

FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS CIEGO DE ÁVILA

UNIDAD DOCENTE MORÓN.

*HOSPITAL PROVINCIAL GENERAL DOCENTE: "ROBERTO RODRÍGUEZ
FERNÁNDEZ".*

*Identificación del conocimiento sobre bajo peso al nacer en Médicos
y Enfermeras del policlínico Ceballos.*

***Autor:** Dr. Erasmo Rodríguez Consuegra.*

Especialista de primer Grado en Medicina General Integral.

Especialista de primer Grado en Ginecología y Obstetricia.

***Tutor:** MSc. Dr. Edgar Fernandez López.*

Especialista de primer Grado en Medicina General Integral.

Residente de segundo año de Anestesiología y Reanimación.

Profesor instructor.

***Asesor:** MSc. Dr. Santiago Marcelo López Vela*

Especialista de 2do Grado en Ginecología y Obstetricia

Profesor Auxiliar de la F.C.M. Ciego de Ávila.

*EN OPCIÓN AL TÍTULO DE MASTER EN ATENCIÓN INTEGRAL A LA
MUJER*

Ciudad Morón, 2009

Pensamiento

**“ Si algún día nuestro trabajo nos pareciera bueno,
debemos luchar por hacerlo perfecto, conociendo de
antemano que nada será nunca suficientemente bueno
y ninguna obra humana será jamás suficientemente
perfecta ”**

Fidel Castro

**A las personas que hicieron posible la realización
de este trabajo, con esfuerzo y sacrificio
aportaron su granito de arena brindando apoyo y
confianza en todo momento.**

Dedicatoria

RESUMEN

Se realizó un estudio de intervención educativa tipo antes - después en los médicos y enfermeras de la familia del policlínico Ceballos con el objetivo de elevar los conocimientos a cerca del bajo peso al nacer en el período comprendido de enero del 2007 a enero del 2008. El universo estudiado estuvo constituido por un total de 44 profesionales de ambos sexos. Los datos primarios se obtuvieron mediante la aplicación de un cuestionario que evaluó algunas características sociodemográficas de los encuestados, así como sus conocimientos sobre el bajo peso al nacer. Lo anterior fue evaluado antes y después de aplicar un programa educativo según las necesidades encontradas y bajo nuestra supervisión. Todos los datos obtenidos fueron procesados por una computadora Pentium, como procesador de texto el Microsoft Word del Office XP auxiliándonos además del SPSS versión 11.0. Finalmente se expresó el contenido en tablas de distribución de frecuencia aplicando el número y porcentaje. Se discutió tomando como referencias bibliográficas la información encontrada en el Centro Provincial de Información de Ciencias Médicas en Ciego de Ávila, además de la base de datos MEDLINE previa documentación del autor.

Palabras claves: bajo peso al nacer / epidemiología / prevención

ÍNDICE

	PÁGINAS
INTRODUCCIÓN	1
OBJETIVOS	3
CAPÍTULO I DISEÑO TEÓRICO	4
CAPÍTULO II DISEÑO METODOLÓGICO	8
2.1 Tipo de estudio	8
2.2 Universo y muestra	8
2.3 Técnica y procedimiento	8
2.4 Declaración de las variables	9
2.5 Procedimientos y técnicas para la elaboración y captura de los datos	11
2.6. Aspectos de carácter ético	14
CAPÍTULO III DISCUSIÓN DE LOS RESULTADOS	22
CONCLUSIONES	33
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	34
ANEXOS	38

INTRODUCCIÓN

Se define como recién nacido bajo peso (RNBP) al niño que nace con cifras inferiores a 2500 g, y esta es una de las causas más importantes de la morbimortalidad infantil y perinatal (1,2).

El peso al nacer es sin dudas, el determinante más importante de las posibilidades de un recién nacido (RN) de experimentar un crecimiento y desarrollo insatisfactorio, por eso actualmente la tasa de RNBP se considera como un indicador general de salud (3-5).

Si analizamos que a nivel mundial 1 de cada 6 niños nace con bajo peso insuficiente, se comprende la preocupación que para obstetras, pediatras, y neonatólogos representan la posibilidad del nacimiento de un niño con estas características, lo que es de causa multifactorial, pues se debe tanto a causas maternas como fetales, así como ambientales (6,7).

En dependencia del criterio diagnóstico del 3 al 7% de los embarazos se ven complicados por un retardo del crecimiento fetal, así como la aparición de alteraciones del desarrollo físico y mental durante la infancia temprana influyendo además en edad adulta, entre estos problemas se encuentran la mala adaptación al medio ambiente, así como diferentes impedimentos físicos y mentales que se hacen evidentes al llegar a la edad escolar (8-10) .

Los neonatos con bajo peso al nacer y especialmente con peso inferior a 1000 g, determinan el 60% de la mortalidad neonatal y aproximadamente el 4% de la mortalidad infantil y de los que sobreviven, entre un 13% y un 24% padecen trastornos neurológicos y entre un 6% y un 13% déficit intelectual.

El RNBP se ha convertido en un verdadero problema de salud pública. A partir de los datos aportados por la OMS, con las tasas actuales de 14.000.000 de pretérminos al año en el mundo.

En Estados Unidos datos recientes estiman que cada año se producen 1.3 millones de partos preterminos y de ellos el 56% implica un recién nacido bajo

pesos (11). En Alemania la incidencia de RNBP en el 2008 fue de un 8.2 por cada 1000 nacidos vivos (12).

Es innegable la influencia que el peso al nacer tiene sobre las futuras generaciones. Este problema constituye una preocupación mundial, y es mas frecuente en los países subdesarrollados. En América Latina y África se estima que más del 54% de los recién nacidos clasificarían como un RNBP según datos de la OMS sin considerar los subregistros existentes (13).

En nuestro país su índice ha demostrado un descenso paulatino en los últimos 10 años y se aspira para el año 2010 bajar el mismo a un 3%, propósito en el que el medico y la enfermera de la familia desempeñan una función importantísima al accionar con las mujeres de alto riesgo, así como el control de los factores prenatales (factores de riesgo) relacionados con su incidencia.

Dado que el bajo peso al nacer influye en la calidad de vida y es un factor de riesgo para la mortalidad infantil. Y que los índices alcanzados durante los últimos años no están en total correspondencia con las tasas de mortalidad infantil y aunque se observa un decrecimiento en relación con años anteriores, es necesario continuar desarrollando estrategias específicas para mantener un comportamiento más favorable de este indicador, propósito en el que el medico y la enfermera de la familia desempeñan una función importantísima, nos motivamos para la realización de este trabajo, planteándonos:

Problema de investigación.

¿Cómo elevar el nivel de conocimiento sobre bajo peso al nacer en los médicos de la familia del policlínico de Ceballos?

Hipótesis de trabajo.

Si se aplica un programa de superación sobre bajo peso al nacer, entonces se elevará el nivel de conocimientos sobre la misma en los médicos y enfermeras de la familia del policlínico de Ceballos.

OBJETIVOS

GENERAL:

Elevar el nivel de conocimiento sobre el bajo peso al nacer, en los médicos y enfermeras de la familia del policlínico de Ceballos.

ESPECÍFICOS:

- Diagnosticar el nivel de conocimientos que sobre bajo peso al nacer presentan los médicos y enfermeras de la familia del policlínico de Ceballos.
- Elaborar un programa de intervención educativa sobre la base de los problemas encontrados.
- Aplicar el programa elaborado.
- Evaluar los resultados luego de realizada la promoción de salud.

CAPITULO 1 DISEÑOTEÓRICO

El bajo peso al nacer ha constituido un enigma para la ciencia a través de los tiempos, múltiples son las investigaciones realizadas acerca de las causas que lo producen y las consecuencias que provoca. El peso al nacer es una de las variables reconocidas entre las de mayor importancia por su asociación al mayor riesgo de mortalidad en cualquier período, sobre todo perinatal (14).

El peso al nacer es sin dudas el determinante más importante de las posibilidades de un recién nacido de experimentar un crecimiento y desarrollo satisfactorios, por eso actualmente la tasa de recién nacidos con bajo peso se considera como un indicador general de salud. Es por lo tanto comprensible la preocupación de obstetras, pediatras y neonatólogos, debido a lo que representa ser un niño nacido con estas características. Se sabe que es de causa multifactorial, pues se debe tanto a problemas maternos como fetales, así como también ambientales (7,12,13).

