

Comportamiento de algunos parámetros en el bajo peso al nacer **Behavior of some parameters in low birth weight**

Juan Miguel Guerra Armada (1), Carmen Maldonado Álvarez (2), Annery Parra Iglesias (3), Eva de la Nuez Ramos (4), Luis Alberto Rodríguez Rodríguez (5).

RESUMEN

Se realizó un estudio prospectivo en la policlínica Belkis Sotomayor a las gestantes que asistieron a la consulta de evaluación integral para embarazadas y que obtuvieron descendientes con el objetivo de evaluar el estado nutricional de la embarazada y sus principales factores de riesgos que influyen en el bajo peso al nacer obteniéndose los siguientes resultados. El 27,9% de las gestantes eran consideradas con riesgo nutricional, las cuales aportaron la mayor proporción de niños bajo peso para un 14,0 %. El índice de bajo peso fue bajo en nuestro estudio para un 5,3 %. La mayor incidencia de bajo peso la aportaron las gestantes menores de 20 años constituyendo estas las de mayor riesgo nutricional según grupos de edades. El 34,8 % de las gestantes presentaban nivel medio superior y el 34,3 % nivel medio, las gestantes con escolaridad primaria fueron las de mayor proporción de riesgo nutricional con un 56 %. Seguidas en mayor proporción por las del nivel secundario. No comportándose así en relación a los recién nacidos de bajo peso que se presentó a la inversa, el nivel secundario con un 14,7% seguida del nivel primario con un 14,2 %. El 27,7 % de las gestantes con 3 o más partos anteriores presentó un recién nacido bajo peso. En cuanto al nivel socio-económico a menor nivel mayor proporción de recién nacido bajo peso materno. Las gestantes solteras y divorciadas fueron las de mayor incidencia en cuanto al recién nacido de bajo peso. Las estudiantes con un 57,7 % de riesgo nutricional y un 18 % de recién nacidos de bajo peso fueron las que mayor incidencia presentaron. La anemia con 45 casos fue la entidad de mayor frecuencia en las gestantes y en relación al recién nacido de bajo peso fueron la Urosepsis y la anemia. El 27,4 de las gestantes eran fumadoras, observándose que hubo un predominio de recién nacido bajo peso en las pacientes fumadoras que en las fumadoras.

Palabras Clave: EMBARAZO, BAJO PESO AL NACER

- 1.- Esp. de 1er Grado en Medicina General Integral
- 2.- Esp. de 1er Grado en Ginec Obstetricia
- 3.- Esp. de 1er Grado en Anatomía Humana
- 4.- Esp. de 1er Grado en Fisiología Humana
- 5.- Esp. de 1er Grado en Ginec Obstetricia

INTRODUCCION

El programa materno infantil es un indicador que permite valorar el desarrollo adquirido por un país. En los últimos años se ha obtenido resultados totalmente satisfactorios en Cuba, lo que ha permitido reducir la tasa de mortalidad infantil en la más baja de las historia con un 9,4 por cada 1000 nacidos vivos.(1).

El bajo peso al nacer es una de las causas más importantes de la morbinatalidad infantil y prenatal, constituyendo el 75 % de las mismas. La mortalidad del primer año de vida es de 40 veces mayor en el niño de bajo peso al nacer que en los de peso normales, además estos niños presentan problemas posteriores como son, la mala adaptación al medio ambiente y diferentes impedimentos físicos y mentales que se hacen evidentes al llegar a la edad escolar.(2).

Cuando la causa del mismo es de un crecimiento intrauterino retardado esto puede hacerse irreversible después del nacimiento y acompañarse de funciones neonatales inferiores a las normales y de secuelas neurológicas e intelectuales. (2).

-Se definen como recién nacidos de bajo peso al nacer aquel que pesa menos de 2500g. (1).

-El problema constituye una preocupación presentaba la paciente independientemente del embarazo. -Se revisó la bibliografía a nuestro alcance y se compararon los resultados obtenidos.

-Recursos destinados.

-Humano: dos especialistas de primer grado en ginecología y obstetricia, un especialista de primer grado en anatomía, un bioestadista y el autor residente en Medicina General Integral.

-Materiales: 5 lápices, 500 hojas cromadas, 10 hojas de papel carbón, una computadora personal, una pesa, un tallímetro. -Tabla 1. Frecuencia de asistencia a la consulta de evaluación integral a la embarazada en el área Belkis Sotomayor.

