

**UNIVERSIDAD DE CIENCIAS MÉDICAS**

**CIEGO DE ÁVILA**

**TÍTULO:** Intervención comunitaria sobre los factores de riesgo asociados al bajo peso al nacer en gestantes del Policlínico Área Norte.

**Autor:** Dr. María del Carmen García Rodríguez.

**2014**

**UNIVERSIDAD DE CIENCIAS MÉDICAS**

**CIEGO DE ÁVILA**

**Título:** Intervención comunitaria sobre los factores de riesgo asociados al bajo peso al nacer en gestantes del Policlínico Área Norte.

**Tesis en opción al título de Especialista en Primer Grado en Medicina General Integral.**

Autor: Dra. María del Carmen García Rodríguez.

Aspirante a especialista de 1er grado en Medicina General Integral.  
Policlínico Docente Área Norte.

Tutor: Dr. Oscar Pórtela Rodríguez.

Especialista 2do grado Neonatología. Profesor Auxiliar. Universidad de Ciencias Médicas Ciego de Ávila.

# PENSAMIENTO

“Y nunca un niño es más hermoso que cuando trae en sus manecitas de hombre fuerte una flor para su amiga”

José Martí

## **AGRADECIMIENTOS**

**A mis padres por la ayuda material y espiritual en la ejecución de todas las tareas investigativas.**

**A los compañeros de estudio por la colaboración brindada.**

**Al MINSAP por brindarme el soporte material y técnico en la ejecución de la investigación.**

**A la Revolución por ser la Patria y la “ventana” hacia mis horizontes médicos.**

## **DEDICATORIA**

Dedico esta tesis al MINSAP y a la Revolución para que la utilice como más falta haga, por muy modesta que sea.

## RESUMEN

Se desarrolló un estudio pre experimental de antes y después en gestantes del primer trimestre del embarazo con el objetivo de incrementar el nivel de conocimientos sobre el bajo peso al nacer, en varios CMF del Policlínico Universitario del Área Norte. En el periodo de septiembre 2013 a mayo 2014. Se estudiaron 4 CMF con un universo de 25 embarazadas en el inicio de la intervención, que luego de aplicar los criterios de inclusión y exclusión se mantuvieron 10 durante la investigación, que representó el grupo de estudio sobre los principales factores de riesgo asociados a BPN. La muestra fue seleccionada a través de un muestreo simple aleatorio. Para lo que se aplicó un cuestionario validado y aprobado por un grupo de expertos de la Universidad de Ciencias Médicas. Luego se diseñó una estrategia de intervención comunitaria, que se le impartió al grupo experimental, la cual se conformó por 3 conferencias y 2 clases prácticas, se volvió a aplicar la encuesta con un intervalo de 5 meses, demostrándose que al principio existía un alto nivel de desconocimiento del tema por las embarazadas y que con la aplicación de las técnicas en el proceso investigativo se logró elevar el nivel de los conocimientos sobre los factores de riesgo del bajo peso al nacer. Se concluyó que la intervención educativa fue de gran utilidad para elevar el nivel de conocimientos de las gestantes. Se recomienda extender la intervención a las demás áreas de salud.

**PALABRAS CLAVE:** BAJO PESO / Nivel de conocimientos, factores de riesgo intervención comunitaria

# ÍNDICE

INTRODUCCIÓN	1
MARCO TEÓRICO	7
MATERIALES Y MÉTODOS	18
RESULTADOS Y DISCUSIÓN	24
CONCLUSIONES	30
RECOMENDACIONES	31
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	32
ANEXOS	37

## INTRODUCCIÓN

El bajo peso al nacer ha constituido un enigma para la ciencia a través de los tiempos, es uno de los grandes problemas de salud pública, y constituye una preocupación mundial, pues influye en la calidad de vida y es un factor de riesgo y segunda causa de mortalidad en la población infantil.(1)

La prevención del bajo peso al nacer (BPN) constituye una prioridad de la salud pública a escala mundial y un poderoso instrumento para la reducción de la mortalidad infantil. (2)

El peso de un niño al nacer es la condición más importante en la posibilidad de sobrevivir, puesto que por debajo de 2 500 g suele causar la muerte de muchos menores de un año y repercutir en su calidad de vida futura; sin embargo, el número de defunciones aumenta en los países en desarrollo, donde no siempre se realiza la estimación ponderal al nacimiento. En América Latina y el Caribe, por ejemplo, no se pesan alrededor de 20 % de los recién nacidos; en otras regiones, los valores oscilan entre 25 y 83 %. Gran parte de los datos disponibles sobre el bajo peso al nacer no representan, por tanto, a la población en general y se trata a menudo de cifras que no reflejan la verdadera amplitud del problema. Se necesitan ingentes esfuerzos encaminados a mejorar y sistematizar esa información. (3)

Durante largo tiempo se sostuvo el criterio que el niño con bajo peso, llamado anteriormente prematuro, no podía sobrevivir; apenas se le prestaba la atención médica indispensable y prácticamente se abandonaba a su suerte. En 1919 se clasificó por primera vez a los recién nacidos según el peso, pero ya en 1947 se relacionó a los de bajo peso con un crecimiento intrauterino retardado (CIUR) y se trató de diferenciarlos de los que nacían de una gestación acortada; en 1960, los expertos de la Organización Mundial de la Salud (OMS) establecieron el término "bajo peso" para todos los niños que pesaban menos de 2 500 g, sin tomar en cuenta su edad gestacional.(4)

Actualmente existen dos categorías de recién nacidos con bajo peso (RNBP):

a) Los que teniendo un tiempo de gestación superior a las 37 semanas, pesan al nacer menos de 2 500 g (CIUR). Este grupo predomina en países con condiciones socioeconómicas desfavorables.

b) Los que no habiendo llegado el término del embarazo, nacen adelantadamente y pesan por debajo de 2500 g (pre término). Estos niños experimentarán progresivamente múltiples problemas, tanto en el período prenatal como en la infancia, la adolescencia y la adultez, dados por trastornos neurológicos en alrededor de 13-24 % y déficit intelectual en 6-13 % de ellos, que repercuten en su adaptabilidad social y calidad de vida.(3)

Se ha comprobado que al menos 50 % de los recién nacidos con bajo peso mueren, fundamentalmente en sociedades tercer mundistas ,si bien otros autores plantean que la mortalidad infantil es 40 veces mayor a expensas de los RNBP cuando se compara con el número de defunciones correspondientes a niños que nacen con peso normal y a término. (4)

El bajo peso al nacer es el índice predictivo más importante de mortalidad infantil y el principal factor desencadenante de las más de 5 millones de muertes neonatales que ocurren anualmente en el mundo. Se enfatiza en el hecho de que para registrar una tasa de mortalidad infantil inferior a 10 x 1 000 nacidos vivos, deviene indispensable que el índice de bajo peso al nacer no exceda de 6 %. Los neonatos con bajo peso al nacer y especialmente por debajo de 1 500 g (muy bajo peso al nacer) determinan 60 % de la mortalidad infantil; al respecto se impone señalar que el niño pre término con bajo peso, tiene un riesgo relativo de morir 11 veces superior al de un homólogo que pesa al nacer 2 500 gramos o más.(4)

El índice de bajo peso al nacer en Cuba, en el 2002, fue de 5,9 %, indicador que la ubica entre los cinco grupos de países con parámetros más bajos en el planeta, aunque no deja de ser un grave problema de salud actual .No se ha divulgado información sobre el particular en la República Bolivariana de Venezuela durante los últimos tiempos. (5)

Es innegable la influencia que el peso al nacer sobre las futuras generaciones, por lo que debe constituir la diana de los esfuerzos que el médico y la enfermera de la familia deben desarrollar en su prevención. (6)

