

FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS
ISLA DE LA JUVENTUD

**Perfeccionamiento de la prevención del Bajo Peso al
Nacer por el Médico y la Enfermera de la Familia.
Enero – diciembre del 2007.**

Tesis para optar por el título académico de máster en Atención Integral a la
Mujer.

**Autor: Lic Mariela Navarro Reinosá.
Licenciada en Enfermería.**

Tutor: Dr. Ms. C. Enrique Hernández González. C.Dr.CP.

Isla de la Juventud

2009

PENSAMIENTO

“...Al venir a la tierra, todo hombre tiene derecho a que se le eduque, y después en pago, el deber de contribuir a la educación de los demás...”

José Julián Martí Pérez. (1)

DEDICATORIA

Con inmenso placer dedico esta obra:

A mi madre, todo amor, toda ternura, gracias por estar.

A mi hijo, por impulsarme a seguir.

A mi hermano, por la ayuda incondicional.

A los que no están, porque los quiero.

A los que me han permitido ser lo que soy.

A todos

¡Muchas Gracias!

La autora.

AGRADECIMIENTOS

Como dijera el apóstol “Ni con la lisonja, ni con la mentira, ni con el alboroto se ayuda verdaderamente a una obra justa”. Es por ello que la autora de esta obra pretende agradecer a quienes de una forma u otra han permitido la realización de la misma, hoy la más importante de su vida.

A la Revolución por mediar en su desarrollo personal e intelectual.

Al Dr. Ms.C. Enrique Hernández González por su sapiencia, también sus reprimendas, todo por el mejoramiento de los saberes.

A Neugenia Lao por los medios aportados, por su incondicional amistad.

A todos los que se saben imprescindibles, y desde el silencio luchan por el mejoramiento humano.

A todos.

¡Muchas Gracias!

La autora.

SÍNTESIS

Se realizó un estudio prospectivo longitudinal de intervención evaluación en la Isla de la Juventud durante el periodo comprendido entre Enero – Diciembre del 2007, actuando sobre una muestra de 33 madres de Recién Nacidos Bajo Peso pertenecientes a las tres áreas de salud del Municipio Isla de la Juventud. Para darle solución al problema planteado de ¿Cómo prevenir el Bajo Peso al Nacer en el Municipio Isla de la Juventud? Se tomó como objetivo diseñar talleres metodológicos que permitan la preparación de los Médicos Generales Integrales y las Licenciadas en Enfermería en la prevención del Bajo Peso al Nacer. La propuesta está compuesta por talleres distribuidos en 10 sesiones, cada una contiene: Título, objetivo, metodología, medios de enseñanza, conclusiones y evaluación, proponiéndose acciones que resumen desde lo teórico metodológico elementos relacionados con la prevención del Bajo Peso al Nacer. El diagnóstico de exploración inicial reveló un mayor porcentaje de hijos con Bajo Peso al Nacer en madres menores de 20 años, en las que comenzaron el embarazo con bajo peso, en aquellas que eran fumadoras. La Hipertensión Arterial Crónica fue la condición más común asociada en la gestación. La Hipertensión arterial fue el factor de riesgo más importante relacionado con la evolución del embarazo. El área de salud número uno fue la de mayor incidencia de Bajo Peso al Nacer dentro del territorio pinero.

ÍNDICE

Pág.

Introducción	1
Capítulo 1: Fundamentos y estrategias que sustentan la preparación de los Médicos Generales Integrales y las Licenciadas en Enfermería en la determinación de los factores de riesgo del Bajo Peso al Nacer en la atención primaria de salud.	8
1.1. Tendencias del abordaje del Bajo Peso al Nacer en Cuba.	9
1.2. Referentes teóricos.	
1.2.3. ¿Cuál es la diferencia entre el bajo peso al nacer y el parto prematuro?	18
1.2.4. ¿Qué es el Bajo Peso al Nacer?	18
1.2.5. ¿Cuál es la causa del Bajo Peso al Nacer?	19
1.3. Factores que influyen en el Bajo Peso al Nacer.	21
1.4. ¿Es posible prevenir el Bajo Peso al Nacer?	22
1.5. ¿Cuáles son los efectos del Bajo Peso al Nacer?	23
1.6. Investigaciones realizadas en Cuba y el resto del mundo relacionadas con el Bajo peso al nacer.	27
1.7. Acciones de enfermería con el Bajo Peso al Nacer.	34
1.8. Extensión territorial y Densidad poblacional en el Municipio	

Especial Isla de la juventud.	36
Capitulo 2: Propuesta de talleres metodológicos para la preparación del Médico General Integral y las Licenciadas en Enfermería en la determinación y prevención de los factores de riesgo del Bajo Peso al Nacer.	37
2.1- Diagnóstico de exploración inicial sobre la preparación del Médico General Integral y las Licenciadas en enfermería en la determinación de los factores de riesgo del Bajo Peso al Nacer.	37
2. 2. Incidencia del bajo peso al nacer en la Isla de la Juventud, referentes diagnósticos.	42
2. 3. Principales factores de riesgo del Bajo Peso al Nacer en la Isla de la Juventud, consideraciones generales	42
2.4. Algunas consideraciones acerca de los talleres.	44
2.4.1. Fundamentación y elaboración de la propuesta.	44
2.4.2. Caracterización de las acciones metodológicas que se proponen	52
2.5. Valoración cualitativa de la propuesta de acciones metodológica para la preparación del Médico General Integral en la de prevención de los factores de riesgo del bajo peso al nacer.	60
CONCLUSIONES	62
RECOMENDACIONES	63
Bibliografía	
Anexos	

INTRODUCCIÓN

El Sistema Nacional de Salud Cubano se sustenta fundamentalmente en la estrategia de la Atención Primaria y en el Plan del Médico y la Enfermera de la Familia, el cual la concibe como unidad básica para el desarrollo de las acciones de salud.

Así pues la formación de un capital humano competente para favorecer la atención comunitaria en el país y las misiones internacionalistas es un reto del estado cubano.

Estos cambios imponen a la universidad formar un profesional integral, capaz de enfrentar con altura y dignidad los problemas que tiene ante sí, como miembro de la sociedad cubana y, buscar soluciones apropiadas. (2)

En la Salud Pública cubana se realizan transformaciones que muestran las necesidades crecientes en la atención a las gestantes, relacionadas con la utilización de los avances científicos y tecnológicos.

Es por ello que se desarrollan planes y programas para alcanzar los propósitos deseados, a tenor con ello, el Ministerio de Salud Pública (MINSAP) se plantea como objetivos:

1. Reconocer los principales indicadores positivos y problemas de salud de la población comprendida en el Programa Materno - Infantil (definidos a partir de su impacto en la mortalidad, morbilidad y prevalencia de secuelas) y evaluar la influencia de factores biológicos, socioeconómicos, geográficos y de la atención médica, que permitan establecer la base informativa para el fortalecimiento de dicho programa, especialmente en su orientación preventiva, con el fin de contribuir al logro de los indicadores propuestos en los Objetivos, Propósitos y Directrices para el Desarrollo de la Salud Pública hasta el año 2 015.(3)
2. Fortalecer la infraestructura humana y material que favorezca el desarrollo acelerado en el campo de la salud materno infantil y especialmente de los cuidados prenatales y la perinatología a partir de investigaciones avanzadas en sus problemas fundamentales.(3)

Específicamente en lo referente al bajo peso se propone:

- Realizar estudios que incrementen los conocimientos que existen acerca de la situación nutricional de los niños en nuestro medio
- Estudiar cuáles indicadores antropométricos del estado nutricional muestran mayor afectación en nuestra población
- Ejecutar investigaciones que permitan conocer las características del déficit inmunitario que acompaña a la desnutrición en nuestro medio
- Estudiar las relaciones que existan entre indicadores clínicos, antropométricos, bioquímicos e inmunológicos en niños desnutridos y controles. (3)

En el Municipio Especial Isla de la Juventud se da como primera dificultad, que pese a los esfuerzos realizados se observa una alta incidencia del Bajo Peso al Nacer (BPN), lo cual está relacionado con la nutrición materna durante la etapa pre - concepcional y durante el embarazo. (4)

En el mundo actual la mayoría de los países afrontan una carga importante de morbilidad debido a la desnutrición. Esta carga impone enormes exigencias tanto a los gobiernos a causa del precio elevado del tratamiento, como a los individuos y las familias, al generar mayores costos para la sociedad en cuanto a días de discapacidad y pérdida de la calidad de vida, donde los pobres son más afectados que los adinerados (5).

La Organización Panamericana de la Salud (OPS) se ha propuesto lanzar estrategias sobre la nutrición para la salud y el desarrollo desde el año 2 006 al 2 015. (5)

El propósito es mejorar el estado nutricional durante toda la vida particularmente entre los pobres y otros grupos vulnerables, mediante esfuerzos estratégicos conjuntos de los Estados Miembros y otros socios.

El peso al nacer como evaluador de la maduración biológica del recién nacido, constituye un parámetro importante que se debe tener en consideración, pues cuando éste se encuentra por debajo de los 2 500 g se producen alteraciones importantes en los elementos que determinan el estado de salud de la población, es decir, el desarrollo físico, la morbilidad, la mortalidad infantil y perinatal, la invalidez. (5, 6, 7,8)

Otra dificultad recae en la labor educativa y de promoción de salud que deben realizar médicos y enfermeras, sobre la importancia de la nutrición de la mujer

y su preparación para asumir un embarazo responsable que permita un fruto que posea buenas condiciones físicas y mentales.

Estos objetivos solo pueden alcanzarse a través de los cuidados que aseguran las condiciones óptimas de salud a la mujer, desde el periodo preconcepcional, durante el seguimiento del embarazo, el trabajo de parto y en este. La salud física y mental de la futura madre, sus antecedentes patológicos, su medio social y cultural, su actitud y comportamiento influyen en la procreación y su producto. Se considera que los factores nutricionales de la madre constituyen los principales responsables del retraso del crecimiento intrauterino en países en desarrollo y que en países desarrollados solo son desplazados por el tabaquismo. (9, 10, 11,12)

Las tasas de mortalidad materna y perinatal son indicadores que reflejan todas las condiciones de vida de la mujer, la morbilidad subyacente y la calidad de vida de una sociedad: la situación social, cultural, económica y política, la cobertura, eficacia y eficiencia de los servicios de salud y las condiciones de educación, alimentación y vivienda en un sitio determinado. (11,12)

Una tercera dificultad radica en los conocimientos limitados que manifiestan las gestantes y futuras madres relacionados con su nutrición y la de sus hijos, relación inversa a su nivel cultural y educacional, no resuelta con las intensas campañas radio – televisivas. (13)

La lactancia materna merece un reconocimiento especial debido a sus efectos a corto y largo plazo sobre la salud y el estado nutricional infantil. Se plantea que la mortalidad es 40 veces más frecuentes en niños bajo peso (BPN).El bajo peso constituye una preocupación mundial siendo más frecuentes en países subdesarrollados, el período más crítico y de mayor riesgo para un ser humano es aquel que corresponde a una vida intrauterina, incluyendo el parto ,las condiciones de un individuo al nacer repercuten de manera definitiva en su desarrollo físico e intelectual a lo largo de su vida, lo cual justifica la prioridad que se debe dar a las medidas que permitan lograr las mejores condiciones posibles para el recién nacido . (12)

La desnutrición en las mujeres antes y durante el embarazo limita la capacidad del crecimiento fetal intrauterino y es una de las principales causas de la desnutrición fetal y el bajo peso al nacer en países subdesarrollados y esto aún es más severo en el sur de Asia. (11)

La integración de la nutrición en la salud, el desarrollo y el establecimiento de relaciones sólidas y eficaces con instituciones públicas y privadas será un importante reto. Todos los años nacen 30 millones de niños con un peso inferior a los 2 500 g (5,5 lb.), lo que equivale al 23,8 % de todos los nacimientos del mundo en desarrollo, es decir una tasa que triplica el nivel de los países industrializados (7 %). (5, 11,12)

En el Municipio Especial Isla de la Juventud, se realizó una investigación sobre los factores de riesgo del bajo peso al nacer en el año 1996 - 1998 por la Dra. Rucha Fernández García (4), quien realizó este trabajo para optar por el título de Especialista en Medicina General Integral (1996 – 1998). Esta investigación aunque aporta evidencias sobre los factores de riesgo no resuelve el problema ya que no se plantea una estrategia de intervención que permita reducirlos o evitarlos al igual que lo reportado en el estudio del doctor Alexander Rodríguez (2001) quien abordó el comportamiento de los factores de riesgo del Bajo Peso al Nacer en el Hospital Héroes del Baire. (14)

Por lo anteriormente expuesto se formula y presenta como **problema científico** de esta Tesis el siguiente: ¿Cómo prevenir el Bajo Peso al Nacer en el Municipio Isla de la Juventud?

El objeto de investigación se concreta en los factores de riesgo del Bajo Peso al Nacer en el Municipio Especial Isla de la Juventud, y **el campo de acción** es la prevención del Bajo Peso al Nacer.

Para dar solución al problema planteado se precisó el siguiente **objetivo**:
Diseñar talleres metodológicos que permitan la preparación de los Médicos Generales Integrales y las Licenciadas en Enfermería en la prevención del Bajo Peso al Nacer.

Por tal motivo, se formularon las siguientes **preguntas científicas**:

1. ¿Qué fundamentos y antecedentes sustentan la prevención del Bajo Peso al Nacer en Cuba?
2. ¿Qué situación presenta el Bajo Peso al Nacer en la Isla de la Juventud?
3. ¿Cuáles serán los principales factores de riesgos que inciden en el Bajo Peso al Nacer en la Isla de la Juventud?

4. ¿Qué propuesta diseñar para contribuir a la preparación de los Médicos Generales Integrales y las Licenciadas en Enfermería en la prevención del Bajo Peso al Nacer en el municipio Especial Isla de la Juventud?
5. ¿Cuál es la factibilidad de los talleres metodológicos diseñados para la prevención del Bajo Peso al Nacer por los Médicos Generales Integrales y las Licenciadas en Enfermería?

Las principales **tareas científicas** fueron:

- 1- Sistematización de los fundamentos y antecedentes que sustentan la prevención del Bajo Peso al Nacer en Cuba.
- 2- Diagnóstico de la incidencia del Bajo Peso al Nacer en la Isla de la Juventud.
- 3- Identificar los principales factores de riesgo del Bajo Peso al Nacer en la Isla de la Juventud.
- 4- Elaboración de talleres metodológicos que contribuyan a la preparación de los Médicos Generales Integrales y las Licenciadas en Enfermería para prevenir los factores de riesgo del Bajo Peso al Nacer.
- 5- Valoración cualitativa de los talleres metodológicos que permiten potenciar la preparación en prevención del Bajo Peso al Nacer a los Médicos Generales Integrales y a las Licenciadas en Enfermería.

METODOS DE INVESTIGACIÓN

- **Del nivel teórico:**
 1. **Histórico - Lógico:** Para determinar la tendencia de los factores de riesgo del Bajo Peso al Nacer en el Municipio de la Isla de la Juventud.
 2. **Análisis - Síntesis:** Se utilizó con el objetivo de analizar toda la información y resultados obtenidos durante la investigación.
 3. **Sistémico - Estructural:** Para el establecimiento de los nexos y relaciones necesarias en la conformación de los resultados de la investigación.
- **Del nivel empírico:**
 1. **Observación:** Para determinar los factores de riesgo del Bajo Peso al Nacer en el Municipio Isla de la Juventud.
 2. **Encuesta:** A los Médicos Generales Integrales y a los Licenciados(as) en Enfermería, para constatar el nivel de capacitación que tienen sobre los factores de riesgo del Bajo Peso al Nacer.
 3. **Guía de observación:** Para constatar en la práctica, los conocimientos adquiridos para la determinación de los factores de riesgo del Bajo Peso al Nacer.
 4. **Análisis de documentos:** Para revisar documentos normativos, registros estadísticos, en búsqueda de la información necesaria

- **Del nivel Estadístico (Matemático)**

Análisis porcentual: Para realizar el procesamiento de los datos cuantitativos resultados de la aplicación de los métodos y técnicas empíricas y realizar valoraciones cualitativas que orienten a la formulación de las conclusiones de la Tesis.

Población: 55 madres de Recién Nacidos en el período estudiado pertenecientes al área de salud del Municipio Isla de la Juventud.

Muestra: 33 madres de Recién Nacidos Bajo Peso utilizándose un muestreo intencional en la asignación al estudio.

Tipo de estudio: Estudio prospectivo longitudinal de intervención - evaluación.

Importancia y utilidad social: Relacionar tendencias que permitan el perfeccionamiento del desempeño profesional en la determinación y prevención de los factores de riesgos del Bajo Peso al Nacer, en el sector de la salud pública.

Aporte práctico: Sugerencias Metodológicas para el perfeccionamiento del desempeño profesional en la determinación y prevención de los factores de riesgo del Bajo Peso al Nacer.

Novedad científica: Relaciones esenciales, establecidas en el proceso de integración y materialización de las acciones para la capacitación.

Significación práctica: Generar suficiencias en la aplicación de la capacitación en el personal de salud

Estructura de la tesis: La tesis esta conformada por dos capítulos, en el primero se aborda las tendencias en la determinación y prevención de los factores de riesgo del Bajo Peso al Nacer en Cuba y los referentes teóricos de partida para la fundamentación de acciones para la capacitación de los profesionales, en el segundo se aborda la propuesta de acciones metodológicas para prevenir los factores de riesgo en el Bajo Peso al Nacer , las inferencias estadísticas derivadas de la aplicación de los instrumentos aplicados y se presenta, además, las Conclusiones, Recomendaciones, Bibliografía y Anexos.

Capítulo I

Fundamentos y estrategias que sustentan la preparación de los Médicos Generales Integrales y las Licenciadas en Enfermería en la determinación de los factores de riesgo del Bajo Peso al Nacer en la Atención Primaria de Salud.

En este capítulo se aborda el surgimiento y desarrollo de las estrategias y estructuras del sistema de salud que permiten la prevención, el control y el enfrentamiento del Bajo Peso al Nacer en Cuba. Se discuten los referentes teóricos de partida para la prevención del Bajo Peso al Nacer, tomando como argumentos, los factores de riesgo, sus causas y abordaje terapéutico entre otros elementos de interés.

1.1. Tendencias del abordaje del Bajo Peso al Nacer en Cuba.

Para determinar las tendencias de su abordaje en Cuba se proponen las siguientes etapas.

- **Primera etapa:** el siglo XIX hasta 1902 (pre republicana) fundación del primer hospital en Santiago de Cuba en 1525, los de la Habana en 1538 y 1544 y Bayamo en 1544. La fundación de la primera organización de salud pública en la Isla en 1634, el Real Tribunal del Protomedicato de la Habana. La creación en 1807 de las Juntas de Sanidad: una central en La Habana y otras subalternas en las capitales de provincias y otras ciudades del país.
- **Segunda etapa:** Instauración de la República en 1902 (1902 – 1958) Nombramiento del Dr. Carlos J. Finlay al frente de los servicios de Sanidad y al Higienista Dr. Manuel Delfín Zamora, en los servicios de Beneficencia. La unión de los departamentos nacionales de Sanidad y Beneficencia en la Secretaría de Sanidad y Beneficencia el 28 de Enero de 1909, primer Ministerio de Salud Pública de Cuba, y del mundo.
- **Tercera etapa:** Inicio del proceso revolucionario (1959 – 1969) Lo primordial de esta etapa es el propio triunfo de una revolución por los humildes y para los humildes, la cubana. La creación del Servicio Médico Social Rural. La promulgación - en Agosto de 1961 – de la Ley

número 959. La incorporación en 1969 de casi todas las unidades privadas y mutualistas al Ministerio de Salud Pública.

