinatología, múltiples son las investigaciones que se han realizado acerca de las causas que lo producen y las consecuencias que provoca.¹

El peso al nacer es una variable de gran importancia por ir muy aparejada con el riesgo de mortalidad en cualquier período, sobre todo en la etapa perinatal. El bajo peso constituye entre nosotros el principal problema obstétrico actual, pues se sitúa en el 10- 12% de todos los recién nacidos. La supervivencia depende del peso en el momento del nacimiento y de la edad gestacional. Los neonatos que pesan menos de 500 a 600 gr. tienen un índice de mortalidad muy elevado, mientras que en los recién nacidos que pesan más de 1000 gr. la posibilidad de supervivencia es elevada, con valores del 85-90%.²

En la incidencia de esta entidad influyen una serie de factores biomédicos tales como son los siguientes: nivel socioeconómico bajo, enfermedades maternas, nutrición deficiente de la madre, adicción materna al alcohol, tabaco o drogas. Otros factores son las complicaciones obstétricas, madres adolescentes, talla materna y múltiparas. Las diferencias del peso al nacer también se relacionan con el retraso del crecimiento intrauterino que se asocia con la circulación, la eficacia de la placenta, el estado general de salud de la madre y la nutrición materna.^{2,3}

El problema del bajo peso al nacer continúa siendo una preocupación a nivel mundial, siendo ésta más frecuente en los países subdesarrollados; en América Latina es el causante del 80% de las muertes de los recién nacidos y los que sobreviven sufren como promedio más enfermedades, como el retraso mental y mayores posibilidades de estar desnutridos.⁴

En Cuba se han realizado enormes esfuerzos para alcanzar altos niveles de salud, este aspecto ha mostrado un descenso paulatino en cifras superiores al 11,4% en 1975 y 7,6% en 1990. Con posterioridad hubo una tendencia a incrementarse que se detuvo en el año 1995 con 9,1%, no correspondiéndose estos índices en los

últimos años con la tasa de mortalidad infantil, no siendo similar en todas las provincias del país, tradicionalmente más elevado en las provincias orientales.³

En Pinar del Río, en el año 1980 este indicador se encontraba en un 10,1%, y en 1990 en 4,5%, después comenzó un ascenso progresivo alcanzando en 1993 (período especial) un índice de 9,1%, descendiendo posteriormente en 1997 a 6,5%, y en el año 2000 a un 6,3%.⁵

Es innegable la influencia que el peso al nacer tiene sobre las futuras generaciones, por lo que se debe resaltar lo diario de los esfuerzos que el médico y enfermera de la familia deben desarrollar para su promoción y prevención, lo que es una prioridad del MINSAP, el cual se ha propuesto continuar disminuyendo este indicador para tener una comunidad más sana.

Teniendo en cuenta la problemática presente y futura que constituye el recién nacido bajo peso, nos motivamos a realizar este trabajo con el objetivo de identificar el comportamiento del bajo peso al nacer en el Consejo Popular Aguas Claras.

MÉTODO

Se realizó una investigación descriptiva transversal en el Consejo Popular "Aguas Claras" perteneciente al Policlínico Docente "Hermanos Cruz" de la ciudad de Pinar del Río, durante el período 2004-2005, cuyo universo está constituido por 30 recién nacidos bajos de peso, coincidiendo con la muestra. Para caracterizar al bajo peso se tuvieron en cuenta las siguientes variables maternas:

- Edad materna (15-24 años; 25-34 años; 35-44 años y más de 45 años).
- Paridad (0, 1, 2, 3 o más, se tendrán en cuenta todos los partos).
- Hábito tóxico (fumadora; no fumadora).
- Enfermedades asociadas al embarazo (hipertensión arterial inducida por el embarazo, anemia, sepsis vaginal, sepsis urinaria y madres que no presentaron enfermedad) y para describir el comportamiento del bajo peso según variables del recién nacido fueron:
 - Edad gestacional al nacer (<37 semanas; entre 37-41,6 semanas y 42 semanas).
 - Complicaciones del recién nacido (Síndrome de distress respiratorio (S.D.R), asfixia, isoimmunización Rh; y sin complicaciones).
 - Tipo de alimentación recibida al nacer (lactancia materna exclusiva, leche artificial; alimentación parenteral).
 - Leche materna exclusiva: todos los recién nacidos que sólo reciben como forma de alimentación la leche materna.
 - Lactancia artificial: los recién nacidos que recibieron como alimento fórmula o leche maternizada durante los primeros días de nacido.