La causa del BPN es de muy variada índole y se atribuye a factores maternos, fetales y ambientales, no de carácter absoluto, pues difieren de un lugar a otro; sin embargo, en ello influye de manera especial el nivel de desarrollo socioeconómico. En la comunidad de Ma´Vieja, el BPN es un problema de salud, a menos en cuanto a su importante repercusión sobre los indicadores evaluativos que se trazan en un programa materno infantil como el que se aplica en Cuba, por ejemplo: en los últimos dos años, se ha apreciado una tendencia al incremento de los índices que se estiman en este programa, así como una significativa morbilidad en dicho grupo, sobre todo relacionada con la incidencia de infecciones respiratorias agudas y diarreas, unido al hecho de que el estado clínico es más desfavorable que en los niños normo peso al nacer. Al respecto se han practicado muchos planes de acciones, pero fundamentados en la simple observación de algunos factores pre disponentes, posiblemente vinculados al bajo peso al nacer.(6)

El bajo peso al nacer se considera en la actualidad una de las causas más importantes de morbi mortalidad perinatal, y es uno de los indicadores más útiles para evaluar los resultados de la atención prenatal, las perspectivas de supervivencia infantil y la salud del niño durante el primer año de vida. Se ha dicho que la mortalidad durante el primer año de vida es 14 veces mayor en los niños que nacen con un bajo peso, que en los que tienen un peso normal al nacimiento.(7)

Hace algunos años Cuba pertenece al grupo de los países en transición epidemiológica avanzada, junto con Canadá, Estados Unidos y Chile, entre otras naciones americanas, en los que la mortalidad infantil y la frecuencia de bajo peso al nacer anuales son bajas. Así, en el año 2002 nacieron en Cuba solo 8 314 niños con un peso menor que 2500 g, por lo que el índice de bajo peso al nacer ese año de 5,9%.(3-2)

El peso al nacer está determinado tanto por la duración de la gestación como por la tasa de crecimiento fetal. Es por eso que en la actualidad el bajo peso al nacer se sub. Clasifica en 2 condiciones: recién nacido pre término, que es el que ha nacido antes de las 37 semanas de gestación (más del 60 % de los casos), y aquel que ha manifestado un crecimiento intrauterino retardado (CIUR), lo cual significa que su peso ha sido menor que el esperado de acuerdo con su edad gestacional (por debajo del décimo percentil o de la segunda desviación estándar para su edad gestacional).(4)

El índice de bajo peso en Cuba mostró un descenso paulatino hasta llegar a un 7.3% en 1989. Desde 1990 las condiciones económicas a que se enfrenta el país repercuten en las posibilidades de nutrición de la población y es por eso que comenzó a aumentar hasta alcanzar su cifra máxima en 1993, cuando llegó a 9.0 %, en 1996 fue de 7,3 %, ocasión en la que el valor más elevado fue en Guantánamo con 8,9 %. (2)

Actualmente se encuentra en 6.8% a partir de las medidas tomadas en los últimos años por la máxima dirección de la Revolución para brindar servicios de salud de excelencia.(8)

Desde hace 2 décadas la APS ha alcanzado una posición relevante en el sistema de salud cubano, y para su desarrollo se han destinado cuantiosos recursos, tanto humanos como materiales. La metodología de trabajo que ha permitido garantizar el logro de los buenos indicadores de salud, en general, que ostentamos, ha sido la realización de programas con lineamientos que deben cumplirse estrictamente, tanto por la APS como por la secundaria, y entre estos está priorizado el Programa Nacional de Atención Materno Infantil, que tiene como uno de sus objetivos fundamentales, reducir la tasa de mortalidad perinatal, a la cual contribuye de forma importante el bajo peso al nacer. Nosotros consideramos que en la prevención del bajo peso al nacer debe jugar un papel esencial el Médico de Familia, dada su condición de insustituible guardián de la salud de nuestras embarazadas y niños.( 8)

El pronóstico de los nacidos con bajo peso es motivo suficiente para tratar de prevenirlo y para ello es importante el conocimiento de sus causas. Algunos autores consideran que este tipo de nacimiento es prevenible en un gran porcentaje si las acciones de salud se inician desde antes de la concepción.(9)

En nuestro país se han invertido infinidad de recursos en la protección de la salud del niño. Todas las maternidades han sido equipadas con aparatos electrónicos modernos y labora en ellas un personal altamente calificado para la atención del neonato. En las estadísticas mundiales se reporta que 1 de cada 10 recién nacidos bajo peso son RNP-EBP y que es muy bajo el porcentaje de todos los nacimientos (menos de 0,7 %). Sin embargo, este grupo constituye el 20 a 50 % de todos los niños que fallecen antes del año de vida.(.8)

En ello incide las diferentes estrategias de intervención que se aplican así como los programas de educación y promoción para la salud que se desarrollan, fundamentales para la prevención, se destacan aspectos que se tienen en cuenta a partir de la definición de salud como el “bienestar físico, mental y social del hombre como resultado de la interacción con el medio ambiente en que se desarrolla (.2)

Justificación en el municipio de Ciego de Ávila en los últimos años existió una disminución del índice de bajo peso al nacer a partir del año 2000,este indicador aumento a 6,8% partir del 2008 en el área de salud del Policlínico Norte, por lo que la autora decidió realizar una investigación para elevar el nivel de conocimientos sobre los factores de riesgo del bajo peso al nacer en gestantes del primer trimestre del embarazo.

El objeto de estudio en esta investigación fueron los factores de riesgo que influyen en el recién nacido y provocan un nacimiento bajo peso en el área de Policlínico norte de Ciego de Ávila.

Con el objetivo general de modificar el nivel de conocimientos sobre los factores de riesgo del bajo peso al nacer pertenecientes al Policlínico Universitario del Área Norte y los objetivos específicos de caracterizar la muestra en estudio según variables socio demográficas. Diseñar, aplicar y validar una estrategia de

intervención basada en los resultados obtenidos en un grupo piloto, además de evaluar el nivel de conocimientos que poseen las embarazadas en el estudio, antes y después de la aplicación de la intervención educativa.

Con la hipótesis de que si aplicamos una estrategia de intervención comunitaria sobre los principales factores de riesgos del bajo peso al nacer se logrará elevar el conocimiento del tema.

#### Fundamento metodológico

Se realizará un estudio pre experimental de tipo antes y después a las embarazadas comprendidas en el primer trimestre del embarazo, en el período de septiembre del 2013 a mayo del 2014 en el área norte de Ciego de Ávila, con el objetivo de determinar el nivel de conocimiento que poseen las mismas sobre el bajo peso.

## MARCO TEÓRICO

El bajo peso al nacer fue propuesto por la Organización Mundial de la Salud como uno de los indicadores para la vigilancia de los progresos de las acciones para el logro de la meta salud para todos. La incidencia en el bajo peso al nacer refleja la capacidad reproductiva de una población y permite pronosticar las posibilidades de sobrevivida y el futuro de los neonatos. (10)

En América Latina el grado de desarrollo alcanzado por la madre guarda estrecha relación con el riesgo que corre su hijo, por eso la ignorancia y la desnutrición son frecuentes entre las madres que aportan un recién nacido pre término y bajo peso al nacer y además se convierten en un agravante en la supervivencia de los mismos, la mortalidad se eleva aún más porque se disponen por los gobiernos

El peso corporal bajo, en el momento de nacer afecta a 1 de cada 14 niños cada año en Estados Unidos, lo que equivale a una incidencia anual aproximada de un 7 %, en el Reino Unido esta es de un 6 %, mientras que en España se encuentra en torno al 5 %. En América Latina, Argentina informó en 1999 que solo el 7 % de sus recién nacidos tuvieron un peso al nacer inferior a 2 500 g,<sup>9</sup> mientras que en Uruguay la incidencia nacional de esta entidad en 2004 fue de 1,8 % y Colombia reporta una prevalencia de bajo peso al nacer de 19,5 %.(3)

Actualmente la tasa de recién nacido bajo peso se considera como un indicador general de salud, por lo cual el Ministerio de Salud Pública cubano (MINSAP) 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 la incidencia del recién nacido bajo peso a sólo 6.0%. (7)