El peso al nacer es uno de los factores principales que determinan la probabilidad que tiene un neonato de sobrevivir. Recientemente se seleccionó la incidencia de bajo peso al nacer como uno de los indicadores empleados para monitorear las metas de salud establecidas en la Cumbre Mundial a favor de la Infancia y se determinó reducir al 10% o menos la incidencia de bajo peso al nacer. Se considera que la mortalidad durante el primer año de vida es 40 veces mayor en los niños con bajo peso que en los niños que nacen con peso normal a término, los neonatos que nacen con bajo peso tienen habitualmente múltiples problemas posteriores, tanto en la niñez, como en la adolescencia y aún en la edad adulta. Entre estos problemas se encuentran una mala adaptación al medio ambiente, así como diferentes impedimentos físicos y mentales que se hacen evidentes al llegar a la edad escolar.

Si la causa del bajo peso ha sido una restricción del crecimiento intrauterino este puede hacerse irreversible después del nacimiento teniendo en cuenta los daños que ello provoca y acompañarse de funciones mentales inferiores a las normales y de secuelas neurológicas e intelectuales.

Todo esto hace que el problema del bajo peso al nacer constituya una preocupación mundial, y sea mas frecuente en los países subdesarrollados.

Así tenemos que en la publicación Estado Mundial de la Infancia de la UNICEF (1996), se muestran grandes diferencias entre países en cuanto al bajo peso: 4% en Holanda, Finlandia y Noruega y hasta el 50% en Bangladesh.

En Cuba, el índice de bajo peso mostró un descenso paulatino hasta llegar a 7.3% en 1989. En 1990, por las condiciones económicas a las que se enfrentó el país, las cuales repercutieron en las posibilidades de nutrición de la población, el índice de bajo peso presentó un incremento que alcanzó en 1993 su cifra máxima de 9.0%. Esto implicó que se diseñaran estrategias encaminadas a mejorar el estado nutricional de la mujer embarazada, basada en un nuevo enfoque del funcionamiento de los Hogares Maternos y en el apoyo de la comunidad.

Estas intervenciones tuvieron un rápido impacto y revertieron favorablemente la situación en los índices de bajo peso que para 1996 fue ya de 7.3%, en 1999 de 6.5% y como objetivo primordial llegar al 2004 con un 6.0%.

Cada año, uno de cada 14 R.N. nacidos en EE.UU, registra un bajo peso al nacer. Este problema está relacionado con el 60% de las muertes infantiles. Los R.N. que nacen con bajo peso pueden tener grandes problemas de salud durante los primeros meses de vida y el riesgo de sufrir incapacidades a largo plazo es mayor.

Brasil y México reúnen el 61% de la población de esta subregión (276.5 millones de habitantes) y el 59% de los nacidos vivos registrados (5.65 millones). La zona andina (Bolivia, Colombia, Ecuador, Perú y Venezuela) tienen el 26% de la población (117 millones de habitantes) y el 28% de los nacidos registrados (2.7 millones), mientras que en el cono sur (Argentina, Chile, Paraguay y Uruguay) son el 14% de la población (62.7 millones) y el 13% de los nacidos vivo registrados (1.24 millones). El bajo peso al nacer

registrado (BP) es de 11.20% con extremos que van del 15% en Nicaragua y 14% en Guatemala, Belice y el Salvador (21).

Los riesgos de salud de la madre y el hijo se incrementan cuando la primera es una adolescente o tiene más de 35 años, debido a que las condiciones biosociales repercuten con mayor cuantía y existe una incidencia más alta de gestosis, pseudogestosis e intervenciones obstétricas. Durante el embarazo y la lactancia la madre disminuye sus recursos biológicos y nutritivos, por lo que necesita tiempo para recuperarse y prepararse para otro embarazo. Esto explica la alta frecuencia de RNBP cuando el tiempo que media entre un embarazo y otro es corto (22). Se ha demostrado que los hijos de las mujeres fumadoras pesan al nacer un promedio de 200 a 300 gramos menos que los descendientes de mujeres no fumadoras. En el total de las personas encuestadas que informaron conocer los efectos dañinos del tabaquismo durante el embarazo fue de 1.3%. Esto llama la atención si se tiene en cuenta que nuestro pueblo tiene una alta información sobre los problemas de salud (23).

El desarrollo socioeconómico más que una causa, puede ser una consecuencia del peso al nacer y se propone entonces lo que hemos denominado Fisiopatología Biosocial del Desarrollo, por tanto, disminuir el índice de bajo peso al nacer significa mejorar la supervivencia y el desarrollo infantil, la calidad de vida en la infancia y en las futuras generaciones, para colaborar con la eliminación del subdesarrollo socioeconómico (24).

El BPN causa trastornos familiares y sobrecarga a los presupuestos de los servicios de Cuidados Intensivos Neonatales Especiales. Robert plantea que más del 50% de la morbilidad neurológica crónica es atribuida a este trastorno (25,26).

El Programa Materno Infantil para obtener buenos resultados necesita identificar en cada territorio los factores de riesgo predominantes, los que pueden ser condiciones biológicas y sociales, así como algunos hábitos y enfermedades de la madre (27).

Un adecuado control prenatal que se asocie con la prevención del parto pretérmino, la rotura prematura de membranas (RPM) y la preeclampsia, son las acciones más importantes a tener en cuenta durante la gestación, donde

intervenciones como el diagnóstico y manejo oportuno de la bacteriuria asintomática, la vaginosis bacteriana y el aporte de suplementos de calcio, son exitosos y tendrían gran impacto en la reducción del bajo peso al nacer.

Se concluye que un programa de Salud Pública que contemple estos aspectos contribuiría a reducir la morbilidad perinatal.

Es conveniente y útil identificar factores determinantes del BPN en nuestra población y definir el impacto de intervenciones que minimicen el problema de salud.

Las evidencias actuales han demostrado que la ejecución de programas educativos en pacientes con riesgo de BPN no previenen su aparición. Suplementar la nutrición durante el embarazo con dietas balanceadas o hiperproteicas, no ha servido para prevenir el BPN (28-31).

Caso contrario ocurre con intervenciones en el tratamiento por vía oral de la vaginosis bacteriana y la bacteriuria asintomática donde hay amplia incidencia de un efecto protector contra el BPN (32,33).

El Ministerio de Salud Pública en Cuba se ha propuesto, apoyado en el arsenal científico y técnico con que cuenta y con el objetivo de incrementar la salud de la población cubana, reducir el índice de Bajo Peso al Nacer a cifras de 3.0%.

CAPITULO 2 DISEÑO METODOLÓGICO.

Se realizó un estudio pre-experimental tipo antes-después con 44 médicos y enfermeras de la familia del Policlínico de Ceballos, en el periodo comprendido entre el 3 de enero del 2007 y el 3 de enero del 2008, los cuales fueron escogidos de manera aleatoria simple con el propósito de evaluar la efectividad de un programa educativo dirigido a modificar los conocimientos relacionados con el bajo peso al nacer. El universo de trabajo estuvo constituido por todos

los médicos y enfermeras de la familia, la muestra estuvo constituida por 44 médicos y enfermeras, que manifestaron por escrito (ver anexo 1) estar de acuerdo en participar en el estudio.

CRITERIOS DE INCLUSIÓN:

1. Disposición de participar en el estudio.
2. Trabajador del Policlínico de Ceballos en el periodo comprendido.

CRITERIOS DE EXCLUSIÓN:

1. Los médicos pertenecientes al policlínico, pero que se encuentran fuera del país, o del servicio por problemas personales o de salud.

CRITERIOS DE SALIDA:

1. Los médicos y enfermeros pertenecientes al policlínico, pero que en el periodo comprendido causen baja temporal o definitiva del servicio.

Operacionalización de las variables.