En la tabla número 1 se observa el número total de nacidos vivos en el año 1995 en el rea Belkis Sotomayor y la frecuencia de asistencia a consulta de evaluación integral por parte de las embarazadas, observándose que el 82 % gestantes fueron evaluadas en dicha consulta.

Tabla 2. Valoración nutricional de la embarazada y su relación con el recién nacido de bajo peso.

De 204 embarazadas evaluadas en la consulta integral 57 de ellas, que representan un 27,9 % fueron registradas con riesgo nutricional y 147 para un 72,1 % estaban en el grupo sin riesgo nutricional. Del total de embarazadas nacieron 11 niños con bajo peso que representó un 5,3 %.

De los 11 niños de bajo peso al nacer 8 se correspondieron con las embarazadas que fueron catalogadas con riesgo nutricional para un 14,0 %, los 3 restantes estuvieron incluidos en el grupo sin riesgo, para un 2,0 %.

Como se puede observar los niños con peso menores de 2 500 gramos aumentaron en proporción directa al riesgo nutricional. Hecho esto observado por otros autores.(11)(23)(24)(25)(26)(27).

Tabla 3. Relacionar la valoración nutricional de la embarazada, su edad y el bajo peso del nacido.

Del total de gestantes la mayor cantidad se encontraba en el grupo de embarazadas de 20 a 24 años de edad con un 40,7% seguidas de la 25 a las 29 con un 24,0%, las menores de 20 años estaban en tercer lugar con un 20 %.

La mayor proporción de gestantes con riesgo nutricional se encontraba en el grupo de embarazadas menores de 20 años con 46,3% seguidas de las mayores de 35 años con un 33,3% y las de 20 a 24 con un 28,9%.

En cuanto a los recién nacidos de bajo peso podemos observar que la mayor proporción se encontraba en las madres menores de 20 años y que constituyeron riesgos nutricionales con un 21,1% seguidos de las 30-34 años con un 14,2%.

La doctora Mateos D. Acosta y colaboradores en un estudio realizado encontró mayor bajo peso de las embarazadas de menor edad(28).Otros autores han encontrado resultados similares.(7)(9)(10)(11)(12)(13)(29)(30)(31).

Tabla 4. Relación entre el grado de escolaridad, la valoración ponderal de la gestante y el recién nacido de bajo peso.

El 34,8% del total de las gestantes presentaron escolaridad media superior seguida por el nivel secundario con un 34,3%. El 18,7% de las encuestadas tenían nivel universitario seguidas con un nivel de 12,2 % del nivel primario.

La mayor cantidad de madres con riesgo nutricional estaban en el grupo de escolaridad primaria con un 56 % seguidas por el nivel medio con un 58,6%. En cuanto al bajo peso al nacer hubo un mayor índice en las gestantes que tenían un nivel secundario seguidas de las del nivel primario con un 14,7% y un 14,2% respectivamente.

González Pérez en un estudio realizado encontró similares resultados (16)(32).

Tabla 5. Relación entre el estado nutricional, la paridad y el recién nacido de bajo peso.

En la tabla número 5 podemos observar que 117 gestantes que representan un 57,3% habían parido o presentado dos partos anteriores y que 87 embarazadas (42,7), presentaban como antecedentes obstétricos 3 partos o más.

La mayor cantidad de gestantes con riesgo estaban en el grupo de 0 a 2 partos anteriores con un 33,3%, sin embargo la mayor cantidad de recién nacidos de bajo peso estaban en la gestantes que presentaban tres o más partos anteriores con un 27,7% .

En un estudio en la ciudad de Pelonta en Brasil donde se realizó un perfil socioeconómico y biológico de las paridas asociándolos con el crecimiento fetal encontró como factor de riesgo la multiparidad (33).

Tabla 6. Determinar relación existente entre la valoración nutricional, nivel socioeconómico y el recién nacido de bajo peso.

La mayor cantidad de gestantes (97) para un porcentaje de 47,5 presentaban un nivel socioeconómico bueno, el nivel regular y malo presentaron similares resultados.

El 71,7% de las gestantes con nivel socioeconómico malo era del riesgo nutricional y del total de este nivel 7 presentaron un recién nacido de bajo peso lo que representó un 13,2% superior del nivel socioeconómico regular y bueno con un 5,5% y 7 un 1,1% respectivamente. Hecho que se demuestra que a menor nivel socioeconómico mayor índice de recién nacidos con bajo peso.

