

UNIDAD DOCENTE MORÓN
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS
CIEGO DE ÁVILA

Factores de riesgo maternos en el bajo peso al nacer.

Pedro Posada Fernández (1), Ricardo Gómez Carro (2), Nancy Hernández Montoya (3), Lesbia Valdivia Parra (4), Gladys Guirola Montejo (5), Alfredo Nodal Jorge (6)

RESUMEN

Se realizó una investigación epidemiológica observacional analítica retrospectiva de casos y controles para conocer la participación etiológica componente de algunos factores de riesgo sobre el indicador "Bajo Peso al Nacer", durante los años 1992 y 1993 en la población del Municipio Morón, Provincia Ciego de Ávila.

El índice de Bajo Peso al Nacer en el municipio Morón fue de 9,1% en 1992 y de 6,9% en el año 1993.

Las variables de mayor fuerza de asociación con el Bajo Peso al Nacer fueron: la edad materna de 35 años o más con una razón de disparidad de 2.4 (TC 95%:3-4.7); la ganancia de peso durante el embarazo de menos de 16 libras RD=4.2 (IC 95%=1.9-6.5; la intensidad diaria del hábito de fumar durante el embarazo de 20 cigarrillos o más RD =3.6 (IC 95%=1.9-5.2) el período intergésico de menos de 1 año RD=3.3 (IC 95%:1.5-5.9) y los antecedentes de nacidos vivos bajo peso con una RD de 2.5 (IC 95%:1.5-4.4).

Palabras clave: BAJO PESO AL NACER, ÍNDICE DE BAJO PESO, FACTORES DE RIESGO MATERNO.

1. Especialista de Primer Grado en Higiene y Epidemiología. Profesor Instructor
2. Doctor en Ciencias Biológicas. Investigador Titular. Profesor.
3. Especialista de Segundo Grado en Epidemiología. Profesora Auxiliar.
4. Especialista de Primer Grado en Medicina General Integral. Profesora Instructora.
5. Especialista de Primer Grado en Gastroenterología.
6. Médico General Integral.

INTRODUCCIÓN

El Bajo Peso al Nacer (BPN) es un fenómeno muy frecuente en la práctica médica diaria. El peso al nacer es un indicador muy importante que influye en la magnitud de la Tasa de Mortalidad Infantil, considerándose 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 (1,2).

Desde 1935, en los Estados Unidos de Norteamérica se ha definido con fines estadísticos, al prematuro como el recién nacido que pesa menos de 2500 gramos al nacer. Esta definición fue adoptada en 1950 por la World Health Organization, pero su Expert commiter on Maternal and Child Health recomendó en 1961 que el término prematuro fuera reemplazado por el más apropiado de Recién Nacido Bajo Peso (RNRP) y que aquel fuera empleado sólo para referirse a los niños nacidos antes de las 37 semanas de gestación contando a partir de la última menstruación de la madre (3).

Los recién nacidos de bajo peso tienen menor probabilidad de sobrevivir que los de peso normal. En este grupo la morbi-mortalidad es mayor, observándose problemas como la mala adaptación al medio ambiente, así como diferentes impedimentos físicos y mentales que se hacen evidentes al llegar a la edad escolar y pueden aparecer trastornos orgánicos y neurológicos en la edad adulta de mayor gravedad que en los niños de peso normal (1,4-6).

Es bien conocido que el BPN sigue constituyendo un gran problema para las autoridades de salud tanto por las dificultades relacionadas con la fisiología, patología y atención a los niños bajo peso

como por el pronostico a largo plazo de estos niños, lo que ha motivado que desde los años 50 se considere muy en serio la relación entre el peso del recién nacido y su ulterior desarrollo (7,8).

El peso del recién nacido, es universalmente el determinante más importante de la posibilidad que tiene el niño de sobrevivir y de experimentar un desarrollo y crecimiento saludable (4).

Entre todos los nacimientos mundiales, 17% de los niños pesan menos de 2500 gramos, con grandes variaciones entre 3,6% y 3,9% en Suecia y Finlandia, países con gran desarrollo y más de 40% en Bangla Desh, Uganda, etc., países subdesarrollados con los índices más altos. Estas variaciones observadas en la frecuencia aseveran la posibilidad de la prevención del RPN (1).

El RPN constituye uno de nuestros principales problemas de salud, motivo por el cual el colectivo de autores decidió investigar este indicador multicausal.