Variable	Clasificación	Categoría	Técnica
Especialidad	Cualitativa nominal	Enfermería Medicina	Porcientos

Nivel de conocimiento sobre definición del bajo peso al nacer.	Cualitativa ordinal	Alto Medio Bajo	Porcientos
Nivel de conocimiento sobre causa	Cualitativa ordinal	Alto Medio Bajo	Porcientos
Nivel de conocimiento sobre a quien afecta	Cualitativa ordinal	Alto Medio Bajo	Porcientos
Nivel de conocimiento sobre por que es un problema el BP	Cualitativa ordinal	Alto Medio Bajo	Porcientos

Operacionalización de las variables. (Continuación)

Variable	Clasificación	Categoría	Técnica
Nivel de conocimiento sobre diagnostico del BP	Cualitativa ordinal	Alto Medio Bajo	Porcientos
Nivel de conocimiento sobre tratamiento	Cualitativa ordinal	Alto Medio	Porcientos

del BP		Bajo	
Nivel de conocimiento sobre prevención	Cualitativa ordinal	Alto Medio Bajo	Porcientos

Las principales variables medidas fueron: Especialidad. Igualmente se tuvieron en cuenta el nivel de conocimiento acerca de elementos fundamentales del bajo peso al nacer recogidos en la encuesta (ver anexo 2). La encuesta estuvo constituida por 11 preguntas dirigidas a explorar el nivel de conocimiento relacionados con el tema, y a su vez contando cada una con 5 incisos, se les dio un valor según la operacionalización de las variables (ver anexo-3), y se dieron resultados de manera parcial por preguntas en Alto, Medio, Bajo, el resultado final fue dado igualmente en Alto, Medio, Bajo, pero para su evaluación se utilizó la clave de evaluación general (anexo –4).

PROCEDIMIENTO

En una primera parte se aplicaron las encuestas a partir e las cuales se identificaron las necesidades de aprendizaje y en correspondencia con las mismas se elaboró un programa educativo (ver anexo 5), que luego de su puesta en práctica se aplicó por segunda vez las encuestas para valorar el impacto del programa educativo, y posteriormente se propusieron criterios apropiados que podrían ser utilizados en el manejo en las áreas del bajo peso al nacer.

TÉCNICA DE RECOLECCIÓN Y PROCESAMIENTO ESTADÍSTICO.

La técnica de recolección y procesamiento de la información fue manual y computarizada apoyados en el programa de procesamiento estadístico SPSS. Los datos se analizaron y se mostraron en tablas y gráficos para emitir conclusiones según objetivos propuestos.

Esta investigación fue realizada según los requisitos establecidos por el Comité Académico de la Maestría de Atención Integral a la Mujer y respetando los principios éticos de la investigación científica.

MÉTODOS APLICADOS DURANTE LA INVESTIGACIÓN

Métodos del nivel teórico:

- **Análisis – síntesis:** Permitted penetrar en lo fundamental de lo observado, separar lo esencial de lo secundario, determinar lo importante a partir de la bibliografía revisada y extraer lo necesario para la solución del problema.
- **Análisis histórico –lógico:** Se selecciona con el objetivo de poder estudiar la trayectoria real de los fenómenos y acontecimientos en el decursar de su historia, por lo que se empleo para indagar sobre la estadística del bajo peso al nacer.
- **Inducción – deducción:** Porque en la investigación se establecen generalizaciones que confirman empíricamente la hipótesis.
- **Hipotético –deductivo:** Porque deduce la hipótesis como respuesta al problema de la investigación trazado en el estudio.

Métodos empíricos:

- **La observación:** Mediante la misma se conoció la realidad del proceso, para así diagnosticar y poder aplicar un programa de intervención educativa que logró resolver el objetivo general de la investigación.
- **La encuesta o instrumento (anexo No.2):** Se utilizó como **técnicas** para la obtención de la información dadas sus características de búsqueda de información rápida y económica, la cual se aplicó a los médicos y enfermeras que constituyeron la muestra, para evaluar los conocimientos de los mismos acerca del bajo peso al nacer, la misma fue validada en un pilotaje de 10 profesionales que no intervinieron en el estudio de acuerdo a los

objetivos propuesto por nuestros investigadores, en el periodo de estudio antes mencionado.

- **El procesamiento estadístico:** El cual se utilizó para comparar los datos obtenidos como resultado del instrumento aplicado; el procesamiento se realizó en una microcomputadora Pentium, utilizando el paquete estadístico SPSS para Windows y se realizó la validación y revisión de la misma, como medida de resumen de la información se utilizó la distribución de frecuencia, los porcentajes (%) y como medida de significación estadística se utilizaron los intervalos de confianza, específicamente el Test de los Rangos con Signos de Wilcoxon, donde:

$$H_0: M_a = M_d \quad P = ? \quad \alpha = 0.05$$

$$H_1: M_a \neq M_d$$

H_0 : No existen diferencias significativas en cuanto al nivel de conocimientos de los encuestados antes y después de la intervención.

H_1 : Existen diferencias significativas en cuanto al nivel de conocimientos de los encuestados antes y después de la intervención.

Si $p < \alpha$ se rechaza H_0 . La que implica que existen diferencias significativas en cuanto al nivel de conocimientos de los profesionales antes y después de la intervención con un nivel de significación del 95% lo que implica que los conocimientos obtenidos son el resultado de la intervención ejecutada.

CONCEPTUALIZACIÓN Y OPERACIONALIZACIÓN DE LAS VARIABLES.

Variable dependiente

Conocimiento: La adquisición a través de la vida de temas relacionados al bajo peso al nacer.

Operacionalización de esta variable.

-Conocimientos sobre bajo peso al nacer.

- Tener conocimientos sobre:

- Definición
- Etiología
- Epidemiología
- Fisiopatología
- Diagnóstico
- Tratamiento
- prevención

A partir de estos se establecieron las dimensiones y los indicadores, así como la técnica o ITEM que evaluó los mismos (Ver Anexo-4).

Variable independiente.

Intervención educativa: Sistema de actividades educativas para lograr cambios de comportamientos específicos y sostenidos en los profesionales en cuestión, debe estar centrada en el sujeto, implicado afectivamente, con una comunicación horizontal.

Operaciones de esta variable.

Centrado en el sujeto: El docente es el centro de la actividad, siendo sujeto y objeto a la vez.

Comunicación horizontal: Cuando los elementos del conocimiento necesario se transmiten sin diferencia de nivel entre sujetos de diferentes estratos.

Métodos educativos: Son las vías y los modos de la actividad conjunta entre los sujetos para lograr los objetivos propuestos. Implicado afectivamente: Cuando no se limita el sujeto a conocer sobre el problema, sino que esté relacionado con sus necesidades y motivos.

		Operacionalización	
Variables	Tipo	Escalas	Descripción
Conocimientos sobre bajo peso al nacer.	Cuantitativo	Alto	Del 90% o más
	Ordinal	Medio	Del 70 al 89%
		Bajo	Menos del 70

Aspectos de carácter ético: La investigación se realizó previa autorización del Comité de Ética Médica de la Institución (Anexo 5) quien supervisó y fiscalizó el estricto cumplimiento de los principios de la ética médica de autonomía, justicia, no maleficencia y el consentimiento informado de los encuestados participantes en la investigación, previa explicación de los objetivos, beneficios y efectos de su aplicación y los resultados que pueden aportar.

POLICLÍNICO CEBALLOS

1) TITULO: Actualización sobre bajo peso al nacer.

2) FUNDAMENTACION:

- El Ministerio de Salud Pública se encuentra en todo un proceso de perfeccionamiento, como parte de este proceso, un elemento importante es la capacitación sobre el bajo peso al nacer es por esto que se diseñó este curso para enfrentar más efectivamente esta patología.

3) OBJETIVO GENERAL:

Elevar el nivel de conocimiento de los profesionales de la salud sobre el bajo peso al nacer.

OBJETIVOS ESPECIFICOS:

- Presentación del programa.
- Definición
- Etiología
- Epidemiología
- Fisiopatología
- Diagnóstico
- Tratamiento
- prevención
- Cierre y evaluación

4) REQUISITOS DE INGRESOS:

- Médicos Generales, MGI, enfermeros (as), técnicos de la salud.

5) DURACION:

- 4 frecuencias (1 vez por semana, todos los Martes y Miércoles, por la tarde a partir de la 1.30 hasta las 5:30 p.m. desde el 6/1/07 hasta 28/10/07)

6) MODALIDAD:

- Curso Municipal

7) PERFIL DEL EGRESADO:

- El egresado de este curso contará con el conocimiento necesario para la detección y el diagnóstico del bajo peso al nacer, así como otros aspectos generales relacionados con esta entidad.

8) ESTRUCTURA DEL PLAN DE ESTUDIO Y ASPECTOS ORGANIZATIVOS:

SEMANAS LECTIVAS: 1

FRECUENCIA SEMANAL: 1 vez por semana (todos los Martes y Miércoles) hasta tener 4 frecuencias.

TOTAL DE HORAS: 64 horas

Se realizará en el municipio fundamentalmente en la APS con una matrícula de 44 profesionales de la salud en la semana lectiva del curso, formando dos grupos de 22.