Tabla 7. Relación entre el estado nutricional, el estado marital de la gestante y el bajo peso del recién nacido.

De las 204 gestantes 192 se representan el 94,1 % se encontraban casadas o en unión conceptual. El 100 % de gestantes solteras y el 75 % de divorciadas eran de riesgo nutricional. En relación al bajo peso sigue existiendo mayor proporción en ellas con un 25 y un 16,6 % respectivamente.

Tabla 8. Relación entre el estado ocupacional, la valoración ponderal de la gestante y el recién nacido de bajo peso.

En esta tabla podemos observar que 108 pacientes (53 %) del total general de las gestantes eran trabajadoras.

La mayor proporción de gestantes con riesgo nutricional eran las estudiantes con un 57,1 % seguidas de las amas de casas con 42,7%. Las estudiantes representaron la mayor proporción de recién nacidos de bajo peso con un 18,7% seguidas de las amas de casas con un 13,8%.

Tabla 9. Relación entre estado nutricional enfermedades asociadas y el recién nacido de bajo peso.

La anemia con 45 casos seguidas del asma y la urosepsis con 12 y 11 casos respectivamente fueron las entidades de mayor observación.

La anemia fue la mayor observación en las gestantes con riesgo nutricional con 28 casos.

Las entidades de más frecuente observación en relación con el bajo peso al nacer fueron las anemias y la urosepsis. Encontró Rodríguez R. en un estudio realizado en la policlínica del área centro igual similitud(32).

Tabla 10. Relación entre el hábito de fumar y el recién nacido de bajo peso.

Hubo 56 gestantes que presentaban hábitos de fumar para un 24,4% resultados similares hallados en varios trabajos Norte Americanos revisados en nuestra bibliografía.

De este total nacieron 5 niños con bajo peso al nacer que representó un 8,9% comparado con el 5,3% del total de recién nacidos con bajo peso, podemos afirmar que el hábito de fumar influye negativamente en el peso al nacer. Estudio que se relaciona con los de otros autores (34)(35)(36)(37)(38)(39)(40)(41)(42).

CONCLUSIONES

1. El 82,5% de las madres de los recién nacidos del Belkis Sotomayor asistieron a consulta de evaluación integral a la embarazada.
2. El 27,9% de las gestantes eran consideradas con riesgo nutricional.
3. En índice bajo peso fue de un 5,3%.
4. La mayor proporción de niños bajo peso la portaron las gestantes con riesgos nutricionales con un 14,0 %.
5. El 40,7% de las gestantes estaban comprendidas en el grupo de 20 a 24 años de edad.
6. Las gestantes que presentaron mayor proporción de bajo peso al nacer fueron las de menos de 20 años con un 21,1 % seguidas de las de 30 a 34 años con un 14,2%