- **Cuarta etapa:** Desarrollo del proceso revolucionario (1970 – 1990) La integración el Sistema Nacional Único de Salud de la unidad asistencial mutualista, Centro Benéfico Jurídico de Trabajadores de Cuba. Constitución del Sindicato de Trabajadores de la Salud y el comienzo de los programas para la protección integral de los grupos poblacionales. La creación del Policlínico comunitario y el modelo de medicina en la comunidad en 1974. El inicio en los años 80 del fortalecimiento de la red de servicios hospitalarios, y la introducción y extensión del empleo de altas tecnologías, extranjeras y cubanas. La creación de Facultades Médicas en todo el País. La implantación, en 1984, del Programa del Médico y la Enfermera de la Familia. Proclamación de convertir a Cuba en una potencia médica mundial.
- **Quinta etapa:** Periodo especial (1990 – 2000) Derrumbe del campo socialista de Europa del Este. Recrudescimiento del bloqueo imperialista de los Estados Unidos de América e insuficiencias de la economía interna. Preservación de las conquistas logradas en el campo de la salud en etapas anteriores. Inicio en 1995 de un proceso de transformaciones económicas y de perfeccionamiento del Estado y el Gobierno. Inauguración de la Escuela latinoamericana de Medicina en 1999. Tener como estrategia de desarrollo, el perfeccionamiento de la Atención Primaria de Salud y como programas priorizados: Atención Materno Infantil, Control de Enfermedades Transmisibles, Control de Enfermedades no Transmisibles y Atención del Adulto mayor.
- **Sexta etapa:** Implementación de la Batalla de Ideas y Los Programas de la Revolución (2000 – 2009) Informatización escalonada de la Sociedad, Universalización de la Enseñanza, Deporte, Perfeccionamiento de la Educación, Programas de la Revolución en Salud, Programa Trabajadores Sociales, Masificación de la Cultura e Informatización escalonada de la Sociedad.

Partiendo del echo de que la Salud Pública es la ciencia y el arte de prevenir las dolencias y las discapacidades, prolongar la vida y fomentar la salud y la eficiencia física y mental, mediante esfuerzos organizados de la

comunidad para sanear el medio ambiente, controlar las enfermedades infecciosas y no infecciosas, así como las lesiones, educar al individuo en los principios de la higiene personal, organizar los servicios para el diagnóstico y tratamiento de las enfermedades y para la rehabilitación, así como desarrollar la maquinaria social que le asegure a cada miembro de la comunidad un nivel de vida adecuado para el mantenimiento de la salud.(15)

Concepción que permite tomar las conductas adecuadas y necesarias para enfrentar el Bajo Peso al Nacer en la sociedad cubana de estos tiempos.

Favorecido por el trabajo fundamental de la salud pública en Cuba encaminado a desempeñar el papel rector que le corresponde en las ciencias de la salud, realizando los cambios necesarios para perfeccionar el Sistema Nacional de Salud, teniendo, entre sus funciones fundamentales, la promoción de salud, la prevención, curación y rehabilitación de enfermedades y otros daños; y como escenario principal, el de la atención primaria de salud, con su unidad básica: el policlínico y los consultorios de medicina familiar; y para ello cuenta con un equipo que actúa interdisciplinariamente, dentro del cual el médico y la enfermera de familia constituyen los elementos fundamentales.(15,16)

¿Cómo se llegó hasta aquí?

Durante el periodo colonial el Municipio y la Iglesia Católica fueron las instituciones que tuvieron a su cargo la protección de la salud de la población, hasta que se crearon las Juntas de Sanidad, poniéndose en práctica en 1825 una forma de atención médica estatal, dirigida al tratamiento de las personas en sus propios domicilios, con el nombre de Facultativo de Semana. No resolviéndose la situación nutricional de los más desposeídos. (17)

Después de la guerra independentista de 1895, la desnutrición, el agravamiento de la situación epidemiológica del pueblo de Cuba, los nacimientos de recién nacidos bajo peso, la mortalidad materna e infantil, la insalubridad de todas las ciudades y pueblos eran evidentes y graves. (17,18)

Durante la República los salubristas cubanos, bajo la dirección de Finlay (1902 – 1908), logran disminuir la mortalidad por tétanos infantil a partir de 1903; erradicar la fiebre amarilla definitivamente en 1908; establecer de manera permanente la vacunación contra la viruela; y elaborar una avanzada legislación en materia sanitaria. Estas medidas no lograron eliminar los problemas nutricionales y del bajo peso al nacer. (17, 18,19)

Con el triunfo de la Revolución de los humildes y para los humildes, la cubana, se producen cambios cuantitativos sustanciales y permanentes que permiten, entre muchas cosas, disminuir ostensiblemente la desnutrición poblacional y los índices del Bajo Peso al Nacer (BPN).

En Cuba para organizar, planificar y dirigir el programa de salud en la lucha contra el BPN el MINSAP elaboró en 1988 el Programa para la reducción del BPN. Que fue perfeccionado en el 1993 y responde al concepto fundamental de complementar y enriquecer el objetivo específico referido a la mortalidad del Recién Nacido Bajo Peso (RNBP) contemplado en el Programa Materno Infantil (PAMI). En 1989 se elaboro el Programa Nacional de Atención Materno Infantil. (3,19)

En 1998 se reevaluó el programa para la reducción del Bajo Peso al Nacer que establece dentro de sus objetivos: mejorar la salud de las madres mediante medidas que actúan sobre los principales factores de riesgo; reducir la incidencia del Bajo Peso al Nacer y actuar sobre las principales causas de mortalidad en este grupo. Muchos han sido los trabajos sobre BPN y todos coinciden en que su causa es multifactorial, y que su prevención primaria consiste en la identificación y corrección de los factores de riesgo. (3,19)

La condición de BPN, constituye una de las principales causas de morbilidad y mortalidad infantil, por lo que la detección de factores asociados con el recién nacido con peso inferior a 2 500 gr. resulta de gran importancia en los cuidados obstétricos.

El bajo peso al nacer puede predecirse antes del parto, si el útero es pequeño o si el ultrasonido refleja un feto pequeño. El feto puede parecer simétricamente pequeño o tener una cabeza de tamaño normal para la edad gestacional, pero un abdomen anormalmente pequeño. Si bien el

tamaño total del feto o del niño es pequeño, los sistemas de los órganos tienen la madurez adecuada para la edad gestacional. Si la madre es pequeña, puede ser normal en ella tener un feto pequeño. (20)

Muchos factores pueden retardar el crecimiento del feto. Los bebés con anomalías congénitas o anormalidades cromosómicas a menudo son asociados con BPN. A veces, los problemas con la placenta pueden impedir que ésta suministre al feto el oxígeno y los nutrientes adecuados. Las infecciones que durante el embarazo afectan al feto, como la rubéola, citomegalovirus, toxoplasmosis y sífilis, también pueden influir en el peso del bebé al nacer. (21,22)

Dentro de los factores de riesgo de la madre que pueden contribuir al BPN se encuentran los embarazos múltiples, otros hijos con BPN, mala nutrición, cardiopatía o hipertensión, fumar, drogadicción, abuso del alcohol, exposición al plomo y cuidado prenatal insuficiente. El BPN es más común en las primerizas y entre embarazadas menores de 17 años y mayores de 35 años.

La atención prenatal es muy importante, ya que pocas mujeres embarazadas cuyo feto presenta retardo del crecimiento experimentan algún síntoma. El síntoma más común es simplemente una sensación de que el bebé no es tan grande como debería ser. (10, 23, 24,25)

Debido a esta ausencia de síntomas, su proveedor de atención en salud debe medir cuidadosamente su abdomen durante cada visita prenatal. Si las medidas no aumentan lo suficiente con el tiempo, es muy probable que el examen de seguimiento incluya un ultrasonido. El ultrasonido puede determinar con mayor precisión la edad gestacional de su bebé y si existe o no retardo del crecimiento intrauterino. El índice de bajo peso al nacer también se diagnostica cuando se examina al recién nacido después del parto. Si el peso y longitud de su bebé se encuentran por debajo del décimo percentil para su edad, entonces es considerado de BPN. (3, 26,27)

Si bien no hay estrategias de prevención demostradas, existen algunas medidas que se pueden tomar para aumentar las probabilidades de dar a luz un bebé con peso saludable. Alimentarse y descansar adecuadamente, evitar los cigarrillos, drogas y alcohol contribuirá al desarrollo de un niño más saludable.

La OMS ha definido la salud como: "el estado de completo bienestar físico, mental y social" y no solamente la ausencia de enfermedad. La prevención de las complicaciones como el nacimiento de niños bajo peso y la muerte, que puede ser su consecuencia, durante el proceso de reproducción, es uno de los pilares para el desarrollo de la salud reproductiva. (28)

El porcentaje de la incidencia más reducida (4%) se registra en Estonia, Finlandia, Islandia, Lituana y Suecia, esta incidencia reducida de BPN, es un claro reflejo de una buena nutrición de las madres,(11) pero recién nacidos con un peso inferior al normal han aumentado en los países desarrollados en los últimos años, un fenómeno que se puede atribuir al creciente número de nacimientos múltiples, los embarazos de mujeres mayores y una mejor tecnología médica y atención prenatal que contribuye a la supervivencia de más bebés prematuros.(5,11,28)

En Sierra Leona, existe una elevada proporción de BPN (23 %). (12) En Burkina Faso y Níger se registran las tasas más altas de BPN. En Gambia, la proporción de niños bajo peso se ha reducido del 26 % en 1996 al 17 % en el 2005. En el Congo hay la proporción más baja de neonatos con BPN (14 %). En Camerún se han producido retrocesos, aunque sus tasas de BPN se encuentran entre las más bajas de la región. Uno de cada cinco

niños de Malawi, Mozambique y Zambia tienen un peso inferior al normal y la proporción de BPN en Lesotho y Zimbabwe era más elevada en 2004 que en 1990. La menor incidencia de BPN se registra en países industrializados. (12)

En África Oriental y Meridional no se ha registrado desde 1990 mejora alguna en la reducción de la proporción de BPN, la causa fundamental se debe a una menor productividad agrícola, a las crisis alimentarias recurrentes asociadas con las sequías y los conflictos armados así como a los crecientes niveles de pobreza. (5, 11,28)

Botswana ha reducido la incidencia del bajo peso al nacer del 17 % en 1996 al 13 % en 2005. Con el 12 %, Sudáfrica registra una proporción más baja de neonatos nacidos bajo peso que la de cualquier país excepto Swazilandia.

En Etiopía casi la mitad de los niños pesan menos de lo normal, una tasa que no varía desde 1990. (5, 11,28)

En Burundi y Madagascar, el peso inferior al normal entre los niños menores de cinco años es superior al 40 % y no hay indicios de mejoras. Las tasas más elevadas de retraso en el crecimiento son las de Burundi (57 %) y de emaciación en Somalia (17 %). (5, 11,28)

En Bangla Desh, a pesar de las reducciones en la prevalencia del bajo peso entre 1990 - 2004, todavía se encuentra en segundo lugar, detrás de Nepal. Bhután logro reducir a la mitad la prevalencia de nacimientos de neonatos con un peso inferior al décimo percentil en el transcurso de casi 10 años, y en Afganistán y Maldivas también han avanzado. (5, 11,28)

Los coeficientes entre los sectores pobres y ricos en Bolivia, Brasil, Nicaragua y Paraguay son incluso más elevados. (5, 11,28)

América Latina y el Caribe lograron reducir las tasas de peso inferior al normal para los niños menores de cinco años a un promedio del 3,8 % entre 1990 - 2004. (11) Sin embargo, sufren aún graves problemas nutricionales como resultado de la existencia de graves disparidades y de una fuerte crisis socioeconómica. Los principales problemas a largo plazo son el retraso en el crecimiento y la anemia por déficit de hierro.

Los gobiernos son poco enérgicos en su función normativa y promocional para fomentar regímenes alimentarios sanos y modos de vida activos.

Muchos factores que influyen en la iniquidad de los resultados nutricionales en el mundo no se relacionan directamente con el sector de la salud, la educación, el agua, el transporte, las políticas agropecuarias, alimentarias y laborales. (5, 11, 12,28)

El imperativo de mejorar la salud y la nutrición en el mundo actual tiene que tener en cuenta el proceso de globalización y las condiciones históricas y multisectoriales específicas de cada país. (5, 11, 12,28)

La comunidad internacional esta enfrascada en esto, así existen organizaciones como el Programa Mundial de Alimentos (PMA) que lucha por erradicar el hambre y la pobreza en todo el mundo, específicamente en condiciones de emergencia y también de paz, pero esto no es suficiente mientras los gobiernos no asuman su parte. (5, 11, 12,28)

Por lo tanto, se puede decir que mientras la pobreza y el hambre no sean erradicadas, mientras sigan las enfermedades azotando a la población y específicamente a los niños y mujeres embarazadas y sigan naciendo niños bajo peso, las consecuencias sociales de tener en el mundo niños, adolescentes y personas adultas discapacitadas debido a la desnutrición sostenida a lo largo de la vida y mal cuidado de la salud, serán cada vez más elevadas. Por ejemplo en América Latina y el Caribe hay notorias disparidades socioeconómicas y étnicas entre y dentro de los países y entre grupos de población. Se calcula que la pobreza en la región afecta a 213 millones de personas, incluido los niños y adolescentes. (5, 11, 12,28)

Cuba muestra logros relevantes en la reducción de la mortalidad infantil que la sitúa en primer lugar entre los países del tercer mundo, e incluso una posición más aventajada que la de muchos países más desarrollados. De esta forma el índice de BPN en CUBA ha mostrado un descenso paulatino. (3, 29,30)

El programa para la reducción del BPN fija sus límites de espacio y tiempo, establece el universo de trabajo, las actividades específicas a cumplir en la lucha contra el BPN y establece los elementos organizativos y de control relacionado con su relación, insiste en el trabajo preventivo sobre los

diferentes factores de riesgo reconocidos en el fenómeno del BPN de manera que se pueda reducir su incidencia. (3)

En Cuba se diseñaron estrategias encaminadas a mejorar el estado nutricional de las mujeres embarazadas como la creación de Hogares Maternos y el apoyo de la comunidad. Estas Intervenciones tuvieron un rápido impacto y revirtieron favorablemente la situación en los índices del bajo peso, siendo el Médico y la Enfermera de la Familia entre otros, el personal que desempeña una función muy importante al accionar con las mujeres de alto riesgo, así como en el control de los factores prenatales. (3, 16, 17, 18,19)

Es necesario señalar que a pesar de ser Cuba un país en vías de desarrollo, el índice de bajo peso al nacer se comporta de forma similar e incluso más bajo que el de países industrializados. Por ejemplo, en el año 2006 la tasa de bajo peso al nacer fue de 5,4 %. De forma general, el promedio es por debajo de 7 %. (3, 16, 17, 18,19)

El comportamiento del Bajo Peso al Nacer en el Municipio en el año de la presente investigación se comportó con un índice de 5,9%, superior al alcanzado de manera general por el país, lo que sugiere la necesidad de desarrollar acciones para igualar o reducir la incidencia del mismo en consonancia con lo planteado en el Programa Nacional. Este indicador del éxito del Programa Materno Infantil hasta el 2004 se comportó de la siguiente manera: 1970(10,3) ,1980(9,7) ,1990(7,6) ,1995(7,9) ,2000(6,1) ,2002(5,9) ,2003(5,5) ,2004(5,5). (29,30)

Lo anteriormente planteado incentiva el criterio de la autora del presente trabajo, de tener la seguridad de que están creadas las condiciones para una reducción profunda y sostenida del Bajo Peso al Nacer desde la perspectiva del control y prevención de los factores de riesgo que condicionan su aparición.

1.2. Referentes teóricos.

1.2.3. ¿Cuál es la diferencia entre el bajo peso al nacer y el parto prematuro?

A menudo se confunde el Bajo Peso al Nacer con el parto prematuro. El Bajo Peso al Nacer se refiere al peso del bebé en el nacimiento, en tanto el parto prematuro se refiere a un nacimiento que ocurre antes de las 37 semanas. Las medidas del Bajo Peso al Nacer han sido ampliadas para incluir muy bajo peso al nacer, en el caso de niños que pesan menos de 3.3 libras, o menos de 1 500 gramos, y extremadamente bajo peso al nacer, para niños que pesan menos de 2,2 libras, o menos de 1 000 gramos. (31,32)

Cada año los bebés que nacen con peso bajo pueden tener graves problemas de salud durante los primeros meses de vida y su riesgo de sufrir incapacidades a largo plazo es mayor. Los avances de los cuidados médicos para recién nacidos han reducido considerablemente la cantidad de muertes infantiles resultantes del peso bajo al nacer, como también las incapacidades que experimentan los niños nacidos con peso bajo.

1.2.4 ¿Qué es el Bajo Peso al Nacer?

El bajo peso de nacimiento ocurre cuando un bebé pesa menos de 5 libras y 8 onzas (2 500 gramos) en el momento de nacer. Un peso de nacimiento menos de 3 libras y 4 onzas (1 500 gramos) se considera extremadamente bajo. (33)

Hay dos categorías de recién nacidos de bajo peso:

Los bebés nacidos antes de tiempo (también llamados bebés prematuros), son aquellos que nacen antes de la semana 37 del embarazo. Más del 60 por ciento de los bebés que nacen con peso bajo son prematuros. Cuanto antes nace un bebé, menos probable es que pese lo suficiente y mayor es el riesgo de que tenga problemas de salud. (27,34)

Los bebés pequeños para su edad (pequeños para su edad de gestación o de crecimiento retardado) son los que nacen al terminar el ciclo de gestación, pero pesan menos de lo normal. Este problema es debido a un crecimiento inadecuado dentro del vientre. Hay algunos bebés que son prematuros y también de crecimiento retrasado. Estos bebés corren el riesgo de experimentar muchos problemas vinculados a su bajo peso. (27,34)

1.2.5. ¿Cuál es la causa del Bajo Peso al Nacer?

