

FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS
DEPARTAMENTO DE POSTGRADO
GUANTANAMO

COMPORTAMIENTO DEL BAJO PESO EN NIÑOS DE LA PROVINCIA GUANTANAMO

Dr. Secundino Ortega Felix¹, Dra. Zulema Guadalupe Galano Guzmán², Dra. Martha Elena Hernández Galano³, Dra. Yadira Parra García⁴, Dra Yalina Argote Peña⁵, Dra. Gemma Floripes Baños Laso.¹

RESUMEN

Se realiza una revisión documental acerca del comportamiento del BPN en la provincia en el año 2008, relacionándolo con algunos aspectos propios de la madre y/o del recién nacido, que favorecen la aparición del bajo peso. Se revisaron las encuestas de los nacidos con estas características en los municipios con mayor índice en el año: Guantánamo, Yateras, Maisi, Imias, San Antonio, Caimanera y Niceto Pérez. Entre los resultados más importantes se recogen, peso al nacer entre 2000 y 2499 grs. en el 70 % de los niños, la mortalidad en los nacidos con peso inferior 1000 grs. para un 42 %, con predominio del parto pretérmino sobre el CIUR, etc. Se recomienda continuar el estudio específico de las causas en los municipios más afectados para modificar los parámetros del PAMI.

Palabras clave: RECIEN NACIDO DE BAJO PESO/epidemiología.

INTRODUCCION

La provincia de Guantánamo se encuentra inserta desde 1985 en el Programa del Médico y Enfermera/o de Familia, que establece que en cada una de las comunidades de más de 120 familias, exista una infraestructura en salud formada por el binomio médico y enfermera/o a tiempo completo, cuyas acciones fundamentales son la prevención de enfermedades y el

¹ Especialista de I Grado en Pediatría. Instructor.

² Especialista de I y II Grado en Pediatría. Asistente

³ Especialista de I Grado en Medicina Interna. Instructor

⁴ Especialista de I Grado en Pediatría. Instructor

⁵ Especialista de I Grado en Pediatría. Instructor

desarrollo de estilos de vida saludables. Así, en la actualidad dispone de 510 Consultorios Médicos de la Familia dirigidos metodológica y administrativamente por las áreas de salud (29 áreas en todo el territorio). Gracias a estos consultorios, los servicios de salud se prestan a lo largo y ancho de la provincia, ejerciendo un fundamental énfasis en el seguimiento de los parámetros del PAMI, como indicador del desarrollo humano y socio económico.

Constituye una prioridad el Programa de Atención a la Mujer y al Niño (PAMI), como grupos de riesgos que requieren un mayor y esmerado esfuerzo dentro del Sistema de Salud Cubano, este a su vez cuenta con subprogramas como: el de lactancia materna exclusiva, nutrición, accidentes en todas las edades pediátricas, seguimiento al bajo peso al nacer, entre otros en el niño, en la mujer algunos de ellos son: Programa de nutrición a la embarazada y a la mujer en edad fértil, Programa de hogares maternos, Programa de educación sexual, Programa de diagnóstico precoz de cáncer cervicouterino y Programa de superación de la mujer.

Los objetivos del PAMI son mejorar cuanti-cualitativamente la atención ginecobstétrica, pediátrica, priorizando los grupos de riesgo, así como reducir las tasas de mortalidad materna e infantil menor de un año, preescolar y escolar y de la población adolescente, en coordinación con las instituciones del Estado, la colaboración de los organismos de masas y la participación activa de la comunidad. Para ello, la estrategia está fundamentalmente encaminada a mejorar la calidad de la salud reproductiva de la mujer o la pareja, trabajar en la disminución de enfermedades asociadas al embarazo, elevar la calidad de la atención ginecobstétrica, mejorar la calidad de la atención del trabajo del parto o durante el puerperio, bajo peso al nacer, afecciones perinatales, que pudieran influenciar de alguna forma en la aparición del BPN a través de investigaciones de Salud Materno Infantil.