El peso de un niño al nacer es la condición más importante en la posibilidad de sobrevivida, puesto que por debajo de 2 500 g suele causar la muerte de muchos menores de un año y repercutir en su calidad de vida futura; sin embargo, el número de defunciones aumenta en los países en desarrollo, donde no siempre se realiza la estimación ponderal al nacimiento. En América Latina y el Caribe, por ejemplo, no se pesan alrededor de 20 % de los recién nacidos; en otras regiones,

los valores oscilan entre 25 y 83 %. Gran parte de los datos disponibles sobre el bajo peso al nacer no representan, por tanto, a la población en general y se trata a menudo de cifras que no reflejan la verdadera amplitud del problema. Se necesitan ingentes esfuerzos encaminados a mejorar y sistematizar esa información.(7 )

El bajo peso al nacer, se considera a todo neonato con peso menor de 2500 gr, es una de las causas más importantes de la mortalidad infantil y perinatal. Se considera que la mortalidad durante el primer año de vida es 14 veces mayor en los niños que nacen con bajo peso, que en los niños con un peso normal a término.(11)

La atención a la madre embarazada es uno de los objetivos fundamentales para así obtener niños con buen peso al nacer. Múltiples factores se han tratado de relacionar con esta entidad como son: la edad materna, paridad, ganancia de peso durante la gestación, afecciones propias o asociadas al embarazo. (12)

Dentro de los factores de riesgo del bajo al nacer tenemos que decir que obedece a dos causas fundamentales: haber ocurrido un nacimiento antes del término de la gestación (parto pre-término) y tener el feto una insuficiencia de su peso en relación con la edad gestacional, desnutrición intrauterina, crecimiento intrauterino retardado, etc.(13)

El parto pre-término se ha relacionado con la edad muy joven de la madre, la sucesión rápida de los embarazos, la dilatación permanente del cuello uterino y con distintas enfermedades u complicaciones del embarazo .El parto pre término se reconoce en la actualidad como un síndrome heterogéneo, y constituye la causa más importante de morbi mortalidad perinatal, es el responsable del 70 % de las muertes neonatales y del 50 % de los trastornos neurológicos del recién nacido. Asimismo, este se relaciona con gastos importantes en el sector de salud pública. Por su parte, el CIUR también es considerado una entidad heterogénea, que tiene una etiología múltiple, y que se observa en aproximadamente el 3 % de los embarazos, con una mortalidad de 4 a 10 veces mayor en los neonatos afectados por este trastorno, que en los que tienen un peso adecuado para su

edad gestacional. En el momento actual están bien definidos los factores de riesgo del bajo peso al nacer y algunos autores los dividen básicamente en 5 grupos. (14-15)

- Socio - demográficos: entre los que se encuentran las edades extremas, la soltería, el bajo nivel escolar y las condiciones económicas desfavorables.
- Riesgos médicos anteriores al embarazo: se incluye aquí el antecedente de bajo peso al nacer en un embarazo anterior; la presencia de enfermedades crónicas como, hipertensión arterial crónica, diabetes pre gestacional, cardiopatías, asma bronquial, nefropatías; así como la multiparidad y el estado nutricional deficiente al inicio del embarazo.
- Riesgos médicos del embarazo actual: enfermedades y alteraciones dependientes del embarazo, como: toxemia gravídica, anemia, infección urinaria, gestorragias de la segunda mitad, ganancia de peso insuficiente durante la gestación y período Inter genésico corto.
- Cuidados prenatales inadecuados: ya sea porque estos se inicien de forma tardía, o porque el número de controles durante la gestación sea insuficiente (menor que 6).
- Riesgos ambientales y hábitos tóxicos: trabajo materno excesivo, estrés excesivo, tabaquismo, alcoholismo y drogadicción, entre otros. (16)

Un estudio del riesgo obstétrico realizado en Cuba, en 2012, permitió identificar en nuestro país los principales factores de riesgo del bajo peso al nacer, embarazo en la adolescencia, desnutrición de la madre, peso inferior a 100 libras, talla inferior a 150 cm, bajo peso para la talla y ganancia insuficiente. En los países desarrollados el tabaquismo desplaza en orden de importancia a los factores nutricionales. La malnutrición materna aguda e intensa causa una reducción de alrededor del 10 % del peso medio al nacer. El IMC previo a la gestación tiene una relación directa con el peso del recién nacido siendo más bajo en las mujeres con IMC menores de 19. (17)

El estado nutricional desfavorable de la embarazada ya sea al comienzo o al

término de la gestación repercute de manera negativa sobre la madre y el feto.

En Cuba el punto crítico para la ganancia de peso durante el embarazo es de 8 Kg. Para los fines de vigilancia nutricional ya que desde el punto de vista operativo es difícil ubicar diferentes puntos de corte de acuerdo con el estado nutricional al inicio del embarazo. El médico debe valorar la ganancia de peso sobre la base del estado nutricional inicial. Las reservas maternas pre gestacionales, medidas por el peso materno anterior al embarazo, tiene un importante efecto sobre el peso al nacer no ocurriendo así con la ganancia de peso durante la gestación, siendo el estado nutritivo previo al embarazo el factor de mayor influencia en el BPN, por estos motivos se hace necesario identificar desde el periodo pre concepcional a aquellas mujeres con afectación de su estado nutricional y evaluarlas por un personal calificado, con el objetivo de llegar a la gestación en las mejores condiciones. (18-19)

En 2010 de cada 1000 nacidos vivos el 6,4 % fueron bajo peso, cifra está bastante cercana al 6 % que antes parecía un sueño de alcanzar. El 2004 cerró con una tasa de mortalidad de 8,28 y un índice de bajo peso de 8,85 x 1 000 nacidos vivos, resultados obtenidos gracias al trabajo desarrollado por el personal de salud encargado de la misión nacionalista, que es considerado un reto histórico, y al apoyo del gobierno revolucionario a todos los programas de la salud.(20)

Se han realizado muchas investigaciones que se refieren a la correspondencia entre la edad materna y el producto de la concepción. El presente estudio mostró que la mayor parte de las madres que aportaron recién nacido bajo peso se distribuyeron entre las edades de 30 a 34 años, mientras que en el grupo que no los tuvo predominaron las edades de 20 a 24 años, ambos grupos considerados como de edades normales para la reproducción.( 20)

Se revisaron estudios que plantean que la mayor incidencia de bajo peso está en el grupo de madres de 19 a 34 años, dato que abarca un amplio rango de edades y aquellos en los que con mayor frecuencia ocurren los embarazos y partos. Hay estudios que plantean una elevada tasa de fecundidad en estos grupos de edades. Similares resultados informan *Israel* y otros en su estudio. En la

adolescencia, ya que la edad materna inferior a los 18 años incrementan los riesgos de la salud en la madre y el niño, pues no se ha concretado la necesaria maduración bio psicosocial, por lo que consideramos necesario enfatizar las acciones educativas desde las edades más tempranas para continuar reduciendo los embarazos no deseados en este periodo de la vida. A la adolescencia se asocian otros factores sociales que representen en el bajo peso al nacer, como el embarazo no deseado, la madre soltera, el bajo nivel educacional y el momento de la gestación en que se realiza la captación. Algunos trabajos no encuentran asociación de la edad materna con el recién nacido bajo peso, lo cual se justifica dado que todo factor de riesgo tiene influencia desigual.(21)

Existen trabajos donde la edad materna no ha sido identificada como un factor de riesgo y la mayoría de los autores señalan que tanto las edades precoces (menores de 18 años) como las tardías (mayores de 34 años) representan un factor de riesgo, pues producen afectaciones en el peso del neonato. En un trabajo realizado por *Guillermo Áriasy* otros, en el Hospital "Justo Legón" de Pinar del Río, se encuentra que para ambos grupos la mayor frecuencia de edades es de 20 a 34 años, lo que se corresponde con la literatura .Resultados similares obtiene *Maite Vera* en su estudio realizado en Camagüey.(13)