- Alimentación parenteral: aquí se incluyen todos los recién nacidos que por sus condiciones de salud no fue posible iniciarles la vía oral y se alimentaron a través de preparados (infusiones) por vía endovenosa.

- Peso al nacer (< 1000 gr.; entre 1000 y 1499 gr.; entre 1500 gr. y 1999 gr. y los que están entre 2000 y 2499 gr.)

Para la obtención de la información se aplicó una encuesta (Anexo 1) a todas las madres de estos recién nacidos con las diferentes variables, los resultados obtenidos fueron tabulados a través del método manual, utilizándose el cálculo porcentual y se presentan en tablas estadísticas para su mejor comprensión.

RESULTADOS

Se analiza en la **tabla 1** la distribución de recién nacidos bajo peso según la edad materna, el 60% de los neonatos son hijos de madres comprendidas en el grupo de 15-24 años, seguidos por un 23% de los neonatos que son hijos de madres del grupo etáreo de 25-34 años y sólo el 17% de recién nacidos pertenecen al grupo de 35-44 años, no encontrándose ningún recién nacido en el grupo de madres de más de 45 años.

Tabla 1 Distribución de recién nacidos bajo pesos según edad materna. Consejo Popular "Aguas Claras". Policlínico Hnos. Cruz. Pinar del Río 2004-2005

Edad Materna	No.	%
15-24 años	18	60
25-34 años	7	23
35-44 años	5	17
+ 45 años	-	-
Total	30	100

Fuente: Encuestas

La **tabla 2** refleja la distribución de recién nacidos bajo peso según paridad, predominan las madres con 2 y 3 partos o más, las que tuvieron hijos bajo peso con un 50% y un 23% respectivamente. Un 20% de los recién nacidos son hijos de madres con 1 parto y sólo un 7% el producto de la primera concepción.

Tabla 2 Distribución de recién nacidos bajo pesos según paridad. Consejo Popular "Aguas Claras". Policlínico Hnos. Cruz. Pinar del Río 2004-2005

Paridad	No.	%
0	2	7
1	6	20
2	15	50
3 o más	7	23
Total	30	100

Fuente: Encuesta

En la **tabla 3** se distribuyen los recién nacidos bajo peso según hábitos tóxicos de la madre, encontrando que un 67% son hijos de madres fumadoras y un 33% restante hijos de madres no fumadoras.

Tabla 3 Distribución de recién nacidos bajo pesos según hábito tóxico de la madre. Consejo Popular "Aguas Claras". Policlínico Hnos. Cruz. Pinar del Río 2004-2005

Hábito Tóxico	No.	%
Fumadora	20	67
No Fumadora	10	33
Total	30	100

Fuente: Encuesta

En la **tabla 4** se desglosa la distribución de recién nacidos bajo peso según enfermedades asociadas al embarazo, el 73% de los neonatos son hijos de madres que sufrieron alguna patología durante el embarazo, encontrándose la sepsis vaginal, la hipertensión arterial inducida, la anemia y la sepsis urinaria, con un 33%, un 17%, un 13% y 10% respectivamente.

Tabla 4 Distribución de recién nacidos bajo pesos según enfermedades asociadas al embarazo. Consejo Popular "Aguas Claras". Policlínico Hnos. Cruz. Pinar del Río 2004-2005

Enfermedades asociadas al embarazo	No.	%
Hipertensión arterial inducida	5	17
Sepsis vaginal	10	33
Anemia	4	13
Sepsis urinaria	3	10
Subtotal	22	73
Sin enfermedad	8	27
Total	30	100

Fuente: Encuesta

La **tabla 5** refleja la distribución de recién nacidos bajo peso según peso y edad gestacional, sólo 15 neonatos nacen antes de las 37 semanas para un 50%, 13 nacen entre los 37 y 41,6 semanas de gestación para un 43% y sólo 2, para un 7%, nacen después de las 42 semanas, de ellos 3 neonatos con peso inferior a 1000 gr. para un 10%; 5 recién nacidos nacen con peso entre los 1000 y 1499 gr. para un 17% y un 50% de los neonatos nacen con peso que oscila entre 1500 y 1999 gr. y con peso entre 2000 - 2499 gr. nacen sólo 7 recién nacidos para un 23% respectivamente.