MÉTODO

Se realizó una investigación epidemiológica observacional retrospectiva de casos y controles con el objetivo de identificar la participación etiológica componente de algunos factores de riesgo materno sobre el indicador "Bajo Peso al Nacer" durante los años 1992 y 1993 en la población del municipio Morón, Provincia Ciego de Ávila

El universo de estudio estuvo constituido por las madres de todos los nacidos vivos comprendidos en los años referidos (1473).

La muestra se conformó con el 21% del universo o sea se escogió como caso (104) todas las madres de los nacidos vivos en estos años que pesaron menos de 2500 gramos y resultaron el producto de un parto monotócico. Se tomó un grupo testigo constituido por 208 madres de nacidos vivos normo pesos (3000 gramos o más) estableciéndose apareamiento con el grupo de casos de acuerdo a las variables "sexo del recién nacido" y "mes de Nacimiento".

Este grupo control fue seleccionado mediante un muestreo aleatorio simple de forma tal que a cada caso correspondieran dos controles. La unidad muestral se seleccionó de los libros de partos del Hospital General Provincial Docente de Morón en los años 1992 y 1993.

La técnica de recolección de la información utilizada fue la entrevista y de acuerdo a los objetivos propuestos se confeccionó un cuestionario de datos primarios (Anexo 1), el cual fue aplicado a las madres de nacidos vivos bajo peso (casos) y a las madres de nacidos vivos normopeso (controles). Este instrumento se validó en un pilotaje realizado a 47 sujetos para comprobar su confiabilidad, previa confección del instructivo de llenado,

Se realizó el cálculo del Índice de Bajo Peso al Nacer usando el procedimiento siguiente (15):

$$\text{IRP} = \frac{\text{Nacidos vivos con peso inferior a 2500 gramos}}{\text{Total de nacidos vivos}} \times 100$$

Los resultados se presentan a través de tablas de contingencia y se calculó la Razón de Disparidad (RD) o Razón de Productos Cruzados (RPC) para establecer las disparidades de exposición en los casos y los controles de acuerdo al siguiente procedimiento (15)

Expuestos		Casos	Controles
	Sí	a	b
No	c	d	
Total		a+c	b+d

$$\text{RD o RPC} = \frac{\text{axd}}{\text{cxb}}$$

Se calculó el intervalo de confianza para un 95% (IC 95%) de la RD por el método de Haldane o de transformación logarítmica (17,18):

Tercer paso: Cálculo de la varianza del valor obtenido en el paso anterior.

$$\text{Var}(\ln \text{RD}) = \frac{1}{a+0.5} + \frac{1}{b+0.5} + \frac{1}{c+0.5} + \frac{1}{d+0.5}$$

Cuarto paso: Cálculo del error estándar (EE del ln RD).

$$\text{EE} = \sqrt{\text{VAR}(\ln \text{RD})}$$

Quinto paso: Cálculo del límite superior (LS) del ln RD con un 95% de confianza.

$$\text{LS} = \ln \text{RD} + (1,96 \times \text{EE})$$

Sexto paso: Cálculo del límite inferior (LI) del RD con un 95% de confianza.

$$\text{LI} = \ln \text{RD} - (1,96 \times \text{EE})$$

Séptimo paso: Cálculo de los antilogaritmos correspondientes al quinto y sexto paso. La interpretación de la RD y sus límites de confianza se realizó atendiendo a (17,18):

Valor de la RD	Interpretación
1	No hay asociación
>1 y su LI es <1	Asociación no significativa
>1 y su LI es >1	Asociación significativa

RESULTADOS

Cuadro No.1 Índice de bajo peso al nacer. Municipio de Morón. Años 1992-1993.

Peso al Nacer	1992		1993	
	No.	IBP%	No.	IBP%
Menos de 2500 g	73	9,1	47	6,9
2500 g. o más	721	90,9	632	93,1
Total	794	100,0	679	100,0

En el cuadro 1 se muestra el índice de Bajo Peso al nacer en el municipio Morón en los años 1992 y 1993.

En el año 1992 hubo 794 nacidos vivos y 73 de ellos pesaron menos de 2500 gramos para un IBP de 9,1%. En el Año 1993 nacieron vivos 679 niños y resultaron bajo peso 47 para un IBP de 6,9%.

Cuadro No.2 Distribución de casos y controles de acuerdo a la edad de la madre.