Se identificó en casi la sexta parte de las madres solteras, sin embargo es importante que se tenga en cuenta su asociación con el bajo peso para fomentar la labor de prevención que realizan con estas pacientes los trabajadores sociales y el equipo básico de trabajo en las áreas de salud. (22)

En la actualidad se da poca significación al estudio del estado civil en su asociación con el bajo peso del recién nacido, sin embargo, se ha visto como pierde importancia cuando se aborda desde el punto de vista de un determinado estado civil, ya que es notorio como las gestantes en unión consensual son mayoría en relación con las casadas (en ambos grupos) pero no constan como tales, pero es sabido la necesidad espiritual y material de tener un compañero que sea capaz de darle apoyo emocional y económico durante el embarazo y el parto y al futuro recién nacido. No obstante, la aparición del embarazo en la adolescencia

hace que la soltería se incremente, por lo tanto es importante que se tenga un trato diferenciado y especial a estas pacientes por parte del equipo de salud, puesto que requieren de información y orientación que probablemente no tienen y que quizás teniéndola, lleguen a tener una maternidad feliz y un parto satisfactorio con un recién nacido, al menos, de peso normal. (22)

La ocupación en el presente trabajo tuvo significación estadística que la relaciona con el bajo peso al nacer. Es conocida la carga adicional que representa el trabajo social que realiza toda mujer en su casa en el entorno familiar, aun cuando en ocasiones no tiene aseguradas todas las condiciones, y eso hace que se incremente el esfuerzo físico y psíquico en la gestante que como se sabe se relaciona con el bajo peso al nacer. (22)

*Rodríguez Domínguez* y otros, encuentran factores asociados de manera significativa a recién nacidos bajo peso como la desnutrición materna, ganancia escasa de peso transgestacional, niño anterior con menos de 2 500 g, hipertensión arterial y tabaquismo.(23)

Se ha demostrado que los hijos de las mujeres fumadoras pesan al nacer un promedio de 200 a 300 g menos que los descendientes de las mujeres no fumadoras, debido a la hipoxia que produce la libre penetración del monóxido de carbono a través de la placenta además los productos tóxicos del cigarrillo acarrear deterioro del lecho vascular y alteraciones circulatorias, lo que atenta contra la oxigenación y nutrición fetal por lo que debemos promover que se abandone este mal hábito, al menos, durante el embarazo y la lactancia.(24)

Es importante insistir en el papel que juegan los médicos de la familia y su equipo en la educación para la salud de la comunidad. Las creencias de una persona con respecto a los comportamientos saludables son muy importantes; es esencial impartir la información necesaria para corregir criterios equivocados.(6)

La condición de bajo peso al nacer (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 resulta de gran importancia en los cuidados obstétricos.

En este estudio también se identificaron los factores de riesgo de BPN siguientes:

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

Otros factores identificados que se tuvieron en cuenta fueron:

1. Aborto provocado.
2. Hipertensión arterial durante la gestación.
3. Incompetencia ístmico-cervical.
4. Embarazo gemelar.
5. Baja escolaridad.
6. Diversos 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.(25)

Acortamiento del período inter genésico y multiparidad constituyen también factores de riesgo, ya que durante el embarazo y la lactancia la madre disminuye sus recursos biológicos y nutritivos, necesitando un tiempo para recuperarse y prepararse para otro embarazo. Esto explica la alta frecuencia de **BPN** cuando el tiempo que media entre uno y otro embarazo es corto. La ocurrencia de tres partos o más también eleva el riesgo de tener BPN.

Embarazos gemelares, que es el responsable de más del 10% de los nacidos bajo peso, lo cual se explica ya que la nutrición de dos seres en el claustro materno requiere el doble de condiciones en relación con el embarazo único y que aquello a su vez está relacionado con el desencadenamiento temprano del parto.

Es por ello que debemos ingresar en el Hogar Materno a toda gestante con un embarazo ge melar desde las 20 semanas hasta el término, a excepción de afecciones concomitantes que obliga a su traslado a instituciones hospitalarias. (26)

Incompetencia ístmica cervical, ya que es uno de los signos que anuncia el trabajo de parto pre término, siendo un factor de riesgo del BPN. Los factores de riesgo de parto pre término deben ser identificados desde las primeras consultas prenatales y la gestante ingresada en el domicilio u hogar materno hasta su modificación.( 26)

Anemia, complicación no obstétrica del embarazo que se ha asociado en varios estudios a prematuridad y bajo peso neonatal, las anemias nutricionales son las más frecuentes, de ellas la ferropénica. El déficit de hierro en la gestación determina una alteración de la salud materna, ya que la utilización completa de las reservas origina finalmente una anemia clínica capaz de producir, en función de su intensidad, alteración en el transporte de oxígeno con repercusión sobre la fisiología fetal. El control y la prevención de la deficiencia de hierro deben iniciarse en el periodo preconcepcional y continuarse durante la gestación y 3 meses posteriores al parto, mediante suplementación con preparados de hierro, ácido fólico y vitaminas, pues las necesidades de hierro durante el segundo y tercer trimestre de la gestación no se pueden cubrir solamente con la dieta (27)

Consumo de bebidas alcohólicas, aunque menos conocido, no por ello deja de ser un factor de riesgo importante de BPN, lo cual se explica ya que el alcohol y sus meta bolitos atraviesan la placenta y actúan sobre el feto produciendo en el 85% de los casos deficiencias del crecimiento pre y postnatal (.28)

Muchos han sido los adelantos alcanzados por Cuba en lo referente a temas de salud pública, pero entre estos se destacan los programas de atención al niño y a la mujer embarazada, el programa de bajo peso al nacer, el médico de familia y el de riesgo preconcepcional entre otros, los cuales han contribuido a la disminución del bajo peso al nacer. (20)

En la literatura se define al recién nacido pre término extremadamente bajo peso (RNPT-EBP) como al menor de 1 000 g al nacer. La contribución de este hecho a la morbilidad y mortalidad es alta, debido a las características fisiológicas y anatómicas de estos, entre ellas, la deficiente termorregulación, la dificultad en su nutrición, las necesidades especiales de líquidos y electrolitos, el deficiente control metabólico, la falta de madurez orgánica (especialmente pulmonar) y la mayor susceptibilidad a las infecciones. Sin embargo, las alternativas actuales de tratamiento, como el uso prenatal de corticoides o el uso de surfactante pulmonar exógeno, contribuyen a mejorar la supervivencia y la calidad de vida de estos y a reducir la edad mínima de viabilidad a 23 semanas de gestación. (29)

La supervivencia en los menores de 1 000 g ha aumentado, pero se requiere de un manejo especializado para evitar las múltiples secuelas que pueden sobrevenir, en especial las neurológicas. Durante 30 años nos hemos dedicado al cuidado de estos niños y siempre nos ha apasionado el reto de su supervivencia, de ahí la motivación a revisar los últimos 20 años, en vistas a conocer objetivamente nuestros resultados.(30)

Alrededor del año 1999 este indicador en la provincia Ciego de Ávila tuvo igual comportamiento que el país, descendiendo desde 6.6 hasta 5.2 en el 2003, siendo este el más bajo resultado de la provincia hasta entonces. En el 2004 se exhibió un indicador de bajo peso de 5.2, 2005 de 5.4, 2006, 5.2 y 2007 de 5.0 el 2008 de 6,8%.En el Hospital Provincial “Antonio Luaces Iraola” se comporta de la siguiente forma 1988 con 7.06%, 1993 con 9.77 %, en 1996 un 7.69 %, en 1997 en 6,3 % y en 1998 un 7,1 %(11), 1999 6.7%, 2000, 6.6%, 2001, 7.2%, 2002, 6.2%, 2003, 5.9%, 2004, 5.3%, 2005, 6.3%, 2006, 6.6%, 2007, 5.4% , 2008, 6.8%,2009 .5,6%, 2010 6.3%, 2011, 6.2.,2012 ,6.5, 2013, 6,3.(31)