Algunas de las razones por las que algunos bebés son demasiado pequeños o nacen demasiado pronto se conocen, pero no todas. Los defectos fetales resultantes de enfermedades hereditarias o de factores medioambientales pueden limitar el desarrollo normal. Los embarazos múltiples (mellizos, trillizos, etc.) muchas veces resultan en bebés de bajo peso al nacer, aún cuando nacen al final del ciclo de gestación. Cuando la placenta no es normal, es posible que un feto no crezca de la manera adecuada. (27,34)

Los problemas médicos de la madre tienen influencia en el peso de nacimiento, especialmente si ésta sufre de alta presión arterial, diabetes, ciertas infecciones o problemas del corazón, los riñones o los pulmones. Un útero o cuello de útero anormal pueden incrementar el riesgo de que la madre dé a luz a un bebé de peso bajo. (27, 34,35)

La conducta de la madre - antes y durante el embarazo - puede afectar al peso de su bebé. Toda mujer embarazada debe hacer lo siguiente:

Obtener cuidados prenatales regulares desde temprano, un factor importante de prevención contra el bajo peso de nacimiento. (27, 34,35)

Consumir 400 microgramos de ácido fólico por día (la cantidad que contiene la mayoría de las multivitaminas) antes de quedar embarazada y durante los primeros meses de gestación. (27, 34,35)

Seguir una dieta equilibrada. Dado que la nutrición del feto depende de lo que come la madre, el bebé puede sufrir daños si la madre no se alimenta adecuadamente.

Aumentar de peso suficientemente. Los profesionales de la salud recomiendan que una mujer de peso normal aumente entre 25 y 35 libras.

No fumar. Las mujeres que fuman tienen bebés más pequeños que las que no lo hacen. La exposición al humo de otros fumadores también puede reducir el peso de nacimiento del bebé. (36)

Evitar las bebidas alcohólicas y las drogas ilícitas, como también todo tipo de droga que no haya sido recomendada por un médico que sepa que está embarazada. El uso de drogas y de alcohol limita el crecimiento fetal y puede provocar defectos de nacimiento. (37,38)

Algunos factores socioeconómicos como los bajos ingresos y la falta de educación también tienen relación con el incremento del riesgo de tener un bebé de peso demasiado bajo, si bien no se conocen las razones subyacentes a este fenómeno. Aparentemente, a veces este incremento puede atribuirse a la infección bacteriana del aparato reproductivo. Las madres con bajos ingresos puede que no sean capaces de afrontar los costos de una nutrición y un seguimiento médico adecuados. (37,38)

Las mujeres con mayor riesgo de tener bebés de peso bajo son las que tienen menos de 17 o más de 35 años de edad, las que no están casadas y las que han tenido varios hijos seguidos. Las adolescentes pueden no tener buenos hábitos de salud. Las mujeres que experimentan demasiado estrés y otros problemas sociales, económicos y psicológicos y las que son

víctimas de abusos domésticos o de otro tipo, también pueden tener mayor riesgo de dar a luz un bebé de peso demasiado bajo. (39)

El recién nacido de muy bajo peso, no crítico, se ha recomendado clasificarlo en grupos de peso al nacer. Para muchos fines descriptivos y de evolución: por que establece distintas zonas de riesgo. De esta manera se pueden anticipar los problemas clínicos propios de la categoría a la que pertenece el paciente. El peso es una variable estrechamente ligada al tiempo de gestación y de valor pronóstico en la evolución del recién nacido, para conocer la verdadera edad gestacional existen métodos clínicos y para clínicos, los métodos más difundidos y utilizados son los Dubowitz, Ballard, Capurro, entre otros. En la práctica a resultado útil la valoración propuesta por Parkin en 1976. Basada en las características externas del recién nacido. (9, 40, 41,42)

1.3. FACTORES QUE INFLUYEN EN EL BAJO PESO AL NACER.

FACTORES MATERNOS.

Hijos previos bajo peso al nacer.

Infertilidad

Madre con constitución pequeña.

Oligoamnio.

Enfermedades crónicas.

Hábitos tóxicos.

Ingestión de drogas.

FACTORES PLACENTARIOS.

Alteraciones circulatorias.

Disminución de la superficie placentaria.

Inserciones anormales del cordón.

Gestaciones múltiples.

Malformaciones.

Tumores.

FACTORES FETALES.

Anomalías cromosómicas.

Malformaciones congénitas.

Infecciones.

Radiaciones

Gestaciones múltiples.

Medicamentos (antihipertensivos, anticoagulantes, otros).

FACTORES BIÓLOGICOS.

Alteraciones cervicales

Anemia del tercer trimestre

Sepsis vaginal

Sepsis urinaria

Desnutrición en la captación

Ganancia de peso menor de 8 kg

Hipertensión o toxemia

Tres o más partos y/o legrados previos.

FACTORES SOCIALES.

Madre fumadora

Madre menor de 20 años

Escolaridad menor de 10mo. Grado

FACTORES DE RIESGO PSICOLÓGICO.

Trastornos en la esfera afectiva (depresión y ansiedad) Stress

1.4 ¿ES POSIBLE PREVENIR EL BAJO PESO AL NACER?

La manera más eficaz de prevenir el bajo peso al nacer es visitar a un doctor antes del embarazo y, una vez embarazada, obtener cuidados prenatales de forma regular y oportuna. Las mujeres que hacen esto pueden aprender a cuidar su salud, a prevenir las enfermedades y a reducir el riesgo de tener un bebé de bajo peso al nacer. Pueden aprender buenos hábitos de nutrición, como también la importancia de evitar comportamientos de riesgo, especialmente fumar, beber alcohol y tomar drogas ilícitas. Un estudio reciente sugiere que el consumo de 400 microgramos de ácido fólico durante el embarazo puede reducir el riesgo de

tener un bebé prematuro y de bajo peso. Cuando una mujer recibe cuidados prenatales adecuados, es posible identificar y tratar ciertos problemas, reduciendo así el riesgo de tener un bebé de bajo peso al nacer. (11,12)

1.5 ¿CUALES SON LOS EFECTOS DEL BAJO PESO AL NACER?

Los bebés nacidos con peso bajo son más proclives que los bebés de peso normal a tener problemas médicos y complicaciones del desarrollo. Un bebé prematuro y de peso bajo corre un riesgo mayor de desarrollar problemas de respiración. Anualmente, alrededor de 40 000 bebés - la mayoría de los cuales, nace antes de la semana 34 de gestación - sufren del síndrome de dificultad respiratoria (RDS: Respiratoria Distress Síndrome), una de las causas más importantes de muerte e incapacidad entre bebés prematuros. (43, 44, 45, 46,47)

A estos bebés les falta una sustancia química llamada surfactante, por eso no consiguen acumular suficiente oxígeno en la sangre o despojarse del dióxido de carbono de manera adecuada. El uso extendido y reciente de surfactante artificial o de surfactante animal purificado está contribuyendo a salvar a muchos de estos bebés. Algunos bebés nacidos con peso bajo poseen un desequilibrio en la cantidad de sales o de agua, o insuficiente cantidad de azúcar en la sangre (hipoglicemia), que pueden causar daños cerebrales. (43, 44, 45, 46,47)

Los bebés prematuros son más proclives a desarrollar ictericia y a ponerse amarillos porque su hígado puede tardar en comenzar a funcionar independientemente. Si el problema es grave puede causar daños cerebrales.

Los bebés de bajo peso al nacer pueden no poseer suficiente grasa como para mantener la temperatura normal del cuerpo. La baja temperatura del cuerpo puede a su vez causar cambios bioquímicos en la sangre y provocar crecimiento más lento. (43, 44, 45, 46,47)

Alrededor de un tercio de los bebés nacidos con un peso extremadamente bajo, experimentan hemorragias cerebrales que pueden conducir a daños

cerebrales o a la muerte. Los niños que sobreviven suelen tener problemas de comportamiento y de aprendizaje más adelante. (43, 44, 45, 46,47)

La desnutrición fetal puede entre otras consecuencias provocar la muerte del producto de la concepción antes del nacimiento y si logra sobrevivir, las consecuencias serán vistas a largo plazo. Un gran número de ellos fallecen en los primeros siete días de edad. Los niños bajo peso que sobreviven pueden desarrollar enfermedades entre las que se destacan las diarreas, las neumonías y otras infecciones. (43, 44, 45, 46,47)

El nacimiento de un niño sano es un acontecimiento que tradicionalmente se celebra en todas las sociedades del mundo. Sin embargo, para muchas familias el proceso de reproducción puede ser un acontecimiento sombrío y peligroso, con morbilidad, secuelas y en última instancia muerte de la madre, del producto de la concepción o de ambos.

Riesgo reproductivo es la probabilidad de sufrir un daño durante el proceso de reproducción. La vulnerabilidad al daño reproductivo se debe a la presencia de ciertas características biológicas, psíquicas, genéticas, ambientales, sociales, culturales, económicas y políticas que interactúan entre sí. Por lo tanto, se puede decir que hay una estrecha relación entre la ciencia y la sociedad y la ciencia y la política. (43, 44, 45, 46,47)

Hay varios elementos que deben tomarse en cuenta, cuando se formulen estrategias de intervención para eliminar o disminuir el daño:

Concentrarse en la promoción, la detección temprana, el tratamiento precoz y oportuno en las situaciones que sean posibles.

Enfatizar en la aplicación de tecnologías disponibles y prácticas.

Utilizar primero los recursos disponibles en la comunidad.

Ser compatibles, en lo posible, con las políticas, reglamentos y directivas gubernamentales.

Promover la coordinación de todos los sectores interesados en la planificación y prestación de salud, tanto en la atención primaria como en la secundaria.

Incorporar a la comunidad en la toma de decisiones y en la ejecución de las intervenciones programadas.

Realizar intervenciones operativas que identifiquen los factores de riesgo y ayuden al diseño de estrategias que resuelvan el problema encontrado.

El Estado asume su responsabilidad de aprobar programas que ayuden a mejorar los servicios de salud y enfatizar así en una adecuada atención prenatal que garantice la correcta atención de las embarazadas, así como la aprobación de Programas de Nutrición para ellas, no sólo durante la gestación, sino también durante el puerperio.

Existe una estrecha relación entre la desnutrición e infección y viceversa.

Otras consecuencias del bajo peso al nacer son las infecciones respiratorias agudas, diarrea, malaria, VIH/SIDA, sarampión, rubéola y otras. La malnutrición disminuye el nivel de aprendizaje. En diferentes países del mundo se han realizado estudios donde lo anterior ha sido demostrado, Nepal es un ejemplo de ello. Las infecciones impiden que los niños ganen peso por estar limitada la absorción de nutrientes por el cuerpo.

Las infecciones y la desnutrición son causas también de anemia, específicamente por déficit de hierro. Cada día 300 mujeres mueren durante el parto debido a anemia. La deficiencia de hierro durante el embarazo incrementa el riesgo de partos pre - términos y bajo peso. (43, 44, 45, 46,47)

Un estimado de aproximadamente 183 millones de niños menores de cinco años están afectados por deficiencias de hierro, la deficiencia de este suplemento es causa de retardo mental y daño cerebral. La deficiencia de hierro durante el embarazo puede causar retardo físico y mental en recién nacidos, que junto a la desnutrición fetal y bajo peso al nacer empeoran todas las consecuencias y secuelas antes mencionadas. (43, 44, 45, 46,47)

Múltiples son las investigaciones realizadas acerca de las causas que lo producen y las consecuencias que provoca (48, 49, 50,51). Su importancia no solo radica en lo que significa en la morbilidad y la mortalidad infantil, sino que estos niños tienen habitualmente múltiples problemas posteriores. El Programa para la Reducción del BPN señala que los niños nacidos con un peso inferior a los 2 500 g presentan riesgo de mortalidad 14 veces mayor durante el primer año de vida, en comparación con los niños que nacen con un peso normal a término. (43, 44, 45, 46,47)

Dentro de los factores de riesgo del BPN se han encontrado con mayor frecuencia en estudios realizados por diferentes autores, los siguientes: el embarazo en la adolescencia, la desnutrición en la madre, el hábito de fumar, la hipertensión arterial durante el embarazo, la sepsis cervico - vaginal, la anemia y los embarazos gemelares, entre otros. Es innegable la influencia que el BPN tiene sobre las futuras generaciones, por lo que debe constituir la diana de los esfuerzos que el médico y la enfermera deben desarrollar en su prevención, sobre todo en la comunidad. (43, 44, 45, 46,47)

Cuba es un país que avanza aceleradamente hacia la excelencia en la prestación de los servicios de salud y se preocupa por mejorar la calidad de vida de su población más aún de las mujeres gestantes y su producto.

Conociendo que el bajo peso es un problema que repercute desfavorablemente en la futura calidad de vida de los individuos se necesita profundizar aún más en el tema con vistas a dar solución a este problema que tiende a multiplicarse. Mientras existan nacimientos con bajo peso, la sociedad y el personal que labora con este tipo de preocupante deben sensibilizarse, profundizando en el tema con vistas a darle solución, independientemente de las causas que lo originan.

1.6. Investigaciones realizadas en Cuba y el resto del mundo relacionadas con el Bajo peso al nacer.

En 1919 se realiza por primera vez una clasificación de los recién nacidos según el peso, llamándoseles prematuros a los neonatos de menos de 2 500 gramos de peso al nacer. (16, 17, 18,19)

En 1963 Lubchenko (52) da a conocer por primera vez la distribución en percentil del peso al nacimiento y se consideró pequeño para la edad gestacional o crecimiento intrauterino retardado (CIUR) aquellos recién nacidos cuyo peso al nacer se encuentra por debajo del décimo percentil, lo cual se acepta actualmente. (43, 44, 45, 46,47)

En Cuba la incidencia del BPN antes del triunfo de la revolución era del 20%, este indicador fue disminuyendo considerablemente gracias al mejoramiento del Sistema de Salud Nacional dentro del cual se le dio prioridad a la atención materna infantil. (29,30)

En 1981, se realizó un estudio de riesgo obstétrico y se identificaron los factores de riesgo de BPN siguientes:

- Embarazos en adolescentes menores de 17 años.
- Desnutrición materna: peso inferior a 100 libras, talla inferior a 150 centímetros, bajo peso para la talla, ganancia insuficiente de peso durante la gestación.
- Hábito de fumar.
- Antecedente de niños con bajo peso.

Otros factores identificados que se tuvieron en cuenta fueron:

- Aborto provocado.
- Hipertensión arterial durante la gestación.
- Incompetencia ístmico - cervical.
- Embarazo gemelar.
- Baja escolaridad.

En 1998 se revaluó el programa para la reducción del bajo peso al nacer que establece dentro de sus objetivos: mejorar la salud de las madres mediante medidas que actúan sobre los principales factores de riesgo; reducir la incidencia del BPN y actuar sobre las principales causas de mortalidad en este grupo. (3)

March of Dimes presta su apoyo en muchas áreas de investigación relacionadas con el bajo peso al nacer y sus consecuencias. Por ejemplo, algunos investigadores están procurando conseguir que el tratamiento con surfactante sea aún más eficaz en la prevención de enfermedades crónicas y la muerte en el caso de bebés prematuros que tienen RDS. Alrededor del 20 por ciento de los bebés no responden a los tratamientos con surfactante. Un becario está estudiando las proteínas que componen el surfactante natural para desarrollar un tratamiento que podría salvar aún a más bebés. (5)

Otros están analizando los genes involucrados en la producción natural de surfactante, lo que podría conducir a mejores tratamientos. Los becarios también están buscando mejores maneras de prevenir y tratar otras complicaciones propias de los bebés prematuros como las hemorragias cerebrales, la retinopatía y las complicaciones intestinales. Los becarios de March of Dimes han demostrado que puede utilizarse el óxido nítrico para tratar la alta presión arterial sostenida en los pulmones, un factor supuestamente importante en los casos graves de síndrome de dificultad respiratoria. (5, 11,12)

Este gas ayuda a relajar los vasos sanguíneos y así mejorar el flujo de sangre y la absorción de oxígeno. March of Dimes ha lanzado un programa de becas para estudiar por qué nacen más bebés prematuros y de bajo peso en ciertos sectores de alto riesgo de la población. Además, hay muchos programas comunitarios patrocinados por March of Dimes que están probando diversas estrategias para reducir los factores de riesgo durante el tiempo que transcurre entre un embarazo y otro y durante los primeros meses de gestación. (5, 11,12)

Autores como Bonatti plantean que puede existir una disminución del peso en los hijos de madres fumadoras de 170g aproximadamente. (5, 11,12)

Otros afirman que el menor peso al nacer en los niños cuyas madres han fumado durante el embarazo se debe probablemente a la elevada concentración de carboxihemoglobina en la sangre del feto que es muy superior a la presente en la sangre periférica de la madre, y se ha demostrado además que este efecto nocivo puede extenderse más allá del período perinatal, ya que se plantea que hasta los 7 años de edad, los hijos de madres que fumaron durante el embarazo pueden ser más pequeños, así como también intelectual y físicamente menos adelantados que los hijos de madres no fumadoras.(36)

En cuanto a los antecedentes de haber tenido RNBP previos, se ha demostrado que aumenta en casi cinco veces las probabilidades de tener un recién nacido igual. Se ha identificado por algunos autores como factor

de riesgo los antecedentes de partos de niños con bajo peso en abuelas o madres de las embarazadas cuyo producto de la concepción también ha tenido un peso por debajo de los 2 500 g al nacer.

Es válido también señalar que la ruptura prematura de membranas ovulares constituye un importante factor que, relacionado con la sepsis urogenital, puede propiciar el nacimiento de un niño antes del término de la gestación con las consecuencias nocivas que ello puede representar.

