

POLICLÍNICO UNIVERSITARIO
"BELKYS SOTOMAYOR ÁLVAREZ"
CIEGO DE ÁVILA

Comportamiento del bajo peso al nacer en el Policlínico "Belkys Sotomayor Álvarez" de Ciego de Ávila en el cuatrienio 2007-2010.

Behavior of low birth weight in the Policlinic "Belkys Alvarez Sotomayor" Ciego de Avila from 2007 to 2010.

María del Carmen González Mora (1), Yudisbel Pérez González (2), Carmen Maldonado Álvarez (1).

RESUMEN

Se realizó un estudio descriptivo retrospectivo sobre el comportamiento del bajo peso al nacer en el Policlínico "Belkys Sotomayor Álvarez" de Ciego de Ávila en el cuatrienio 2007-2010. El universo estuvo constituido por todos los nacidos con peso inferior a 2500 gr. El índice de bajo peso aumenta en el año 2009 (4.1 en 2007; 4.3 en 2008; 7.6 en 2009; 7.0 en 2010). Ocurren cuatro fallecimientos en menores de un año, de los cuales uno es producido por prematuridad y el resto por malformaciones congénitas. Se encuentra un ligero predominio del parto pretérmino sobre el bajo peso al nacer. El embarazo gemelar y la enfermedad hipertensiva gravídica son los factores de riesgo que predominan. Solo ocurre un nacimiento de peso extremo con defunción posterior. Palabras clave: RECIÉN NACIDO DE BAJO PESO.

1. Especialista de 1er Grado en Ginecología y Obstetricia. Profesor Asistente.
2. Especialista de 1er Grado en Medicina General Integral.

INTRODUCCIÓN

El parto pretérmino sigue constituyendo el gran problema para Obstetricia y Neonatología, existe una gran incertidumbre con relación al desarrollo posterior de estos niños.

En numerosos estudios realizados, se han reportado cifras tan alarmantes como un 60% de prematuros con daño cerebral de mayor o menor intensidad.

Cuando se analizan los casos de mortalidad perinatal en diferentes países y las complicaciones que en el periodo neonatal precoz afectan al prematuro, se observa que las dos terceras partes de las muertes neonatales ocurren en dichos recién nacidos (1).

La Organización Mundial de la Salud (OMS), sugirió primero y acordó después (Bristol, 1972) que el término parto prematuro no debía ser empleado y recomendó la designación de parto pretérmino entendiéndolo como tal el que se produce antes de las 37 semanas de la gestación (menos de 259 días). Igualmente se aconseja que todos los niños que pesen al nacer menos de 2500 gr. se denominen como recién nacidos de bajo peso o de bajo peso al nacer. En estos últimos, habrá unos pretérmino y otros a término.

El parto pretérmino constituye entre nosotros el principal problema obstétrico actual, pues aunque se presenta entre el 8 y 9% de los nacimientos está relacionado con más del 75% de la mortalidad perinatal. A pesar de los avances de la perinatología continúan presentes las interrogantes sobre el futuro neuropsíquico de muchos niños nacidos pretérmino que sobrevivieron (2).

Se acepta que puede encontrarse un factor causal en un 40-50% de los partos pretérmino, no así en el resto, de ahí lo difícil que es descubrir la etiología (1).

Existen diferentes clasificaciones sobre los factores asociados al parto pretérmino. Desde el punto de vista práctico conviene dividir los partos pretérmino en cuatro grupos que reúnan las principales condiciones maternas y fetales que predisponen a su ocurrencia.

