

CARTAS AL EDITOR

RIESGO NUTRICIONAL MATERNO-FETAL¹

Señores:

Se define como riesgo nutricional materno-fetal la probabilidad de que el proceso de provisión de nutrientes a nivel celular sea insuficiente para atender las necesidades del binomio madre-feto y, por lo tanto, la probabilidad de que el feto sufra un retardo en su crecimiento y desarrollo (1). El retardo en crecimiento fetal se describe comúnmente como bajo peso al nacer (≤ 2.5 kg).

En la mayor parte de los países latinoamericanos, la incidencia de bajo peso al nacer se debe fundamentalmente a retardo en el crecimiento fetal más que a prematuridad (2, 3). Por esta razón, el uso del término bajo peso al nacer es todavía útil para describir el retardo en crecimiento fetal. En 1975 nacieron alrededor de 22 millones de niños con bajo peso en todo el mundo, y los países subdesarrollados fueron responsables del 94% de todos los niños con bajo peso al nacer. En Latinoamérica, por lo menos millón y medio de niños nacieron con bajo peso en 1975. Se estima que en algunas poblaciones del altiplano latinoamericano la incidencia abarca hasta 50% de todos los niños nacidos vivos. Obviamente, las implicaciones de este grado de deterioro biológico para el desarrollo social de los países latinoamericanos son enormes.

Como punto de comparación, un fenómeno de magnitud similar que afecte el ganado vacuno de nuestros países sería absolutamente intolerable para los gobiernos correspondientes, e indicativo de grave negligencia por parte de los veterinarios y especialistas en nutrición animal.

El deterioro biológico asociado al bajo peso al nacer representa el obstáculo individual más serio al desarrollo social y

¹ Partes de este texto fueron presentadas en el IX Congreso Latinoamericano de Obstetricia y Ginecología; VI Congreso Peruano de Obstetricia y Ginecología y I Congreso de Reproducción Humana, Lima, Perú, 15-19 de octubre de 1978.

económico de la Subregión y un problema muy grave que hasta la fecha no ha sido resuelto por la mayor parte de los países de la Subregión (4). A continuación se enumeran algunas líneas de acción que contribuirían a resolver el problema del bajo peso al nacer en los países latinoamericanos:

a) *A nivel intersectorial* – Definir y llevar a la práctica, al más alto nivel de decisión política, un plan efectivo para mejorar el estado nutricional de la población y acelerar el proceso de desarrollo social del país.

b) *Dentro del sector salud* – Desarrollar programas de acción dirigidos a disminuir la incidencia de bajo peso al nacer con un fuerte componente preventivo y de promoción de salud, implementados en corto tiempo mediante la participación activa de la comunidad, y orientados a obtener autosuficiencia a nivel comunal local. Dichos programas deben utilizar tecnología adecuada a la propia realidad, deben estar integrados con sistemas de apoyo racionales a nivel regional y nacional, y con los otros sectores del desarrollo de la comunidad, y deben hacer énfasis en la auto-evaluación.

Por último, y no menos importante, tales programas deben optimizar el recurso de personal auxiliar y utilizar al máximo indicadores sencillos de alto riesgo nutricional, a fin de mejorar su cobertura y efectividad en forma notoria, sin aumentar los costos a un nivel prohibitivo.

El indicador de riesgo de bajo peso al nacer que comúnmente se usa es la ganancia de peso durante el embarazo, cuya determinación requiere, por lo menos, dos exámenes durante el embarazo (con un mínimo de un mes de intervalo entre sí) y cuya interpretación requiere una estimación confiable de la edad gestacional (5, 6). Ambos requisitos son muy difíciles de satisfacer bajo las condiciones usuales de trabajo de los servicios de salud de la mayor parte de los países latinoamericanos.

A continuación se propone un grupo de variables que puede ser útil como base para construir escalas sencillas de riesgo de bajo peso al nacer.

Estas variables no dependen de la edad gestacional y podrían tener valor predictivo para discriminar a madres con alto riesgo dentro de poblaciones con bajo nivel socioeconómico:

1. Talla menor de 145 cm
2. Peso pre-embarazo menor de 50 kg
3. Paridad 0 ó mayor de 4
4. Intervalo entre partos menor de 12 meses

5. Porcentaje de supervivencia de los hijos menor de 50
6. Edad menor de 17 años o mayor de 40 años
7. Circunferencia cafálica menor de 50 cm
8. Circunferencia del brazo menor de 24 cm
9. Niño previo muerto o con bajo peso al nacer

La respuesta afirmativa a cada uno de estos ítems se valora en uno (1), en tanto que la respuesta negativa se valora en cero (0) puntos.