Es muy conocida la influencia del BPN en la tasa de mortalidad infantil, así como en la supervivencia y desarrollo en la infancia, ya que estos niños pueden padecer de trastornos de tipo neurológico incluyendo el déficit intelectual, en comparación con niños nacidos con un peso adecuado. En el ámbito mundial uno de cada seis niños nace con peso insuficiente, y se considera que la mortalidad durante el primer año de vida es considerablemente mayor en los niños con BPN, que en aquellos que nacen con peso normal a término. (21,53)

Existen referencias bibliográficas que plantean que el ritmo de crecimiento en el primero y segundo trimestres es mayor que en el segundo semestre, y los recién nacidos con bajo peso tienen una aceleración mayor en su crecimiento durante la etapa más cercana al nacimiento. Al comparar el ritmo de crecimiento de un niño cubano normal, se observa que los pretérminos aumentaron su talla 2,9 cm. más que estos en el primer semestre, y los de bajo peso lo hicieron en 2 cm. Como se aprecia, al año los pretérmino tuvieron un mayor incremento de la talla que los de bajo peso para su edad gestacional, y ambos grupos más que un niño normal.(6,26,34,46,51)

En estudios realizados por Jordán y otros, se encontró que al año de edad el niño cubano tiene una longitud supina promedio de 74 cm., por su parte, en una investigación realizada por Lemus y otros encontraron que cerca de este valor se encontraron los pretérmino con un promedio de 73cm, y después los nacidos con bajo peso para su edad gestacional con 71,6 cm. promedio. Cuando se analiza la evolución del índice peso/edad en los

pretérminos, se puede observar en general que la mayoría tenía ya un peso adecuado en el primer trimestre, lo que coincide con el período del último trimestre del embarazo, etapa en la que el feto incrementa sus depósitos de grasa. (51)

Al año predominan los pretérminos con peso adecuado para la edad. En cuanto a la relación peso/talla se puede observar que la mayoría de los niños pretérminos, al año de su nacimiento, sobre todo en aquellos que recibieron un adecuado aporte dietético y no se le asocian otros factores que interfieran en el buen ritmo de crecimiento y desarrollo, fue adecuada; mientras que en los que su peso fue bajo para su edad gestacional, existe en alguna medida afectación en este parámetro al año de vida. No pueden soslayarse las infecciones respiratorias agudas (IRA) que son un complejo y heterogéneo grupo de enfermedades causadas por diversos agentes causales que afectan cualquier grupo de las vías respiratorias. (51)

Entre los factores anatómicos que predisponen al niño a las IRA se señala el mayor calibre relativo de las vías aéreas mayores (tráquea y bronquios), lo que facilita el acceso de bacterias y otros agentes. Por el contrario, las vías aéreas más periféricas son de mucho menor calibre, lo que favorece la oclusión; a esto se le une un pobre esfuerzo tusígeno debido a la debilidad y tendencia a la fatiga del principal músculo de la respiración: el diafragma. (51)

Existen por tanto diversos factores de riesgo o predisponentes que pueden favorecer la presencia de la infección respiratoria al estar alterados algunos de estos mecanismos de defensa contra las infecciones, entre los que sobresalen, la edad del niño, pues en el lactante y sobre todo en el recién nacido, se presenta el riesgo mayor, y el BPN, al que se suma el factor anterior, favorece una mayor severidad en infección y una elevada mortalidad. (54)

En la desnutrición, los niveles de inmunoglobulinas séricas y el complemento están disminuidos al igual que la Ig A secretoria, la inmunidad celular está afectada y disminuye la actividad de linfocitos y macrófagos. Si se tiene en consideración que algunos de los niños nacidos con bajo peso no alcanzan en su primer año de vida un percentil de acuerdo con su peso/talla, podrá comprenderse que se sumaría otro factor predisponente para las IRA. (54)

El hecho de no administrar la leche materna puede influir en la desnutrición e impedir que anticuerpos contra algunos gérmenes como el virus sincitial respiratorio, la influenza y los rinovirus se transmitan al niño, por lo que se hace necesario mantenerla hasta los cuatro meses por lo menos y así garantizar una mejor protección del niño. Por esta razón es un deber del médico y la enfermera en la comunidad informar correctamente sobre los beneficios que esta leche puede representar en el lactante pequeño, y sobre todo en el niño nacido con bajo peso.

La inhalación pasiva de humo en niños de familias fumadoras constituye en el municipio una causa importante de mayor número de infecciones. El humo aspirado contiene grandes cantidades de conitina, producto secundario de la nicotina que afecta el mecanismo de depuración mucociliar, pues es cilio estático e incrementa la producción de mucus, por lo que daña también la actividad del macrófago alveolar.

Además, en estas familias la madre fuma durante el embarazo, lo que predispone al BPN, a lo que se suma por regla general, el menor tiempo de

lactancia materna, así como alteraciones de la superficie mucosa pulmonar.
(36)

Las enfermedades diarreicas agudas (EDA) se encuentran dentro de las primeras causas de morbimortalidad durante el primer año de vida sobre todo en países subdesarrollados, y constituyen además un factor importante para la desnutrición. El hecho de que un niño haya sido bajo peso al nacer representa a su vez un riesgo importante para que las presenten con relativa frecuencia, ya que por regla general, convergen varios factores que propician la aparición de las EDA, como son el abandono de la lactancia materna, y por lo tanto reciben un patrón nutricional inadecuado que en algunos casos puede llevarlos a una ganancia inadecuada de peso o a la desnutrición, situación esta alarmante, si se tiene en consideración que estos niños ya nacen con un peso inferior a los 2 500 g, sobre todo aquellos cuyo peso al nacer no se encuentra en relación con su edad gestacional.
(38)

La mayoría de los Estados no son capaces de crear estrategias para eliminar el hambre y muchas veces se necesita de un desastre para que la comunidad internacional movilice sus recursos para asistir a desnutridos y otros grupos vulnerables por lo que se considera que deben existir iniciativas propias por parte de los diferentes gobiernos y no depender sólo de la ayuda internacional.

El Sistema de Naciones Unidas se ha trazado siete objetivos de Desarrollo del Milenio (ODM): (55)

1. Erradicar la pobreza y el hambre.
2. Lograr la enseñanza primaria universal.
3. Promover la igualdad entre los sexos y la autonomía de la mujer.
4. Reducir la mortalidad de los niños.
5. Mejorar la salud materna.
6. Garantizar la sostenibilidad del medio ambiente.
7. Combatir la infección por el VIH/SIDA.

El cumplimiento de los cuales, a criterio de la autora del presente trabajo, redundaría en buena medida en beneficios para lograr un peso adecuado en los recién nacidos de las madres que viven en países subdesarrollados o en vías de desarrollo.

1.7. ACCIONES DE ENFERMERIA RELACIONADAS CON EL BAJO PESO AL NACER.

1- Colocar al recién nacido en una incubadora con temperatura entre 34 y 35 grados centígrados para lograr una temperatura cutánea entre 36 y 37 grados centígrados con el fin de disminuir el consumo de oxígeno, conservar energía y disminuir los requerimientos hídricos.

2- Usar el servo control, para chequear constantemente la temperatura del recién nacido, pues el enfriamiento favorece la hipoglucemia y agrava la acidosis metabólica.

3- Cambiar los depósitos de agua de la incubadora cada 24 hora para evitar la proliferación de gérmenes, el más frecuente en los reservorios de aguas es la pseudomona.

4- Mantener al recién nacido vestido y con gorro para evitar las pérdidas de calor.

5- Evitar corrientes de aire, la incubadora debe estar herméticamente cerrada, para impedir el enfriamiento del recién nacido.

6- Usar guantes sobre las batas para la manipulación del recién nacido, se deben extremar las medidas de asepsia y anti - sepsia ya que su sistema inmune es insuficiente, por el déficit de Ig G, Ig M, Ig A.

- 7- Administrar oxígeno según necesidad del recién nacido.
- 8- Pesar diariamente al recién nacido.
- 9- Evitar ruidos ya que puede aumentar la presión arterial y la intracraneana.
- 10- Mensurar al recién nacido para realizar una valoración de su crecimiento y desarrollo.
- 11- Manipular al recién nacido lo menos posible, de ser necesario debe ser suave y sin movimientos bruscos, por que aumenta la presión intracraneana y puede provocársele una hemorragia subaracnoidea.
- 12- Cardimonitorizar al recién nacido si es necesario, para mantenerlo con una monitorización continua de frecuencia cardíaca y respiratoria, es muy frecuente en este grupo la apnea y las pausas respiratorias por la inmadurez del sistema nervioso central.
- 13- Mantener los electrodos para la monitorización el menor tiempo posible, de ser necesario se recomienda cortar la parte adhesiva para que no haga contacto con la piel, ya que puede provocar lesiones y debe cambiarse cada 24 horas
- 14- Mantener un control estricto de la extracción de sangre para análisis de laboratorio para evitar una hipovolemia.
- 15- Brindar alimentación adecuada de acuerdo al peso y su estado clínico.
- 16- Brindar un aporte calórico con sus requerimientos nutricionales (vitaminas y minerales).

17- Aplicar el método de canguro para ayudar a la ganancia de peso del recién nacido y proporcionar un mejor raptor entre madre e hijo. Explicar a la madre la posición correcta de esta técnica y sus beneficios. (56,57)

La autora considera que el bajo peso es un problema mundial y siendo Cuba un país del tercer mundo, este problema repercute desfavorablemente en la futura calidad de vida de sus recién nacidos.

1.8. Extensión territorial y Densidad poblacional en el Municipio Especial Isla de la juventud.

La Isla de la Juventud está situada al sur de la provincia de la Habana y separada de ésta por el Golfo de Batabanó. Al sur se encuentra el Mar Caribe. Se extiende entre los paralelos 21 y 22 de latitud norte y 82 y 83 de longitud oeste. Tiene una extensión territorial de 2 200 km². Se encuentra dividido en 15 consejos populares con un total de 87 circunscripciones 1circunscripción especial (cayo largo del sur) y 5 no adscritas al consejo popular. Posee una población de 86 727 habitantes por km². Las mujeres representan el 49,13% de la población y los hombres el 50,87%.

De sus habitantes 9 325 sobrepasan los 60 años de edad, por lo que la población de la Isla según parámetros de Naciones Unidas, se considera envejecida, de ellos 4 502 son mujeres y 4 823 son hombres, de lo que se infiere que los hombres sobreviven más que las mujeres, no correspondiéndose con la tendencia mundial. (41)

Capítulo II.

Propuesta de talleres metodológicos para la preparación del Médico General Integral y las Licenciadas en Enfermería en la determinación y prevención de los factores de riesgo del Bajo Peso al Nacer.

En el presente capítulo se realiza una valoración del diagnóstico inicial, se fundamenta la propuesta de acciones metodológicas a partir de elementos teóricos del Bajo Peso al Nacer y la valoración cualitativa de la misma.

2.1- Diagnóstico de exploración inicial sobre la preparación del Médico General Integral y las Licenciadas en enfermería en la determinación de los factores de riesgo del Bajo Peso al Nacer.

En el diagnóstico de exploración inicial se seleccionó una muestra de seis Médicos Generales Integrales y ocho Licenciadas en Enfermería. En los instrumentos aplicados se han tenido en cuenta los siguientes indicadores para la recogida de información, el posterior análisis y valoración de los resultados:

1-Preparación del Médico General Integral y las licenciadas para determinar y prevenir los factores de riesgo del Bajo Peso al Nacer.

2.- Diagnóstico integral para la determinación y prevención de los factores de riesgo del Bajo Peso al Nacer.

3.- Elaboración de cronograma en función de las acciones para la determinación y prevención de los factores de riesgo del Bajo Peso al Nacer.

4.- Dominio de la determinación y prevención de los factores de riesgo del Bajo Peso al Nacer por parte del Médico General Integra y las Licenciadas en Enfermería.

5.- Participación del Médico General Integral y las Licenciadas en Enfermería en los talleres científicos en el policlínico sobre la determinación y prevención de los factores de riesgo del Bajo Peso al Nacer.

6.- Trabajo desarrollado para la preparación de los Médicos Generales Integrales y las Licenciadas en Enfermería para la determinación y prevención de los factores de riesgo del Bajo Peso al Nacer.

Criterio de inclusión: Todas aquellas madres que tuvieron niños bajo peso y toda la documentación necesaria para el trabajo.

Criterio de exclusión: Todas aquellas madres que tuvieron niños bajo peso y no poseían todos los datos completos en los documentos establecidos.

Definición de variables:

Edad Materna: Se agruparon en los siguientes grupos de edades:

de 14 a 20

de 21 a 30

de 31 a 40

de 41 y más

Sexo: Femenino.

Habito de fumar.

Ganancia de peso en el embarazo.

Condiciones socioeconómicas. Se consideran condiciones socioeconómicas favorables las pacientes que reciben un per - cápita de salario superior al 200 %.

Enfermedades asociadas: Abarca las enfermedades crónicas no transmisibles y enfermedades infecciosas.

El procesamiento estadístico de la información acopiada se realizó de forma manual con calculadora, y en el análisis se empleó la estadística descriptiva, con distribución de frecuencias, medidas de tendencia central y por cientos. Posteriormente se empleó una computadora Pentium IV, con ambiente de Windows XP, procesándose los textos y tablas con Word XP, y los gráficos se ejecutaron con Excel XP.

Descripción de los instrumentos utilizados

Revisión de historias clínicas para recoger información sobre el Bajo Peso al Nacer.

Tarjetones obstétricos, el libro de partos, las historias clínicas al ingreso de las pacientes ingresadas al hospital, a través de la responsable de la investigación. Dirigida a la búsqueda de enfermedades asociadas y/o crónicas transmisibles y no transmisibles.

En análisis crítico partiendo de los resultados de los instrumentos aplicados y teniendo en cuenta los indicadores anteriores se señala que en las encuestas (Ver Anexo 1) a los Médicos Generales Integrales, de la muestra de seis arrojó que cuatro médicos refieren tener buenos conocimientos sobre los factores de riesgo del bajo peso al nacer, representando un 67%, uno de ellos refiere tener conocimientos regulares y el otro refiere tener insuficientes conocimientos, para un 33%.

Así como dedican su tiempo mensualmente a la auto preparación de los temas relacionados lo que representa un 100%.

Al referirse a la bibliografía sobre los factores de riesgo del Bajo Peso al Nacer los seis Médicos Generales Integrales refieren que al tener conocimientos sobre el tema saben que existen referencias sobre el tema lo que representa un 100%.

Con respecto a la determinación de los factores de riesgo del Bajo Peso al Nacer por parte de las enfermeras licenciadas en el consultorio los seis médicos refieren que es necesario lo que representa un 100%.

Con respecto a la necesidad de superación en los conocimientos sobre la determinación de los factores de riesgo del Bajo Peso al Nacer, los médicos respondieron que sí, en todo lo concerniente al tema, lo que representa un 100%.

Los médicos respondieron que es importante recibir los módulos de pediatría representando el 100%.

En la encuesta realizada a las ocho licenciadas (o) de Enfermería (Ver Anexo 2) referida a los conocimientos de los factores de riesgo del bajo peso al nacer de sus gestantes cinco enfermeras refieren que si, lo que representa un 62,5%, y tres de ellas refieren que no para un 37,5 %

Los licenciados en Enfermería refieren que si han recibido capacitación con relación al Bajo Peso al nacer lo que representa un 100%.

El 100% de los licenciados en Enfermería consideran necesaria la determinación de los factores de riesgo del Bajo Peso al Nacer por parte de ellas (os). El 100% de las Licenciadas(o) enfermería refieren tener propagandas en su consultorio. El 100% de los licenciados (a) en Enfermería consideran necesaria la implantación de acciones que permitan al Licenciado(a) en enfermería tener mayor conocimiento sobre los factores de riesgo del Bajo peso al nacer por lo que igualmente consideran importante la asignatura de pediatría.

2. 2. Incidencia del bajo peso al nacer en la Isla de la Juventud, referentes diagnósticos.

Como se aprecia en el anexo tres la incidencia del bajo peso al nacer es más elevada en las gestantes del policlínico dos (7,2 %), presentando tasas superiores a las presentadas por el país (5,9 %) en todos los casos. Estos datos son comparables con una investigación realizada en el Policlínico Comunitario Docente "Carlos J. Finlay" de Camagüey, durante el año 1994, de casos y controles en las mujeres que parieron niños con bajo peso, de los consultorios urbanos de médicos de la familia, evidenciándose que el índice de BPN en el municipio Camagüey fue de 7,3 % en 1989 y de 7,2 % en 1990, y que el del Policlínico "Carlos J Finlay" ascendió de 7,7 % en 1990 a 9,8 % en 1993. (24)

Resultados similares se observan en la Provincia Granma, el índice de recién nacidos bajo peso se mantuvo sin cambios relevantes durante el quinquenio 1993 - 1998; en el cual fluctuó entre 8,4 % y 9,9 %, destacándose el Municipio Bayamo, quien supera la media provincial al exhibir cifras que oscilan entre 8,6 % y 10,2 %. (54)

Estos resultados no coinciden con los obtenidos en el Hospital Ginecobstétrico de Guanabacoa, se hizo un estudio de 16 años, en el cual el comportamiento del IBPN fue de 6.8 % con un descenso del BPN, logrando en el año 1998 un índice de 5.6% y en 1999 de 5.8%. (30)

2. 3. Principales factores de riesgo del Bajo Peso al Nacer en la Isla de la Juventud, consideraciones generales

En el diagnóstico del bajo peso al nacer en las tres áreas de salud del municipio se evidenciaron las siguientes regularidades (ver anexos 4, 5, 6, 7, 8,9):

Predominio de los factores de riesgo maternos en las gestantes del Policlínico uno.

Los factores placentarios se manifiestan en mayor medida en las gestantes del policlínico uno.

No existe predominio de los factores fetales entre las áreas de salud.

Los factores biológicos se presentan con mayor frecuencia en las gestantes del policlínico dos.

Lo social afecta en mayor proporción a las gestantes del policlínico dos.

No se aprecia predominio en las afectaciones psicológicas entre las gestantes de las diferentes áreas.

Mayor por ciento de recién nacidos bajo peso en mujeres menores de 20 años (39,3 %).

El mayor por ciento de mujeres (78,7 %) tenía como factor de riesgo un recién nacido bajo peso en embarazos anteriores.

El 80 % de la muestra esta constituida por madres fumadoras.

El 77,0 % de las madres que tenían un peso menor al inicio del embarazo se asocio con un recién nacido bajo peso.

El 56,0 % de las madres con recién nacidos bajo peso, presenta asociación hipertensión arterial durante el embarazo.

Estas regularidades coinciden con un estudio realizado en las mujeres que parieron niños con bajo peso, de los consultorios urbanos de médicos de la familia pertenecientes al Policlínico Comunitario Docente "Carlos J. Finlay" de Camagüey, durante el año 1994, con el objetivo de identificar los factores de riesgo biológicos y socioeconómicos que con más frecuencia se asociaron; se estudiaron 32 "casos" y 53 "controles" de un universo de 521 nacidos vivos. Se demostró que la edad materna hasta 19 años y de 35 y más, la ganancia insuficiente de peso durante la gestación, el antecedente familiar de prematuridad, la amenaza de parto pretérmino y la ruptura prematura de las membranas, resultaron ser factores de riesgo. (24)

Otros autores coinciden en reportar estos factores como causas contribuyentes de BPN, y los clasifican en demográficos, conductuales, calidad de los cuidados de la salud, riesgos médicos previos al embarazo y complicaciones del embarazo actual. (55, 56, 57,58)

En un estudio realizado por Duanis Neyra N (1998), Neyra Álvarez A (1998), sobre la ganancia de peso y el embarazo, se aprecia que el 67% de las madres con bajo peso al nacer tenían ganancia insuficiente de peso durante el embarazo lo cual coincide con los resultados alcanzados por la autora del presente trabajo, al igual que otro con similares resultados realizado por Martínez Borroto en el 2000. (9,47)

En el 2005 Díaz Alonso realiza un estudio sobre los factores de riesgo maternos asociados con en el bajo peso al nacer, concordando con lo planteado en el presente estudio y que, arrojó que los factores de riesgos individuales más frecuente encontrados fueron la anemia, edades extremas, hábito de fumar y la prematuridad con más de un 66% promedio. (32)

Lugones y sus colaboradores en el 2002 encontraron que la poca comunicación del adolescente con sus tutores, fue la variable de mayor incidencia entre las que encuentran los factores de riesgo familiares. (20)

Fue el hábito de fumar, el factor de riesgo socio - económico que mayor incidió en el estudio realizado por Rodríguez Ramírez A en el 2001. (14)

2.4. Algunas consideraciones acerca de los talleres.

2.4.1. Fundamentación y elaboración de la propuesta.

En este epígrafe se discuten los aspectos teóricos que complementan el sistema de talleres que se presenta como el aporte fundamental de la investigación.

Los mismos se sustentan de modo general en la Filosofía Marxista - Leninista, a partir del reconocimiento de la relación dialéctica individuo - sociedad vista en sus múltiples dimensiones bio - psicosocial.