En Cuba con la creación de las unidades de cuidados intensivos neonatales la supervivencia de estos ha aumentado considerablemente. El advenimiento del equipo peri natal con una mejor comunicación con el obstetra y el neonatólogo ha dado como resultado el flujo de dos vías de información necesarias para el tratamiento óptimo de estos pacientes. Con el personal pediátrico anticipándose a

todas las necesidades del niño prematuro y el personal obstétrico dirigiendo su esfuerzo para la abolición del trauma de parto y la asfixia, hemos observado una mejoría impresionante en los resultados peri-natales del niño de un peso bajo al nacer. (30)

El recién nacido de muy bajo peso (RNMBP) tiene problemas in útero (desnutrición, sufrimiento fetal crónico), al nacer (mayor riesgo de asfixia) y en el período neonatal (inmadurez pulmonar, hemorragia interventricular (HIV), infecciones, enfermedad pulmonar crónica (DBP), enterocolitis necrosante (ECN), retinopatía del prematuro (ROP), etc.). Después de varias semanas de hospitalización y posterior al egreso, el RNMBP tiene otros retos a vencer y el riesgo siempre presente de re hospitalización. Las estancias prolongadas en hospitalización pueden resultar en falta de estimulación sensorial, separación de padres y hermanos y otros factores que pueden interferir con un óptimo desarrollo psicomotor. (30)

Son varias las enfermedades relacionadas con este grupo de niños que ensombrecen su pronóstico y que requieren tratamientos invasivos como la ventilación mecánicas, estadios prolongados de las incubadoras, uso de antimicrobianos y otros que si bien contribuyen en gran medida a su supervivencia, también traen aparejados otras complicaciones a largo plazo siendo las más temidas las secuelas neurológicas. Internacionalmente parece ser que existe entre un 8 al 10% de secuelas mayores en los neonatos de 750 a 1500 gramos de peso al nacer. Estos niños tienen una alta mortalidad y una mayor predisposición a secuelas neurológicas, si se les compara con los de mayor peso. (29)

Esta investigación estuvo encaminada en analizar la fuerza de asociación entre el factor de riesgo y el suceso como tal. No cabe duda de su utilidad en la búsqueda de soluciones cada vez más científicas a los problemas de la comunidad. Por lo antes expuesto y considerando que el BPN deviene un conocido factor desencadenante de morbilidad y mortalidad infantil, se consideró justificado y oportuno llevar a cabo este estudio con el fin de identificar algunos factores de

riesgo asociados al bajo peso al nacer en la comunidad y elevar el nivel de conocimientos de las gestantes del primer trimestre del embarazo. (32)

## **MATERIALES Y MÉTODOS**

Se realizó un estudio pre experimental de tipo antes y después a las embarazadas comprendidas en el primer trimestre del embarazo, en el período de septiembre del 2013 a mayo del 2014 en el área norte de Ciego de Ávila, con el objetivo de determinar el nivel de conocimiento que poseen las mismas sobre el bajo peso.

El universo estuvo constituido por 25 gestantes en el primer trimestre del embarazo pertenecientes al policlínico universitario Área Norte de Ciego de Ávila.

La muestra fue de 10 gestantes luego de aplicar los criterios de inclusión y exclusión. La cual fue seleccionada mediante un muestreo simple y aleatorio.

### **Criterios de inclusión.**

- Aceptar de forma voluntaria a participar en la investigación, a través del consentimiento informado. (Anexo 1)

### **Criterios de exclusión.**

- Gestantes con retraso mental que no cooperen con el estudio informado.

### **Criterios de salida.**

- Personas que deseen abandonar de forma voluntaria la investigación.
- . Embarazadas que fallezcan durante el estudio
- .Embarazadas que se trasladen a vivir a otra área de salud.
- .Embarazadas que pierdan el embarazo durante el estudio.

### **Técnicas de recogida de datos:**

Se realizó una encuesta de recogida de datos diseñado por los autores de la investigación, evaluado y validado previamente por un Grupo de expertos. (Anexo 2).

Este instrumento se aplicó en el primer contacto. Después de la PRE-prueba se validó e impartió el programa (anexo 3) por parte del autor de la intervención

comunitaria. Está estructurado en 5 sesiones de 45 minutos de duración cada una, impartándose al grupo de participantes, en un local del policlínico Universitario Área Norte, el cual que fue habilitado para la actividad en la cual se ofreció información actualizada en cuanto a:

- Concepto.
- Causas
- Consecuencias
- Medidas preventivas

Luego se aplicó el cuestionario post-prueba donde se evaluó el nivel de conocimientos adquiridos por los pacientes después de la intervención comunitaria.

Se consideró el conocimiento del conjunto de experiencias adquiridas en el transcurso del tiempo, que trazo pautas conductuales por el resto de la vida. Se utilizaron indicadores de contenido.

El indicador de contenido se expresó a través del conocimiento que tienen las gestantes del policlínico Universitario Área Norte.

Las escalas utilizadas en el indicador de contenido fueron: nivel alto, nivel medio, nivel bajo, en dependencia del conocimiento que tengan.

Después de tabular los resultados se evaluó el estado de aprendizaje en las categorías de alto, medio y bajo por cada uno de los elementos educados.

### Definición de las variables.

Variable	Tipo	Operacionalización		Indicador
		Descripción Escala		
Edad materna	Cuantitativa continua	Menos de 19 años 19 a 30 años 31 a 35 años Más de 35	Años cumplidos según fecha de nacimiento por carne de identidad.	Número y porcentaje según grupo de edades de la población en estudio.
Nivel de escolaridad	Cualitativa ordinal	Primaria sin terminar Primaria Secundaria Preuniversitaria Universitaria	Según último grado de escolaridad vencido	Número y porcentaje según categoría de pertenencia
Nivel de conocimientos	Cualitativa nominal dicotómica	Adecuado Inadecuado	Según validación del cuestionario (*)	Número y porcentaje según categoría de pertenencia

#### (\*) Validación del cuestionario,

Se aplicó un cuestionario evaluado y validado por un grupo de expertos, a todas embarazadas seleccionadas, con el fin de identificar, el nivel de conocimiento sobre el bajo peso al nacer y sus factores de riesgos.

Su conocimiento sobre los principales síntomas que ocasionan estas enfermedades fue evaluado de adecuado si marca más de 5 de los elementos señalados e inadecuados si selecciona menos

El nivel de conocimiento sobre los factores de riesgos que condicionan la aparición del bajo peso al nacer y sus factores de riesgos se evaluó de adecuado si marca más de 5 medidas y de inadecuado si marca menos.

Escala evaluación del nivel de conocimientos por temas.

Pregunta 5: ¿Sabe usted qué es el bajo peso al nacer?

Adecuado: si marca el acápite (si)

Inadecuado: si marca otros acápite.

Pregunta 6: ¿Conoces las causas del bajo peso al nacer?:

Adecuado: si marca el acápite (si)

Inadecuado: si marca otros acápite.

Pregunta 7: Las causas del bajo peso al nacer son:

Adecuado: si marca los acápite (a, c, d y f)

Inadecuado: si marca cualquiera de los otros acápite

Pregunta 8: Existen enfermedades que pueden favorecer el nacimiento de un bebé bajo peso.

Adecuado: si marca los acápite (a, c y e,)

Inadecuado: si marca cualquiera de los otros acápite

Pregunta 9: ¿Creé usted que los abortos anteriores sean capaces de producir niños con bajo peso al nacer?

Adecuado: si marca el acápite (si)

Inadecuado: si marca otros acápite.

Pregunta 10: Conoce usted las consecuencias del bajo peso al nacer:.

Adecuado: si marca el acápite (1, 2 y 4).

Inadecuado: si marca otro acápite

Nivel de conocimiento:

Adecuado: Cuando responde al menos cinco preguntas de forma adecuada.

Inadecuado: Cuando tiene menos de cinco preguntas de forma adecuada.