El mismo se planificará de la siguiente forma:

Cursos	Fecha de inicio	Fecha de terminación
Primera vez	6/1/07	28/10/08

PROGRAMA ANALITICO:

Todos los temas que son tratados en el curso se han preparados con aplicación a Situaciones problemas de salud en relación con la metodología de OMS para el control de enfermedades de los principios de la epidemiología

SEDE: Policlínico Ceballos.

TEMA 1, Presentación del programa

Objetivos:

1. Presentación de los participantes y el programa.
2. Aplicación a la encuesta
3. Cierre

Orientación metodológica:

Crear un ambiente de confianza, desinhibición, establecer reglas del grupo dentro de los profesionales de la salud a capacitar. Aplicar encuesta para medir conocimiento de los profesionales. Motivar el próximo encuentro. Para este tema utilizamos clase taller y video.

Bibliografía

1. Cuba. Ministerio de Salud Pública. Programa para la reducción del bajo peso al nacer. Programa de atención Materna Infantil. La Habana: Editorial Ciencias Médicas 2003:3.
2. Águila SS, Álvarez LC, Cabezas CE. Manual de Procedimientos de diagnóstico y tratamiento en obstetricia y perinatología. La Habana: Editorial Ciencias Médicas,2001:376.

Tarea del tema.

Investigar acerca de la incidencia en nuestro país del bajo peso al nacer.

TEMA 2: Factores de riesgos y cuadro clínico del BPN.

Objetivos:

1. Factores de riesgos del bajo peso al nacer.
2. Definición
3. Etiología
4. Epidemiología

Orientación metodológica:

Factores de riesgos del bajo peso al nacer; así como Definición, etiología. Para darle cumplimiento a este tema utilizamos clase taller y entre los medios de enseñanza nos apoyamos en: pizarra, computadora y láminas ilustrativas.

Tareas para el tema.

Investigar acerca de la fisiopatología y diagnóstico del bajo peso al nacer.

Bibliografía

1. Cuba. Ministerio de Salud Pública. Programa para la reducción del bajo peso al nacer. Programa de atención Materna Infantil. La Habana: Editorial Ciencias Médicas 2003:3.
2. Águila SS, Álvarez LC, Cabezas CE. Manual de Procedimientos de diagnóstico y tratamiento en obstetricia y perinatología. La Habana: Editorial Ciencias Médicas,2001:376.

TEMA 3: Fisiopatología, diagnóstico, tratamiento y prevención del bajo peso al nacer.

Objetivos:

1. Principales métodos diagnósticos.
2. Detección temprana.
3. Aspectos generales del examen físico, complementarios y pilares del tratamiento del bajo peso al nacer.
4. Prevención

Orientación metodológica:

Crear en los profesionales de la salud conocimientos acerca Principales métodos diagnósticos, Detección temprana, Aspectos generales del examen físico, complementarios y pilares del tratamiento del bajo peso al nacer. Para darle cumplimiento a este tema utilizamos clase taller y entre los medios de enseñanza nos apoyamos: pizarra, computadora, videos y láminas ilustrativas.

Bibliografía

1. Cuba. Ministerio de Salud Pública. Programa para la reducción del bajo peso al nacer. Programa de atención Materna Infantil. La Habana: Editorial Ciencias Médicas 2003:3.
2. Águila SS, Álvarez LC, Cabezas CE. Manual de Procedimientos de diagnóstico y tratamiento en obstetricia y perinatología. La Habana: Editorial Ciencias Médicas,2001:376.

TEMA 4: Cierre y evaluación

Objetivos:

1. Reafirmación del contenido.
2. Aplicación de la encuesta.

Orientación metodológica:

Reafirmar los conocimientos sobre el bajo peso al nacer. Aplicar nuevamente la encuesta para determinar conocimientos después de la estrategia educativa. Para lo cual utilizamos los siguientes medios de enseñanza: videos, pizarra.

9) Forma Organizativa:

- Clase taller.

10) RECURSOS Y MEDIOS DE ENSEÑANZA:

- Pizarra y plumones
- Documentos bibliográficos, protocolos y artículos para estudio,
- Computadora, moden, vídeo y scanner para obtener información actualizada de bases de datos bibliográficas.

11) CLAUSTRO:

Dr. Erasmo Rodríguez Consuegra. Especialista de Primer Grado en MGI y Ginecología y Obstetricia.

12) ESTRATEGIA

PROGRAMA DE CLASES (anexo 3)

Tema	Contenido	Tipo de enseñanza				Total de Horas	Medios de enseñanza.	Fecha
		Conf.	CTP	Sem	Taller			
1	Presentación del programa. Creando un ambiente de confianza, desinhibición, establecer reglas del grupo dentro de los adolescentes a capacitar. Aplicar encuesta para medir conocimiento de los mismos. Motivar el próximo encuentro.				4h	4h	Video	6/1/07 (1ra) 7/1/07 (2da)
2	Factores de riesgos del bajo peso al nacer. Definición Etiología Epidemiología				4h	4h	Pizarra, computadora y láminas ilustrativas.	13/2/07 (1ra) 14/2/07 (2da)

3	Principales métodos diagnósticos. Detección temprana. Aspectos generales del examen físico, complementarios y pilares del tratamiento del bajo peso al nacer. Prevención				4h	4h	Pizarra, computadora, videos y láminas ilustrativas.	20/3/07 (1ra) 21/3/07 (2da)
4	Reafirmación del contenido. 2. Aplicación de la encuesta				4h	4h	Videos, pizarra.	27/4/07 (1ra) 28/4/07 (2da)
Total					16h	16 h		
Total de horas del curso						64 h		

13) EVALUACION:

- La evaluación final fue un examen teórico integrador (previamente aplicado) para determinar el aumento o no de los conocimientos sobre esta patología.

14) BIBLIOGRAFIA

- Cuba. Ministerio de Salud Pública. Programa para la reducción del bajo peso al nacer. Programa de atención Materna Infantil. La Habana: Editorial Ciencias Médicas 2003:3.
- Águila SS, Álvarez LC, Cabezas CE. Manual de Procedimientos de diagnóstico y tratamiento en obstetricia y perinatología. La Habana: Editorial Ciencias Médicas,2001:376.

CAPITULO 3 ANALISIS Y DISCUSIÓN DE LOS RESULTADOS

Identificación del conocimiento sobre bajo peso al nacer. en Médicos y Enfermeras del policlínico de Ceballos.

Tabla 1: Nivel de conocimientos sobre definición del bajo peso al nacer antes y después de la intervención educativa, en los médicos y enfermeros de la familia del policlínico comunitario de Ceballos en el período comprendido de enero de 2007 hasta enero de 2008.

Nivel de conocimiento	Intervención educativa			
	Antes		Después	
	No.	%	No.	%
Alto	2	4,5	39	88.6
Medio	14	31,9	5	11.4
Bajo	28	63.6	-	-
Total	44	100.0	44	100.0

Fuente: Encuestas aplicadas

En la tabla 1 se distribuyen a los profesionales según nivel de conocimientos sobre el bajo peso al nacer antes y después de la intervención educativa demostrándose que antes de la misma el mayor número de los profesionales tenían conocimientos bajos con 63.2% para 28 profesionales y luego de la estrategia de intervención el 88.6% de la muestra para un total de 39, obtuvieron conocimientos altos sobre el tema.

Bajo peso al nacer es un término que se utiliza para describir a los RN que nacen con un peso menor a los 2.500 gramos. Sobre 7 por ciento de todos los recién nacidos en Estados Unidos tienen bajo peso al nacer (34). El índice global de estos RN muy pequeños en Estados Unidos está aumentando y se debe, principalmente, a la mayor cantidad de RN de partos múltiples, que son más proclives a nacer prematuramente y con menor peso. Más de la mitad de estos RN tienen bajo peso al nacer, en comparación con apenas el 6 por ciento de RN de partos de un único feto (35).

Los RN con bajo peso al nacer son mucho más pequeños que los que nacen con un peso normal. Son muy delgados, con tejido adiposo escaso y su cabeza se ve más grande que el resto del cuerpo.

No se encontraron estudios de referencias a nivel nacional para establecer puntos de contactos entre estudios.

Tabla 2: Nivel de conocimientos sobre la etiología, antes y después de la intervención educativa.