Asume, además, postulados de la Educación Médica Superior que posee una concepción dialéctico materialista para la formación y desarrollo integral de los alumnos, atendiendo a las exigencias y demandas del Proyecto socio - económico cubano, que se construye. (59)

Todos los aspectos teóricos apuntados posibilitan un propósito cardinal: involucrar a la mujer en el proceso de integración a la prevención del Bajo Peso al Nacer, de vital importancia en la vida social y en el orden personal utilizando como medio el mejoramiento de la calidad de vida de sus hijos, es una expresión de la contribución de la familia en la obtención de un fruto biológico con adecuadas características filogenéticas y ontogénicas, esto hace que esta estrategia tenga en cuenta aspectos de orden sociológico que se centran en el vínculo Sede Universitaria - familia y comunidad.

Entre las consideraciones esenciales de los talleres se retoman los elementos abordados en el plano psicológico, fundamentalmente los que tienen que ver con el enfoque Histórico – Cultural y su repercusión en el trabajo correctivo – educativo y desarrollador. (59)

Ello tiene un impacto en el desarrollo bio - sicosocial del fruto de la concepción en desarrollo.

En lo pedagógico el uso de los talleres de madres – profesionales de la salud constituyen un proceso de aprendizaje en grupo, socialmente activo, donde se relaciona lo social con lo individual. Se convierte en una vía concreta que perfecciona las relaciones institución - familia, implica a cada una de ellas en el proceso de prevención de los recién nacidos con bajo peso. (59)

Se tiene en cuenta las características de la muestra y la necesidad de aprender, ya que constituye un proceso de aprendizaje activo, dinámico; "Aprender una cosa viéndola y haciéndola es mas formador, cultivador y vigorizante que aprenderlo simplemente con la comunicación verbal de las ideas". Principio de aprendizaje formulado por el Pedagogo Faebel. (59, 60,61)

Se consideró que el taller era necesario partiendo de que en éste, el especialista no solo es quien trasmite conocimiento, se transforma en mediador, que tiene la función de educar, guiar, ayudar a los participantes a aprender haciendo, a través de sus respuestas, sus reflexiones y de la solución

a los problemas que surgen en la discusión grupal y del intercambio de experiencias prácticas. (59, 60,61)

La autora se identifica con esta reflexión y plantea que su utilización en la capacitación a madres – profesionales de la salud permite reorientar su práctica cotidiana y poner al servicio de la mujer una vía de expresar sus sentimientos, sus experiencias los saberes acumulados, y convertirla en una superación constante, participativa y colectiva.

La Máster en investigación educativa Clara Lig Long (2003) plantea que: “en las últimas décadas, en el contexto educacional cubano, han proliferado los talleres, su uso en la docencia como una herramienta de reflexión colectiva para abrir instancias que permitan el intercambio de impresiones acerca de la actividad pedagógica”. (60)

Por otra parte el potencial didáctico se expresa a partir del análisis hecho por la profesora Julia Añorga que refleja: “Taller es una forma de educación, donde se construye colectivamente el conocimiento con una metodología participativa, didáctica, coherente y tolerante frente a las diferencias. En él se arriba a conclusiones y se adoptan decisiones, mediante mecanismos colectivos donde las ideas comunes se tienen en cuenta”. (61)

Ricardo Hería (chileno) (1998) reseña, los talleres: “como espacio para la reflexión, para decir sus experiencias pedagógicas con el fin de revisar las formas en que asumen su rol y poder transformar la práctica pedagógica hacia formas más eficientes y democráticas de enseñanza aprendizaje; caracterizado por la reflexión permanente, el educador es protagonista de su preparación, del rol docente, se propicia la manera de interrelacionarse con los demás docentes y el modo de aprender.” (62)

La cubana Iraida Pérez (2001) define el taller como: una forma de promover la discusión y el análisis colectivo sobre determinadas temáticas. En él los participantes expresan sus puntos de vista, sus inquietudes, se producen el intercambio de ideas y se arriba a conclusiones colectivas. En forma de taller

pueden confeccionar materiales, analizar contenidos, hacer demostraciones de cómo proceder ante una problemática dada, entre otros.” (63)

Salvador Bueno en el texto “Historia de la Literatura Cubana”, página 298, describe la importancia de los talleres, y cita a José Martí Héroe Nacional planteando. “La idea martiana de que taller es la vida entera. Taller es cada hombre. Taller es la patria”...hace comprender la importancia del aprendizaje que se produce haciendo, espacio donde las personas no solo se apropian del conocimiento, sino de las vías y métodos para efectuar mejor y más creadoramente cualquier tarea. (64)

Se puede apreciar por los especialistas en las valoraciones que se realizan al respecto, se destaca al taller como: “el modo de existencia, de proceder en la organización de un tipo de actividad del proceso pedagógico en la cual se integran todos los componentes de éste en una relación dinámica entre contenido y forma que asegura el logro de los objetivos propuestos, la reflexión colectiva sobre una problemática y la proyección de alternativas de solución. (61)

Como forma de organización del proceso educativo, debe tomar en consideración sus componentes para la adecuada organización del trabajo de madres y especialistas, partir de los objetivos que se tracen y determinar los contenidos, métodos y medios a utilizar así como las formas de evaluación de los resultados.

De acuerdo con lo que se ha expresado, un taller como forma organizativa del proceso docente debe orientarse a consolidar los vínculos entre la teoría y la práctica mediante la reflexión que desarrollarán los sujetos del proceso en correspondencia con los objetivos concretos que se tracen y con los resultados del trabajo que se haya realizado tanto individual como grupal.

Taller pedagógico, idóneo para formar, desarrollar y perfeccionar hábitos, habilidades y capacidades que le permitan a los que en él participan operar con el conocimiento y al transformar los objetos, transformarse a sí mismo. Tiene

un carácter participativo y colectivo, así como por las posibilidades que da para que se adopten decisiones a partir del concurso de todos” (61) Se caracterizan además por: la reflexión, análisis crítico, la operatividad, la producción teórico práctica, la continuidad, el protagonismo, su carácter democrático, la penetrabilidad, los conflictos y la autonomía.

Es importante tener presente todos estos aspectos antes señalados ejemplo: la reflexión es la toma de conciencia de los problemas, y compromete a los participantes al análisis crítico, es algo difícil en ocasiones modificar las condiciones que afectan la realidad cotidiana si se carece de una crítica activa en la que se someta a análisis la manera habitual de realizar las actividades.

Lo antes señalado propicia tocar otros aspectos como la operatividad, que permite promover la elaboración de proyectos direccionados a cambiar, potenciar y obtener logros en la tarea diaria, es decir, es un error pensar que los talleres se llevan a cabo solo con la intención de comprender.

Mediante el trabajo en taller se concibe la elaboración de consenso del saber colectivo que comunique a cada madre y a los profesionales de la salud la manera natural de entender las cosas que pasan diariamente en relación con el bajo peso al nacer y sus consecuencias para el futuro ser humano.

Ello implica utilizar conceptos teóricos, realizar lecturas; los plegables elaborados constituyen una fuente bibliográfica y de perenne orientación y/o comunicación, donde la madre y los profesionales de la salud podrán informarse, conocer de forma amena y sencilla temas relacionados con la nutrición materna - infantil, los resultados de investigaciones realizadas, así como consultar a especialistas.

El taller no se reduce a la crítica negativa, infructuosa; presupone la elaboración de condiciones que favorezcan una práctica superadora de las barreras, dificultades o problemas, a la vez que valoriza y desarrolla experiencias exitosas y gratificantes.

Los talleres deben ser dinámicos y flexibles, tanto metodológicamente como instrumentalmente (diversidad de técnicas). El estar condicionado por quiénes

participan, las actividades que se desarrollan y los objetivos que se proponen despojan al taller de una estructura rígida y esquemática.

Los participantes deben ser protagonistas. Todos deben dar su opinión, sus experiencias, deben de analizar por qué suceden las cosas, cómo se pueden transformar, aportar criterios, escuchar al otro, colaborar en tareas grupales, opinar y decidir acerca de situaciones comunes. El coordinador sólo coopera con el grupo para facilitar el trabajo productivo, la incorporación de elementos teóricos a la experiencia y los saberes acumulados, lo que pone de manifiesto su carácter democrático.

Existen diferentes tipologías de los talleres. En este trabajo se abordan los talleres de orientación familia - institución, cuyo objetivo básico es la capacitación de las madres y los profesionales de la salud relacionados con el Programa Materno Infantil, en recién nacidos con bajo peso, se orientan a la solución de las principales dificultades presentes en la temática abordada. (61)

La Máster Guadalupe Martínez Díaz (Cuba 2004) se refiere en su investigación sobre el taller metodológico en el proceso educativo, que el mismo pasa por tres momentos imprescindibles, su planificación, su desarrollo y evaluación. (65)

La planificación. En primer lugar hay que tener presentes los objetivos del taller. Se exige que se determinen previamente, que pueden dirigirse a la elaboración de ejemplos de actividades o situaciones, la realización de actividades prácticas, la formulación de un problema a partir de situaciones reales, el intercambio de ideas, experiencias y el análisis de los Plegables que se utilizarán como material bibliográfico, apoyo a los talleres familia - institución. (65)

Además, la determinación del contenido, materiales necesarios para el análisis, elaboración de medios, el tiempo, el espacio, el diagnóstico de sus participantes, la metodología que seguirá el taller, las orientaciones de autopreparación y la evaluación.

En el desarrollo de cualquier taller se dan como constantes tres pasos o momentos: apertura, desarrollo y cierre. (60, 61, 62,63)

La apertura: se presentan los participantes, el coordinador, da una panorámica general del taller, su tema y objetivos. En el desarrollo se llevan a cabo las actividades programadas conforme con la metodología seleccionada para el taller y el cierre es la evaluación y la programación de las actividades para el próximo encuentro.

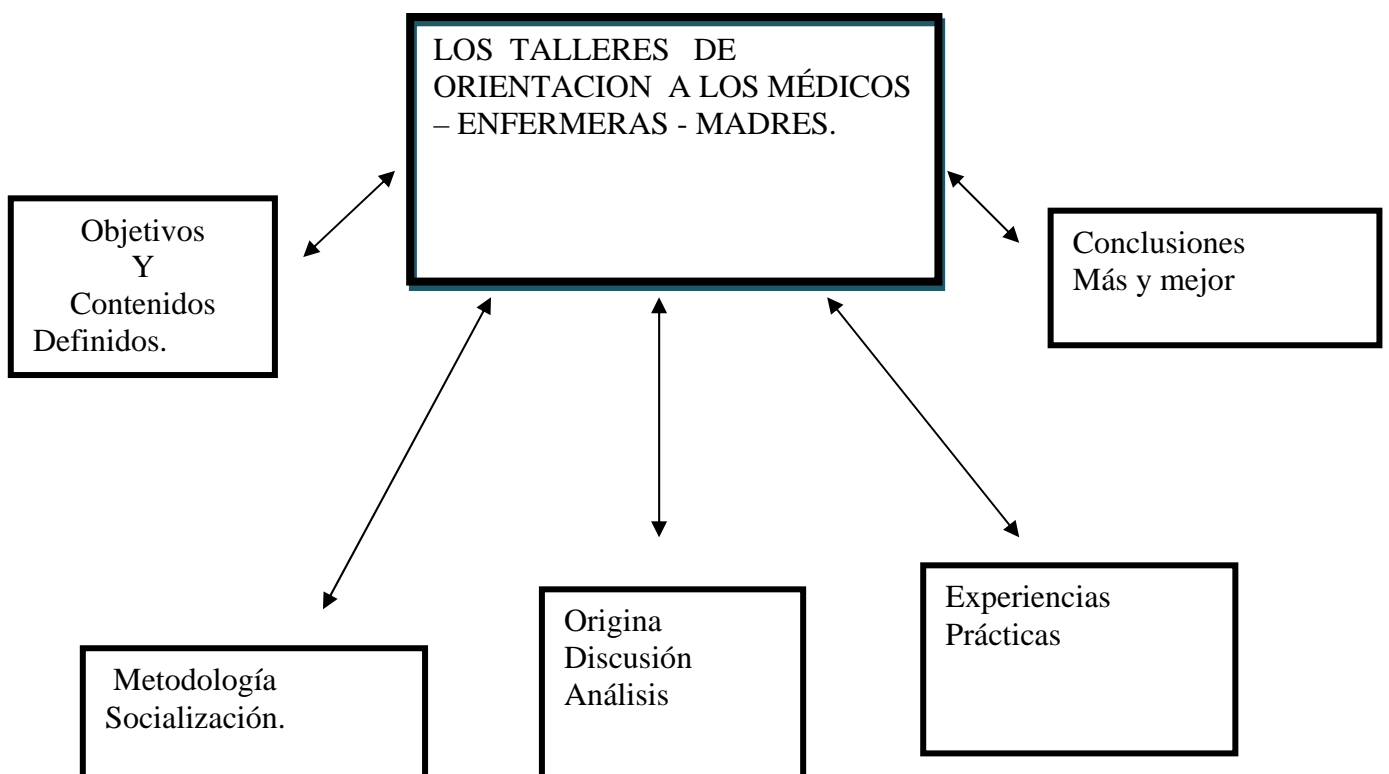
La propuesta de Talleres, es didáctica porque tiene en cuenta prioritariamente categorías didácticas fundamentales como lo son: objetivo, contenido, método medios de enseñanza, conclusión y evaluación.

En lo relativo a su cualidad metodológica, porque en el desarrollo de las actividades que se preparan, se combinan procedimientos, técnicas, métodos y enfoques, así como formas organizativas de los temas en la preparación del contenido de todo lo referente al bajo peso al nacer, causas, clasificaciones repercusión en la sico - biología humana, de forma esencial en los procesos de alimentación para favorecer el objetivo que ha orientado todo el accionar investigativo realizado; es decir, la orientación de las madres y profesionales de la salud relacionados con recién nacidos bajo peso.

2.4.2. Caracterización de las acciones metodológicas que se proponen.

Todos los momentos del taller tienen que estar bien interrelacionados, ya que todos los casos deben ser previstos y bien analizados durante la preparación del taller para evitar imprecisiones, errores e improvisaciones innecesarias.

Se puede resumir que los talleres son la vía idónea para llevar a cabo la labor de capacitación a los médicos, enfermeras de la familia y las madres. Se puede representar de la siguiente manera:



Estructura general de la propuesta

La propuesta está compuesta por talleres distribuidos en 10 sesiones, cada una contiene: Título, objetivo, metodología, medios de enseñanza, conclusiones y evaluación.

En las indicaciones se presentan los pasos a seguir para la etapa de ejecución, donde se representa de manera detallada qué hace el especialista y los participantes. Se explica cómo concluir el taller y cómo evaluar, de modo que pueda existir una retroalimentación de los cambios sucedidos en los participantes, sus satisfacciones e insatisfacciones o el surgimiento de nuevas inquietudes, lo más importante es que éstas puedan ser resueltas posteriormente, ya que los talleres están elaborados como un sistema, integrados y concatenados con propósitos comunes.

Se diseñó para trabajo en grupo, que permita plantear y escuchar las reflexiones de cada uno de los participantes, así como los puntos de vistas acerca de los temas a tratar en cada sesión y sus inquietudes, experiencias, modos de actuar que brinden la oportunidad de llegar a conclusiones, a partir de diferentes criterios y conduzca a que los talleres puedan ayudar a resolver las problemáticas que presentan estas gestantes.

Objetivos Generales de la propuesta de talleres dirigidos a los Médicos Generales, Licenciadas en Enfermería y Gestantes.

Diseñar acciones para la orientación de las gestantes, para contribuir a optimizar su preparación cultural en sus factores de riesgos.

Estimular la participación consciente de las gestantes.

Estrechar los vínculos hogar - institución para disminuir los factores de riesgos del Recién Nacido Bajo Peso.

Por lo que se elaboran las orientaciones metodológicas generales, para la consecución de los propósitos de los talleres:

Las sesiones se realizarán en un lugar independiente con las condiciones necesarias, sillas, mesas, colocadas en forma de círculos de modo que puedan observarse entre sí para favorecer la comunicación.

El tiempo de duración deberá estar entre los 40 y 60 minutos. La estructura del grupo se realizará aproximadamente entre ocho y diez personas.

El profesional del grupo será la persona que dirija los temas de orientación familiar, debe estar preparado ya que el éxito estará en función de la calidad humana y capacitación técnica de estos por lo que se requiere para impartir la actividad un profesional que tenga total dominio de los temas. Se requiere también de otra persona auxiliar, el facilitador, que ayude a controlar si la actividad se va comprendiendo por los participantes.

La evaluación es un proceso y un resultado; las actividades serán evaluadas por el especialista; a partir de las valoraciones, derivadas de las reflexiones que el grupo haga de acuerdo con la problemática que se esté analizando.

Talleres

Taller # 1

Título: La orientación a los Médicos, Licenciadas en Enfermería.

Objetivos: Explicar la organización de los temas a desarrollar en las diferentes sesiones a las gestantes sobre la importancia de la determinación de los factores de riesgo del Bajo Peso al Nacer, conocer a los integrantes del grupo mediante la técnica de presentación por parejas.

Explicar la organización de los temas a desarrollar en las sesiones.

Medio de enseñanza: plegable # 1

Metodología.

Se orienta que se realizará una presentación por parejas para lo cual cada integrante del grupo debe buscar con su compañera(o) para intercambiar información que concluye de la siguiente manera: nombre, edad, lugar donde se desempeña actualmente, expectativas que le confieren a la actividad.

- Esta se formará sin tener en cuenta si se conocen o no.
- Cada participante presenta a su pareja.
- El profesional presenta en la pizarra la siguiente frase:
 - "El hogar es la primera escuela de sus miembros y la experiencia cultural acumulada su primer maestro, por lo que se hace necesario aprender a auto – educarse"...
- A partir del mensaje se realizarán reflexiones.
- El profesional hará las siguientes preguntas
 - ¿Es importante para usted la determinación de los factores de riesgo que originan un recién nacido bajo peso?
 - ¿Por qué es importante buscar información sobre estos factores de riesgo?
- El facilitador hará entrega del Plegable 1 y orienta la lectura de forma silenciosa e individual.
- Al concluir la lectura, invitará a reflexionar sobre lo leído.

- El profesional expone el objetivo general de los talleres; “La orientación a los médicos y Licenciadas en Enfermería”.

Conclusiones

- El profesional recomienda la lectura del plegable y las dudas que tengan serán vistas en el próximo encuentro.

Evaluación: Valoración de la actividad - Técnica participativa - : Dígalo con una palabra.

Taller # 2

Título: ¿Cómo ayudo a mi hijo en la alimentación?, Dirigido a las Gestantes,

Objetivo: - Analizar situaciones que permitan que la alimentación sea un proceso agradable para la gestante y para el recién nacido.

- Conocer cómo ocurren y qué órganos intervienen en este proceso.

Medio de enseñanza: plegable # 2 Clase

Metodología.

El profesional invita a las Licenciadas (o) y Médicos General Integral a ver un video en la computadora, donde se observa a través de una técnica de rayos x, como ocurre el proceso de deglución en los niños y su desarrollo intrauterino.

