

Nutrición materno infantil. Bajo peso al nacer en Latinoamérica: Situación en Cuba

Milsa Cobas

Para saludar la llegada del siglo XXI, la Organización Mundial de la Salud acordó que todos los países se esforzaran en alcanzar las metas propuestas en el programa «Salud para todos en el año 2000» y una de esas metas es precisamente en relación al bajo peso al nacer: «que todas las naciones reduzcan el número de niños que nacen con bajo peso hasta una cifra que no sea mayor al 10% del total de nacidos vivos.» (1).

El peso al nacer con cifras inferiores a los 2500 gramos (bajo peso al nacer) es una de las causas más importantes de la mortalidad infantil y perinatal; se considera que la mortalidad durante el primer año de vida es 40 veces mayor en los niños de bajo peso al nacer que en los niños que nacen con peso normal a término. (2).

Los individuos que nacen con bajo peso tienen habitualmente múltiples problemas posteriores, tanto en el período perinatal, como en la niñez y aún en la edad adulta. Entre estos problemas se encuentran la mala adaptación al medio ambiente, así como diferentes impedimentos físicos y mentales que se hacen evidentes al llegar a la edad escolar.

El problema del bajo peso al nacer constituye una preocupación mundial, siendo más frecuente en los países subdesarrollados.

En Cuba el índice de bajo peso al nacer mostró un descenso paulatino, con una cifra superior al 20% en los inicios de la década del 60, se redujo a 11,4% en 1975 y a 7,3 en 1989; a partir de esa fecha este indicador ha presentado un incremento progresivo terminando el año 1993 con una cifra de 9,0%.

Este índice de bajo peso no es similar en todas las provincias del país, siendo tradicionalmente más alto en las provincias orientales (Tabla 1).

TABLA 1
 Índice de bajo peso al nacer. Cuba. 1972 - 1993

Año	Índice de bajo peso al nacer
1972	10,6
1980	9,7
1988	7,5
1989	7,3
1990	7,6
1991	7,8
1992	8,8
1993	9,0

El bajo peso al nacer puede obedecer a dos causas fundamentales:
 1a) haber ocurrido un nacimiento antes del término de la gestación

(parto pretérmino) o 2a) tener el feto una insuficiencia de su peso en relación a la edad gestacional (desnutrición intrauterina, crecimiento intrauterino retardado, etc). Hay ocasiones en que estas dos entidades se combinan haciendo más grave la situación.

Se ha relacionado el parto prematuro (menos de 37 semanas de gestación) con la edad muy joven de la madre, con la sucesión rápida de los embarazos, con la dilatación permanente del cuello uterino y con distintas enfermedades o complicaciones del embarazo.

El crecimiento intrauterino retardado (CIUR) se ha relacionado con la desnutrición materna, factores ambientales, sociales, la pobreza y distintos factores socioeconómicos. En ocasiones puede ser considerado como un efecto generacional. El hábito de fumar incide tanto en el parto pretérmino como en el crecimiento intrauterino retardado.

En 1981 se realizó un estudio de riesgo obstétrico en Cuba que abarcó 10,000 gestantes de todo el país y permitió identificar los principales factores de riesgo de bajo peso al nacer (Tabla 2).

1. Embarazo en la adolescente.
2. Desnutrición de la madre: Peso inferior a 100 lbs, talla inferior a 150 cm, bajo peso para la talla (menos de 10 percentil), ganancia insuficiente de peso durante la gestación.
3. Hábito de fumar.
4. Antecedentes de niños con bajo peso previos.

TABLA 2
 Factores de riesgo de bajo peso al nacer. Cuba, 1981

Embarazo en la adolescente
 Desnutrición de la madre
 Hábito de fumar
 Antecedentes de niños con bajo peso al nacer
 Abortos provocados
 Hipertensión arterial durante la gestación
 Incompetencia ístmica-cervical
 Embarazos gemelares
 Baja escolaridad

Otros factores identificados que deben tenerse en cuenta (Tabla 3):

1. Aborto provocado.
2. Hipertensión arterial durante el embarazo.
3. Incompetencia ístmica-cervical.
4. Embarazos gemelares.
5. Baja escolaridad.

TABLA 3
 Hogares maternos. Cuba, 1989-1993

Año	N° de hogares	N° de camas Reales
1989	148	2261
1993	177	2927

En 1985 el Instituto de Desarrollo de la Salud realizó una investigación nacional que arrojó 13,9 de probabilidad de morir durante el primer año de vida del niño de bajo peso al nacer sobre el de mayor peso. (4).

Desde 1970 se instrumentó en nuestro país el «Programa para la Reducción de la Mortalidad Infantil» y posteriormente se transformó en el «Programa Nacional de Atención Materno Infantil» vigente, actualizado en 1980. (5).