Edad de la madre	Casos	Controles	Rd	Ic 95%
Menos de 15 años	16	20	2,2	1,2-4,4
De 15 a 19 años	27	42	1,8	1,1-3,2
De 35 años o más	17	20	2,4	1,3-4,7
De 20 a 34 años	44	126	1,0	-
Total	104	208	-	-

En el cuadro 2 se observa que la tendencia del riesgo a parir un niño bajo peso en las madres menores de 20 años disminuye al aumentar la edad, pues en los menores de 15 años la RD fue de 2,2 (IC 95%)=1,2-4,4) mientras que en las de 5 a 19 años la RD tuvo un valor de 1,8 (IC 95%)=1,1-3,2). El mayor riesgo se encontró en las madres de 35 años o más, RD=2,4 (IC 95%=1,3-4,7).

Al analizar la influencia de la edad materna sobre el BPN se aprecia que existe un riesgo evidente en las madres de 35 años y más, en las menores de 15 años y en las de 15 a 19 años.

Cuadro No. 3 Distribución de casos y Controles de acuerdo a la ganancia de peso durante el embarazo.

Ganancia de peso Durante el embarazo	Casos	Controles	Rd	Ic 95%
Menos de 16 libras	21	17	4,2	1,9-6,5
De 1 a 20 libras	24	26	3,1	1,7-5,3
De 21 a 35 libras	23	41	1,9	1,2-4,0
Más de 35 libras	36	124	1,0	-
Total	104	208	-	-

En el Cuadro 3 se aprecia que la tendencia del riesgo de tener un producto con peso menor de 2500 gramos es a disminuir en la medida que la mujer gana de peso durante el embarazo. En las mujeres que ganaron menos de 16 libras el valor de la RD fue de 4,2 (IC 95%:1.9-6.5, en las que aumentaron de 16 a 20 libras la RD resultó 3,1 (IC 95%=1,7-5,3) y en las que tuvieron un incremento de peso de 21 a 35 libras la RD tuvo un valor de 1.9 (IC 95%=1,2-4,0).

Cuadro No.4 Distribución de casos y controles de acuerdo a la intensidad diaria del hábito de fumar durante el embarazo.

Intensidad diaria del hábito de fumar	Casos	Controles	Rd	Ic 95%
De 1 a 9 Cigarrillos	15	21	2,5	1,3-4,7
De 10 a 19 cigarrillos	19	23	2,9	1,5-5,2
20 cigarrillos o más	33	32	3,6	1,8-5,3
No fumaron	37	132	1,0	-
Total	104	208	-	-

En el cuadro 4 se muestra que el riesgo de tener un Bajo Peso al Nacer aumenta al incrementarse la intensidad diaria del hábito de fumar durante el embarazo. En las mujeres que fumaron entre 1 y 9 cigarrillos diarios la RD fue de 2.5 (IC 95%= 1,3-4,7), en las que fumaron entre 10 y 19 cigarrillos diarios la RD tuvo un valor de 2.9 (IC 95%=1,5-5,2) y en las que fumaron 20 o mas cigarrillos diarios la RD resultó 3.6 (IC 95%=1,8-5,3).

Cuadro No. 5. Distribución de casos y controles de acuerdo a las condiciones socioeconómicas.

Condiciones socioeconómicas	Casos	Controles	Rd	Ic 95%
Malas	60	72	3,5	1.9-5,2
Regulares	20	33	2,6	1,4-4,7
Buenas	24	103	1,0	-
Total	104	208	-	-

En el cuadro 5 aparece la distribución de casos y controlan según condiciones socioeconómicas de la madre. En el mismo se observa la disminución del riesgo con el mejoramiento de estas condiciones, en las madres con condiciones socioeconómicas malas la RD fue de 3.5 (IC 95%=1.9-5.2) y en las que tenían condiciones socioeconómicas regulares la RD fue de 2.6 (IC 95%=1.4-4.7).

Cuadro No. 6. Distribución de casos y Controles de acuerdo al periodo intergenésico.

Periodo intergenésico	Casos	Controles	Rd	Tc 95%
Menos de 1 a 2 años	29	25	3,3	1,5-5,9
De 1 a 2 Años	22	24	2,6	1,3-5,2
Más de 2 años	18	52	1,0	-
Total	69	101	-	-

*Se excluyen las primíparas.