Nivel de conocimiento	Intervención educativa			
	Antes		Después	
	No.	%	No.	%
Alto	7	15,9	40	90,9
medio	7	15,9	4	9,1
Bajo	30	68,2	-	-
Total	44	100,0	44	100,0

Fuente: Encuestas aplicadas

La tabla No. 2 distribuye a los profesionales según nivel de conocimiento sobre la etiología del bajo peso al nacer antes y después de la intervención educativa, demostrándose que 30 de ellos para un 68,2% alcanzaron conocimientos bajos antes de la misma y después de la estrategia educativa el 90,9% alcanzó un nivel alto, para un total de 40 profesionales. Es oportuno señalar que después de la intervención no se calificó niveles bajos de conocimientos sobre el cuadro clínico de la entidad objeto de estudio.

La causa principal del bajo peso al nacer es el Pre-termino. Al nacer prematuramente, el RN permanece menos tiempo en el útero materno para crecer y aumentar de peso. Éste es el problema, ya que es durante la etapa final del embarazo cuando el aumento de peso del RN es más pronunciado.

Otra de las causas del bajo peso al nacer es la restricción del crecimiento intrauterino. Esto se produce cuando un RN no crece normalmente durante el embarazo debido a problemas con la placenta, la salud de la madre o los defectos congénitos. Un RN puede tener RCIU y nacer a término (37 a 41 semanas). Estos RN pueden ser físicamente maduros pero débiles. Los Pre-termino también pueden padecer RCIU, ya que son muy pequeños y, además, son físicamente inmaduros. (36-38).

Tabla 3: Nivel de conocimientos sobre la fisiopatología antes y después de la intervención educativa.

Nivel de conocimiento	Intervención educativa			
	Antes		Después	
	No.	%	No.	%
Alto	7	15,9	34	77,3
Medio	7	15,9	10	22,7
Bajo	30	68,2	-	-
Total	44	100.0	44	100.0

Fuente: Encuestas aplicadas

La tabla 3 distribuye a los profesionales según nivel de conocimiento sobre la fisiopatología antes y después de la intervención educativa, se observó que antes de la misma el 68,2% para un total de 30 profesionales obtuvieron conocimientos bajos y luego de la intervención el 77,3% de la muestra elevó sus conocimientos para un nivel alto con un total de 34 profesionales. No se obtuvo nivel bajo de conocimiento después de la intervención.

Un RN que nace con bajo peso corre riesgo de sufrir complicaciones. Su pequeño cuerpo no es muy resistente, por lo que es posible que presente dificultades para alimentarse, aumentar de peso y para combatir las infecciones. Debido a su tejido adiposo escaso, estos RN también suelen tener complicaciones para mantener el calor en temperaturas normales.

Como muchos de estos RN también son, puede resultar difícil diferenciar los problemas provocados por la prematurez de los problemas debidos al hecho de ser muy pequeños. En general, cuanto menor es el peso al nacer, mayores son los riesgos de sufrir complicaciones. A continuación se enumeran algunos de los problemas frecuentes de los RN con bajo peso al nacer:

- Hipoxia
- Hipotermia
- dificultad para alimentarse y para aumentar de peso
- infecciones
- problemas respiratorios como por ejemplo, el síndrome de dificultad respiratoria.
- problemas neurológicos como por ejemplo, la hemorragia intraventricular
- problemas gastrointestinales como por ejemplo, la enterocolitis necrotizante
- síndrome de muerte súbita del lactante

Casi todos los RN con bajo peso al nacer necesitan atención especializada en la Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales (UCIN) hasta que logren aumentar de peso y se encuentren en condiciones de ir a casa. Afortunadamente, los RN que pesan entre 1501 y 2500 gramos tienen mucho mas posibilidades de sobrevivir (39).

Tabla 4: Nivel de conocimientos sobre epidemiología antes y después de la intervención educativa.

Nivel de conocimiento	Intervención educativa			
	Antes		Después	
	No.	%	No.	%

Alto	10	22,7	44	100,0
Bajo	34	77,3	-	-
Total	44	100.0	44	100.0

Fuente: Encuestas aplicadas

La tabla No.4 distribuye a los profesionales según nivel de conocimiento sobre epidemiología antes y después de la intervención educativa, se observó que antes de la misma el 77,3% de la muestra para un total de 34 profesionales de la salud obtuvieron conocimientos bajos y después de la intervención el 100,0% de la muestra elevaron sus conocimientos al nivel alto. Es importante que el profesional de la atención primaria de salud sea capaz de detectar esta afección de forma temprana mediante el programa nacional de pesquiasaje. **la raza** Las probabilidades de nacer con bajo peso son dos veces mayores en los RN afroamericanos que en los caucásicos. **la edad** Las madres adolescentes (especialmente las menores de 15 años) corren mayor riesgo de tener un RN con bajo peso al nacer. **los partos múltiples** Debido a que suelen ser Pre-termino, los RN de partos múltiples corren mayor riesgo de tener bajo peso al nacer. De hecho, más de la mitad de los mellizos y otros RN múltiples nacen con bajo peso. **La salud de la madre** Los RN de las madres que están expuestas a drogas, alcohol y cigarrillos tienen más probabilidades de nacer con bajo peso. También es muy probable que las madres de bajo nivel socioeconómico tengan una nutrición insuficiente durante el embarazo, cuidados prenatales inadecuados y complicaciones en el embarazo, factores que pueden contribuir al bajo peso al nacer (1,26,40,41).

Tabla 5: Nivel de conocimientos sobre aspectos diagnósticos, antes y después de la intervención educativa.

Nivel de conocimiento	Intervención educativa			
	Antes		Después	
	No.	%	No.	%
Alto	5	11,4	34	77,3
Medio	15	34,1	10	22,7

Bajo	24	54,5	-	-
Total	44	100.0	44	100.0

Fuente: Encuestas aplicadas.

En la tabla 5 se exponen los resultados en cuanto al nivel de conocimientos sobre aspectos diagnósticos en los profesionales de la salud, se observa que antes de la intervención el 54,5% de los mismos tenían un nivel bajo de conocimientos sobre el tema, mientras que después de la intervención el 77,3% de los profesionales lograron elevar su nivel de conocimientos, no mostrando bajos niveles de conocimientos.

El peso que tendrá un RN al nacer se puede calcular de distintas maneras durante el embarazo. Por ejemplo, se puede medir la altura uterina. Esta medida en centímetros generalmente coincide con la cantidad de semanas de gestación después de la semana 20. Si la cifra es baja para la cantidad de semanas, es posible que el bebé sea más pequeño que lo previsto. La ecografía es el método más exacto para calcular el tamaño fetal. Se puede a través de la biometría fetal medir DBP, perímetro abdominal del feto, y comparar los resultados con una tabla de crecimiento para calcular su peso. Los RN se pesan durante las primeras horas después del nacimiento y la cifra se compara con su edad gestacional y se registra en los antecedentes médicos. Un peso menor que 2500 gramos se diagnostica como bajo peso al nacer. En cambio, un RN que pesa menos de 1500 gramos, recibe un diagnóstico de muy bajo peso al nacer (41).

Tabla 6: Nivel de conocimientos sobre tratamiento y prevención antes y después de la intervención educativa.

Nivel de conocimiento	Intervención educativa			
	Antes		Después	
	No.	%	No.	%
Alto	10	22,7	44	100,0
Bajo	34	77,3	-	-
Total	44	100.0	44	100.0

Fuente: Encuestas aplicadas

La tabla.6 distribuye a los profesionales según nivel de conocimiento sobre tratamiento y prevención antes y después de la intervención educativa, se observó que antes de la misma el 77,3% de la muestra para un total de 34 profesionales de la salud obtuvieron conocimientos bajos y después de la intervención el 100,0% de la muestra elevaron sus conocimientos al nivel alto.

El tratamiento específico para el bajo peso al nacer será determinado por el médico de su RN basándose en lo siguiente:

- la edad gestacional de su RN, su estado general de salud y los antecedentes médicos
- la tolerancia de su RN a ciertos medicamentos, procedimientos o terapias
- su opinión o preferencia

El cuidado de los RN con bajo peso al nacer suele incluir:

- cuidados en la UCIN
- cunas térmicas
- alimentación especial, en ocasiones con una sonda naso-gástrica, si el RN no puede succionar
- otros tratamientos para las complicaciones

Los RN con bajo peso al nacer normalmente "recuperan" el crecimiento físico si no hay otras complicaciones. Sin embargo, es posible que se los derive a programas especiales de seguimiento de la salud (5,40,43,44,45).

Debido a los formidables avances en el cuidado de los RN enfermos y pre-términos, a pesar de nacer antes de término y ser muy pequeños, cada vez más RN logran sobrevivir. Sin embargo, la prevención de nacimientos prematuros es una de las mejores maneras de evitar el bajo peso al nacer.