El bajo peso al nacer es el índice predictivo más importante de mortalidad infantil y el factor fundamental asociado con los más de 5 millones de defunciones neonatales que ocurren cada año en el mundo. Se ha demostrado que al menos la mitad del total de muertes perinatales ocurren en recién nacidos con bajo peso.

Para alcanzar tasas de mortalidad infantil inferiores a 5 x 1 000 nacidos vivos es indispensable un índice de BPN inferior al 6 %, del cual el 60 % debe corresponder a los nacidos entre las 21 y las 37 semanas de gestación

(pretérminos) y un 40 % a los que nacen con un peso inferior al que le corresponde para su edad gestacional, conocido como crecimiento intrauterino retardado.

Guantánamo, como provincia presenta en los últimos años un indicador de bajo peso al nacer con tendencia a la disminución pero con ligeras oscilaciones con relación a la media nacional por lo que ha establecido una curva meseta.

RESULTADOS Y DISCUSION

Al cierre del año la provincia acumula 391 niños nacidos con peso inferior a los 2500 g, con un indicador de 5.94 %, la revisión de las 268 encuestas recibidas, que representaron el 68 % del total de los nacidos vivos por BPN, se representan en la tabla anterior y arrojaron que los municipios con mayor incidencia en los análisis fueron: Guantánamo, Baracoa, Manuel Tames, entre otros.

El 44 % (118) de las mujeres fueron captadas al inicio del embarazo como normopeso por índice de masa corporal del total de las estudiadas (268), el 20 % como bajo peso materno, el 18 % obesa y el 2.6 % como desnutridas, el 49 % de las antes expresadas al final del embarazo se diagnosticaron con una ganancia insuficiente de peso durante todo el embarazo.

El 60% (160) de las gestantes que aportaron bajo peso estaban en las edades comprendidas entre 20-35 años de edad, el 20 % menor de 20 años y 2 de ellas se encontraban por debajo de 14 años, el 14 % (38 mujeres) tuvieron un embarazo con edades entre 35 y40 años y el 7% más de 40 años.

El 70 % de los niños obtuvieron un peso al nacimiento entre 2 000 y 2 499 g, el 18 % entre 1 500 y 1 999 g y el 11 % menor de 1 500 g. La mortalidad en estos grupos de edades se comportó de la manera siguiente: en el grupo con peso menor 1 500 g falleció el 52 % del total de los nacidos, en el segundo el 33 % falleció, el tercero mostró el 9 % de fallecidos.

El 50.6 % de las gestantes tuvieron el parto entre las 30 y 36 semanas de embarazo, el 4.4 % menos de 30 semanas, mientras que el 44% fueron niños a términos que aportaron un bajo peso al nacer, lo que demuestra el predominio del parto pretérmino sobre el CIUR en el aporte de un niño bajo peso.

La infección vaginal estuvo presente en el 58 % de las gestantes, el 33% cursó con anemia, el 20 % presentaron enfermedad hipertensiva gestacional y el 7 % de las embarazadas presentaron otras enfermedades entre las que se destacaron el asma bronquial.

Solamente recibieron atención en los hogares maternos el 32 % de las gestantes con algún factor de riesgo sin lograr modificarse el mismo, por lo que aportaron recién nacidos de bajo peso al nacer.

Durante la etapa ocurrieron 7 partos gemelares y uno trillizo, todos BPN y en todos los casos recibieron atención en los hogares maternos.