11. Podrá el alcoholismo influir en el bajo peso al nacer.

Adecuado: si marca el acápites (si)

Inadecuado: si marca otros acápites.

### **Etapas de la intervención comunitaria:**

#### **Fase Organizativa:**

El escenario que se utilizó en la intervención fue un local del policlínico Universitario Área Norte, el cual fue habilitado para la actividad que consto con los requisitos indispensables para la ejecución de la misma (iluminación, ventilación, medios informáticos, etc.). Se aplicó la encuesta en el primer contacto.

#### **Fase de Intervención:**

Después de la pre-prueba se validó e impartió el programa (anexo 3) por parte del autor de la intervención comunitaria. Está estructurado en 5 sesiones de 45 minutos de duración cada una, impartándose al grupo de participantes, en la cual se ofreció información actualizada en cuanto a:

- Concepto.
- Causas
- Consecuencias
- Medidas preventivas

#### **Fase de Evaluación:**

Luego, en la última sesión de trabajo se aplicó el cuestionario post-prueba donde se evaluó el nivel de conocimientos adquiridos por las pacientes después de la intervención comunitaria.

**Métodos de procesamiento estadístico y de la información.**

Se creó una base de datos mediante el programa SPSS Versión 11.5, para introducir toda la información que fue recogida en la planilla confeccionada para este estudio, en una microcomputadora Pentium IV utilizando la plataforma del sistema operativo de Windows XP. El cómputo de los datos recogidos fue procesado, vaciado y analizado en tablas de frecuencias absolutas y relativas; se discutieron y compararon con la bibliografía consultada para llegar a conclusiones en correspondencia con los objetivos trazados. Se confeccionó un informe final teniendo en cuenta los requisitos exigidos por el Departamento de Investigaciones de la FCM de Ciego de Ávila.

Se utilizó la técnica de McNemar para el análisis de 2 muestras relacionadas, cuando las variables son dicotómicas, la cual se basa en la distribución Chi cuadrado y asume la hipótesis  $H_0$  de que las variables son independientes a nivel estadístico, por lo cual no existen cambios significativos en las muestras antes y después, contra la hipótesis alternativa  $H_1$  que plantea que existen cambios significativos en las mediciones en las diferentes muestras de las variables. Se obtendrá un nivel de significación de 0,05.

## ANÁLISIS Y DISCUSIÓN DE LOS RESULTADOS

**TABLA1.**Factores de riesgo maternos relacionados con el bajo peso al nacer Policlínico del Área Norte de Ciego de Ávila distribución según grupo de edad.

Grupos Etarios	Femenino	
	No	%
-19	2	20%
19'-30	8	80%
31-35	0	0%
+35	0	0%
<b>TOTAL</b>	<b>10</b>	<b>100%</b>

La condición de bajo peso al nacer, 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 2500 g resulta de gran importancia.

En la tabla1 podemos observar que según edad prevalece fundamentalmente en las edades de 19 -30 años para un 80%, no comportándose de igual manera en el resto de las edades, seguido del grupo de menos de 19 años. Observándose que no hay gestantes con más de 35 años ya que estas presentan mayor riesgo durante el embarazo. Los resultados de esta investigación se comparan con otras como por Guzmán 10. Algunos autores citan que de los principales problemas que conllevan al nacimiento de recién nacidos bajo peso, está la edad de las madres, en las que predominan las adolescentes; esto nos demuestra que al no encontrarse apta para la gestación, sus órganos se encuentran inmaduros y existe la posibilidad de tener un niño bajo peso. Igual criterio tienen muchos autores en plantear que las madres menores de 20 años no están completamente

desarrolladas todavía en los aportes nutricionales y calóricos para alcanzar la madurez.<sup>10</sup>

**Tabla 2.** Nivel de escolaridad de las gestantes.

ESCOLAR	Femenino	
	No.	%
Primaria sin terminar	0	0
Primaria	0	0
Secundaria	0	0
Preuniversitario	5	50%
Universitario	5	50%
<b>TOTAL</b>	<b>10</b>	<b>100%</b>

En la tabla2 según nivel escolar de las gestantes el pre universitario alcanza un 50 % siendo igual con el Universitario que representa un 50% .ya que coincide que todas las gestantes son estudiadas y profesionales. Además que en nuestro país ya no existe el analfabetismo y todos podemos estudiar gratuitamente .Por lo que no hay gestantes con sola la primaria básica y la secundaria en la investigación .Estos estudios coinciden con otros realizados en cuba como de la provincias como Holguín.<sup>32</sup>

**Tabla 3.** Distribución del nivel de conocimiento sobre el bajo peso al nacer.

Nivel de conocimientos	Antes		Después	
	No	%	No	%
Adecuado	0	0%	9	90%
Inadecuado	10	100%	1	10%

(n = 55)

Durante el proceso investigativo se pudo precisar, dentro de la muestra tomada de la población general de gestantes, en primer trimestre; que el nivel cultural general y en particular, la información acerca de los factores de riesgo sobre el bajo peso al nacer, era al principio inadecuado en un 100% como se precia en la tabla3. Después de aplicar la estrategia de intervención comunitaria se pudo elevar en un 90% el nivel de conocimientos sobre el tema. Coincidiendo con estudios anteriores realizados en el área de salud.

**Tabla 4.** Distribución del nivel de conocimientos sobre los factores de riesgo de una anemia durante el embarazo.

Nivel de conocimientos	Antes		Después	
	No	%	No	%
Adecuado	5	10%	10	100%
Inadecuado	5	90%	0	0%

(n = 55)

La tabla4 nos muestra el nivel de conocimientos sobre el riesgo de padecer anemia durante el embarazo, antes de aplicarla intervención existía un 10% adecuado y un 90% inadecuado, luego de aplicada se logró elevar el nivel de conocimientos a un 100%. Por lo que todas las gestantes comprendieron los

factores de riesgo de padecer anemia durante el embarazo.. La anemia es la más frecuente de las enfermedades que pueden coincidir con el embarazo o ser producida por este, ya que las necesidades en el desarrollo del feto y la placenta aumenta el consumo de hierro elemental. Hoy está plenamente demostrado que esta patología constituye uno de los principales factores de riesgo en la génesis del bajo peso al nacer ,lo que constituye una de las principales entidades más frecuentes asociadas al bajo peso al nacer lo que coincide con lo planteado por en sus estudios.26

**Tabla5.**Distribución del nivel de conocimientos sobre los factores de riesgo del hábito de fumar.

Nivel de conocimientos	Antes		Después	
	No	%	No	%
Adecuado	4	40%	9	100%
Inadecuado	6	60%	0	0%

(n = 55)

La tabla.5 nos muestra el nivel de conocimiento sobre el riesgo del hábito de fumar durante el embarazo, antes y después de aplicar la estrategia educativa. Antes con un 40% adecuado y un 60% inadecuado y después de la intervención un 100% Ya que sabemos que produce hipoxia del monóxido de carbono a través de la placenta y no le llegan al feto los nutrientes necesarios para alcanzar un peso adecuado. .El hábito de fumar de la madre durante el embarazo está relacionado con el bajo peso al nacer, y es una mayor predisposición al aborto, así como el aumento de las anomalías congénitas y enfermedades respiratorias durante el primer año de vida.

Además, sobre las consecuencias cerebrales que puede traer el tabaquismo para los hijos de madres que fumaron en el período de gestación, tales como

dificultades en el aprendizaje, disminución del coeficiente intelectual y trastornos en el comportamiento. Similar resultado obtuvo Guzmán, en su estudio. 20.

**Tabla 6.** Distribución del nivel de conocimientos sobre los factores de riesgo de la hipertensión arterial.

Nivel de conocimientos	Antes		Después	
	No	%	No	%
Adecuado	3	30%	8	80%
Inadecuado	7	70%	2	20%

(n = 55)

La tabla 6 nos muestra el nivel de conocimiento sobre el riesgo de la hipertensión arterial durante el embarazo, antes era adecuado un 30% y inadecuado un 70%, después de aplicar la estrategia educativa elevó en un 80% adecuado y un 20% inadecuado. Los trastornos hipertensivos del embarazo tienen fuerte correlación con el bajo peso al nacer, probablemente causados por la disminución del flujo útero-placentario que puede afectar el crecimiento fetal.