Por el incremento paulatino que ha mostrado el índice de bajo peso al nacer en Cuba, se está trabajando en la identificación de factores de riesgo preconceptionales y obstétricos en la mujer fértil (6). Se ha actualizado el Programa Nacional de Bajo Peso al Nacer que no excluye ni sustituye al Programa Materno Infantil, sino que lo complementa, y enriquece el objetivo específico referido a la mortalidad en el recién nacido de baja peso (2). Se está trabajando también para lograr la máxima utilización de los Hogares Maternos (Tabla 4), que son instituciones de Salud Pública con condiciones estructurales y funcionales semejantes al hogar de la gestante donde ésta permanecerá para facilitar algún tratamiento médico ambulatorio en embarazos tanto normales como de riesgo siempre que el mismo sea susceptible de aplicarse sin necesidad de hospitalización; en estas unidades se logra garantizar el reposo y la alimentación, y acercan al hospital donde deben parir las gestantes que viven lejos o tienen dificultades de tipo social o con la transportación. También se están utilizando comedores obreros cercanos a la vivienda de la gestantes para que allí puedan recibir una mejor alimentación.

TABLA 4
Programas de bajo peso al nacer. Plan de medidas. MINSAP.
Cuba, 1994

Reforzar información y educación nutricional a gestantes
Mantener actualizado censo de gestantes normales, desnutridas y con riesgo de R.N. bajo peso
Control de la ingesta del suplemento vitamínico y mineral a gestantes no ingresadas
Garantizar en H.M. y hospitales una dieta adecuada y suplemento de hierro, vitaminas y micronutrientes
Evitar estrés de la gestante por ingreso y separación de la familia

Vincular gestantes a comedores cercanos a sus hogares:

Hogares Maternos
Hospitales con servicios múltiples

Hospitales rurales

Centros laborales

Aprovechar al máximo las camas disponibles en:

Hogares maternos

Hospitales rurales

Servicios de nutrición en hospitales

Apoyo comunitario a la alimentación de gestantes mediante los Consejos Populares

Hogares maternos

Hospitales

Se ha incorporado el Prenatal, con la colaboración de la UNICEF, medicamento que se ofrece gratuito a toda gestante y parida hasta cuatro meses después del parto, compuesto por Fumarato ferroso, Vitamina C, Acido fólico y Vitamina A.

En la actualidad se ha establecido para todo el país, dada la situación económica que atravesamos, un Plan de Medidas (7) cuyos aspectos fundamentales son :

1. Reforzar la información y educación a las gestantes sobre el contenido calórico y de nutrientes de los principales productos alimenticios disponibles en cada localidad así como su preparación adecuada para su máximo aprovechamiento, no solo en su casa sino también en el Hogar Materno (H.M).
2. Garantizar en cada H.M el suministro de una dieta que cumpla los requerimientos calóricos y de nutrientes de las gestantes allí ingresadas y de las que hagan uso del comedor (hogar de día).
3. Aprovechar al máximo las camas disponibles así como también las camas de los servicios de nutrición en los hospitales que cuentan con este servicio.
4. Valorar por el personal de salud del área aquellos aspectos que eviten el estrés de la gestante, que pueda producirle la separación del núcleo familiar.
5. Utilizar las camas disponibles en los hospitales rurales, creando las condiciones para el ingreso de las gestantes o vincularlas al comedor de los mismos.
6. Vincular las gestantes a los comedores de centros de trabajo para que puedan comer en estos lugares como una alternativa adicional para incrementar la ingesta alimentaria diaria.
7. En hospitales con servicios múltiples se debe priorizar la dieta de la gestante de acuerdo con las posibilidades de cada uno.
8. Garantizar en el H.M. no solo los aspectos relacionados con la alimentación sino también la administración de sales de hierro, vitaminoterapia y micronutrientes así como los exámenes de laboratorio y medicamentos necesarios en caso de alguna enfermedad.
9. Apoyo de la comunidad mediante los Consejos Populares para la alimentación de H.M y hospitales.
10. El personal de salud del área deberá mantener actualizado el censo de gestantes, de aquellas desnutridas, con riesgo de tener hijos con bajo peso al nacer o con historia de partos prematuros para obrar consecuentemente y tratar de prevenir este hecho.
11. Control por el personal de salud del área de la ingestión del suplemento vitamínico y mineral independiente de la dieta que pueda recibir la gestante.

REFERENCIAS

1. Román J. Bajo peso al nacer. CNES/FMC. Cuba, 1991.
2. Programa para la Reducción del Bajo Peso al Nacer. MINSAP. Cuba, 1991.
3. Farnot U. Investigación sobre riesgo obstétrico. Dpto. Nac. Materno Infantil. MINSAP. Cuba, 1981.
4. Investigación Nacional Bajo Peso y Probabilidades de Supervivencia durante el Primer Año de Vida. Cuba, 1985.
5. Programa Nacional de Atención Materno Infantil. MINSAP. Cuba, 1989.
6. Cumbre Mundial en Favor de la Infancia. Programa Nacional de Acción. Segundo informe de seguimiento y evaluación. La Habana, Cuba, 1993.
7. Plan de Medidas para disminuir el Bajo Peso al Nacer. Documento Interno. Dpto. Nac. Materno Infantil. MINSAP. Cuba, 1994.