- Se realiza un análisis de lo observado en el video.
- Reflexión acerca de las experiencias vividas durante el período gestacional, referentes a los hábitos nutricionales.
- El profesional explica la importancia del proceso de alimentación –nutrición - ablactación
- Se invita a las Licenciadas, Médicos y gestantes a formar tres equipos.
- Entrega de los plegables, el dos.

¿Cómo ayudo a mi hijo en la alimentación intrauterina?

- En su lectura conocerán como ocurren los procesos de la alimentación.
- Se realiza comentario de lo leído.

- Los equipos demuestran cómo las gestantes deben alimentarse, como deben realizar la ablactación del recién nacido y la importancia de la lactancia materna exclusiva.
- Al terminar la exposición, cada equipo dará su valoración de lo observado.
- Si fue correctamente alimentado.

Conclusiones:

¿Por qué el proceso de alimentación debe ser agradable y suficiente para la gestante y para el recién nacido?

¿Por qué es importante lograr correctos procesos de lactancia materna exclusiva y ablactación en el recién nacido?

Evaluación:

El profesional realiza la valoración de la actividad, en dependencia de lo aprendido por cada uno de los integrantes

Taller # 3

Título: “Simplemente mi razón de ser.” Dirigido a las gestantes.

Objetivo: Sensibilizar y educar a las gestantes sobre el cuidado; afecto y protección de sus hijos con Bajo Peso al Nacer.

Medio de enseñanza: plegable # 3 y 4

Metodología.

- El profesional invitará a las gestantes a expresar sus inquietudes.
- Se estimula a reflexionar sobre los aspectos observados.
- Que se emitan criterios con profundidad crítica.
- El profesional hará preguntas de apoyo; para amenizar el diálogo.
- Conversación acerca de las experiencias vividas.
- Se orientará a que de forma anónima escriban mensajes o inquietudes acerca del tema.
- Se colocan en una cesta y se les dará lectura al azar.

- Los participantes darán sus opiniones.

Conclusiones: - Se expondrán los elementos más importantes de la sesión.

Evaluación:- Se hará un resumen de los criterios emitidos y de cual es el que favorece más al recién nacido.

- Orientar intencionalmente una actividad festiva para el próximo taller, con la participación de todos los involucrados.

Taller # 4.

Título: Cierre.

Objetivo: Realizar valoraciones sobre los temas tratados en los talleres de orientación a las gestantes, lograr la unidad en este grupo de mujeres que comparten iguales intereses y aspiraciones; calidad de vida para sus hijos, consolidar la lactancia materna exclusiva.

Medio de enseñanza: plegable # 5

Metodología: Mostrar en pizarra la siguiente frase: de la Madre María Teresa de Calcuta:

“A veces sentimos que lo que hacemos es sólo una gota en el mar, pero el mar sería menos si le faltara una gota.”

Se les pedirá a las gestantes que interpreten la frase y digan sus opiniones.

- Se realizan preguntas de apoyo:

-¿Qué has aprendido en los talleres?

- ¿Cuál te gustó más? ¿Por qué?

- ¿Qué piensas sobre el Programa de Atención Materno Infantil (PAMI) y de su evolución desde el trabajo en equipo para la realización de los talleres?

- Los participantes responderán las preguntas, dando cada uno sus opiniones.

- Hay que insistir en el logro del intercambio de criterios.

- El facilitador junto al profesional plasmará todas las inquietudes de los participantes, para la continuidad del trabajo.

Conclusiones: Al finalizar se hará una fiesta con las gestantes, para consolidar la importancia social de la nutrición.

Evaluación: El profesional escribe todos los criterios de las gestantes y demás participantes para perfeccionar los talleres.

2.5. Valoración cualitativa de la propuesta de acciones metodológica para la preparación del Médico General Integral en la de prevención de los factores de riesgo del bajo peso al nacer.

Con el propósito de someter a valoración cualitativa la propuesta de acciones metodológicas para la preparación del Médico General Integral en la prevención de los factores de riesgo del Bajo Peso al Nacer, se consultaron a tres jefes de Grupos Básicos de Trabajo, la Vicedirectora de Asistencia Médica, el Metodólogo de la Carrera de Medicina, cuatro Licenciadas en Enfermería y ocho Médicos Generales Integrales.

De ellos cuatro son especialistas en Medicina General Integral, y un maestrante, cuatro Licenciadas en Enfermería, tres de ellas maestrantes, ocho médicos cursando la especialidad en Medicina General Integral, cinco en primer año y tres en segundo año.

A estos especialistas se les presentó la propuesta de talleres metodológicos para la realización de su valoración cualitativa a través de un instrumento investigativo (Ver Anexo 10) contentivo de los indicadores previstos para ello.

La tabulación de dicho instrumento apuntó hacia la posible efectividad de la propuesta de las acciones metodológicas, Talleres, para ser introducida en la práctica al ser calificada por los especialistas encuestados como relevante.

A continuación se relacionan los principales criterios que con mayor frecuencia fueron emitidos por dichos especialistas y por los directivos (Ver Anexo 11) acerca de la propuesta de talleres metodológicos para la preparación en la prevención del Bajo Peso al Nacer de los Médicos Generales Integrales, de las Licenciadas en Enfermería y de las Gestantes en los consultorios.

La propuesta presentada es de gran utilidad para los Médicos Generales Integrales, las Licenciadas en Enfermería y las Gestantes.

Es flexible, variada y muy rica en actividades.

Contribuye al desarrollo de las habilidades teórico - prácticas de los médicos y las enfermeras de la familia.

Posee diversas formas de organización que propician la preparación de los profesionales y las gestantes.

Es coherente, se ajusta a las necesidades de las exigencias actuales del modelo de atención del Médico y la Enfermera de la familia.

Propicia el uso adecuado de la literatura existente.

Se aprovechan las potencialidades de los Médicos Generales Integrales y las Licenciadas en Enfermería en su preparación.

Puede ser utilizada como una vía de superación de los profesionales de la salud.

Potencia la actividad científico - asistencial.

Se propicia la motivación y realización de trabajos de investigación a partir de las necesidades.

Puede constituir una vía para la solución de problemas de salud que desde el puesto de trabajo, o sea el consultorio se puedan solucionar.

Por los resultados obtenidos se infiere que los talleres metodológicos propuestos pueden ser funcionales en la educación en factores de riesgo del Bajo Peso al Nacer y pueden contribuir a perfeccionar el proceso de preparación de los Médicos Generales Integrales, las Licenciadas en Enfermería y las Gestantes en los consultorios de la familia y propiciar el incremento de acciones para la actividad científica , de esta manera resolver los problemas a que se enfrentan los profesionales en su proyección profesional dando solución a los problemas de salud de la población que están presentes en la actualidad.

Se puede concluir que el 100% de los especialistas consultados valoran positivamente el resultado de este trabajo y recomiendan su puesta en práctica dándole solución a uno de los problemas más comunes en las gestantes, pues esta es una de las formas de potenciar la preparación del trinomio Médico General Integral , Licenciada en Enfermería, Gestante.

CONCLUSIONES

1. El diagnóstico de exploración inicial reveló un mayor porcentaje de hijos con Bajo Peso al Nacer en madres menores de 20 años, en las que comenzaron el embarazo con bajo peso, en aquellas que eran fumadoras. La Hipertensión Arterial Crónica fue la condición más común asociada con la gestación. La Hipertensión arterial fue el factor de riesgo más importante relacionado con la evolución del embarazo. El área de salud número uno fue la de mayor incidencia de Bajo Peso al Nacer dentro del territorio pinero.
2. Los talleres metodológicos que se proponen permiten preparar al trinomio Médicos Generales Integrales - Licenciadas en Enfermería – Gestantes en la prevención de los factores de riesgo del Bajo Peso al Nacer, en correspondencia con las exigencias del Sistema Nacional de Salud.
3. La valoración cualitativa resultado de los criterios de especialistas seleccionados arrojó la posibilidad de la implementación práctica de los resultados de la investigación.

RECOMENDACIONES

1. Instrumentar en la Isla de la Juventud la realización de los talleres propuestos, generando suficiencias en la competencia y el desempeño del trinomio Médico – Enfermera – Gestante (auto - desempeño), relacionados con el Programa Materno Infantil, y en especial con el perfil del Bajo Peso al Nacer, teniendo en cuenta su correspondencia con las transformaciones actuales del Sistema Nacional de Salud.
2. Continuar el estudio y profundización de la preparación de los profesionales de la salud relacionados con el Programa Materno Infantil, mediante estudios de doctorado, abordando la preparación de estos profesionales en los demás componentes que inciden en las gestantes, en su relación con el modelo de la Educación Superior.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Martí Pérez, JJ. Apuntes personales; Tomo 19, Pág. 375
2. Vera Bueno F. El perfeccionamiento de la actividad pedagógica de los profesores guías en la secundaria básica. (Tesis Doctoral). Santiago de Cuba, Cuba; 2002.
3. Cuba. MINSAP. Programa de reducción de bajo peso al nacer. Grupo de Atención Materno Infantil. La Habana: Editorial Ciencias Médicas 1993.
4. Fernández .G. Dra. Rucha. Comportamiento de algunos factores de riesgo del Bajo peso al nacer. Hospital: Héroes del Baire. Trabajo para optar por el título de Especialista en Medicina General Integral en el año 1996 – 1998.
5. Amador M. Influencia de la nutrición sobre el crecimiento somático. Rev. Cubana Pediatría 1975; 47:535.
6. Moreno Flores O. Crecimiento en el primer año de vida del recién nacido de bajo peso, pretérmino y dismaduro. Rev. Cubana Pediatría 1976; 48(2):137-53.
7. Lemus Lago ER, Lima Enríquez E, Batista Moliner R, Rosa Ocampo L de la. Bajo peso al nacer, crecimiento y desarrollo en el primer año de vida. Rev. Cubana Med. Gen. Integr. 1997; 13(2):150-158.
8. Amador M. Influencia de la nutrición sobre el crecimiento somático. Rev. Cubana Pediatría 1975; 47:535.
9. Martínez Borroto M. Teresa: Ganancia de peso materno: Relación con el bajo peso al nacer.2000 pp.: 254-70.
10. Álvarez Fumero R, Repercusión del peso materno: Relación con peso del recién nacido 2000; 27(2):49-67.
- 11.Boerna Jt, Weinstein Kl., Rutstein SO, Sommerfelt D. Datos sobre el bajo peso al nacer en países desarrollado. Rev. Panam. Salud Pública 1998; 3(2):88-95.

12. Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL). Panorama Social de América Latina y el Caribe. Santiago de Chile: OMS; 2005.
13. Organización Panamericana de la salud. La salud en las Américas. Washington, D.C.: OPS; 2005.
14. Ounted M. Factores familiares que afectan el crecimiento fetal. Public. Cient; 1972; 1893.
15. Rodríguez R. Alexander, Bajo peso al nacer. Comportamiento de algunos factores de riesgo. Hospital: Héroes del Baire. Trabajo de terminación de residencia. 2001.
16. Álvarez Sintez R. y otros. Temas de Medicina General Integral. La Habana. Editorial Ciencias Médicas; 2001.46-57.
17. Ancheta Niebla Eduarda. Historia de la Enfermería en Cuba. La Habana. Cuba: Editorial Ciencias Médicas; 2006
18. MENA Serra , CA, Cobelo, AF. Historia de la Medicina en Cuba. TI. Hospitales y Centros Benéficos en Cuba Colonial. Miami, Florida: Ed. Universal; 1992.
19. Rodríguez Expósito, C. Índice de Médicos, Dentistas, Farmacéuticos y estudiantes de medicina en la Guerra de los Diez Años. Cuaderno de Historia de la Salud Pública. La Habana. Cuba: Inst. Cubana del Libro; 1968.
20. Le – Roy Cassá, J. Apuntes para la Historia de la obstetricia en Cuba. La Habana. Cuba: Imprenta Ancha del Norte; 1958.
21. Cruz Oviedo Y , Arrastia Álvarez ME, Sánchez Salazar R, Lugones Botella M, Vázquez Sánchez M. Estudio de algunos factores maternos asociados con el bajo peso. Rev. Cuban. Obstet. Ginecol. 19987; 24(1):54-57.
22. Candebat Márquez Z, Jacomino Martínez I. Morbimortalidad del recién nacido bajo peso para su edad gestacional. Rev. Cubana Obstet Ginecol 1981; 7(1):10.
23. Pereira IJ. Análisis multifactorial de los factores de riesgo del bajo peso al nacer en el Salvador, Bahía. Panam Salud Pública 1997; (1):1-6.

24. Matos Matos S, Rodríguez Feraz R, Santana Suárez FR, Sosa Uria D. Repercusión de la malnutrición materna por defecto en el embarazo y en el recién nacido. Rev. Cubana Med. Integr 1997; 13(6):566-571.
25. Pérez Queda R, Rosabal García F, Pérez Guerrero J, Yabor Palomo A. Bajo peso al nacer y embarazo en la adolescencia en 5 consultorios del médico de familia. Rev. Cubana Med. Gen. Integ. 2001 julio-Sep; 11 (3):239-45.
26. Cuba M, Reyes R, Martínez P. Bajo peso al nacer y algunas entidades clínicas agregadas al embarazo. Rev. Cubana Med. Gen. Integr. 1992; 8(2): 106-10.
27. Cunningham G, Macdonald P. Retraso del crecimiento fetal. Obstetricia. Editorial Médica Panamericana Argentina 1998; 10(36): 783-796.
28. Stüsser R, Paz G, Ortega M, Pineda S, Infante O, Martín P, Ordóñez C. Riesgo de bajo peso al nacer en el Área Plaza de la Habana. Bol. Oficina Sanit. Panam. 2003; 114:229–241.
29. "Organización Mundial de la Salud (OMS)." Microsoft® Encarta® 2007 [DVD]. Microsoft Corporation, 2006.
30. Ministerio de Salud Pública. Anuario Estadístico. La Habana, 1994.
31. Ministerio de Salud Pública. Anuario Estadístico 2004. La Habana; 2005
32. Cisneros F. El recién nacido de bajo peso: comportamiento de algunos factores De riesgo. Rev. Cubana Med. Gen. Integr 1996; 12(1): 44-9.
33. Díaz Alonso G, González Docal I. Factores de Riesgo en el Bajo Peso al Nacer. Rev. Cubana MED Gen Integr 11(3): 224-31, julio – septiembre. 2005.
34. Díaz Tabares O, Soler Quintana BT. Aspectos epidemiológicos del bajo peso al nacer. Rev. Cubana Med Gen Integr 1993; 9(3):234-44.
35. Balcazar H, Haas JD. Tipos de retardo del crecimiento intrauterino y mortalidad neonatal precoz en una muestra de recién nacidos de la Ciudad de México. Bol of Sanit Panam 1991; 110(5):369-77.

36. Kestler E, Villar J, Bolaños L, Calwert W. Identificación de embarazos de alto riesgo de bajo peso al nacer en zonas urbanas de América Latina: Índice Simplificado de atención precoz en Ciudad de Guatemala. Bol. Of Saint Panam 1991; 111(3):201-13
37. Caraballosos Hernández M. Bajo peso al nacer y tabaquismo. Rev. . Cubana Salud Pública 1999; 25(1):64-69.
38. Martínez García Máxima. Contexto Familiar y desarrollo psicológico, orientaciones para la evolución e intervención capítulo 6 Pág. 399
39. Prado L, Ramírez MA, Vaillang G. Bajo peso al nacer. Enfoque clínico, epidemiológico y social. Rev. Cubana Med. Gen. Integr. 1996; 12(3): 242-247.
40. Colectivo de autores. Obstetricia y Ginecología Infanto Juvenil 199. SOCUDEP. Ciudad de la Habana.
41. Peláez J. Adolescente embarazada: Características y riesgo. Rev. Cubana Obs. Ginecol. 1997; 23(1): 113-17.
42. Bajo peso al nacer y edad maternal. Rev. Cubana MED. Gen Integr 2002; 8 (4): 306-10.
43. Faúndes A, Passini R. Estudio de diversas formas de evaluación del peso materno como indicadores del peso del recién nacido. Rev. Cuban Obstetric. Genecology 2002; 18(1): 25-38.
44. Schwarecz R diverges C, Gonzalo A. Enfermedades maternas inducidas por el embarazo. Estados hipertensivos del embarazo. En: Obstetricia 1998 Editorial Patagones Cáp.9 pp: 254-70.
45. Gan Gluy M. Factores asociados con el bajo y alto peso al nacer. AM J Epidemiol 1972; 96(3):161-72.
46. Duanis Neyra N, Neyra Álvarez A. Factores que inciden en el bajo peso al nacer. Rev. Cubana Enferm. 1998; 14(3): 150-4.
47. Jordán J. El crecimiento y desarrollo humanos. Temas de actualización en Pediatría; 1975; 1; p 3-27.
48. Domínguez F. Seguimiento neurológico en el recién nacido de muy bajo peso. En: Pediatría 89, XXII Congreso Nacional de Pediatría, Nov-Dic. La Habana, 1989:129.

49. Ortiz Silva O, Felipe Huarte I, Alonso Cordero M E., Álvarez Rodríguez A, Barrios Rodríguez JC. Influencia del bajo peso al nacer en el estado de salud durante el primer año. Rev. Cubana Pediatría [periódico en la Internet]. 1997 Ago [citado 2008 Oct 06]; 69(2): 145-150. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-
50. Amador M. Influencia de la nutrición sobre el crecimiento somático. Rev. Cubana Pediatría 1975; 47:535.
51. Arcos E. Relación entre el estado nutricional de madres adolescentes y desarrollo neonatal. Bol Saint Panam. 1995; 118(6):488-498.
52. Jordán J. Investigación nacional sobre crecimiento y desarrollo. Cuba 1972-1974. Diseño y Método. Rev. Cubana Pediatría 1977; 49(8): 367-95.
53. Lubchenco, L. O., et al: Birth weight data al 24 to 42 weeks of. Gestation. <http://www.scielo.org.co/pdf/rcog/v57n4/v57n4a05.pdf> Consultada el DIA 14 de julio del 2008 07-14
54. Fernández CLA, Salinas RV, Guzmán BJ. Análisis de la mortalidad neonatal en un centro de tercer nivel de atención. Bol Med Hosp. Infant. Mex. 2003; 60: 459-67.
55. "Asamblea General de Naciones Unidas." Microsoft® Encarta® 2007 [DVD]. Microsoft Corporation, 2009.
56. Medina Núñez Z. Acciones independientes de enfermería. La Habana. Cuba: Editorial Ciencias Médicas; 2006.
57. Castro Torres AM. Manual de Procedimientos de Enfermería. La Habana. Cuba: Editorial Ciencias Médicas; 2008.
58. Santos Pereira S. JJ, Guemaraes Perrera SA, Medina MG, Mota E. Análisis multifactorial de los factores de riesgo del bajo peso al nacer en el Salvador Bahía. Rev. Panam. Salud Pública 1997; 2(1):1-6.
59. MINSAP. Organización, Desarrollo y Control del Proceso Docente Educativo en la APS. Barcelona: talleres Gráficos Canigó.
60. Ling Long Rangel, C. Talleres de capacitación pedagógica. Material digitalizado. 2001.
61. Borrego Ávila, M. Integración de la familia a la rehabilitación Logopédica en menores con afecciones neurológicas. (Tesis de Maestría). Isla de la Juventud. Cuba: En prensa; 2008.