7. La mayor proporción de gestante con riesgo nutricional en el grupo menores de 20 años de edad con un 46,3% seguida de las mayores de 35 años con un 33,3%
8. El nivel de escolaridad de nuestras gestantes es alto apreciándose que el 34,8% de las embarazadas tienen nivel medio superior.
9. Las gestantes con escolaridad primaria fueron las que presentaron mayor proporción de riesgo nutricional con un 56% seguidas de la de nivel secundarios con un 48,6%.
10. El bajo peso al nacer aumentó en proporción directa al grado bajo de escolaridad observándose mayor proporción en el nivel medio con un 14,7 % y primario con un 14,2%.
11. El 27,7 % de las gestantes con tres partos presentaron un recién nacido bajo peso.
12. A medida que desciende el nivel socioeconómico existe mayor proporción de gestantes con riesgos nutricionales y mayor proporción de recién nacidos bajo peso.
13. Las gestantes solteras y las divorciadas fueron las de mayor proporción de riesgo nutricional y niño de bajo peso al nacer.
14. Las estudiantes con un 57,1% de riesgos nutricionales y un 18,7 % de niños con bajo peso fueron las de mayor incidencia .
15. La anemia con 45 casos seguida por el asma y la urosepsis con 12 y 11 casos respectivamente fueron las enfermedades con mayor observación.
16. La entidad con mayor frecuencia en el bajo peso fueron la anemia y la urosepsis.
17. El 27,4 % de las gestantes presentaban hábitos de fumar.
18. Hubo un predominio de bajo peso al nacer entre las madres fumadoras con relación a las no fumadoras.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. Cuba. Ministerio de Salud Pública. Informe Anual 1995. Ciudad de La Habana: MINSAP, 1995: 227.
2. Cuba. Ministerio de Salud Pública. Programa para la reducción del bajo peso al nacer. 1988 Programa Nacional de Atención Materna Infantil. Ciudad de la Habana: MINSAP, 1989.
3. Departamento Provincial de Estadísticas de Salud, Ciego de Avila. Datos anuales. 1990-1994.
4. Departamento Municipal de Estadísticas de Salud, Ciego de Avila. Datos anuales 1990-1994.
5. Morrison J, Williams GM, Najman JM, Anderson MJ, Keeping JD. Birthweight below the tenth percentile, the relative and attributable risks of maternal tobacco consumption weight below the tenth percentile. The relative and attributable risks maternal tobacco consumption and others factors. *Environ health perspect* 1993; 101(Suppl 3):275-7.
6. Chio Naranjo Y, Pérez Felpeto R, González-Longoria Boada I. Nutrición entre nuestras embarazadas, algunas de sus causas y consecuencias. *Rev Cub Obstet Ginecol* 1985; 11(4):454-9.
7. Mittendoof R, Herschel M, Williams MA, Hibbard JU. Reducing the frequency of low birth weight in the United States. *Obstet Gynecolog* 1994; 87(6):1056-9.
8. Salleras Sanmarti I, Gómez López LY. Salud materno infantil. En: Piedrola Gil G, Sierra López A et al. *Medicina preventiva y salud pública*. 8va. ed. Barcelona: Editorial SALVAT, 1988:895.
9. Portuondo Dutet N, Castell-Florit SP, Lugo MN, Control del estado nutricional de la mujer de edad fértil como factor influyente en la disminución de la mortalidad infantil. Provincia La Habana, 1979-1983. *Rev Cub Obstet Ginecol* 1985; 11 (4):415-20.
10. Calderón FFJ, Díaz L. Influencia de la edad y del número de gestaciones y partos sobre el peso corporal de las gestantes en el primer trimestre del embarazo. *Rev. Cub Obstet Ginecol* 1988,14(1): 38-45.
11. González LG. Estado nutricional de la embarazada su relación con algunos factores biosociales y la morbimortalidad materna y perinatal. Area centro 1991 (Trabajo para optar por el título de Especialista de Primer Grado en Ginecobstetricia). Ciego de Avila: • Hospital Provincial Docente " Antonio Luaces Iraola" 1993.
12. Laiz D, Charrie I, Lagos C. Estado nutritivo de las gestantes y su relación con algunos parámetros maternos y del recién nacido. *Bol Hosp San Juan de Dios* 1986; 33(1):68-70.