La distribución de casos y controles según el período intergenésico se muestra en el cuadro 6. El riesgo de tener un niño bajo peso disminuye al incrementarse el intervalo de tiempo entre un embarazo y otro. En las madres que tuvieron un embarazo antes del año de haber parido, el riesgo calculado fue de 3.3 (IC 95%: 1.5-5.9) y en las que transcurrió de 1 a 2 años la RD fue de 2.6 (IC 95%=1.3-5.2).

Entre el RPM y el período de tiempo transcurrido de un embarazo a otro se observó una asociación significativa.

Cuadro No.7 Distribución de casos y controles de acuerdo a los antecedentes de nacidos vivos bajo peso.

Antecedentes de Nacidos Vivos Bajo Peso	Casos	Controles	RD	IC 95%
Sí	38	33	2,5	1.5-4.4
No	31	68	1.0	-
Total *	69	101	-	-

*Se excluyen las primíparas

En el Cuadro 7 se observa la disparidad de exposición entre casos y controles según antecedentes de nacidos vivos bajo peso. El riesgo en las madres con este antecedente fue de 2.5 (IC 95%= 1.5-4.4).

Existe una asociación significativa entre los antecedentes de nacidos vivos bajo peso y el BPN.

DISCUSIÓN

El IBP observado en ambos años en el municipio Morón es similar o superior a los consignados por Puffer (19) para los Estados Unidos de Norteamérica en los años 1980(6.8%), 1985 (6,7%), 1986 (6,8%), 1987(6,9%) y 1988(6,9%). El IBP descendió de 1992 a 1993 en el municipio Morón en un 2.2%.

En 1973 en Suecia los nacidos vivos en partos monológicos que pesaron menos de 2500 gramos arrojaron un índice de 3,6% (15).

Durante el período de 1986 a 1989 el IBP en la población puertorriqueña residente en los EE. UU fue de 7,8% como promedio (20).

Para lograr indicadores óptimos de Bajo Peso al Nacer se requieren condiciones y factores socio ambientales adecuados, además de un alto nivel y condiciones de vida (21).

En los datos proporcionados por los EE. UU para 1985, el Índice de Bajo Peso al Nacer varía según la edad materna. El 12.58% de los niños nacidos de madres muy jóvenes (menores de 15 años) fueron de bajo peso, así como el 9,27% de los hijos de madres de 15 a 19 años de edad y una proporción importante (15.27%) de hijos de madres de 35 o más años (15).

Dentro de los factores de riesgo de RPN identificados en Cuba se encuentra entre otros, la edad materna y fundamentalmente las madres menores de 17 años (1).

Tijani (8) plantea que no existe una edad materna específica en el nacimiento de un bajo peso, otros autores afirman que la edad de 16 años o menos es considerable de mayor riesgo para obtener un bajo peso (4, 6, 21,22).

En una investigación realizada en el policlínico Docente "Alcides Pino" de Holguín sobre Bajo Peso al Nacer y edad materna se consigna que la calidad de la atención prenatal es más importante que la edad materna en relación con el BPN y se concluye que la edad materna parece ser un factor de riesgo atenuado para el BPN (9).

El aumento de peso durante el embarazo es uno de los factores que más influye en el peso al nacer. En un estudio realizado en los EE.UU., el 13,9% de las madres que aumentaron menos de 16 libras durante el embarazo, el 11.4% de las que ganaron entre 16 y 20 libras y el 11.1% de las madres que aumentaron entre 21 y 35 libras tuvieron como producto un niño con peso inferior a 2500 gramos, sin embargo, sólo el 4% de las madres que ganaron 36 libras o más tuvieron un bajo peso (15,23).

Una investigación sobre riesgo obstétrico realizada en Cuba en 1981, permitió identificar como factor de riesgo del BPN a la ganancia insuficientemente de peso durante la gestación (1).

En otros estudios también se plantea que la ganancia insuficiente de peso durante el embarazo constituye un factor de riesgo primordial en el complejo multicausal del BPN (4-6, 12,21).

La intensidad diaria del hábito de fumar durante el embarazo manifestó una asociación significativa en la frecuencia del BPN.

Se sabe desde hace muchos años, que el tabaquismo durante el embarazo afecta el resultado del mismo. En una investigación realizada en los EE.UU. durante 1980, se encontró que alrededor de una cuarta parte de las mujeres que parieron en ese año habían fumado durante el embarazo; el IBP y la Tasa de Mortalidad Infantil fueron superiores en hijos de fumadoras (24).

