

Vigilancia del peso al nacer en Venezuela

Yudith Alizo Whelpley

El producto del crecimiento fetal se evalúa según el peso al nacer y el 60% de la variación de éste es atribuible al entorno en que el feto crece. Los factores influyentes se pueden subdividir en: demográficos, preconceptionales, conceptionales, ambientales y del comportamiento, y los dependientes del cuidado de la salud. La condición socioeconómica y educacional, la raza y la edad materna, se encuentran dentro de los factores demográficos. La paridad, talla materna, enfermedades crónicas y los antecedentes obstétricos desfavorables, se ubican dentro de los preconceptionales. El embarazo múltiple, la nutrición y aumento de peso durante la gestación, intervalo intergenésico, infecciones y los defectos congénitos, constituyen los conceptionales. Entre los factores ambientales y del comportamiento, se señalan el hábito de fumar, abuso del alcohol, altitud elevada y el estrés. El control prenatal ausente o inadecuado es un factor dependiente del cuidado de la salud (1).

Entre los factores más importantes que influyen en el curso y resultado de un embarazo están considerados el estado nutricional y la dieta materna. Numerosos estudios han demostrado que el feto humano es vulnerable a la deprivación nutricional en el embarazo y que esta se manifiesta al producirse el parto de un recién nacido pequeño para edad gestacional (P.E.G.) (2). De esta manera, el estado nutricional materno, tanto antes de la gestación como durante la misma constituye un determinante crítico de los resultados del embarazo para la madre y el neonato (3).

El peso al nacer, refleja el estado de salud materno durante el embarazo (4) y es el elemento individual más importante que determina la probabilidad de que un recién nacido sobreviva y tenga un crecimiento y desarrollo sanos (5). Su medición fue propuesta por la Organización Mundial de la Salud (O.M.S.), como uno de los indicadores para vigilar los progresos hacia el logro de la salud para todos en el año 2.000 siendo reafirmada en la Conferencia Internacional de Nutrición por el Plan de Acción para la Nutrición (6) en el cual se promueve la salud y una dieta adecuada durante el embarazo y por las Metas que habrán de alcanzarse para el año 2.000 entre las cuales se encuentra la reducción de la tasa de Bajo Peso al Nacer (B.P.N.) a menos del 10% (7).

El Sistema de Vigilancia Alimentaria y Nutricional (SISVAN) mantiene información continua sobre la situación nutricional de la población expuesta a riesgo y de los factores condicionantes de la misma a objeto de diagnosticar y orientar para llevar a cabo conductas de atención a corto, mediano y largo plazo, a nivel local, regional y central (8), incluye la medición del Peso al Nacer como indicador complementario al resto de los indicadores antropométricos.

A tal efecto fue diseñado el Proyecto Incorporación del Componente Peso al Nacer al SISVAN (9), presentado al Fondo de la

Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF) mediante el cual fue evaluada la metodología del Componente Peso al Nacer (10) permitiendo el estudio de la información del año 1.989 (11).

El interés de la UNICEF, del Ministerio de la Familia y del Instituto Nacional de Nutrición (I.N.N) a través del SISVAN, en conocer la situación actual del Peso al nacer motivó la elaboración por parte de este último, de una Propuesta de Actualización de la Información del Componente Peso al Nacer, la cual fue presentada al Ministerio de la Familia, siendo aprobada su ejecución con recursos de la UNICEF mediante la suscripción de un Convenio entre el I.N.N y este Ministerio.

El objetivo general de este componente (9) es recolectar información acerca del peso de los niños al nacer a objeto de conocer la situación existente, vigilar sus tendencias y recomendar las acciones pertinentes. El indicador es el porcentaje de recién nacidos con diferentes rangos de peso.

La fuente de datos la constituyó la historia clínica materna disponible del Servicio de Estadística y Archivo de la Maternidad Concepción Palacios de Caracas la cual atiende a madres de escasos recursos económicos y es uno de los principales centros obstétricos del país. El instrumento de recolección empleado fue el diseñado para el Componente Peso al Nacer, así como también su correspondiente programa de computación.

Fueron estudiados trimestralmente todos los recién nacidos de acuerdo con la definición de Bajo Peso al Nacer (B.P.N.) la cual corresponde a los recién nacidos de menos de 2.500 gramos de peso al nacer (12,13), vivos, productos de embarazos únicos de los años 1989, 1990 y 1993, la información recolectada de estos dos últimos años forman parte de la Propuesta de Actualización de la Información de este Componente, no fueron incluidos en dicho estudio a los neonatos con hermafroditismo, pseudohermafroditismo, ni a los productos de embarazos múltiples.