Tabla 5 Distribución de recién nacidos bajo pesos según peso y edad gestacional. Consejo Popular "Aguas Claras". Policlínico Hnos. Cruz. Pinar del Río 2004-2005

Peso del recién nacido	Edad Gestacional						Total	
	< 37 sem		37-41.6 sem		>42 sem		No.	%
	No.	%	No.	%	No.	%		
<1000gr.	3	10	-	-	-	-	3	10
1000-1499gr.	1	3	4	13	-	-	5	17
1500-1999gr.	9	30	6	20	-	-	15	50
2000-2499gr.	2	7	3	10	2	7	7	23
Total	15	50	13	43	2	7	30	100

Fuente: Encuesta

Se analiza en la **tabla 6** la distribución de recién nacidos bajo peso según complicaciones y peso al nacer, encontrándose que 20 de estos recién nacidos, para un 66.7%, sufrieron una de estas complicaciones al nacer, siendo ellos el síndrome de distress respiratorio, la asfixia e isoimmunización Rh, con un 33%, un 20% y un 13% respectivamente, exceptuándose 10 neonatos que no presentaron complicación alguna, para un 33%.

Tabla 6 Distribución de recién nacidos bajo pesos según complicaciones y peso al nacer. Consejo Popular "Aguas Claras". Policlínico Hnos. Cruz. Pinar del Río 2004-2005.

COMPLICACIONES	PESO AL NACER								Total	
	< 1000gr.		1000-1499gr.		1500-1999gr.		2000-2499gr.		No.	%
	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%		
Síndrome de distress respiratorio	2	6.7	2	6.7	4	13.3	2	6.7	10	33.3
Asfixia	1	3.3	1	3.3	3	10.0	1	3.3	6	20.0
Insoimmunización Rh	-	-	-	-	3	10.0	1	3.3	4	13.3
Subtotal	3	10.0	3	10.0	10	33.3	4	13.3	20	66.7
Sin complicaciones	-	-	2	6.7	5	16.7	3	10.0	10	33.3
Total	3	10.0	5	16.7	15	50	7	23.3	30	100

Fuente: Encuesta

La **tabla 7** refleja la distribución de recién nacidos bajo peso según el peso y alimentación recibida, obteniéndose que el 80% de los neonatos recibieron la lactancia materna exclusiva; la lactancia artificial y la alimentación parenteral sólo la recibieron el 20% de los neonatos.

Tabla 7. Distribución de recién nacidos bajo pesos según peso y alimentación recibida. Consejo Popular "Aguas Claras", Policlínico Hnos. Cruz, Pinar del Río 2004-2005

Peso al nacer	Alimentación recibida					
	Lactancia materna exclusiva		Lactancia artificial		Alimentación parenteral.	
	No.	%	No.	%	No.	%
<1000gr.	2	6.7	-	-	1	3.3
1000-1499gr.	5	16.7	-	-	-	-
1500-1999gr.	12	40.0	1	3.3	2	6.7
2000-2499gr.	5	16.7	2	6.7	-	-
Total	24	80.0	3	10.0	3	10.0

Fuente: Encuesta

DISCUSIÓN

Uno de los factores predisponentes a tener en cuenta lo constituye la edad materna, al identificar los recién nacidos bajo peso, se observa en la tabla 1 que en el 60% de estos recién nacidos las madres se encuentran en el grupo etáreo de 15 - 24 años, factor éste importante, por lo que se plantea que se debe tener en cuenta en la mujer cuando se habla de reproducción, ya que se ha demostrado que por debajo de los 20 años los órganos femeninos no han alcanzado la madurez total que le permita llevar a feliz término con el menor riesgo el período de gestación.^{5,6}

Cuando la madre es adolescente, los riesgos de salud del hijo incrementan, debido a que las condiciones biopsicosociales repercuten en mayor cuantía y existe una incidencia más alta de gestosis, pseudogestosis e intervenciones obstétricas.⁶ En un estudio realizado en América Latina con una muestra de 200 mujeres chilenas los resultados coinciden con los nuestros, pues las madres adolescentes parieron niños que pesaron 100 gr. menos que los infantes de las madres en edades óptimas.^{6,7}

En la tabla 2 se aprecian los recién nacidos bajo peso según paridad llamados la atención que los multíparas aportaron el 73% de recién nacidos de bajo peso, o sea que sus madres habían experimentado 2 partos o más.