13. Rebolledo A, Atalah E. Riesgos nutricionales en embarazadas adolescentes. Rev Chil Nutr 1986; 14(3):193-9.
14. Deworhtst C T. Ginecología pediátrica. Madrid, Okambra, 1963.
15. Aguila SS, Alvarez L, Cabeza E. Manual de procedimiento de diagnóstico y tratamiento en obstetricia y perinatología. Ciudad de la Habana, Editorial Ciencias Médicas, 1991:93.
16. Díaz OT, Soler MQ. Aspectos epidemiológicos de bajo peso al nacer. Rev Cub Med Gen Integ 1993; 9(3): 234-44.
17. Vásquez X, Sotolongo A. Estudio epidemiológicos de bajo peso. Rev Cub Enferm 1986; 2(2):123-8.
18. Schwars R, Díaz AG. Atención prenatal y del parto de bajo riesgo. Montevideo. Rev Lat Perinat Des Humano 1991; 5.
19. Fanaro AA, Martín RJ. Enfermedades del feto y del recién nacido. Perinatología y neonatología. Ciudad de la Habana Editorial Científico Técnica, 1985: 82-84.
20. Aronson RA, Uttech S. The effect of maternal cigarette en low birth weight and preterm in birth in Wisconsin. Wis Med J 1993; (11):6137.
21. Pérez RB. Nivel nutricional de las embarazadas y el peso al nacer. Trabajo para optar por el título de especialista de primer grado en ginecobstetricia). Ciego de Avila: Hospital Provincial "Dr. Antonio Luaces Iraola". 1991. 22. Main DM. Epidemiología del parto pretérmino. Clinic Obstet Ginecol 1988; (3):507-17.
23. Kestler E, Villar J. Identificación de embarazo de alto riesgo de bajo peso al nacer en zonas urbanas de rica Latina. Bol Ofic Sanit Pan 1991; III(3):201-14.
24. Cuba. Ministerio de Salud Pública. Orientación para la utilización de valores cubanos de peso para la talla en la evaluación nutricional de las embarazadas. Ciudad de la Habana. MINSAP.
25. Jiménez S. Bajo peso al nacer. (Trabajo para optar por el título de especialista de primer grado en Ginecobstetricia). Ciego de Avila: Hospital Provincial Docente " Antonio Luaces Iraola" .1990.
26. Pérez BR. Nivel nutricional de las embarazadas y el peso al nacer. (Trabajo de tesis para optar por título de especialista de primer grado en Ginecobstetricia). Ciego de Avila; Hospital Provincial Docente " Antonio Luaces Iraola". 1991.
27. González B; Polo PJ. Factores de riesgo en el bajo peso al nacer. Rev Cub Obstetr Ginecología 1988; 14(1):71-7.
28. Vásquez X, Mengona N, Sotolongo A. Estudio epidemiológico del recién nacido de bajo peso. Rev Cub Enferm 1986; 2(2):123-8.
29. Fanaroff AA, Martín RJ. Enfermedades del feto y el n nacido. Perinatología-Neonatología. Ciudad de la Habana. Editorial Científico Técnica, 1985: 62-64.
30. Mateo de Acosta P, Fresneda D. Algunos indicadores de nutrición férrica en grupos de embarazadas. Rev Cub Obstetr Ginec 1989; 15(1-2):29-36.
31. Castel FS, Suárez LR, Portuondo ND. Control de estado nutricional de las mujeres en edad fértil como factor influyente en la disminución de la mortalidad infantil. (4):351-6.
32. Rodríguez LR. La relación peso talla materna. Su influencia sobre el embarazo y el producto de la gestación. Area policlínica centro 1992-1993. (Trabajo de tesis para optar de especialista de primer grado en Ginecobstetricia). Ciego de Avila: Hospital Provincial Docente "Dr. Antonio Luaces Iraola". 1995.
33. Arcos Griffinths E. Relación entre el estado nutricional de la madre adolescente y el desarrollo neonatal. Bol Ofic Sanit Panan 1995; 118(6):488-98.
34. Sobreira PB, Harpet R. Crecimiento fetal: un estudio poblacional en una ciudad del sur de Brasil. J Bras Ginecol 1995; 105(1-2):35-42.
35. Main DM. Epidemiología del parto pretérmino. Clin Obstet Ginecol 1988, 3:507-17.
36. Fox SH, Koepsell TD, Daling JR. Birth weight and smoking during pregnancy-effect modification by maternal age. Am J Epidemiol 1994; 139(10):1008-15.
37. Morrison J, Williams GM, Anderson MJ, Keeping JD. Birthweight below the tenth percentile: the relative and attributable risks of maternal tobacco consumption weight below the tenth percentile:

The relative and attributable risks of maternal tobacco consumption and others factors. Environ Health Perspect 1993; 101(Suppl 3):275-7.

38. Mainous AG, Hueston WJ. The effects of smoking cessation during pregnancy or preterm delivery and low birth weight. J Form Pract 1994; 38(3):262-6.
39. Aronson RA, Uttech S, Soret M. The effect of maternal cigarette smoking on low birth weight and preterm birth in Wisconsin, 1991. Wis Med J 1993; 92 (11):613-7
40. Rodríguez DP, Rendón GB, García BR. Influencias maternas presentes en el bajo peso al nacer. Rev Cub Obstet Ginecol 1985; 11(1):63-70.
41. Francisco de Sequeira AA, Ferreira Santos JL, Ferreira de Silva J. Relationship between nutritional status of the pregnant woman, smoking during pregnancy, fetal growth and in the first year of life. Rev Salud bl 1986; 20(6):241-34.
42. Schwarcz R, Díaz AG, Fescina R, De Mucio B, Delgado LR. Atención prenatal y del parto de bajo riesgo. Montevideo; centro Latinoamericano de perinatología y desarrollo Humano. 1991: 51.

ANEXOS

TABLA 1.