El cuidado prenatal es un factor clave en la prevención de nacimientos prematuros y RN con bajo peso al nacer. En las consultas prenatales, se

controla la salud tanto de la madre como del feto. Dado que la nutrición y el aumento de peso maternos están vinculados con el aumento de peso fetal y el peso al nacer, es fundamental seguir una dieta saludable y aumentar de peso durante el embarazo. Las madres también deberían evitar el alcohol, los cigarrillos, y las drogas, ya que estos factores pueden contribuir a un crecimiento fetal deficiente, entre otras complicaciones (46,47).

Tabla 7: Nivel de conocimientos general sobre el bajo peso al nacer antes y después de la intervención educativa.

Nivel de conocimiento	Intervención educativa			
	Antes		Después	
	No.	%	No.	%
Alto	-	-	37	84.1
Medio	-	-	7	15.9
Bajo	44	100.0	-	-
Total	44	100.0	44	100.0

Fuente: Encuestas aplicadas

Resultados: $p = 0.001$ $\alpha = 0.05$ Entonces ($p < \alpha$)

La tabla 7 distribuye a los profesionales según el nivel de conocimientos general sobre el bajo peso al nacer antes y después de la intervención educativa se demostró que antes de la misma el 100.0% de la muestra para un total de 44 profesionales de la salud tenían conocimientos bajos sobre esta patología y después de la intervención educativa el 84.1% alcanzó el nivel alto de conocimientos para un total de 37 profesionales y solamente el 15.9% (7 profesionales) alcanzaron niveles medio de conocimientos en general.

Al realizar el análisis estadístico de la comparación de medias y comparando ambos momentos buscando comprobar la efectividad de la intervención aplicada encontramos los siguientes resultados:

MOMENTOS	MEDIA	DESVIACIÓN TÍPICA.	INTERVALO DE CONFIANZA
ANTES	58,7	15,2	(57,4; 59,2)
DESPUES	94,8	11,0	(90,8; 96,7)

La media para el primer momento (antes de la intervención) fue de 58.7 por lo que clasifica a los encuestados en la categoría de nivel bajo, ya en un segundo momento (después de la intervención) la media es de 94.8 lo que los clasifica en la categoría de nivel alto.

Al obtener el resultado de la probabilidad asociada al estadígrafo de prueba (p) $p = 0.001$ como este resultado es menor que el nivel de significación utilizado $\alpha = 0.05$, ($p < \alpha$) se rechaza la hipótesis nula (H_0), y se acepta la alternativa (H_1) por lo que la intervención educativa elevó el nivel de conocimientos de los profesionales de la salud en cuanto al bajo peso al nacer, esto se complementa si observamos los intervalos de confianza calculados donde la media se encuentra en el mismo intervalo; pudiendo entonces afirmar con una confiabilidad del 95% que las medias difieren en ambos momentos por lo que reafirmamos que la intervención aplicada fue efectiva y se cumplió con el objetivo propuesto en nuestra investigación. (ver anexo 6).

CONCLUSIONES

En este trabajo podemos concluir que antes de aplicar la intervención educativa, los profesionales de la salud del Policlínico Ceballos, tenían bajo nivel de conocimientos sobre el bajo peso al nacer, conocimiento que se incrementó luego de impartir el programa, pasando la mayor cantidad de encuestados al nivel alto, por lo que la intervención aplicada fue efectiva para ese grupo de profesionales.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS:

1. Cuba. Ministerio de Salud Pública. Programa para la reducción del bajo peso al nacer. Programa de atención Materna Infantil. La Habana: Editorial Ciencias Médicas 1983:3.
2. Águila SS, Álvarez LC, Cabezas CE. Manual de Procedimientos de diagnóstico y tratamiento en obstetricia y perinatología. La Habana: Editorial Ciencias Médicas, 2005:376.
3. Águila VJ, Romero PM, Ojeda del VM. Factores de riesgo asociados con el bajo peso al nacer. Municipio Boyeros 1994-1995. Rev. Cubana Hig Epidemiol 2008; 37 (3):122-6.
4. Ortiz SO, Felipe FJ. Influencia del bajo peso al nacer en el estado de salud durante el primer año de vida. Rev Cubana Pediatr 2007; 69 (3-4):187-89.
5. Robert L, Galdberg MD. The prevention of low birth weight and STD secuelae. Prev Med 2005; 3:622-631.
6. Martínez de AJ, Sarmiento BG, Won HY. El bajo peso al nacer y su relación con los antecedentes Obstétricos. Municipio San Miguel del Padrón. Año 1987. Rev Cubana Med Gen Integr 2008; 39: 356-62.
7. Jay D, Lams MD, France F, Jonson RN. Prevención del Parto Pretérmino: Cirugía Ginecológica. Clin Obstet Ginecol Norteam 2008: 507-15, 537-59.
8. Cuba. Ministerio de Salud Pública. Grupo Nacional de Obstetricia y Ginecología. Manual de Procedimientos de diagnóstico y tratamiento en obstetricia y perinatología. La Habana: Editorial Ciencias Médicas, 2007: 193-95.
9. Pérez ER, Pollit E. Causas y Consecuencias del retraso del crecimiento intrauterino en América Latina. Bol Off Sanit Panam 20099; 112 (6): 437-72.
10. Cuba. Ministerio de Salud Pública. Programa para la reducción del bajo peso al nacer. Programa de Atención Materna Infantil. La Habana: Editorial Ciencias Médicas, 2003:1-3.

11. Kim B. Family Health International. Network esp. Los hombres y la planificación familiar. Octubre 2007;7(3):4-7
12. Blow RW, MD. Adolescent sexual decision-making. Contracepcion, pregnancy, abortion, motherhood. Pediatrics Annals II 2008;4(10):10-22.
13. Lemus LE, Lima EE, Batista MR. Bajo Peso al Nacer, crecimiento y desarrollo en el Primer año de Vida. Rev Cubana Med Gen Integr, 2007; 13 (12):150-8.
14. Hernández CF, López del Castillo SJ, González VJ, Acosta CN. El recién nacido de bajo peso. Comportamiento de algunos factores de riesgo. Rev Cubana Med Gen Integr 2006; 12(1):44-9.
15. Cuba de la CM, Reyes ÁR. Martínez MP. Bajo Peso al Nacer y algunas entidades clínicas agregadas al embarazo. Rev Cub Med Gen Integr 2008; 8(2): 106-10.
16. Renick M. Developmental Intervention for low weight infants: Improved early developmental outcome. Pediatrics 2009; 80: 68-74.
17. Mc. Cormick M. The contribution of low birth weight to infant mortality and childhood mortality. Engl J Med 2005; 312: 82-90.
18. Boerma JT, Weinstein KI, Ruststein SD. Datos sobre el Peso al Nacer en Países en desarrollo: ¿Son útiles las Encuestas? Rev Panam Salud Pública 2007; 3(2): 88-95.
19. Moreno VO. Mortalidad Infantil en Cuba con Especial Atención al Recién Nacido con Bajo Peso. Rev Cubana Pediatr 2008; 60(6): 889-97.
20. Resnik M. Outcome of infants of very low birth weight infants. Improved early developmental outcome. Pediatrics 2007; 80: 68-74.
21. Cuba. Ministerio de Salud Pública. Programa para la reducción del bajo peso al nacer. Programa de Atención Materna Infantil. La Habana: Editorial Ciencias Médicas, 2008:5-12.
22. Córdova VL. Práctica Pediátrica en Cuba. La Habana: Editorial Pueblo y Educación, 1996; T1: 1-9.
23. FAO: Epidemiological Bulletin Vol 21, Nro 4, Special Program for Health Analysis. Regional Core Health Information System. Washington DC, 2007.