1. Condiciones o enfermedades de la madre o del feto que se asocian al parto pretérmino. Entre ellas están la enfermedad hipertensiva, placenta previa, abrupto placentae, infecciones urinarias. Rotura prematura de las membranas ovulares, corioamnionitis y otras.
2. Partos pretérmino espontáneos sin causa evidente. En el 50% de los casos no se conoce la causa, aunque en más de la mitad de estos se sugiere que sea por una infección, aquí se invocan la primiparidad precoz, baja talla, malas condiciones socioeconómicas, periodo inter genésico corto y otros.
3. Partos pretérmino espontáneos relacionados con el embarazo gemelar. El embarazo gemelar es el responsable de más del 10% de los nacidos pretérmino.
4. Partos pretérmino inducidos o programados. Por encontrarse en peligro la vida del feto y a veces cesáreas electivas programadas sin confirmar la edad gestacional.

Se calcula que cada año nacen en el mundo 20.5 millones de niños con bajo peso al nacer para un 17%, la mayor parte en países subdesarrollados para un 19%.

Se ha demostrado que al menos la mitad del total de muertes perinatales ocurren en recién nacidos de bajo peso (4).

Los factores de riesgo del bajo peso identificados con mayor frecuencia son:

1. Embarazo en la adolescencia.
2. Captaciones tardías del embarazo: existe una probabilidad tres veces mayor de tener un hijo bajo peso al nacer si el número de consultas prenatales es menor de tres.
3. Estado nutricional de la madre: la malnutrición materna causa una reducción del 10% del peso del recién nacido.
4. Antecedentes de niños con bajo peso, aumenta de 5-7 veces el riesgo de volver a tener otro.
5. Acortamiento del periodo intergenésico.
6. Embarazo gemelar.
7. Incompetencia ístmico-cervical.
8. Infección cérvico-vaginal, se calcula que el 22% de todos los bajos pesos se deben a vaginosis bacteriana y el 44% de rotura prematura de membranas son consecuencia de esta entidad.

Es significativo el impacto económico por el costo en divisa que requiere el cuidado y seguimiento de estos niños (2).

En nuestra área de salud ocurre en los dos últimos años un incremento de las cifras de bajo peso al nacer, lo que motivó la realización de este estudio con el objetivo de describir el comportamiento del bajo peso al nacer en el área "Belkys Sotomayor" en los años del 2007 al 2010, para detectar los factores de riesgo que influyeron en ese incremento (4-6).

MATERIAL Y MÉTODO

Se realizó un estudio transversal retrospectivo con los recién nacidos de bajo peso que ocurrieron en el Policlínico "Belkys Sotomayor Álvarez" durante los años 2007 al 2010. El universo de estudio estuvo constituido por todos los recién nacidos con peso inferior a 2500gr, incluyendo los que se atendieron en otra área de salud u ocurrieron en otras provincias.

El dato primario se obtuvo del listado de partos del Dpto. de Estadísticas. También se contabilizan los fallecidos por año y las causas de los mismos para conocer su posible relación con la prematuridad. Las características individuales de cada caso se obtienen de los resúmenes que se realizan para la discusión de los casos.

Los datos así obtenidos se recogieron y contabilizaron; las cifras se llevaron a tablas estadísticas de 2x2 para la obtención de resultados.

RESULTADOS Y DISCUSIÓN

En la Tabla No. 1 puede apreciarse el incremento del bajo peso al nacer que ocurre a partir del año 2009 y se mantiene igual al año siguiente.

En el año 2008 ocurre un fallecimiento en un niño por hernia diafragmática no diagnosticada en el pesquísaje. En el año 2009 ocurren dos fallecimientos, uno de ellos en una paciente hipertensa

crónica ingresada en el hospital que presentó un hematoma retroplacentario, lo que obligó a la interrupción inmediata del embarazo y la extracción de un recién nacido pretérmino que fallece por una membrana hialina.

El otro fallecido se produce por una hidrocefalia, operada en varias ocasiones, que fallece por complicaciones post-quirúrgicas.

En el año 2010 el fallecido corresponde a un recién nacido pretérmino con una hidrocefalia aguda. Como puede apreciarse, las malformaciones congénitas están presentes en tres de los cuatro fallecidos, esta es una causa que se invoca en la literatura revisada como factor causal de prematuridad (1, 3-4) (Tabla No. 2).