En un informe especial elaborado por Lincoln (25) se manifiesta la relación entre el tabaquismo y la probabilidad de tener hijos de Bajo Peso al Nacer.

El hábito de fumar durante el embarazo constituye un factor de riesgo del BPN identificado en nuestro país y se encuentra dentro de los factores primordiales que se asocian con este indicador (1,4-6, 12,21).

En un estudio realizado en la Isla de Puerto Rico por Becerra (20) se plantea que la incidencia de BPN se reduciría en un tercio si se eliminaran los riesgos de tipo socioeconómico. Con sólo eliminar los riesgos relacionados con las condiciones socioeconómicas, la incidencia del BPN en Puerto Rico se podría reducir en 28%, sin importar otros factores.

Es evidente la influencia de las malas condiciones socioeconómicas en el comportamiento del BPN (25).

El BPN se ha relacionado con factores ambientales, sociales, pobreza y distintos factores socioeconómicos (1).

Investigaciones realizadas sobre factores de riesgo en el BPN demuestran que el acortamiento del intervalo entre embarazos está asociado con un incremento de este indicador (26,27).

El BPN puede ser considerado como un efecto generacional y ha sido identificado en nuestro país como un factor de riesgo importante (1).

Un estudio realizado en el Policlínico Docente de Plaza de la Revolución se plantea como factor de riesgo del BPN, la historia familiar (28).

CONCLUSIONES

1. El IBP descendió del año 1992 a 1993 en un 2.2% en el municipio Morón.
2. Las variables de mayor fuerza de asociación con el BPN fueron: madres de 35 años o más, ganancia de peso durante el embarazo de menos de 16 libras, intensidad diaria del hábito de fumar durante el embarazo de 20 cigarrillos o más, condiciones socioeconómicas malas, período intergenesico de menos de 1 año y los antecedentes de nacidos de menos de 1 año y los antecedentes de nacidos vivos bajo peso.

RECOMENDACIONES

1. Aplicar consecuentemente políticas de salud encaminadas a disminuir la intensidad y frecuencia de exposición a los factores estudiados, con el objetivo de disminuir sus efectos sobre el BPN, actividades estas que incrementarían la calidad del producto del embarazo y favorecerían el comportamiento de la mortalidad en el primer año de vida y de la morbilidad en ese periodo en el desarrollo ulterior del niño.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Ministerio de Salud Pública, Cuba. Programa para la reducción del Bajo Peso al Nacer. Programas Nacional de Atención Materno Infantil. La Habana: Ministerio de Salud Pública, 1989:1-24.
2. United States. Department of Health and Human Services, National Center for Health Statistics. Health, US, 1990. Washington D.C.: DHHS: 1991.
3. Nelson WE. Prematuridad y Bajo Peso al Nacer. En: Salvat, editores. Tratado de Pediatría. Mallorca, Barcelona, 1976: 362-8.