Por consiguiente, en esta escala, un puntaje de 6 a 9 indicaría alto riesgo de dar a luz un niño con bajo peso al nacer, en tanto que puntajes de 3 a 5 y de 0 a 2 indicarían mediano y bajo riesgo, respectivamente.

Dependiendo de la variabilidad que se encuentre en cada población en particular, algunas variables tales como disponibilidad de agua potable en el hogar, calidad de la casa y madre soltera podrían agregarse al grupo propuesto.

Como es natural, la definición del límite crítico para cada variable varía de población a población y se requiere realizar una investigación operacional en cada población para definir con exactitud dichos límites, así como el menor número de variables necesarias. La escala aquí propuesta puede ser una buena base para desarrollar a corto plazo la escala de riesgo apropiada para cada población.

En todo caso, debe especificarse la conducta por seguirse en caso de alto riesgo, orientada primordialmente a mejorar la nutrición de la madre y a evitar el nacimiento de niños con bajo peso.

En conclusión:

- 1) El bajo peso al nacer es el problema individual de salud pública número uno que enfrenta nuestro Subcontinente;
- 2) La desnutrición proteínico-energética materna es en Latinoamérica una de las causas más importantes de dicho problema; y,
- 3) Es factible disminuir notablemente la incidencia de bajo peso al nacer con programas de bajo costo orientados a atender los casos de mayor riesgo nutricional.

Queremos insistir en que la situación de deterioro biológico de importantes segmentos de la población latinoamericana es realmente grave. Nuevos retrasos en llevar a la práctica los esfuerzos necesarios para combatir la desnutrición significarán, inexorablemente, la emergencia de una nueva generación de latinoamericanos con alta incidencia de desarrollo subóptimo. Este tipo de derroche

en capital humano es intolerable desde todo punto de vista y, sin duda alguna, limitará notablemente nuestra capacidad y posibilidades para lograr el deseado desarrollo social.

Aaron Lechtig y Robert E. Klein
División de Desarrollo Humano,
Instituto de Nutrición de Centro América
y Panamá (INCAP)
Guatemala, Guatemala, C. A.

BIBLIOGRAFIA

1. Lechtig, A., G. Arroyave, J-P. Habitch, F. Viteri, L. J. Mata y M. Béhar. Metabolismo, nutrición, crecimiento y desarrollo. (Cartas al Editor). **Arch. Latinoamer. Nutr.**, 21: 87-88, 1971.
2. Lechtig, A., H. Delgado, R. Martorell, D. Burd, C. Yarbrough & R. E. Klein. Causas de bajo peso al nacer en Latinoamérica. **Arch. Latinoamer. Nutr.**, 27 (2) (Supl. 1): 147-197, 1977.
3. Belizán, J. M., A. Lechtig & J. Villar. Distribution of low birth-weight babies in developing countries (Letter to the Editors). **Am. J. Obstet. Gynecol.**, 32: 704-705, 1978.
4. Lechtig, A., S. H. Margen, T. Farrell, H. Delgado, C. Yarbrough, R. Martorell & R. E. Klein. Low birth-weight babies: world wide incidence, economic cost and program needs. (Chapter II). En: **Perinatal Care in Developing Countries**. (Based on a workshop held at Gimo, Sweden, jointly sponsored by WHO and the 5th European Congress of Perinatal Medicine). G. Rooth and L. Engstrom (Eds.). Uppsala, Sweden, University of Uppsala, 1977, p. 17-30.
5. Lechtig, A., H. Delgado, C. Yarbrough, J. M. Belizán, R. Martorell, V. Valverde & R. E. Klein. Guía para interpretar la ganancia de peso durante el embarazo como regulador de riesgo de bajo peso al nacer. **Bol. Of. San. Pan.** En prensa.
6. Lechtig, A., H. Delgado, C. Yarbrough, J-P. Habicht, R. Martorell & R. E. Klein. A simple assessment of the risk of low birth weight to select women for nutritional intervention. **Am. J. Obstet. Gynecol.**, 125: 25-34, 1976.