En el año 2007 no ocurrió ningún fallecimiento.

En la Tabla No. 3 se muestra que ocurre un incremento de los partos pretérmino en el año 2009, no existe diferencia significativa entre bajo peso al nacer y pretérmino. En algunas literaturas revisadas predomina el bajo peso sobre el pretérmino (10).

La presencia de factores de riesgo asociados se corresponde con la literatura revisada. Es significativo la presencia de nueve embarazos gemelares, cuatro en el año 2009 que corresponden a un 20%. Se puede observar además que la preeclampsia grave influye en el nacimiento de cinco partos pretérmino, con un incremento de la misma en el año 2010, que representa el 30% de ese año. Los dos casos de madres con lupus sistémico no tuvieron complicaciones maternas ni fetales, solo aportaron dos recién nacidos de bajo peso al nacer y ellos evolucionaron satisfactoriamente (13) (Tabla No. 4).

La sepsis vaginal bacteriana influyó en un solo caso con RPM y corioamnionitis. Este comportamiento se corresponde con la literatura revisada (11-12, 14).

Sólo ocurre un nacimiento de peso extremo que fallece por prematuridad e hidrocefalia. Malena Hernández en su estudio (14) reporta una supervivencia de 70.8% (17 pacientes). El mayor número corresponde al peso de 2000-2499 (Tabla No. 5).

CONCLUSIONES

1. No existe diferencia marcada entre el número de bajo peso para la edad gestacional y pretérmino en los años estudiados.
2. El embarazo gemelar y la enfermedad hipertensiva del embarazo están presentes en el mayor número de recién nacidos pretérmino.

RECOMENDACIONES

1. Continuar trabajando sobre los factores de riesgo, sobre todo en etapa preconcepcional, para que la mujer llegue al embarazo en óptimas condiciones.
2. Revitalizar las consultas de atención diferenciada al riesgo de prematuridad que existían en los dos primeros años que comprende este estudio.

ABSTRACT

A retrospective descriptive study was carried out on behavior of low birth weight at Polyclinic Belkys Alvarez Sotomayor in Ciego de Avila between 2007 and 2010. In 2009, the rate of low birthweight was increased, 4.1 (2007) and 4.3 (2008) to 7.6 (2009) and 7.0 (2010). The universe consisted of all those born weighing less than 2500 gr. Four deaths occurred in children under one year one of which is produced by prematurity and the rest by congenital malformations. There is a slight predominance of the preterm on low birth weight. The twin pregnancy and gestational hypertensive disease are the predominant risk factors. It only happens a birth of extreme weight with subsequent death.

Keywords: INFANT, LOW BIRTH WEIGHT.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Oliva Rodríguez JA. Sangramientos de la segunda mitad de la gestación. En: Temas de Obstetricia y Ginecología [Internet]. La Habana: ECIMED; 2006. p. 1-14. Disponible en: <http://bvs.sld.cu/libros/E/publicación.htm>