Se consideró recién nacido con Bajo Peso al Nacer (B.P.N.) a todo nacido vivo que pesó entre 500 y 2.400 grs independientemente de que el bajo peso al nacer fuera debido a parto pretérmino o a Retraso del Crecimiento Intrauterino (R.C.I.U.) así tenemos que la incidencia de B.P.N en la Maternidad Concepción Palacios durante los años 1.989, 1.990 y 1.993 mas elevada correspondió a éste último año 12.1 % seguido de 10.4% para 1.990 cifras superiores al 10% de lo fijado en las Metas relacionadas con la nutrición (7) y 9.6 % en 1.989.

Estos resultados señalaron que el Bajo Peso al Nacer (neonatos pretérmino y con Retraso de Crecimiento Intrauterino) indicador de riesgo del período prepatogénico de acuerdo a los períodos evolutivos de la Desnutrición (14) aumentó progresivamente mostrando un ascenso desde 1.989 a 1.993 (13).

El análisis de regresión lineal determinó la relación matemática entre las dos variables estudiadas, por una parte los años 1.989, 1.990 y 1.993 y el porcentaje de recién nacidos con B.P.N. lo cual nos permitió

estimar los valores para 1.991 y 1.982 actualmente en estudio, el coeficiente de correlación midió el grado de relación entre las dos variables mostrando una alta correlación ($r: 0.9942$), el sexo más afectado durante los años estudiados correspondió al sexo femenino.

Es importante señalar que los recién nacidos con peso al nacer menor de 2.500 grs (B.P.N.) constituyen un grupo heterogéneo, que es clasificado según su edad y peso al nacer en: pretérmino con menos de treinta y siete semanas de gestación y el cual puede tener un peso adecuado para su edad gestacional y el de recién nacidos a término, pequeños para su edad gestacional como resultado del retraso de crecimiento intrauterino (12). Esto fue observado durante los tres años estudiados, en los cuales la mediana de la edad gestacional orientada hacia el grupo pretérmino, se ubicó entre 35 y 36 semanas para 1.989 y 1.990 y en 35 semanas para 1.993, no obstante las diferencias observadas entre un valor mínimo de 22 semanas para los tres años en estudio y un valor máximo de 42 semanas para 1.989 que aumentó para 1.990 y 1.993 a 44 semanas, nos permite señalar que existieron además en este grupo neonatos a término y post-término. Durante 1.989 la edad gestacional desconocida correspondió 6.4 % este porcentaje se incrementó durante 1.990 y 1.993 para ubicarse en 11%.

El control prenatal debe ser precoz, periódico, continuo y de toda la población de embarazadas y con una cobertura del 100% a objeto de detectar factores de riesgo y corregir los modificables (1). En los resultados obtenidos, notamos que aumentó el porcentaje de madres que no se controlaron de 19% para 1.989 a 21% durante 1.990 y 1.993; asimismo aumentó la proporción de madres en las cuales no se conoció esta respuesta durante estos dos últimos años.

La mediana de la edad de la madre en los tres años en estudio se ubicó en 23 años para 1.989 y entre 23 y 23.5 años en 1.990, durante 1.993 encontramos que disminuyó a 22 y 23 años. El valor mínimo de la mediana de edad de la madre fue 12 años en 1.989 y 13 años para 1.990 y 1.993 y el valor máximo en 47 años para 1.989 y 1.993 y de 45 años en 1.990. Considerando como parámetro óptimo para la edad materna entre 20 y 35 años, notamos que la mediana se observó hacia el límite inferior del rango considerado como óptimo, siendo importante considerar que la gran variabilidad presentada entre el valor máximo y mínimo de dichas edades nos permitió conocer que existieron madres adolescentes por una parte y primigestas afeadas.

La paridad considerada como uno de los factores preconceptionales que afecta el crecimiento intrauterino estudiada señaló que la mayoría de los neonatos con Bajo Peso al Nacer fueron productos de madres primigestas y de las de más de tres gestas mostrando un comportamiento similar durante los años 1.989 y 1.990 dado que en la primera condición las proporciones fueron 40 y 39.5% y para las de más de tres gestas 26.2 y 24% respectivamente, el número de madres primigestas aumentó durante 1.993 a 42.7% disminuyendo las de 4 y más gestas a 22.8% .