4. Neel NRI, Alvarez O. Factores de riesgos de malnutrición fetal en un grupo de madres y neonatos guatemaltecos. *Rol Of Sanit Panam* 1991; 110 (2): 84-92.
5. González V. Polo J. Factores de Riesgo en el bajo peso al nacer. *Rev Cubana Obstet Ginecol* 1989 enero-marzo; 14(1):71-7.
6. Pagola V. El bajo peso. Algunos aspectos de interés obstétrico. *Rev Cubana Obstet ginecol* 1985 abril-junio; 1(2): 142-50.
7. Frigoletto PD. Valoración y tratamiento de las alteraciones del crecimiento fetal. *Serie de Información Temática* 1978 agosto;(2): -18.
8. Tijani V. Diagnostico y Tratamiento del feto pequeño para su edad gestacional. *Clin Norteam* 1977 diciembre; 12(1):113-19.
9. Cuba M, Reyes R, Bajo peso al nacer y edad materna. *Rev Cubana Med Gen Integral* 1992 octubre-diciembre; 8(4): 306-10.
10. Chin RKH, Lao TT. Low birth weight and hyperemesis gravidarum. *Eur J Obstet Gynecol & Reprod Biol* 1988; 28: 179-85.
11. Gloeb DJ. Human immunodeficiency virus infection in women I. The effects of immunodeficiency virus on pregnancy. *Am J Obstet Gynecol* 1988; 159-66.
12. Rodríguez P, Rendón S. Influencias maternas presentes en el Bajo Peso al Nacer. *Rev Cubana Obstet Ginecol* 1985; 1 (1): 63-9.
13. Morrison JC. Preterm birth: A puzzle worth solvin. *Obstet Gynecol* 1990; (Supl: 35-115.
14. Díaz O, soler ML, soler RT. Aspectos epidemiológicos del Bajo Peso al Nacer. *Rev Cubana Med Gen Integral* 1993 julio- setiembre; 9(3): 234-44.
15. Taffel S. Trends in low birth weight United States, 1975-1985, *vital Healt Stat* (21) 1989: No. 48.
16. Ministerio de Salud Pública, Cuba. Módulo Métodos epidemiológicos. Unidad 2 Mediciones en Epidemiología. Unidad Impresora ISCM- Habana, La Habana; Ministerio de Salud Pública, 1991: 1-16.
17. Haldane JRS. The estimation and significance of logarithm of a ratio of frecuencies. *Ann Hum Genet* 1956; (2): 309- 11.
18. Rothman KJ. Intervalos de Confianza para estimados conjuntados del efecto. En: *Epidemiología Moderna*. Washington DC., 1987: 242-5.
19. Puffer RR. La planificación familiar y la mortalidad materna e infantil en los EE.UU. *Rol of Sanit Panam* 1993 noviembre; 115 (5):389-403.
20. Becerra JC. Bajo peso al nacer y Mortalidad infantil en la población puertorriqueña. *Am J Public Health* 1993; 83: 1572-6.
21. Dueñas E, Sánchez C. Factores biológicos y sociales en el Bajo Peso al Nacer. *Rev Cub Pediatr* 1989 noviembre-diciembre; 52(6):498-507.
22. Nandi C, Nelson MR. Maternal pregravid weight, Age, and Smoking Status as Risk Factors for Low Birth Weight. *Births Public Health-Report*: 1992 november-december; 109(6):638-62.
23. Taffel S. Maternal weight gain and the outcome of pregnancy United States, 1980. *Vital Health Stat* (21) 1986; No.44
24. Keppal KJ, Taffel S. Maternal smoking and weight gain in relation to birth weight and the risk of fetal and infant death. United States, 1980. *Memorias de la Conferencia Internacional sobre Tabaquismo y Salud Reproductiva*; 1980 octubre 15-17; San Francisco.
25. Bell R, Lumley J. Low birth weight and socioeconomic status, Victoria 1982 to 1986. *Aust J Public Health* 1992 march; 16(1): 15-19.
26. Ferraz EM, Gray RH, Fleming PL, Maia TM. Interpregnancy interval and low birth weight: Finding from a case-control studie. *Am J Epidemiol* 1988; 128 (5): 1111-6.
27. Navalankar DV, Gray RH, Trivedi CR. Risk factors for preterm and term low birthweight in Ahmedabad. India. *Int J Epidemiol* 1992 april: 21(2): 263-72.
28. Stusser R, Paz G, Ortega M, Pineda S, Infante O, Martín P, et al. Risk of low birth weight in the Plaza de la Habana region. *Rol of Sanit Panam* 1993 March:114(3): 229-41.

ENCUESTA EPIDEMIOLÓGICA

Caso ()

control ()

1. DATOS DEL RECIEN NACIDO.

1.1- Sexo. ()

Masculino (1)

Femenino (2)

1.2 Mes de nacimiento.

1.3 Peso en gramos. ()

Menos de 2500 gramos (1)

3000 mos o más (2)

2- DATOS DE LA MADRE

2.1- Grupo de edad. ()

Menor de 15 años (1)

De 15 a 19 años (2)

De 20 a 34 años (3)

35 años o más (4)

2.2 Ganancia de peso durante el embarazo. ()

Menos de 16 libras (1)

De 16 a 20 libras (2)

De 21 a 35 Libras (3)

Más de 35 libras (4)

2.3- Fumó durante el embarazo. ()

Sí (1)

No (2)

2.3.1- Intensidad diaria del hábito de fumar durante el Embarazo. ()

No fumó (1)

Entre 1 y 9 cigarrillos (2)

Entre 10 y 19 cigarrillos (3)

20 o más cigarrillos (4)

2.4- Condiciones socioeconómicas. ()

Buenas (1)

Regulares (2)

Malas (3)

2.5- Intervalo entre embarazos. ()

Menos de 1 años (1)

De 1 a 2 años (2)

Más de 2 años (3)

2.6- Antecedentes de nacidos vivos bajo peso. ()

Sí (1)

No (2)