24. Pérez GB. Bajo peso al nacer y embarazo en la adolescencia en cinco consultorios del médico de la familia. *Rev Cubana Med Gen Integr* 2005; 11(3): 239-45.
25. Prado OL, Ramirez RM, Vaillant SG. Bajo peso al nacer. Enfoque clínico, epidemiológico y social. *Rev Cubana Med Gen Integr* 2006; 12(3): 242-47.
26. Botman W. Factores de riesgo de bajo peso al nacer. *Rev Panam Salud Pública* 2006; 3(5): 314-21.
27. Morales SY. Factores de riesgo de bajo peso al nacer. Municipio Bolivia. Tesis de grado 1997-1998.
28. Deshmukh JS, Mothcore DD, Lod-Pey SP. Low birth weight and associated maternal factors in an urban area. *Dudian Pediatr.* 2007-Jun; 35(1):33.
29. Cuba M; Reyes R. Bajo Peso al Nacer y Edad Materna. *Rev Cubana Med Gen Integr* 2003; 8: 306-10.
30. Hornett ED. Support dieting Pregnancy for Women at increase of low birth weight babies. Oxford: The Cochrane Library Issue 2, 2006.
31. Pauwels J, Lonsdorf D, Hueston WJ, Eilers G. The effectiveness of preterm birth prevention with educational programs for high risk women: A metanalysis. *Obstetr Gynecol* 2008; 86: 705-712.
32. Kramer MS. Isocaloric balanced protein supplementation in pregnancy. Oxford: The Cochrane Library Issue 1, 2006.
33. Kramer MS. Energy protein restriction in pregnancy. Oxford: The Cochrane Library Issue 1, 2009.
34. Brocklehurst P, Hannah M, Mc Donald H. Interventions for treating bacterial vaginosis in pregnancy. Geneve: Reproductive health. Library number 3, 2006.
35. Romero R, Oyarzum E, Mazur M, Sirtori M, Hobbins J, Bracken M. Metanalysis of relationship between asymptomatic bacteriuria and preterm delivery / low birth weight. *Obstetr Gynecol* 2009; 73: 4576-4582.
36. Zanoletti MG. Factores que inciden en el bajo peso al nacer. Morón. Facultad de Ciencias Médicas, 1986.

37. Morales Torres D. Factores Epidemiológicos relacionados con el Bajo Peso al Nacer. Trabajo de terminación de la residencia. Facultad de Ciencias Médicas. Morón, 1996.
38. Noel NN, Álvarez JD. Factores de riesgo de malnutrición fetal en un grupo de madres y neonatos guatemaltecos. Bol Of sanit Panam 2009; 110: 93-115.
39. Belizun JM, Norden JC, Conali G. Factores de riesgo de bajo peso al nacer en un grupo de embarazadas de Rosario, Argentina. Bol Of Sanit Panam 2007; 106(5): 380-8.
40. Fernández RV. Morbimortalidad neonatal del bajo peso al nacer en el Hospital General Provincial de Morón año 1993. Facultad de Ciencias Médicas, 1996.
41. Bell R, Sumley J. How birth weight and socioeconomic status: Public Health 2009; 16(1): 15-9.
42. Bortman M. Factores de riesgo de bajo peso al nacer. Rev Panam Salud Pública 2009; 3(5): 114-21.
43. Otterbad O, Lawson PM, Goldenberg RL. Determinants of poor pregnancy outcomes among teenagers in Sweden: Obstet Gynecol 2007; 83(3): 417-57.
44. Gómez GM. Morbimortalidad en un servicio de prematuros. Bal Med Infant Méx 2009; 43:294-9.
45. Lugones BM. Córdova AM. Análisis del bajo peso en la atención primaria. Rev Cubana Med Gen Integr 2005; 11(4): 332-36.
46. Chaviano QJ, López SD. Riesgo nutricional preconcepcional y peso al nacer. Centro Provincial de Higiene y Epidemiología de Cienfuegos. Rev Cubana Aliment Nutr 2006;14(2):94-9.
47. Sarmiento BG, Pagola LJ, Oramas HL, González AA. Importancia de los antecedentes maternos en el recién nacido bajo peso. Rev Cubana Med Gen Integr 2008;16(5):502-7.

ANEXOS

ANEXO 1

Carta de consentimiento informado.

Yo: _____ estoy de acuerdo
a participar en la investigación

Se me ha explicado minuciosamente los objetivos y procedimientos del estudio;
así como que seré seleccionado para la aplicación de técnicas afectivo –
participativas y que mi incorporación será voluntaria.

Al firmar este documento autorizo que se me incluya en la investigación y para
que así conste firmo el mismo a los _____ días del mes _____
de 2007.

Firma del participante.

Firma del Investigador

Anexo III

Operacionalización de las variables.

Variable	Clasificación	Categoría	Técnica
Especialidad	Cualitativa nominal	Enfermería Medicina	Porcientos
Nivel de conocimiento sobre definición del bajo peso al nacer.	Cualitativa ordinal	Alto Medio Bajo	Porcientos
Nivel de conocimiento sobre causa	Cualitativa ordinal	Alto Medio Bajo	Porcientos
Nivel de conocimiento sobre a quien afecta	Cualitativa ordinal	Alto Medio Bajo	Porcientos
Nivel de conocimiento sobre por que es un problema el BP	Cualitativa ordinal	Alto Medio Bajo	Porcientos

Operacionalización de las variables. (Continuación)

Variable	Clasificación	Categoría	Técnica
-----------------	----------------------	------------------	----------------

Nivel de conocimiento sobre diagnostico del BP	Cualitativa ordinal	Alto Medio Bajo	Porcientos
Nivel de conocimiento sobre tratamiento del BP	Cualitativa ordinal	Alto Medio Bajo	Porcientos
Nivel de conocimiento sobre prevención	Cualitativa ordinal	Alto Medio Bajo	Porcientos

ANEXO 4

Clave de evaluación general para las encuestas.

Se le asignó 1 punto a cada pregunta correcta de la entrevista .Luego se sumaron todos los puntos para ver el total de posibilidades (25 puntos) y a ese valor se le halló el 90% que correspondió con la categoría de alto entre 75 y 89 medio menos de 70 bajo.

La evaluación quedó constituida de la siguiente forma:



Anexo V

POLICLÍNICO CEBALLOS

1) TITULO: Actualización sobre bajo peso al nacer.

2) FUNDAMENTACION:

- El Ministerio de Salud Pública se encuentra en todo un proceso de perfeccionamiento, como parte de este proceso, un elemento importante es la capacitación sobre el bajo peso al nacer es por esto que se diseñó este curso para enfrentar más efectivamente esta patología.

3) OBJETIVO GENERAL:

Elevar el nivel de conocimiento de los profesionales de la salud sobre el bajo peso al nacer.

OBJETIVOS ESPECIFICOS:

- Presentación del programa.
- Definición
- Etiología
- Epidemiología
- Fisiopatología
- Diagnóstico
- Tratamiento
- prevención
- Cierre y evaluación

4) REQUISITOS DE INGRESOS:

- Médicos Generales, MGI, enfermeros (as), técnicos de la salud.

5) DURACION:

- 4 frecuencias (1 vez por semana, todos los Martes y Miércoles, por la tarde a partir de la 1.30 hasta las 5:30 p.m. desde el 6/1/07 hasta 28/10/07)

6) MODALIDAD:

- Curso Municipal

7) PERFIL DEL EGRESADO:

- El egresado de este curso contará con el conocimiento necesario para la detección y el diagnóstico del bajo peso al nacer, así como otros aspectos generales relacionados con esta entidad.

8) ESTRUCTURA DEL PLAN DE ESTUDIO Y ASPECTOS ORGANIZATIVOS:

SEMANAS LECTIVAS: 1

FRECUENCIA SEMANAL: 1 vez por semana (todos los Martes y Miércoles) hasta tener 4 frecuencias.

TOTAL DE HORAS: 64 horas

Se realizará en el municipio fundamentalmente en la APS con una matrícula de 44 profesionales de la salud en la semana lectiva del curso, formando dos grupos de 22.

El mismo se planificará de la siguiente forma:

Cursos	Fecha de inicio	Fecha de terminación
Primera vez	6/1/07	28/10/08

PROGRAMA ANALITICO:

Todos los temas que son tratados en el curso se han preparados con aplicación a Situaciones problemas de salud en relación con la metodología de OMS para el control de enfermedades de los principios de la epidemiología

SEDE: Policlínico Ceballos.

TEMA 1, Presentación del programa

Objetivos:

4. Presentación de los participantes y el programa.
5. Aplicación a la encuesta
6. Cierre

Orientación metodológica:

Crear un ambiente de confianza, desinhibición, establecer reglas del grupo dentro de los profesionales de la salud a capacitar. Aplicar encuesta para medir conocimiento de los profesionales. Motivar el próximo encuentro. Para este tema utilizamos clase taller y video.

Bibliografía

3. Cuba. Ministerio de Salud Pública. Programa para la reducción del bajo peso al nacer. Programa de atención Materna Infantil. La Habana: Editorial Ciencias Médicas 2003:3.
4. Águila SS, Álvarez LC, Cabezas CE. Manual de Procedimientos de diagnóstico y tratamiento en obstetricia y perinatología. La Habana: Editorial Ciencias Médicas,2001:376.