62. Hería Ricardo. Los talleres: "como espacio para la reflexión". Material digitalizado. 1998.
63. Pérez Iraida. El taller como: una forma de promover la discusión y el análisis colectivo. Material digitalizado. 2001
64. Bueno Salvador. Talleres: "Historia de la Literatura Cubana". Material digitalizado. 2003.
65. Martínez Guadalupe. El taller metodológico en el proceso educativo. Material digitalizado. 2004.

ANEXO 1

Encuesta a los Médicos Generales Integrales

Doctor:

Para realizar un estudio sobre la preparación de los Médicos Generales Integrales en la determinación de los factores de riesgos sobre el bajo peso al nacer resulta imprescindible su colaboración, aportando criterios que serán de inestimable valor a la hora de elaborar un instrumento que contribuya a dar cumplimiento al objetivo planificado.

¡Muchas Gracias!

Datos generales.

Sexo: M____ F____

Edad: ____

Categoría Docente: _____

¿Cuántos años de experiencia profesional tienes como médico especializado?:

___ 0-5 ___ 6-10 ___ 10 o más

1-Realice una auto evaluación de sus conocimientos sobre los contenidos de la determinación de los factores de riesgo del bajo peso al nacer.

___ Buenos ___ Regular ___ Insuficiente ___ No se nada

3-En el tiempo que le dedica a la auto preparación de temas relacionados con la profesión que ejerce, ¿con qué frecuencia estudia temas dedicados a la determinación de los factores de riesgo del bajo peso al nacer?

___ Diario ___ Semanal ___ Mensual ___ Anual ___ Nunca

4-Con relación a la bibliografía sobre los factores de riesgo del bajo peso en el municipio su opinión es que.

___ Existe ___ No existe ___ No está a su alcance

6-Considera usted que la aplicación de los conocimientos sobre la determinación de los factores de riesgo por parte del licenciado(a) en enfermería es:

Necesario Adecuado Suficiente Poco útil

8-¿Es importante para usted haber recibido los programa de capacitación durante sus cursos de pregrado?

Si No

Argumenta

ANEXO 2

Encuesta a las licenciadas(o) en Enfermería

Para realizar un estudio sobre la determinación de los factores de riesgos del bajo peso al nacer de los Médicos Generales Integrales, nos resulta imprescindible su colaboración sincera, aportando criterios que nos serán de inestimable valor a la hora de Elaborar una metodología que contribuya a capacitarlos.

En ningún momento se utilizará su nombre ni ningún dato personal que lo identifique.

¡Muchas Gracias!

I. Datos generales.

II. Sexo: M____ F____

Edad: ____ (en años cumplidos)

Donde vive (zona geográfica):

Casco histórico: ____ Panel I: ____ Panel II: ____ La Reforma: ____

la tumbita: ____ Mella: ____ Mal País: ____

Cocodrilo: ____

Nivel de escolaridad. Primaria____ Secundaria____ Bachillerato____

Universitario____

Cargo que ocupa: _____

Categoría Docente: _____

Categoría Investigativa: _____

Tipo de centro en el que trabaja:

Asistencial: ____ Docente: ____ Docente-Asistencial: ____

Producción: ____ Servicios: ____

1- Conocen los Factores de riesgo del Bajo peso al nacer que pueden presentar las gestantes de su consultorio.

Si----- No-----

2- Ha recibido alguna capacitación referente al tema del Bajo Peso al nacer.

Si----- No-----

3- Existen en tu consultorio propagandas que aborden el tema.

Si----- No-----

4-Considera usted que la de terminación de los factores de riesgos del bajo peso al nacer por parte del licenciado(a) en el consultorio es:

Importante

Necesaria

5- Considera usted que sea necesario la implementación de acciones que permitan al Licenciado (a) de enfermería tener un mayor conocimiento sobre los factores de riesgo del Bajo Peso al nacer.

Si----- No-----

6-¿Es importante para usted la asignatura de Pediatría?

Si ____ No____

Gracias por su colaboración

ANEXO 3

TITULO. Distribución de los nacimientos Bajo Peso al Nacer según Área de salud, Isla de la Juventud en el periodo Enero - Diciembre 2007.

Área de salud	# de bajo peso al nacer	%
Policlínico # 1	26	6,4
Policlínico # 2	22	7,2
Policlínico #3	4	6,4

Fuente: Departamento de estadísticas Policlínicos I,II,III.

Anexo. 4:

TITULO: Distribución de factores de riesgo del bajo peso al nacer por área de salud según clasificación. Enero – Diciembre 2007

Área de salud	Factores de riesgo del bajo peso al nacer					
	Maternos	Placentarios	Fetales	Biológicos	Sociales	Psicológicos
Policlínico I	10	5	2	4	4	1
Policlínico II	6	2	2	6	8	2
Policlínico III	2	1	1	3	2	1
Total	18	8	5	13	14	4

Fuente: Departamento de estadística de los Policlínicos I, II, III.

ANEXO 5.

TITULO: Distribución de gestantes con hijos de Bajo Peso al Nacer según edad materna Isla de la Juventud. Enero - Diciembre 2007.

Edad materna (en años)	RNBP	
	Cantidad	%
14-20 años	13	39,3%
21-30	6	20%
31-40	9	30%
41 y más	5	17%
Total	33	100%

Fuente: Registro de nacimientos Departamento de estadísticas H. H. B.

ANEXO 6.

TITULO: Distribución de Madres con antecedentes de RNP. Área de salud Isla de la Juventud Enero a diciembre de 2007.

Antecedentes de RNP	No.	%
Si	23	78,7%
No	10	33%
Total	33	100%

Fuente: Historia Clínica Individual. Departamento de estadísticas H.H.B

ANEXO 7.

TITULO. Distribución de Gestantes con hijos de Bajo Peso al Nacer según conducta ante el tabaquismo activo. Isla de la Juventud. Enero - Diciembre 2007.

Madres fumadoras	No.	%
Sí	24	80%
No	9	27,2 %
Total	33	100,0

Fuente: Historia Clínica Individual. Departamento de estadísticas H.H.B

ANEXO 8.

TITULO. Distribución de Gestantes con hijos de Bajo Peso al Nacer según valoración nutricional materna inicial. Isla de la Juventud. Enero - Diciembre 2007.

Valoración nutricional	No.	%
menor	23	77%
mayor	10	30,3%
total	33	100%

Fuente. Historia Clínica Individual. Departamento de estadísticas H.H.B

ANEXO 9

TITULO. : Distribución de Gestantes con hijos de Bajo Peso al Nacer según enfermedades o complicaciones asociadas al embarazo. Isla de la Juventud. Enero a diciembre de 2007.

ENFERMEDADES ASOCIADAS	No DE CASOS	%
HTA	17	56 %
SEPSIS VAGINAL	6	20 %
ASMA BRONQUIAL	2	7 %
PLACENTA PREVIA	2	7 %
DIABETES MELLITUS	2	7 %
ANEMIA	4	12,1 %
TOTAL	33	100 %

FUENTE .Historia clínica Individual. Departamento de estadísticas H.H.B

Anexo No. 10

Encuesta a especialistas

Profesor (a):

Como parte de las acciones propuestas para la validación cualitativa de las acciones metodológicas para la determinación de los factores de riesgos del bajo peso al nacer, le presentamos el siguiente cuestionario, solicitamos su sincera y profesional colaboración, le aseguramos que sus criterios siempre serán válidos. Muchas gracias.

Centro en que labora _____

Años de experiencia _____ Cargo que ocupa _____

Categoría docente _____

1-Analice y valore la propuesta de acciones metodológicas que le anexamos a este instrumento atendiendo los siguientes aspectos.

- a) Utilidad que reporta la preparación del Médico General Integral en el consultorio.
- b) Permite el desarrollo de las habilidades para la determinación de los factores de riesgos del bajo peso al nacer al utilizar el diagnóstico como elemento necesario en la concepción de las acciones diseñadas.
- c) Proyecta acciones en correspondencia con las exigencias actuales de la concepción de la atención primaria en el consultorio.
- d) Permite determinar los factores de riesgos del bajo peso al nacer en función de la problemática de las gestantes.
- e) Estimula al auto perfeccionamiento de la preparación para la determinación del bajo peso al nacer.
- f) Orienta adecuadamente las acciones metodológicas la preparación del Médico General Integral en función de la determinación de los factores de riesgos del bajo peso al nacer.
- g) Tiene en cuenta el desarrollo de habilidades para la determinación de los factores de riesgo del bajo peso al nacer.

2-¿Cómo UD valora la posible efectividad práctica de las acciones metodológicas que se proponen para la preparación del Médico General Integral?

3-Puede aportar criterios que fundamenten la evaluación realizada en cualquiera de los aspectos a los que se hace referencia en el instrumento u otro que UD considere.

Tenga en cuenta la siguiente escala valorativa:

5-muy relevante (MR)

4-bastante relevante (BR)

3-relevante (R)

2-poco relevante (PR)

1-no relevante (N)

ANEXO 11

ENCUESTA A DIRECTIVOS Y FUNCIONARIOS.

Compañero. (a)

Como parte de nuestra investigación, usted ha sido seleccionado para valorar desde su experiencia profesional la propuesta de actividades docentes para contribuir a desarrollar el proceso de enseñanza - aprendizaje con el fin de obtener resultados superiores y lograr un aprendizaje significativo en sus estudiantes solicitamos de usted su más sincera colaboración expresando sus criterios profesionales al respecto, los que serán de gran provecho.

¡Muchas gracias!

Nombres y apellidos-----

Centro en que labora-----

Cargo que ocupa-----

Institución -----

Nivel cultural-----

Grado científico-----Categoría docente-----

Años de experiencia docente-----

1-Analice y valore la propuesta de actividades docentes que anexamos a este instrumento, teniendo en cuenta los siguientes aspectos.

- a) Como considera que contribuyen a la actividad de aprendizaje de los Médicos Generales y las Licenciadas en Enfermería.
- b) Las actividades de aprendizajes que se proyectan en su concepción teórica y práctica constituyen una vía para la preparación de los médicos y las enfermeras. ¿Como la evalúa usted?
- c) Como considera que cumplen el objetivo propuesto y estimulan el auto aprendizaje de los médicos y enfermeras.

2- ¿Cómo usted valora la posible efectividad práctica de la propuesta de actividades docentes?

3- Puede aportar las sugerencias que usted considere necesarias en cualquiera de los aspectos a los que se hacen referencia en el instrumento.

Tenga en cuenta la siguiente escala valorativa.

4- Muy adecuada (MA)

3- Adecuada (A)

2- Poco adecuada (PA)

1- No adecuada (NA)

Pregunta	MA	A	PA	NA
A				
B				
C				
2				
3				

Plegable 1: “los factores de riesgo y el peso del bebe”



Fuente: Fototeca Sede Universitaria “Orestes Falls Oñate”

Objetivos: Que la madre aprenda la relación que existe entre los factores de riesgo y el peso de su futuro hijo.

¿Qué son los factores de riesgo?

Constituyen una característica, condición o circunstancia detectable en un individuo o grupo de personas y el ambiente, que se asocia con una probabilidad incrementada de desarrollar o experimentar una enfermedad o desviación de la salud

¿Cómo puedo identificar si los poseo?

Si presentas una de las siguientes posibilidades:

FACTORES MATERNOS

Hijos previos bajo peso al nacer.

Infertilidad

Madre con constitución pequeña.

Oligoamnio.

Enfermedades crónicas.

Hábitos tóxicos.

Ingestión de drogas.

FACTORES PLACENTARIOS.

Alteraciones circulatorias.
Disminución de la superficie placentaria.
Inserciones anormales del cordón.
Gestaciones múltiples.
Malformaciones.
Tumores.

FACTORES FETALES.

Anomalías cromosómicas.
Malformaciones congénitas.
Infecciones.
Radiaciones
Gestaciones múltiples.
Medicamentos (antihipertensivos, anticoagulantes, otros).

FACTORES BIÓLOGICOS.

Alteraciones cervicales
Anemia del tercer trimestre
Sepsis vaginal
Sepsis urinaria
Desnutrición en la captación
Ganancia de peso menor de 8 kg
Hipertensión o toxemia
Tres o más partos y/o legrados previos.

FACTORES SOCIALES.

Madre fumadora
Madre menor de 20 años
Escolaridad menor de 10mo. Grado

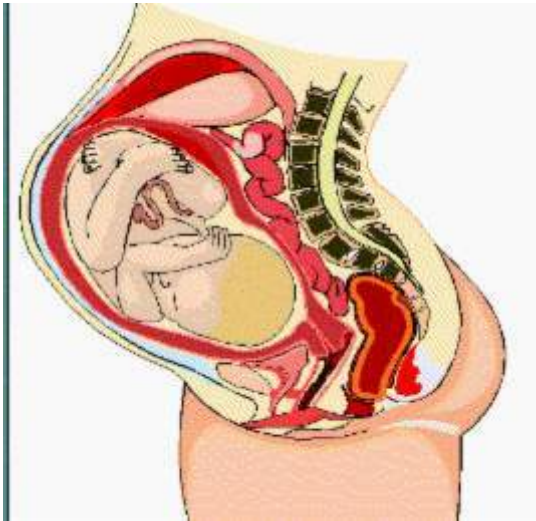
FACTORES PSICOLÓGICOS.

Trastornos en la esfera afectiva (depresión y ansiedad) Stress

Te esperamos en el próximo taller.

¡Gracias!

Plegable 2: ¿Cómo ayudo a mi hijo en la alimentación intrauterina?



Fuente: Fototeca Sede Universitaria “Orestes Falls Oñate”

Objetivo: Conocer como ocurre el proceso de la nutrición, fases por las que transita.

¿Cómo ocurre la etapa de aporte? (La alimentación)

Esta etapa comprende todos los procesos que van desde la elaboración de la dieta hasta la absorción pasando por las modificaciones digestivas.

Aspectos a considerar:

_ Elección de alimentos:

Es el momento más influido por factores sociales, económicos y culturales que rodean al individuo y su familia

_ Las preparaciones alimenticias.

Influyen en este proceso:

- El tiempo disponible para la elaboración(cada día las preparaciones de alimentos son más simples y no siempre nutritivas)
- Las condiciones básicas de saneamiento (La calidad del agua, el equipamiento disponible para la cocción y conservación de los alimentos), si son precarias obligan a simplificar las formas de cocción e incrementar el tiempo disponible para la elaboración de los alimentos, a la vez que predisponen a la contaminación.
- La preparación higiénica de los alimentos y la forma de manipularlos.

_ El consumo y digestión de los alimentos.

Aparte de las sensaciones gustativas que se experimentan, este momento representa una situación privilegiada para la comunicación familiar y debe representar un momento de encuentro e intercambio.

Elementos a considerar:

- La cantidad: Debe ser suficiente para cubrir las necesidades del organismo.
- La calidad: La dieta debe ser completa en su composición para ofrecer al organismo, que es una unidad indivisible, todas las sustancias que lo integran. La alimentación debe contener todos los nutrientes que necesita el individuo para mantener su integridad metabólica y funcional.
- La armonía: Las cantidades de los diversos nutrientes que integran la alimentación deben guardar una relación de proporciones entre sí, para garantizar la utilización correcta de los mismos por el organismo.
- La adecuación: La finalidad de la adecuación está supeditada a su ajuste al organismo, especialmente al aparato digestivo.

¿Cómo se manifiesta la etapa de los intercambios? (Metabolismo)

Esta etapa se refiere a los intercambios producidos en las células mediante reacciones químicas, con la finalidad de obtener energía y efectuar síntesis de tejidos o sustancias necesarias para la vida.

¿Qué aspectos esenciales se manifiestan en la etapa de eliminación de los desechos del organismo? (La excreción)

Esta etapa comprende los procesos que permiten al organismo desembarazarse de aquellas sustancias resultantes del metabolismo de los nutrientes que ya no son utilizables por el mismo o de los que no se utilizaron.

Como puede darse cuenta para el ser humano, alimentarse significa mucho más que comer, el acto de alimentarse actúa como un integrador social brindando la posibilidad de encontrarse, compartir y comunicarse. Además constituye, desde las etapas más tempranas de la vida, un elemento

fundamental para el individuo, pues suministra los nutrientes esenciales para el crecimiento y desarrollo.

Te esperamos en el próximo taller. Gracias

Plegable 3: “Terapia de alimentación”.



Fuente: Fototeca Sede Universitaria “Orestes Falls Oñate”

Objetivo: Brindar información a los padres, con datos de interés sobre los procesos de alimentación.

Succión

- Es una acción refleja que inicia a partir del **quinto** mes de vida intrauterina y se completa al **octavo** mes.
- Este reflejo se vuelve voluntario al cuarto mes de vida.
- Los movimientos de succión favorecen:
 - El crecimiento del **maxilar inferior**.
 - El desarrollo de los órganos de **articulación**.
 - **Respiración** nasal.
 - La maduración del sistema **sensorio – motor - oral**.

Durante el amamantamiento se realizan entre 2 mil a 3 500 movimientos de la mandíbula y en la artificial se reduce a la mitad.

El mecanismo de alimentación.

- El contacto de los labios con el pezón desencadenan los movimientos del **reflejo** de succión.
 - Movimiento de la mandíbula, hacia adelante.
 - Los labios rodean y **comprimen** el pezón para succionar.
 - La lengua y la mandíbula se elevan.
 - Se forma un **cierre** anterior y posterior.

- Se forma un **surco** en el dorso de la lengua y el alimento es dirigido a la faringe.
- 7 meses: La lengua empieza a lateralizar el alimento (móv. Hacia ambos lados).
- De 1 año a 1 1/2: inician los movimientos **rotatorios** de la mandíbula y la masticación es bilateral y se considera como un patrón adulto. (Aparecen los primeros molares)

Luego la musculatura elevadora se contrae mientras la mandíbula vuelve a su posición anterior, la lengua y las mejillas posicionan el alimento en las superficies oclusales de los dientes posteriores.

Te esperamos en el próximo taller.

¡ Gracias!

Plegable 4: “Mi estado nutricional influye en mi futuro hijo”



Fuente: Fototeca Sede Universitaria “Orestes Falls Oñate”

Objetivo: Brindar a las gestantes información sobre la relación del peso pregestacional y la ganancia de peso recomendada hasta el momento del parto.

Según transcurre el embarazo la ganancia de peso de la mujer es el resultado del crecimiento del feto, la placenta, el líquido amniótico y los tejidos maternos. El feto representa aproximadamente el 25 % de la ganancia total, la placenta alrededor del 5 %, el líquido amniótico el 6 % y la expansión de los tejidos maternos aporta des terceras partes de la ganancia total

¿Cómo evalúo mi ganancia de peso durante el embarazo?

Con la toma del peso con regularidad (mínimo una vez al mes) y en la misma pesa.

¿Cómo se si mi peso es el adecuado y cuanto debo aumentarlo?

Si tomas en cuenta la siguiente tabla podrás tener una guía desde el inicio del embarazo hasta el parto.