Estos resultados coinciden con otros estudios realizados, los cuales plantean que la multiparidad incide en la obtención de neonatos bajo de pesos, y cuando se asocia con la edad materna constituye un factor primordial.⁷

Silvia Leal plantea que la presencia de niños con bajo peso al nacer fue mayor en los hijos de madres que ya habían parido en 2 ocasiones o más, pues una multípara ha sufrido en su endometrio múltiples degeneraciones puerperales, que provocan fibrosis endometrial, lo que implica cambios placentarios que en ocasiones son insuficientes para mantener un desarrollo fetal normal.⁸

Los hábitos tóxicos y el bajo peso al nacer se analizan en la tabla 3, observándose que el 67% de los niños bajo peso son hijos de madres que practican el hábito de fumar: éste es un factor de riesgo del bajo peso.

Macías y colaboradores plantean que existe un estrecho vínculo entre dicho hábito y el peso del recién nacido, considerando que el peso de los niños de madres fumadoras y aquellas que lo abandonaron en vísperas del embarazo, sus niños nacieron con un peso mayor (como promedio 270 gr.).⁹ Algunos productos de la combustión del cigarrillo está demostrado que deterioran el lecho vascular y provocan alteraciones circulatorias que atentan contra la nutrición y oxigenación del feto durante su vida intrauterina.¹⁰ Dada la nocividad del hábito de fumar como riesgo en la morbimortalidad materno - infantil se hace necesario su detención no sólo en la primeras consultas prenatales sino desde el curso preconcepcional, actuando rápidamente sobre el mismo con el objetivo de evitar sus fatales consecuencias.

En la tabla 4 se distribuyen los recién nacidos bajo peso según enfermedad materna asociada al embarazo, donde se obtiene que el 33% de los niños bajo peso sus madres sufrieron durante el embarazo de sepsis vaginal, resultado este significativo. En cuanto a la hipertensión arterial y la anemia, aunque no se obtuvieron resultados significativos, pensamos que son factores de riesgo que incidieron en la obtención de neonatos bajo pesos, con un 17% y el 13% respectivamente.

Cada día es más evidente que cualquier infección vaginal presente es un factor de gran importancia en la génesis del parto pretérmino, ya sea por modificaciones precoces, la aparición de ruptura prematura de membranas o el desencadenamiento de la actividad uterina antes del término de la gestación, lo que trae consigo que el feto no logre su total crecimiento y madurez y se obtengan finalmente neonatos con peso inferior a los 2500 gr.

Hay autores como Fiscella¹² y Golddenberg¹³ que identificaron la sepsis vaginal como factor de riesgo materno asociado a los recién nacidos bajos de peso. La hipertensión arterial inducida produce alteraciones vasculares placentarias con disminución del riesgo útero-placentario, con envejecimiento precoz de la placenta y a veces asociación a toxemias que pueden llevar a consecuencias sumamente graves como eclampsia y desprendimiento de la placenta normo inserta, los cuales provocan la terminación del embarazo, en ocasiones pretérmino, con inminente peligro de muerte, o pesos incompatibles para su vida.¹⁴

Fong y colaboradores encontraron en su investigación un alto número de pacientes que presentaron durante el embarazo hipertensión arterial que tuvieron neonatos bajos de peso.¹⁴

A través del trabajo diario conocemos que existen afecciones a las cuales hay que darle seguimiento como H.T.A, la sepsis urinaria y vaginal, la anemia y otras que desencadenan el nacimiento de los niños antes del término, aportando recién nacidos bajo de peso y complicaciones para la madre y el feto.

Al relacionar el peso del recién nacido y edad gestacional en la que nacieron, en la tabla 5, es significativo señalar que el 50% de estos niños nacen con un peso entre los 1500-1999 gr. y antes de las 37 semanas respectivamente.