CONCLUSIONES

- ✓ No todos los bajos pesos ocurridos en el período estudiado fueron analizados con la profundidad requerida. Solo se revisó el 68 % de los niños nacidos bajo peso al nacer, dejándose de revisar 123 encuestas de los diferentes municipios.
- ✓ El 44 % de las gestantes fueron captadas con buen estado nutricional, desarrollando luego el 49 % una ganancia insuficiente de peso durante todo el embarazo.
- ✓ El 60 % de las gestantes que aportó bajo peso estaban en edades comprendidas entre 20-35 años de edad.
- ✓ El 70 % de los niños obtuvieron un peso al nacimiento entre 2 000 y 2 499 g. Aportando la mayor mortalidad los menores de 1 500 g (52 %).
- ✓ Predominó el parto pretérmino sobre el CIUR.
- ✓ La infección vaginal fue la más común de las infecciones concurrentes con el embarazo (58 %), seguidas de la anemia (33 %).
- ✓ No se logró la modificación de los factores de riesgos en el embarazo en los hogares maternos lo que demuestra el pobre impacto de estas instituciones.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. **Características y Variabilidad del crecimiento infantil.** En: **Maestría a distancia de Atención Integral al Niño**[CD ROM]. La Habana : Instituto Superior de Ciencias Médicas de La Habana; 2004
2. **Fenwiell E.** Una gran guía para los padres desde la concepción a los 13 años de edad. En: **Manual de cuidados de la Madre y el niño.** México : MacGraw Hill; 1998

3. Henid WE. Necesidades Nutricionales del Lactante. Washington : OPS; 2000
4. Llanio Navarro RJ, Fernandez Sacaza JA. Historia Clínica : La mejor arma en el diagnóstico de las enfermedades. La Habana : Editorial Pueblo y Educación; 1987
5. OMS UNICEF. Estrategia mundial para la alimentación y nutrición del lactante y el niño pequeño. Génova : OMS; 2001.
- 6_. Pineda Pérez S. Alimentación y Nutrición del Lactante y niño pequeño. En: Educación Alimentaria y Nutrición. La Habana: Editorial Ciencias Médicas; 1999.p. 51. 55.
7. MINSAP. Programa de Atención Materno Infantil Orientaciones Metodológico. La Habana : Editorial Ciencias Médicas; 1986.
8. MINSAP. Programa para la Familia dirigido al desarrollo integral del niño. Educa a tu Hijo. La Habana : Editorial Pueblo y Educación; 1992.
9. The Nutritión Transición in Cuba in the Twenties an overview. Public Health Nutritión. 2002; 5(1.A) : 129-33.
10. Álvarez Sintés R. Adolescencia. En: Temas de Medicina General Integral. vI. La Habana : Editorial Ciencias Médicas; 2001.

TABLA 1. COMPORTAMIENTO POR MUNICIPIOS.

MUNICIPIOS	BAJO PESO	ENCUESTAS	%
El Salvador	39	13	33
Guantánamo	181	181	100
Yateras	17	4	23
Baracoa	55	34	62
Maisí	31	8	26
Imías	17	2	12
San Antonio del Sur	17	4	24
Manuel Tames	10	5	50
Caimanera	7	1	14,2
Niceto Pérez	17	6	35
TOTAL	391	268	68,7

TABLA 2. ESTADO NUTRICIONAL A LA CAPTACION DEL EMBARAZO.

NORMO PESO	BAJO PESO	DESNUTRIDA	OBESA	G. I. P
118	56	7	50	132

TABLA 3. EDAD MATERNA.

12 - 14 AÑOS		15 - 19 AÑOS		20 - 35 AÑOS		35 - 40 AÑOS		MÁS DE 40 AÑOS	
No.	%	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%
2	1	50	20	160	60	38	14	18	7

TABLA 4. PESO DEL NIÑO AL NACER Y MORTALIDAD.

1 000 - 1 499 g (- 1 500 g)	1 500 - 1 999 g	2 000 - 2 499 g
30	50	188
Mortalidad		
52 %	33 %	9 %

TABLA 5. EDAD GESTACIONAL AL PARTO.

Menos de 30 semanas	30 - 36 semanas	Más de 37 semanas
12	136	120

TABLA 6. ENFERMEDADES ASOCIADAS AL EMBARAZO.

Infección vaginal	Anemias	H. arterial	Otras patologías
157	89	54	19

TABLA 7. INGRESO EN EL HOGAR MATERNO.

SI		NO	
No.	%	No.	%
86	32.2	182	67.8