Debido a la gran amplitud que se puede encontrar entre un recién nacido de alto riesgo con Muy Bajo Peso al Nacer (M.B.P.N) y con un peso de 4.000 gramos y más como resultado de diversos factores determinantes del peso del neonato, se ha recomendado estudiar la distribución de todos los grupos de peso para aplicar las medidas necesarias, además dicha distribución al igual que la incidencia de B.P.N son de utilidad para comprender las posibles causas del B.P.N. (12)

Los resultados del estudio de la distribución del peso al nacer en recién nacidos con peso mayor o igual a 2.500 gramos para el año 1.989, mostraron que 27.5 % presentaron un peso denominado

deficiente, los neonatos en este rango de peso se han asociado según estudios efectuados (12) con una alta morbilidad por infecciones respiratorias, diarreas y alteraciones en el crecimiento y desarrollo y como consecuencia una alta mortalidad. También se pueden encontrar en este grupo neonatos con retraso de crecimiento intrauterino, lo cual nos señala la importancia de vigilar el comportamiento en este grupo de neonatos.

Con el objeto de promover la salud y una dieta adecuada durante el embarazo y la reducción del B.P.N a menos del 10% se recomienda:

- Continuar la vigilancia del peso al nacer en el Distrito Federal y lograr la activa participación de los Organismos informantes para el aporte oportuno de datos a nivel nacional.
- Promover e incrementar el control prenatal de la embarazada a través de la asignación de recursos, aumentar el número de Centros de atención médica, garantizar la accesibilidad y calidad de la asistencia, programas educacionales, captar a la embarazada durante el primer trimestre de gestación, aumentar el número de controles y vigilar los factores de riesgo materno.
- Promover la evaluación del estado nutricional del recién nacido mediante el uso del indicador Pequeño para edad Gestacional (P.E.G.).
- Desarrollar el Proyecto de Vigilancia de la Embarazada.

REFERENCIAS

1. Fescina RH, R Schwarcz. Crecimiento Intrauterino La Mujer Gestante en Crecimiento y Desarrollo. Hechos y Tendencias. Cusminsky, M et al. O.P.S./O.M.S. Publicación 510 :71-87; 1.988.
2. Buzina R. Maternal Nutrition and Pregnancy Outcome Vitamins and Minerals in Pregnancy and Lactation .Nestle Nutrition Workshop Series. 16 :1; 1.988.
3. Krasovec K, M Anderson. Nutrición Materna y Productos del Embarazo, Evaluación Antropométrica . O.P.S. 1-6; 1.992.
4. Yip R, I Parvanta, K Scanlon, E Borland, C Russell, F Trowbridge. Pediatrics Nutrition Surveillance System -United States, 1980-1991.Morbidity and Mortality Weekly Report 41 : (s-7) 1-24; 1.992.
5. Stusser R, GPaz, M Ortega, S Pineda, O Infante, P Martín, C Ordoñez. Riesgo de Bajo Peso al Nacer en el Area Plaza de la Habana. Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana .114 , N°3. 229-40; 1993.
6. F.A.O. , Formulación de Planes Nacionales de Acción Para la Nutrición, Directrices. 31, 1.993.
7. Conferencia Internacional Sobre Nutrición, Informe Final de la Conferencia, Anexo 1, Roma. 1992.
8. Instituto Nacional de Nutrición, Sistema de Vigilancia Alimentaria y Nutricional (SISVAN) Descripción, Alcances, Resultados, 1.991.
9. Lares R. Incorporación del Componente Peso al Nacer al Sistema de Vigilancia Alimentaria y Nutricional de Venezuela (SISVAN) . I.N.N. 6 -7; 1.988.
10. Alizo Y. Documentación del Componente Peso al Nacer., Sistema de Vigilancia Alimentaria y Nutricional (SISVAN) . I.N.N. 3 - 5, 1.993.
11. Alizo Y . Componente Peso al Nacer, Informe de Resultados del año 1.989. Sistema de Vigilancia Alimentaria y Nutricional Sisvan I.N.N. 1.993.
12. Rice R, Serrano. aracterísticas del Peso al Nacer O.P.S./O.M.S. IV - 1 -8 ; 51 - 67, 1.988 .
13. Boletín del Centro Latino Americano de Perinatología y Desarrollo Humano (C.L.A.P.), Organización Panamericana de la Salud , Organización Mundial de la Salud . Salud Perinatal, 2: 31-4; 1.985.
14. López M , M Jimenez. El Déficit Nutricional en Venezuela, Del Hambre Oculta a Desnutrición Aparente. 1.993.