Resultados similares mostraron en sus estudios, Sarmiento Brooks GV, Pagola Leiva 31.

**Tabla 7.** Distribución del nivel de conocimientos sobre los factores de riesgo del consumo de bebidas alcohólicas durante el embarazo.

Nivel de conocimientos	Antes		Después	
	No	%	No	%
Adecuado	4	40%	8	80%
Inadecuado	6	60%	2	20%

(n = 55)

La tabla 7 nos muestra el nivel de conocimiento sobre el riesgo del consumo de bebidas alcohólicas durante el embarazo., antes y después de aplicar la intervención educativa .antes de la intervención un 40% adecuado y inadecuado un 60%, después de aplicada la intervención un 80% adecuado e inadecuado un 20%. Consumo de bebidas alcohólicas, aunque menos conocido, no por ello deja de ser un factor de riesgo importante de BPN, lo cual se explica ya que el alcohol y sus meta bolitos atraviesan la placenta y actúan sobre el feto produciendo en el 85% de los casos deficiencias del crecimiento pre y postnatal.

Un estudio realizado en Cuba permitió identificar cuáles son los principales factores de riesgo del BPN en nuestro país. En la provincia de Holguín.<sup>32</sup>

**Tabla8.**Distribución del nivel de conocimientos sobre los factores de riesgo de las enfermedades de trasmisión sexual.

Nivel de conocimientos	Antes		Después	
	No	%	No	%
Adecuado	4	40%	8	80%
Inadecuado	6	60%	2	20%

(n = 55)

La tabla8 muestra el nivel de conocimientos sobre las enfermedades de trasmisión sexual ya que son unos de los principales factores de riesgo del bajo peso al nacer, Al inicio había un 60% adecuado y un 40% inadecuado, luego aumento a un 100% constándose así el aumento de conocimientos.

Las enfermedades de trasmisión sexual constituyen una amenaza para la gestación, no solo porque la vagina es parte del canal natural del parto y su contaminación patológica puede afectar al feto a su paso por este, sino porque se producen modificaciones adversas del cuello uterino en gran número de pacientes y, en el peor de los casos, sin que la criatura haya alcanzado la madurez y peso adecuados.Resultados similares obtuvieron selva y Rodríguez.<sup>32</sup>

## CONCLUSIONES

Al finalizar el proceso de la investigación se puede concluir que:

1. Los niveles de información acerca de las causales que provocan los riesgos de nacimientos bajos de peso son determinantes a la hora de adoptar una conducta positiva durante la gestación y que las gestantes desconocen la mayoría de estos riesgos.
2. La influencia educativa acerca de los factores de riesgo del bajo peso al nacer en gestantes, eleva su nivel de conocimientos sobre el tema y por lo tanto disminuye su incidencia en las áreas de salud.

## RECOMENDACIONES

1. Incrementar dentro del Programa Materno Infantil en las áreas de los CMF charlas educativas dirigidas a la instrucción de las gestantes y sus familiares en los conceptos básicos de la estrategia de intervención para disminuir los riesgos de los bajos de peso al nacer.
2. Crear círculos de promotoras al nivel de CMF para influir sobre las gestantes en su radio de acción con el objetivo de que eleven sus conocimientos acerca de los riesgos del nacimiento bajo de peso y su posterior repercusión del recién nacido en cada una de las etapas de la vida.
3. Establecer que desde la primera consulta prenatal hasta el segundo trimestre después del embarazo las gestantes asistan a sesiones educativas convocadas por el personal médico de los CMF para la preparación cognitiva que sea determinante en la disminución de los riesgos del bajo peso.
4. Efectuar sesiones periódicas con las mujeres fértiles de 19 a 30 años de edad en la radio de acción de los CMF para elevar sus conocimientos acerca de los riesgos del bajo peso al nacer.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Álvarez Sintés. Atención integral de salud. Temas de medicina general integral. La Habana: Editorial Ciencias Médicas; 2001.p.154-5.
2. FNUAP. Estado de la población mundial. 2010.
3. Situación de salud en las Américas. Indicadores Básicos 2006. Programa Especial de Análisis de Salud. Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud. Enero 2006.Disponible en: Organización Panamericana de la salud. La salud en las Américas. Washington, D.C: OPS; 2010.
4. Waldo E. Nelson. Premadurez y retraso del crecimiento intrauterino. El recién nacido. Tratado de Pediatría Volumen I Cáp. 79 y 82 P 569 - 51 Y 549. Ed Ciencias Medicas 15 Ed.
5. Alonso Rosa M, Glez Hdez Alina, Vasallo Pastor Nancy. Incidencia y Mortalidad del recién nacido bajo peso. Rev. Cubana Pediatr. 2010, 73 (4): 212 - 8.
6. Lugones Botell M. De Córdova Aremanal M, Lemitalla Riverón Ty. Análisis del bajo peso en la atención primaria Rev. Cubana MED Gen Integral 2011; 6 (3): 218-25.
7. El recién nacido y comportamiento de los factores de riesgo. Revisión Cubana de Medicina General Integral. V12 N 2010.
8. Anemia y embarazo. Rigol de Obstetricia y Ginecología. La Habana. Editorial Ciencias Médicas 2013.
9. Naciones Unidas. Asamblea general. S-27/2. Un mundo apropiado para los niños. 10 mayo 2012 Disponible en: <http://www.unicef.org/spanish/specialsession/documentation/archive.htm>  
Instituto Nacional de Estadísticas. De venezuela
10. Organización Mundial de la Salud. UNICEF 2012

11. Rojas F, Álvarez C, Dueñas E. Investigación Perinatal. La Habana: Editorial Científico Técnico; 2010. p. 163.1.
12. Díaz G. González I, Román I, Cueto T. Factores de riesgo en el bajo peso al nacer. Rev. Cubana MED. Gen. Integral 2001:3224-31
13. Vicente Sarmiento G, Pago la Leyva 1, Orama Hdez L, González Aguiar AG. Importancia de los antecedentes maternos en el recién nacido bajo peso. Rev Cubana Med Gen Integr 2012, 16 (5): 502 – 7
14. Recién nacidos pretérmino. García-Alix A, García-Muñoz Rodrigo F, García Hernández Neonatología. Revisión 2012
15. Álvarez Fumero R, Urra Cobas L, Aliño Santiago M. Repercusión de los factores de riesgo en el Bajo Peso al nacer. RESUMED 2012,14 (3): 115-21.
16. MINSAP. Programa Nacional de Atención Integral al Adolescente. Perinatología. Editorial Ciencias Médicas. La Habana. 2010
17. Jiménez Acosta S. Alimentación y nutrición. En: Álvarez Sintés R. Temas de medicina general integral. 2ª ed. La Habana: Editorial Ciencias Médicas; 2001.p.106-1.
18. Balestena Sánchez JM, Suárez Blanco CM, Balestena Sánchez SE. Valoración nutricional de la gestante. Rev Cubana ObstetGinecol. 2011;27(2):165-71.
19. Cuba, Ministerio de Salud Pública. Programa para la reducción del bajo peso al nacer: La Habana: Editorial Ciencias Médicas;1998. pp. 1-40.
20. Guzmán JM, Hakkert R, Contreras JM, Falconier de Moyano M. Diagnóstico sobre Salud Reproductiva de Adolescentes en América Latina y el Caribe. México DF: UNFPA; 2011:139-48.
21. Ministerio de Salud y Desarrollo Social. Dirección General de Epidemiología y Análisis Estratégicos. Venezuela: Archivos de 2001-2005.