	Número	Porcentaje
Nacidos Vivos	247	100
Asistentes consulta	204	82.5

FUENTE: Encuesta.

TABLA 2

	Con riesgo		Sin riesgo		Total	
	No	%	No	%	No	%
VPE	57	27.9	147	72.1	204	100
RNBP	8	14.0	3	2.0	11	5.3

Fuente: Encuestas.

TABLA 3

Edad	Con riesgo		RNBP		Sin riesgo		RNBP		Total	
	No.	%	No.	%	N	%	N	%	N	%
<20	19	48,3	4	21,1	22	53,7	1	4,5	41	20
20-24	24	28,9	3	12,5	59	71,1	1	1,6	83	40,7
25-29	5	10,2	0	0	44	89,8	1	2,2	49	24,0
30-34	7	28,1	1	14,2	18	72	0	0	25	12,3
35 y más	2	33,3	0	0	4	66,7	0	0	6	3,0
Total	57	27,9	8	14,0	147	72,1	3	2,0	204	100

Fuente: Encuestas.

TABLA 4

Escolaridad	Con riesgo		RNBP		Sin riesgo		RNBP		Total	
	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%
Primaria	14	56	2	14,2	11	44	1	9,1	25	12,2
Secundaria	34	48,6	5	14,7	36	51,4	2	5,5	70	34,3
Preunivers.	8	11,2	1	12,5	63	88,8	0	0	71	34,8
Universit.	1	2,6	0	0	37	97,4	0	0	38	18,7
Total	57	27,9	8,0	14,0	147	72,1	3	2,0	204	100

Fuente: Encuesta.

TABLA 5

Paridad	Con riesgo		RNBP		Sin riesgo		NBP		Total	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
De 0 a 2	39	33,3	3	7,6	78	66,7	2	2,5	117	57,3
3 o más	18	20,6	5	27,7	69	79,3	1	1,4	87	42,7
Total	57	27,9	8,0	14,0	147	72,1	3	2,0	204	100

Fuente: Encuestas.

TABLA 6

Nivel Socioeconómico	Con riesgo		RNBP		Sin riesgo		RNBP		Total	
	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%
Bueno	8	8,2	1	12,5	89	91,7	0	0	97	47,5
Regular	11	20,3	2	18,2	43	79,7	1	2,3	54	28,5
Malo	38	71,7	5	13,2	15	28,3	2	13,3	53	26,0
Total	57	27,9	8	14,0	147	52,1	3	2,0	204	100

Fuente: Encuesta.

TABLA 7

Estado	Con riesgo		RNBP		Sin riesgo		RNBP		Total	
	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%
Casada	25	21,4	3	12,0	92	78,8	2	2,2	117	57,3
U. C.	22	29,3	3	13,6	53	70,7	1	1,9	75	36,8
Divorciada	6	75,0	1	16,6	2	25,0	0	0	8	3,9
Soltera	4	100	1	25,0	0	0	0	0	4	2,0
Total	57	27,9	8,0	14,0	147	72,1	3	2,0	204	100

Fuente: Encuesta.

TABLA 8

Estado	Con riesgo		RNBP		Sin riesgo		RNBP		Total	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Ocupacional	29	42,7	4	13,8	39	57,3	2	5,1	68	33,3
Ama de Casa	16	57,1	3	18,7	12	42,8	1	8,3	28	13,7
Trabajadora	12	11,1	1	8,3	96	88,8	0	0	108	53,0
Total	57	27,9	8,0	14,0	147	72,1	3	2,0	204	100

Fuente: Encuestas.

TABLA 9

Enfermedades	Con riesgo nutric.			Sin riesgo nutric.		
	2500	2500	+Sub Total	-2500	2500	+Sub total
Asociadas	4	24	28	0	17	17
Anemia	2	3	5	1	5	6
Urosepsis	0	3	3	0	9	9
Asma	0	1	1	0	1	1
Diabetes	0	0	0	0	1	1
HTA						

Fuente: Encuesta.

TABLA 10

Embarazadas RBNP				
	No.	%	No.	%
Fumadoras	58	24,4	5	8,9
No fumadoras	148	75,8	8	4,0
Total	204	100	11	5,3

Fuente: Encuestas.

Embarazadas	Recién nacidos		Bajo peso	
	No.	%	No.	%
Fumadoras	58	28.2	5	38.5
No fumadoras	148	71.8	8	61.5
Total	206	100.0	13	12.9