2. Robaina Castellanos G. Evaluar de factores de riesgo de prematuridad. Rev Cubana Obstet Ginecol. 2001; 27(1):62-9.
3. Cuba. Ministerio de Salud Pública. Manual de diagnóstico y tratamiento en Obstetricia y Ginecología. La Habana: MINSAP; 2000.
4. Cunningham FG. Williams Obstetricia. La Habana: Editorial Ciencias Médicas; 2007.
5. Rodríguez Domínguez PL. Bajo peso al nacer. Algunos factores asociados a la madre. Rev Cubana Osbtet Ginecol. 2005; 31(1): 31-38.
6. Rodríguez Domínguez PL. Propuesta de acción para reducción de factores maternos en el bajo peso al nacer. Rev Cubana Osbtet Ginecol. 2010; 36(4):532-543.
7. Díaz Alonso G, González Docal I. Historia de la anticoncepción. Rev Cubana Med Gen Integr [Internet]. 1995; 11(2): [aprox. 9 p.]. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-21251995000200015&lng=es&nrm=iso&tlng=es
8. Álvarez Fumero R, Urra Cobas LR. Repercusión de los factores de riesgo en el bajo peso al nacer. Resumed 2001; 14(3): 115-22.
9. Lemus Lago ER, Luna Enríquez E. Bajo peso al nacer crecimiento y desarrollo en el primer año de vida. Rev Cubana Med Gen Integr. 1997; 13(2):23-30.
10. Guevara Cosme JA, Montero Hechavarría E, Fernández Miralles RM, Cordero Isaac R, Villamil Blanco Y. Factores de riesgo del bajo peso al nacer en el hospital materno de Palma Soriano durante un trienio. MEDISAN [Internet]. 2009 [citado 21 Ene 2010]; 13(2): [aprox. 8 p.]. Disponible en: http://bvs.sld.cu/revistas/san/vol13_2_09/san09209.htm
11. Duanis Neyra N, Neyra Álvarez A. Factores que inciden en el bajo peso al nacer. Rev Cubana Enfermer 1998; 14(3):150-4.
12. Boloy Crezco N, Lucas Ortiz F, Corrales Ortiz A. Caracterización de las embarazadas bajo peso ingresadas en un hogar materno. Rev Cubana Enferm [Internet]. 2004 [citado 21 Ene 2010]; 20(3): [aprox. 8 p.]. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-03192004000300002&lng=es&nrm=iso&tlng=es
13. Gil, A Reyes Llerena. Estudio analítico y actualización temática de una serie de pacientes en Cuba con Lupus y embarazo. Rev Cubana Osbtet Ginecol. 2009; 35(4):17-24.
14. Hernández M, Pérez Hernández OR. Recién nacidos de peso extremo. Rev Cubana Obstet Ginecol. 2010; 36(2):27-34.

ANEXOS

Tabla No. 1. Distribución de los recién nacidos vivos y bajo peso al nacer.

	Fallecidos -1 año	Peso inferior a 2500 gr.	Causas del fallecimiento
2008	1	1	Hernia diafragmática
2009	2	2	Hidrocefalia Membrana Hialina Pretérmino
2010	1	1	Hidrocefalia Pretérmino

Tabla No. 2. Distribución de los fallecidos menores de 1 año y su relación con el BP al nacer

	Nacidos Vivos	Peso inferior a 2500gr	Índice de BP
2007	218	9	4.1
2008	276	12	4.3
2009	262	20	7.6
2010	284	20	7.0

Tabla No. 3. Clasificación de los recién nacidos menores de 2500gr.

	2007	2008	2009	2010	Total
BP	5	5	8	9	27
Pretérmino	3	7	12	10	32
BP-PT	1	-	-	1	2
Total	9	12	20	20	61

Tabla No. 4. Distribución de los factores de riesgo asociados a los recién nacidos estudiados por años.

Factor de riesgo	Recién nacidos por años			
	2007	2008	2009	2010
Gemelar	2	2	4	1
Preeclampsia	1	2	1	6
HTA Crónica	1	1	2	1
Placenta Previa	1	--	--	1
RPM	1	2	--	1
Madre Adolescente	1	2	1	--
Hematoma Retroplacentario	--	1	1	--
Madre enferma de Lupus Sistémico	-	--	1	1
Cardiopatía	-	--	1	--
Incompetencia Cervical	-	--	1	--
Corioamnionitis	-	--	--	1
Desnutrición Materna	2	3	--	--
Sepsis vaginal bacteriana	-	-	2	1
Total	9	12	20	20

Tabla No. 5. Distribución de los de recién nacidos según el peso por año de estudio

	2007	2008	2009	2010	Total
-1000gr	0	0	0	1	1
1001-1499	1	2	2	0	5
1500-1999	1	4	9	6	20
2000-2499	7	6	9	13	35
Total	9	12	20	20	61