Como es apreciable, existe gran correlación entre el peso del recién nacido y la edad gestacional en la que se produce el nacimiento, similares resultados son descritos por varios autores, que plantean que esta correlación es tan alta como la correlación entre el peso materno a las 12 o 16 semanas de gestación y el peso al nacer, aseguran además que éste es el índice más útil para evaluar el resultado nutricional durante el embarazo.¹⁵ Al ocurrir el parto antes del tiempo ideal trae consigo que el feto no haya alcanzado el peso óptimo, y por tanto se obtenga un

recién nacido bajo peso y que se aumente el riesgo de presentar cualquier complicación.¹⁴

En la tabla 6 nos referimos a las complicaciones del neonato, donde se señala que el 66% de los recién nacidos sufrieron de una de estas complicaciones. Resultando que las complicaciones más frecuentes fueron el síndrome de distress respiratorio y la asfixia, con un 33% y 20% respectivamente.

Los recién nacidos pretérmino tienen predisposición a un gran número de riesgos neonatales especiales.

Entre éstos se incluyen: SDR, la asfixia y la intolerancia digestiva. La incidencia del trastorno clínico es más elevada en recién nacidos de menor edad gestacional y peso al nacer.¹⁶ La frecuencia de esta alteración es elevada en los recién nacidos hijos de madres diabéticas, en los embarazos múltiples, en los partos por cesárea, por expulsión rápida, por asfixia y estrés del recién nacido por alteración de la temperatura. El riesgo es menor en las mujeres con hipertensión asociada al embarazo y en las mujeres adictas a los opiáceos y en los que han tomado corticoides antes de nacer.¹⁷

La distribución de recién nacidos bajo peso según peso y alimentación recibida en las primeras 72 horas de vida es analizada en la tabla 7, en la cual se refleja que 24 neonatos recibieron lactancia materna exclusiva para un 80%, significamos 5 recién nacidos que no recibieron lactancia materna exclusiva por la gravedad de las complicaciones que presentaron, y uno por causa materna (internada en la sala de cuidados intensivos).

Ante las innumerables ventajas que se le atribuyen a la lactancia materna exclusiva figuraron la prevención de enfermedades diarreicas, la protección contra cuadros alérgicos e infecciones entre otras, y ayuda a una pronta recuperación del peso ideal del recién nacido y a disminuir el riesgo de que aparezcan complicaciones de tipo digestivo.¹⁸ El Ministerio de Salud se ha trazado como propósito lograr las condiciones óptimas de nutrición para el lactante, mediante el incremento de la lactancia materna por lo menos durante los 6 primeros meses de vida.¹⁹ Nuestros resultados coinciden con la literatura revisada por Nage²⁰ en su trabajo sobre la leche humana y lactancia, encontró que los niños alimentados con lactancia materna exclusiva enferman menos que los que usaron fórmulas comerciales.

La prolongación de la lactancia materna reporta innumerables beneficios, ya que constituyen el alimento ideal para los niños, de ahí la importancia de que cada vez sean más los niños que reciban estos beneficios. El programa madre canguro ha logrado a través del trabajo con las madres, desde que sus niños están en la unidad de Cuidados Intensivos, crear conciencia de ello, a través de un programa bien organizado y dirigido por el personal calificado, con el objetivo de lograr protagonismo materno en este sentido, lo cual explicaría los resultados de este trabajo.²¹