Tarea del tema.

Investigar acerca de la incidencia en nuestro país del bajo peso al nacer.

TEMA 2: Factores de riesgos y cuadro clínico del cáncer de mamas.

Objetivos:

5. Factores de riesgos del bajo peso al nacer.
6. Definición
7. Etiología
8. Epidemiología

Orientación metodológica:

Factores de riesgos del bajo peso al nacer; así como Definición, etiología. Para darle cumplimiento a este tema utilizamos clase taller y entre los medios de enseñanza nos apoyamos en: pizarra, computadora y láminas ilustrativas.

Tareas para el tema.

Investigar acerca de la fisiopatología y diagnostico del bajo peso al nacer.

Bibliografía

3. Cuba. Ministerio de Salud Pública. Programa para la reducción del bajo peso al nacer. Programa de atención Materna Infantil. La Habana: Editorial Ciencias Médicas 2003:3.

4. Águila SS, Álvarez LC, Cabezas CE. Manual de Procedimientos de diagnóstico y tratamiento en obstetricia y perinatología. La Habana: Editorial Ciencias Médicas,2001:376.

TEMA 3: Fisiopatología, diagnóstico, tratamiento y prevención del bajo peso al nacer.

Objetivos:

5. Principales métodos diagnósticos.
6. Detección temprana.
7. Aspectos generales del examen físico, complementarios y pilares del tratamiento del bajo peso al nacer.
8. Prevención

Orientación metodológica:

Crear en los profesionales de la salud conocimientos acerca Principales métodos diagnósticos, Detección temprana, Aspectos generales del examen físico, complementarios y pilares del tratamiento del bajo peso al nacer. Para darle cumplimiento a este tema utilizamos clase taller y entre los medios de enseñanza nos apoyamos: pizarra, computadora, videos y láminas ilustrativas.

Bibliografía

5. Cuba. Ministerio de Salud Pública. Programa para la reducción del bajo peso al nacer. Programa de atención Materna Infantil. La Habana: Editorial Ciencias Médicas 2003:3.
6. Águila SS, Álvarez LC, Cabezas CE. Manual de Procedimientos de diagnóstico y tratamiento en obstetricia y perinatología. La Habana: Editorial Ciencias Médicas,2001:376.

TEMA 4: Cierre y evaluación

Objetivos:

1. Reafirmación del contenido.
2. Aplicación de la encuesta.

Orientación metodológica:

Reafirmar los conocimientos sobre el bajo peso al nacer. Aplicar nuevamente la encuesta para determinar conocimientos después de la estrategia educativa. Para lo cual utilizamos los siguientes medios de enseñanza: videos, pizarra.

9) METODOS:

- Clase taller.

10) RECURSOS Y MEDIOS DE ENSEÑANZA:

- Pizarra y plumones
- Documentos bibliográficos, protocolos y artículos para estudio,
- Computadora, moden, vídeo y scanner para obtener información actualizada de bases de datos bibliográficas.

11) CLAUSTRO:

Dr Erasmo Rodríguez Consuegra . Especialista de Primer Grado en MGI y Ginecología y Obstetricia .

12) ESTRATEGIA

PROGRAMA DE CLASES (anexo 3)

Tema	Contenido	Tipo de enseñanza				Total de Horas	Medios de enseñanza.	Fecha
		Conf.	CTP	Sem	Taller			
1	Presentación del programa. Creando un ambiente de confianza, desinhibición, establecer reglas del grupo dentro de los adolescentes a capacitar. Aplicar encuesta para medir conocimiento de los mismos. Motivar el próximo encuentro.				4h	4h	Video	6/1/07 (1ra) 7/1/07 (2da)
2	Factores de riesgos del bajo peso al nacer. Definición Etiología Epidemiología				4h	4h	Pizarra, computadora y láminas ilustrativas.	13/2/07 (1ra) 14/2/07 (2da)

3	Principales métodos diagnósticos. Detección temprana. Aspectos generales del examen físico, complementarios y pilares del tratamiento del bajo peso al nacer. Prevención				4h	4h	Pizarra, computadora, videos y láminas ilustrativas.	20/3/07 (1ra) 21/3/07 (2da)
4	Reafirmación del contenido. 2. Aplicación de la encuesta				4h	4h	Videos, pizarra.	27/4/07 (1ra) 28/4/07 (2da)
Total					16h	16 h		
Total de horas del curso						64 h		

13) EVALUACION:

- La evaluación final fue un examen teórico integrador (previamente aplicado) para determinar el aumento o no de los conocimientos sobre esta patología.

15) BIBLIOGRAFIA

- Cuba. Ministerio de Salud Pública. Programa para la reducción del bajo peso al nacer. Programa de atención Materna Infantil. La Habana: Editorial Ciencias Médicas 2003:3.
- Águila SS, Álvarez LC, Cabezas CE. Manual de Procedimientos de diagnóstico y tratamiento en obstetricia y perinatología. La Habana: Editorial Ciencias Médicas,2001:376.

Anexo VI

Estadísticos

		Antes de la intervención	Después de la intervención
N	Válidos	44	44
	Perdidos	0	0

Antes de la intervención

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	A	36	58.1	58.1	58.1
	b	26	41.9	41.9	100.0
	c	62	100.0	100.0	

Después de la intervención

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	A	59	95.2	95.2	95.2
	B	3	4.8	4.8	100.0
	C	62	100.0	100.0	

Pruebas no paramétricas

Prueba de los rangos con signo de Wilcoxon para demostrar el nivel de conocimiento antes y después de la intervención según complicaciones.

Rangos

		N	Rango promedio	Suma de rangos
Después de la intervención - Antes de la intervención	Rangos negativos	24(a)	13.00	312.00
	Rangos positivos	1(b)	13.00	13.00
	Empates	37(c)		
	Total	62		

a Después de la intervención < Antes de la intervención

b Después de la intervención > Antes de la intervención

c Después de la intervención = Antes de la intervención

Estadísticos de contraste(b)

	Después de la intervención - Antes de la intervención
Z	-4.600(a)
Sig. asintót. (bilateral)	.000

a Basado en los rangos positivos.

b Prueba de los rangos con signo de Wilcoxon.

ANEXO II

Encuesta

Tu participación en esta investigación será muy útil. Necesitamos que respondas cada una de las preguntas cuidadosamente después de leerlas y pensar cual es la mejor respuesta y cual es tu criterio personal. (Marcar la respuesta con una X).

1. **Edad** : ____ años

2. **Sexo**: M ____ F ____

3. **Profesión**: 3.1: ____ Médico

3.2: ____ Enfermero (a)

4. **Años de experiencia**: 4.1: _____ Menos de 5 años

4.2: _____ 5 a 10 años

4.3: _____ Más de 10 años.

5- ¿Qué es el bajo peso al nacer?

5.1 ____ Bajo peso al nacer es un término que se utiliza para describir a los RN que nacen con un peso menor a los 2.500 gramos.

5.2 ____ Bajo peso al nacer es un término que se utiliza para describir a los RN que nacen con un peso menor a los 2.500 gramos y con edad gestacional superior a 37 semanas.

5.3 ____ Bajo peso al nacer es un término que se utiliza para describir a los RN que nacen con un peso menor a los 2.000 gramos independientemente a la edad gestacional.

6-¿Cuáles son las causas del bajo peso al nacer?

6.1___ La causa principal del bajo peso al nacer es el nacimiento prematuro.

6.2___ Otra de las causas del bajo peso al nacer es la restricción del crecimiento intrauterino.

6.3___ todas las anteriores.

7- ¿Qué factores influyen en el bajo peso al nacer?

7.1___ la raza

7.2___ la edad

7.3___ los partos múltiples

7.4___ la salud de la madre

7.5___ todas las anteriores.

8-¿Cómo se diagnostica el bajo peso al nacer?

8.1___ altura uterina.

8.2___ La ecografía

8.3___ Los RN se pesan durante las primeras horas después del nacimiento y la cifra se compara con su edad gestacional y se registra en los antecedentes médicos. Un peso menor que 2500 gramos se diagnostica como bajo peso al nacer.

8.4 ___ todas las anteriores.

9- Para Prevenir el bajo peso al nacer diga:

9.1___ Ingresos en hogares maternos.

9.2___ Alimentación adecuada para la madre.

9.3___ Control de los factores de riesgos.

9.4___ Atención prenatal especializada.

9.5____ Todas las anteriores.