Categoría	Peso/ Talla	Ganancia total recomendada(Kg)	Promedio (Kg)	Ganancia semanal (Kg) Segundo y tercer trimestre
Bajo	IMC menor 19,8	12,5 – 18,0	15,3	0,5
normal	IMC 19,8 – 26, 0	11,5 -16,0	13,8	0,4
sobrepeso	IMC 26,1 - 29	7,0 – 11, 5	9,3	0,3
Obesas	IMC mayor 29	6,0	6,0	0,3

Fuente: Álvarez Sintés. Temas de Medicina General Integral. La Habana. Editorial Ciencias Médicas. 2001.

Si tu ganancia de peso es inferior a los valores recomendados en cada caso, tendrás muchas posibilidades de tener un hijo con bajo peso

Te esperamos en el próximo taller.

¡Gracias!

Plegable 5: “Ya nació el nene”



Fuente: Fototeca Sede Universitaria “Orestes Falls Oñate”

Objetivo: Transmitir a la madre cómo y por qué garantizar una lactancia materna exclusiva

La leche materna, llamada también sangre blanca, se denomina alimentación natural, porque es la normal para el niño y la que le ofrece la naturaleza: la leche de su madre.

Se define como lactancia materna exclusiva:

Es lactar al niño los primeros seis meses de vida sin brindarle otra leche artificial. Como la lactancia materna ninguna. Lactar a tu hijo te ofrece la oportunidad de acariciarlo, hablarle lo que contribuirá a un mejor desarrollo.

La leche materna ofrece al bebé todos los nutrientes necesarios para el correcto desarrollo de su organismo, exclusiva hasta los seis meses.

Si el recién nacido es bajo peso:



Fuente: Fototeca Sede Universitaria “Orestes Falls Oñate”

- Colocar al seno materno, aunque la succión no sea efectiva.
- La madre debe extraerse la leche en forma manual, cada dos o tres horas, para mantener la producción de leche.
- Administrar la leche almacenada de acuerdo con las condiciones clínicas y con la calidad de la succión – deglución, a través de sonda, gotero o cuchara.

¿Por qué sólo leche materna hasta los seis meses?

Considere lo siguiente:

- La leche de vaca contiene más proteína que la humana, los terneros también son más grandes que los bebés y crecen más y más rápido.



Fuente: Fototeca Sede Universitaria “Orestes Falls Oñate”

- La leche humana es más digerible para el niño, la caseína humana forma micelas pequeñas, fáciles de digerir.
- La leche de vaca, la caseína, forma en el estómago del niño un coágulo difícil de digerir.
- El tiempo de vaciamiento es más rápido con la leche humana, el cuajo es fino y se fragmenta con facilidad.
- Esta disponible las 24 horas del día.
- No requiere preparación alguna.
- Mantiene una temperatura adecuada.
- Ayuda al sistema inmunitario del niño protegiéndolo de las EDA y IRA, principalmente.
- Contiene los nutrientes necesarios para su crecimiento y desarrollo.
- Favorece la relación entre la madre y el hijo.



Fuente: Fototeca Sede Universitaria “Orestes Falls Oñate”

TECNICA PARA LACTAR AL BEBE

- La madre sentada en una silla con los pies elevado sobre un banquito.
- Colocar el pezón en la boca del niño sosteniendo los dedos pulgares e índices.
- La madre debe estar relajada para que la leche fluya mejor.

Permita que nazca sano física y mentalmente



Fuente: Fototeca Sede Universitaria “Orestes Falls Oñate”

Te esperamos en el próximo taller.

¡Gracias!

PROGRAMA DE CAPACITACIÓN

Sede Universitaria Policlínico “Orestes Falls Oñate”

Elaborado: Lic. Mariela Navarro Reinoso.

Actividad capacitante: Taller sobre la determinación de los factores de riesgos al nacer.

Dirigido a: Licenciadas en Enfermería y Médicos Generales Integrales.

Tiempo de duración: 172 Horas

Objetivo

Aplicar los conocimientos teóricos y prácticos para realizar la determinación de los factores de riesgo del Bajo Peso al Nacer en la comunidad

Plan temático

TEMAS	Teóricas	Prácticas	No presénciales	Total
Ética medica	4	8	16	28
Principios básicos de pediatría	8	16	24	48
Factores de riesgo del bajo peso al nacer	8	16	24	48
Procederes de enfermería	8	16	24	48
Total	28	56	78	172

CONTENIDOS.

TEMA 1 Ética médica

Introducción a la ética médica
Principios.

TEMA 2 Principios Básicos de Pediatría

Definición
Importancia
Conducta a seguir ante el bajo peso.

TEMA 3 Factores de riesgos.

Definición
Diferentes tipos de factores
La misión del médico

BIBLIOGRAFIA

1. Tratado de pediatría vol. #1
2. Ginecología y obstetricia (Rigol)
3. Folleto de Ética Médica Minsap 1997.

DATOS DE LOS AUTORES

Lic. Ms. C. Mariela Navarro Reinosá.

Calle 11 número 604 entre 6 y 8 La Fe. Isla de la Juventud.

E – Mail: mnavarro@ijv.sld.cu

Dr. Ms. C. Enrique Hernández González. Profesor Instructor.

Especialista de primer grado en Medicina General Integral.

Especialista de primer grado en Medicina Natural y Tradicional.

Presidente de la Cátedra de Medicina Bioenergética y natural.

Calle 9 escalera 905 entre 26 y 28 apto 6 Panel I. La Fe. Isla de la Juventud. CP: 27 200

E – mail: mednat@ijv.sld.cu

CURRICULO DE LOS AUTORES

CURRÍCULUM VITAE

1. Datos Generales:

- Nombre y Apellidos: Enrique Jorge Hernández González
- Fecha y lugar de nacimiento: 22 de noviembre de 1965. Ciudad de la Habana.
- Carne de identidad: 65112200848
- Registro profesional: 46485.
- Ciudadanía: Cubana
- Títulos académicos:
 - Doctor en medicina: 1990
 - Especialista de primer grado en Medicina General Integral: 1994
 - Especialista de primer grado en Medicina Natural y Tradicional: 1999
 - Máster en Ciencias en Medicina Bioenergética y Natural: Febrero del 2009
- Estado civil: casado
- Tiempo de trabajo en el sector: 19 años

- Cargo actual:
 - Metodólogo Carrera de Medicina Sede Universitaria “Orestes Falls Oñate”.
 - Presidente de la Cátedra Municipal de MNT
 - Presidente del Comité Académico de la Maestría en Medicina Bioenergética y Natural
 - Presidente del tribunal de la Maestría en Medicina Bioenergética y Natural
 - Idiomas que conoce: Español
- Dirección postal: Calle 9 escalera 905 entre 26 y 28, edificio 28 Panel 1 la Fe Isla de la Juventud. CP 27200.
- E - mail: mednat@ahao.ijv.sld.cu
- Teléfono particular:39 7072(vecina)
- Teléfono del trabajo:39 7783 (Vice - Dirección Docente)

2. Postgrados Recibidos

- **Certificados:**
 - Curso de electrocardiografía práctica. Poli 3.1991
 - Curso de Acupuntura Municipal. HHB. 1992
 - Curso de Computación. Joven Club. La Fe.1995
 - Curso de Áreas Terapéuticas. CHEM. Filial de Cultura Física. Isla de la Juventud.1995
 - Primer Coloquio multidisciplinario sobre diagnóstico médico. Ciudad Habana. 1996
 - Primer Taller Nacional de Analgesia Quirúrgica Acupuntural de las FAR. HMC. Carlos J Finlay. 1997
 - Curso Microdosis Nuevo Enfoque Médico de Tratamiento. HHB. 2001.
 - Curso de Hipnosis y técnicas afines. Poli.1.2001.
 - Diplomado de Informática Básica, Media, Superior para profesores universitarios. Centro Universitario “Jesús Montané Oropesa”. Isla de la Juventud. Enero del 2008
 - Postgrado Metodología de la Investigación: Teoría y Taller. CITMA. Isla de la Juventud. Febrero de 2008
- **Diplomas:**

- Segundo Encuentro Nacional de Acupuntura. Curso Pre - Congreso.1993
- Sección de Reflexoterapia Acupuntura y Dolor. Academia de Ciencias de Cuba. Curso Internacional.98 puntos.1993

3. **Postgrados Impartidos.**

- **Certificados:**

- Profesor Principal (PP).Curso Básico de medicina Bioenergética y Natural. Municipal.40 horas. Poli.3.1995
- PP. Taller de Medicina Verde. Filial Universitaria Carlos Manuel de Céspedes. Isla de la Juventud.1993
- PP. Curso básico de Acupuntura. Municipal.40 horas. IMM Dr. Luis Díaz Soto.1996
- PP. La Cultura Física, elemento integrador de la MNT. CDMNT.2000.
- PP. Curso de Acupuntura y Digitopuntura. HHB. Isla de la Juventud.2001.
- PP. Diplomado Enfermería en Medicina Natural y Tradicional. CDMNT. Isla de la Juventud.2001
- PP. Curso de medicina Natural y Tradicional para Profesionales. Primer nivel. CDMNT. Isla de la Juventud. 2001.
- PP. Curso de Acupuntura y Digitopuntura. IPS. Isla de la Juventud. 2001
- PP. Curso de Masaje Terapéutico Convencional. CDMNT. Isla de la Juventud.2002

- **Diplomas:**

- Profesor Colaborador (PC).Curso de segundo nivel en Medicina Tradicional. Septiembre de 1997 a Julio de 1998.HMC Dr. Carlos J Finlay. Ciudad de la Habana.
- PC. Curso Básico de Acupuntura.15 de Septiembre al 24 de Octubre de 1997.HMC: Dr. Carlos J Finlay. Ciudad de la Habana.
- PC. Curso Acelerado de Medicina Tradicional.27 de Octubre al 14 de noviembre de 1997.Ciudad de la Habana.

4. **Participación en eventos:**

- **Certificados:**

- Autor. Segunda Jornada municipal de MGI. Isla de la Juventud. 1992.

- Autor. Cuarta Jornada Científica de Residentes. Municipal. Isla de la Juventud. Aplicación de la Electroacupuntura en el Dolor cervical crónico.1993.
- Autor. Jornada científica de APS. Tratamiento del Dolor Cervical Crónico con Electroacupuntura. Isla de la Juventud.1994.
- Delegado. Primer Coloquio Multidisciplinario Sobre Diagnostico Médico. FCM Julio Trigo .EXPOCUBA. Ciudad de la Habana.1996
- Delegado Primer Taller de Analgesia Quirúrgica Acupuntural de las FAR. HMC Dr. Carlos J Finlay. Ciudad de la Habana.1997.
- Autor. Octavo Encuentro Científico de Hospitales Militares. Tratamiento de la Cefalea Vascular Crónica Mediante la Combinación de la Electroacupuntura y la Auriculoterapia. CIMEQ: Ciudad de la Habana.
- Autor. Octavo Encuentro Científico de Hospitales Militares. Abordaje Homeopático en los Accidentes. CIMEQ. Ciudad de la Habana.
- Autor. Jornada de Medicina Tradicional y Natural. Gerardo Font in Memoriam. HMC Dr. Carlos J Finlay. Ciudad de la Habana.1999.
- Autor. Jornada Científica Municipal. La Homeopatía en las Enfermedades Agudas, según la Escuela Francesa. Isla de la Juventud.2001.
- Autor. Jornada Científica Municipal de MNT. Abordaje Homeopático en Casos de Accidentes. Isla de la Juventud.2001.
- Autor. Jornada Científica Municipal de MNT. Modalidades Terapéuticas de la MNT Conocidas por la Población Pínera. Isla de la Juventud.2001
- Autor. Jornada Científica Municipal de MNT. Masaje Terapéutico Chino en el Tratamiento de la Tendinitis Crónica del Supraespinoso. Isla de la Juventud.2001.
- Autor. Jornada Científica Municipal de MNT. Mecanismos y Principios de Acción Fisiológicos y Terapéuticos de las Aguas Mineromedicinales y los Peloides. Isla de la Juventud.2001.
- Presidente. Segunda Jornada Científica Municipal de MNT. Isla de la Juventud.2001.
- Asesor. FORUM de Base Centro de Asistencia Social. Comandante Andrés Cuevas.2do Lugar. Isla de la Juventud. 2001. Analgesia Acupuntural en Hipertensos para Cirugía Ambulatoria y Maxilofacial.

- Presidente. FORUM de Base Centro de Asistencia Social .Comandante Andrés Cuevas. Isla de la Juventud.2001.
- Mesa Redonda. Primera Jornada Científica Estomatológica. Municipal. Isla de la Juventud.2001.
- Jurado. FORUM de Base Centro de Asistencia Social. Comandante Andrés Cuevas. Isla de la Juventud.2002.
- Presidente. Tercera Jornada Científica Municipal de MNT. Isla de la Juventud.2002.
- Presidente. FORUM de Base y Jornada Científica. Poli 2. 2002
- Presidente. FORUM de Base ORTOISLA.2002.
- Participante. Primer Taller Municipal del Estudio Isys. Isla de la Juventud. Cine Caribe. 18 – 2 – 09.
- Participante. Conferencia. “Problemas actuales de la Pedagogía y la formación del profesional: una mirada crítica. Impartida por el Dr. C. Fidel Vera Bueno. CITMA. Isla de la Juventud. 20 de mayo de 2009

• **Diplomas:**

- Autor. Primer Congreso Internacional de Acupuntura. Academia de Ciencias de Cuba. Ciudad de la Habana.1993
- Autor.2do Congreso Nacional de Acupuntura S.R.A.D. Ciudad de la Habana. Aplicación de la Electroacupuntura en el Dolor Cervical Crónico.1993
- Autor. FORUM Científico Técnico. Isla de la Juventud.1993.
- Jurado 13 FORUM de Ciencia y Técnica. Isla de la Juventud.2001.

5. **Investigaciones Terminadas:**

- Autor. Tesis de Grado. Tratamiento de la Cefalea Vasculat Crónica Mediante la Combinación de la Electroacupuntura y la Auriculoterapia.1994
- Autor. Tesis de Grado. El Masaje Terapéutico Chino en la Tendinitis Crónica del Supraespinoso(publicable).1999
- Tutor. Tesis de Grado. La Acupuntura, un Método Eficaz para Aliviar el Dolor en la Sacrolumbalgia Aguda. Autor. Dr. Iván Baigorria Ortega.
- Autor. Tesis de Maestría. Perfeccionamiento del desempeño profesional en la aplicación de la Medicina Natural y Tradicional. Sector Salud.2009.(Publicable)

- Consultante. Tesis de Maestría. Estrategia didáctica para potenciar los conocimientos de la Medicina Tradicional y Natural en el Licenciado en Enfermería. Autora. Lic. Yusmila Mompie Flores. Febrero de 2009.(Publicable)
- Consultante. Tesis de Maestría. Propuesta de acciones metodológicas para la preparación de los Médicos Generales Integrales en el Masaje terapéutico Chino. Autora. Lic. Eliseldy Velázquez Velázquez. Febrero del 2009. (Publicable).
- Consultante. Tesis de Maestría. Integración de la Familia a la rehabilitación logopédica en menores con afecciones neurológicas. Autora. Lic. Mabel Borrego Ávila. 2009.
- Tutor. Tesis de Maestría. Factores de Riesgo en el Bajo Peso al Nacer. Autora. Lic. Mariela Navarro Reinoso. 2009
- Tutor. Tesis de Grado. Estrategia metodológica para potenciar el funcionamiento de la vicedirección docente de la Sede Universitaria “Orestes Falls Oñate”. Autor. Dr. Enrique Hernández Milla.
- Tutor. Tesis de Grado. Perfeccionamiento del manejo de la Hipertensión Arterial primaria en el área de Salud de Santa Fe. Autor. Dr. Yuri Amaro Baragaña.
- Tutor. Tesis de Grado. Estrategia didáctica para potenciar los conocimientos de las enfermedades dermatológicas en los Médicos generales Integrales. Autora. Dra. Yaima Grey Ortega.
- Tutor. Tesis de Maestría. Propuesta de acciones metodológicas para la preparación de los Médicos Generales Integrales en Terapia Floral. Autora. Lic. Juana Castillo Riquenes
- Tutor. Tesis de Maestría. Prevalencia de la vaginosis bacteriana en las adolescentes. Delio Chacon. Enero – diciembre.2007.Autora. Lic. Susana Lambert Mourdouch

6. **Oponencias:**

7. **Publicaciones:** 10

8. **Categoría Científica o Docente:**

- Categoría Docente Principal de Instructor para la Asignatura de Medicina Natural y Tradicional.6 de febrero de 2007.
- Máster en Medicina Bioenergética y Natural. 13 de febrero del 2009.

9. **Doctorado:**

- Propuesto el 13 de febrero del 2009. Doctorado Tutelar en Ciencias Pedagógicas.

10. **Patentes Concedidas:**

11. **Participación en Congresos Nacionales e Internacionales:**

- Autor. Primer Congreso Internacional de Acupuntura. Academia de Ciencias de Cuba. Ciudad de la Habana. 1993
- Autor. Segundo Congreso Internacional de Acupuntura. Sección de Reflexoterapia Acupuntura y Dolor. Ciudad de la Habana. 1993

12. **Otros Datos:**

- Presidente del Grupo Juan Tomas Roy desde 1990 hasta 1995. Isla de la Juventud.
- Vicepresidente del Grupo Municipal de MNT desde 1990 hasta 1995
- Miembro Activo de la S.O.N.E.C.U.B (Sección de Reflexoterapia, Acupuntura y Dolor de la Academia de Ciencias de Cuba) desde 1993.
- Miembro Fundador de la Sociedad Nacional de Bioenergética.
- Jefe del Programa Ramal de MNT. desde 2001 hasta 2006.
- Director del Centro Municipal para el Desarrollo de la MNT hasta el 2007
- Jefe del proyecto de Neurorestauración 2007 - 2008
- Miembro fundador del Capítulo Isla de la Juventud de la Sociedad Cubana de Medicina Intensiva y Emergencia. febrero del 2009.
- Miembro de la Sociedad Cubana de Pedagogos. febrero del 2009.

13. Datos laborales (Trayectoria)

- Desde el 1/9/90 Hasta el 1/1/91: Hospital Cmte Andrés Cuevas. (Medicina Escolar)
- Desde el 1/1/91 Hasta el 30/11/94: Policlínico III. (Especialidad MGI)
- Desde el 1/12/94 Hasta el 1/2/00: Hospital Cmte Andrés Cuevas. (jefe del departamento MNT y Especialidad MNT)
- Desde el 1/2/00 Hasta el 28/2/07: Clínica de MNT. (Médico y Director)

- Desde el 1/3/07 Hasta el 1/4/07: Policlínico III.(jefe del proyecto de Neurorestauración Infantil)
- Desde el 1/5/07 Hasta el 31/5/08: Policlínico II.(Médico y jefe del servicio de Rehabilitación)
- Desde el 30/6/08 Hasta la actualidad: Policlínico III.(Médico y Metodólogo de la carrera de Medicina)

Firma

Dr. M. Sc. Enrique Hernández González. Prof. Inst. C. Dr. C. P.