En nuestro estudio podemos decir que predominaron las madres adolescentes (15 - 24 años) con 2 partos como promedio; se demuestra la relación negativa del hábito tóxico, fundamentalmente el hábito de fumar en la ocurrencia del bajo peso al nacer. El 50% de los neonatos nacieron antes de las 37 semanas, presentando como complicación más frecuente el síndrome de distress respiratorio. El mayor número de recién nacidos recibieron como alimentación la lactancia materna exclusiva.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- 1- Guallart Mercedes y Col. Cuidados de Enfermería a un recién nacido pretérmino. Enfermería Clínica 2001; 8(2)
- 2- Aguilar Cordero M.J. tratado de Enfermería Infantil. Cuidados Pediátricos. Granada, 2003.
- 3- Nelson. Tratado de Pediatría, 17ª ed. Val I -II. Interamericana; 2000
- 4- Moro M. Los avances médicos no consiguen reducir el número de nacimientos de niños prematuros en España. Al día. Crónica Sanitaria. Jano 24 -30 Noviembre 2000; 59 (1.366)
- 5- Cuba Ministerio de Salud Pública. Programa para la Reducción del bajo peso al nacer. 2000.
- 6- González Alina y Col. Estudio de gestantes adolescentes y su repercusión en el recién nacido en un área de salud. Rev. Cubana Pediatría. Val 72 (1): 54 -9.2002
- 7- Ahued JR, Liva Plascencia J, Simón Pereira R. Las adolescentes embarazadas: un problema de salud pública. Cir and Cir 2001; 69 (6): 300 -305.
- 8- Silva Leal D, Sarmiento Borceló A, Fdez Mazo R. Status de conocimientos en embarazadas adolescentes. Su relación con indicadores antropométricos. Rev. Cubana Obstetginecol, 2000, 22 (2). 92-101
- 9- Macías y col. El hábito de fumar y la salud. Rev.Cubana Med. General. Integral 2001 Abr-Jun(6):645-650
- 10- Organización Panamericana de la Salud. Tabaquismo y Salud en las Américas, Informe General. Washintong DC. 2000; 27/ 28
- 11- Jiménez C. A. Tabaquismo. Manual SEPAL Tabaquismo. Vol.1 Madrid: Grupo Aula Médica 2001; (1):7-8
- 12- Fisella K., Frank P., Kendrik J. S., Bruce Fc. The visk of low birth weight associated with vaginal douching. Rev. Obstet Gynecol 2000; 92 (6): 91 3-17
- 13- Golddenberg RL, Mercer B, Moaword A, Das A, Mc Nellis D. Estudio del pronóstico del pretérmino: Significación de la infección vaginal. Am Jobtet Gynecol 2001; 173 (4): 1231-35.
- 14- Fong J., Mod Hovan S, Alderman MH. The influence of material hypertension on low birth weight: differences among ethinc populations. Eths Dis 2002; 9 (3):369-78.
- 15- Hdez Cabrera J, Moreno Alvarez A., Sierra Velázquez M, Sinet Alfonso JM. Gestantes desnutridas: Correlación de algunos factores obstétricos - Biosocial y su relación del peso del producto. Revista Cubana de Obstetricia y Ginecología, 2003; 22 (2): 84-91

- 16- Reina JC, Orosco JB, Befor D, Spurr G. Adolescentes y Embarazos: Salud y Nutrición. Revista colombiana Obstetricia y Ginecología 2001; 51 (3):201 -202
- 17- Ivan Espinosa María, Savez Doria L, Cabrales Escobar Ja. Factores de Riesgo de Bajo Peso al Nacer. Rev. Panamericana de Salud Pública 2001; Vol. 8 #2
- 18- Calzado Mustelier M y col. Influencia de la lactancia materna en la salud del niño. Revista Cubana de Enfermería 2002; 16 (2):122-7
- 19- Díaz Tabares O., Soler Quintana ML, Ramos Rodríguez A, González Mazón L. Aspectos epidemiológicos relacionados con el tipo de lactancia durante el primer año de vida. Revista Cubana. Mned Gen Integral, 17 (4): 336 -346 Julio-Agosto 2001.
- 20- Nagel LC. Human milk and lactation. Medicine Journal 2002; 3(6):1 -6
- 21- Cerezo M. Por qué el recién nacido debe alimentarse con leche de su propia madre. Pediatría 2001; N(1):36-40

ANEXO I: Encuesta Anónima

Marque con una cruz (x) o responda en los casos necesarios:

Edad materna _____

Usted ha parido:

0 ____ 1 ____ 2 ____ 3 o más ____

Practica el hábito de fumar:

Sí ____ no ____

Durante el embarazo usted presentó alguna enfermedad como:

Hipertensión arterial inducida _____

Anemia ____ sepsis urinaria ____ sepsis vaginal ____

A que edad gestacional nació su niño: _____

Que peso tenía su niño al nacer: _____

Su niño al nacer presentó alguna complicación como:

Síndrome de distress respiratorio _____ asfixia _____

Insoinmunización Rh _____ otra _____

Que alimentación recibió su niño en los primeros días de vida: _____

Recibido: 20 de Marzo de 2006

Aprobado: 12 de Noviembre de 2006

Dr. Juan Carlos Curbelo Fajardo. Licenciado en Enfermería. Facultad de Ciencias Médicas. "Dr. Ernesto Guevara de la Serna". Km. 89 Carretera Central. Pinar del Río.