22. Rodríguez Domínguez Pedro Lorenzo, Hernández Cabrera Jesús, Reyes Pérez Adriana. Bajo peso al nacer. Algunos factores asociados a la madre. Rev Cubana Obstet Ginecol 2006; (5): 32
23. El recién nacido bajo peso: comportamiento de algunos factores de riesgo. Rev Cubana Med Gen Integr V. 12. n.1. 2010
24. Faneite P, Rivera C, González M, Linares M, Gómez R, Álvarez L, Faneite J. Recién nacido de bajo peso. Evaluación. Rev Obstet Ginecol Venez. 2002;62(2):5-10.
25. Portuondo DN, Lina PM, Jiménez PR, Castell SP. Peso al nacer y factores maternos en 5 municipios de las territoriales de la Provincia La Habana, en el año 1998. Rev Cub. Obstet-Ginecol 2000; 12: 817-26.
26. Recien nacido comportamiento de los factores de riesgo. Rev Cubana Mgi v12 n 1 20012.
27. Anemia y embarazo en Rigol Obtetricia y genecologia la havana editorial ciencias medicas 2013.
28. Silberstein D. Cuidados de apoyo al desarrollo del prematuro. Revista ROL Enfermeria (Publicación española y científica de cuidados de la salud), Barcelona, 2013; 26 (2):160-164.
29. García-Alix A, García-Muñoz Rodrigo F, García Hernández JA. Viabilidad y reanimación neonatal en recién nacidos pretérmino de peso extremadamente bajo al nacimiento. An EspPediatr. 2010; 50:594- Dpto
30. Estadística del Hospital Provincial "Dr. Antonio Luaces Iraola" datos Anuales 2012.
31. Sarmiento Brooks GV, Pagola Leiva J, Oramas Hernández L, González Aguilar AG. Importancia de los antecedentes maternos en el recién nacido bajo peso. Rev Cubana Med Gen Integr. 2010;16(5):502.

32. Selva Suárez L, Rodríguez Pupo E, Ochoa Alonso A. Factores de riesgo de bajo peso al nacer en sitios centinelas de Holguín. Rev Cubana Aliment Nutr 1998; 12 (2): 77 - 81.

## ANEXOS

### Anexo 1.

#### Consentimiento informado.

**Título del Proyecto:** Intervención comunitaria para elevar el conocimiento sobre los factores de riesgo bajo peso al nacer en gestantes pertenecientes al Policlínico Universitario del Área Norte.

Yo \_\_\_\_\_ paciente del Policlínico Universitario del Área Norte de Ciego de Ávila con número de Identidad \_\_\_\_\_ doy mi disposición a participar en la investigación de forma consciente y voluntaria. Para la misma he sido informado por parte de los autores de esta sobre las características y objetivos del estudio, siendo sincero y respondiendo correctamente la entrevista. Los datos personales no serán publicados

Para constancia de mi aprobación firmo la presente:

Firma: \_\_\_\_\_ Firma: \_\_\_\_\_

Paciente Investigador

**ANEXO 2****CUESTIONARIO****Fecha.**

1. **Edad:** \_\_\_\_ años.
2. **Estado Civil :***Marque con una X.* Soltera Casada Acompañada  
Divorciada Viuda.
3. **Escolaridad :***Marque con una X.* Primaria sin terminar Primaria Secundaria  
Preuniversitaria Universitaria
4. **Ocupación:** Desempleado Obrero Profesional Campesino Jubilado  
Otro.
5. **-¿Sabe usted qué es el bajo peso al nacer? Marque con una X.**  
Sí No
6. **-¿Conoces las causas del bajo peso al nacer? Marque con una X.**  
Sí No
7. **Las causas del bajo peso al nacer son :Marque con una X las respuestas que considere correcta.**
  - a) \_\_\_\_Dieta rica en sal.
  - b) \_\_\_\_La ingestión de frutas y vegetales.
  - c) \_\_\_\_Hábito de fumar.
  - d) \_\_\_\_Anemia materna.
  - e) \_\_\_\_Consumo de las tabletas Prenatales.
  - f) \_\_\_\_El alcoholismo.
  - g) \_\_\_\_El uso de ropas usadas durante el embarazo.

**8. Existen enfermedades que pueden favorecer el nacimiento de un bebé bajo peso .Marque con una X las respuestas que considere correcta.**

- a) \_\_\_Hipertensión Arterial Crónica
- b) \_\_\_Dermatitis.
- c) \_\_\_Diabetes Mellitus.
- d) \_\_\_Conjuntivitis bacteriana.
- e) \_\_\_Enfermedades de Trasmisión sexual.
- f) \_\_\_Hipoacusia.

**9. ¿Creé usted que los abortos anteriores sea capaces de producir niños con bajo peso al nacer? Marque con una X.**

Sí No

**10. Conoce usted las consecuencias del bajo peso al nacer :Marque con una X las respuestas que considere correcta.**

- a) \_\_\_Inmadurez pulmonar.
- b) \_\_\_Sangra miento cerebral.
- c) \_\_\_Parasitismo intestinal.
- d) \_\_\_Muerte.
- e) \_\_\_Otitis Media agudas.
- f) \_\_\_Sinusitis.

**11. Podrá el alcoholismo influir en el bajo peso al nacer. Marque con una X las respuestas que considere correcta**

Sí No

### **ANEXO 3**

#### **Programa educativo**

**Título:** Conociendo sobre los factores de riesgo del nacimiento de bebé bajo peso.

**Objetivo General:** Que las gestantes del primer trimestre del policlínico Universitario Área Norte alcancen un nivel de conocimiento sobre los factores de riesgo del nacimiento de bebé bajo peso y que a la vez les permita comprender las consecuencias.

Evaluar la eficacia de un programa de Intervención comunitaria sobre existencia de un nivel de desconocimiento por parte de las embarazadas del Policlínico Universitario Área Norte sobre los factores de riesgos del bajo peso al nacer.

Dirigido a las embarazadas del Policlínico Universitario Área Norte, la cual se estima en:

**Lugar:** Aula del Policlínico Universitario Área Norte diseñada para la actividad.

**Profesora :** Dra. María del C. García Rodríguez. Residente de primer año de Medicina General Integral

El curso consta de:

- 3 conferencias de 45 minutos de duración cada una para un total de 2 horas.
- 2 clases prácticas de 1 hora de duración cada una para un total 2 horas
- Para un total de 4 horas.

Se realizará con una frecuencia semanal. .

Contenidos a impartir por temas.

**Clase #1****Fecha:**4-3-14**Hora:**9am**Lugar:** Local Policlínico Universitario Área Norte.**Temática:** Introducción sobre los factores de riesgo del nacimiento de bebé bajo peso.**Objetivo:**

- Dar a conocer el contenido del de Intervención comunitaria sobre los factores de riesgo del nacimiento de bebé bajo peso.
- Lograr que los integrantes del grupo se familiaricen

**Tipo de actividad:** Conferencia**Duración:** 45 minutos**Recursos:** Médicos, local, folletos especializados**Técnicas participativas:**

Se iniciará controlando la participación de las pacientes, seguidamente cada paciente realizará una presentación personal donde harán referencia a:

- Nombre y Apellidos
- Edad
- Estado Civil
- Motivos de su presencia
- Preferencia (Tema Libre)

**Nota:** Los temas que cada paciente abordará en su presentación serán de interés nuestro, además esto permitirá ir creando un ambiente agradable, ameno que contribuya a la inhibición de las pacientes y su familiarización en el grupo.

Seguidamente se realizará una breve panorámica de las temáticas que se abordarán durante el proyecto, así como dar a conocer el contenido del ensayo del programa de intervención comunitaria y su posterior aplicación

**Temática:**

- Conceptos y Clasificación
- Factores pre disponentes y determinantes.
- Principales consecuencias y riesgos.
- Medidas preventivas.

Luego se explicará la frecuencia con la que se realizarán las actividades, el tiempo de duración, los recursos que se utilizarán y las formas en que desarrollarán las actividades.

**Clase #2****Fecha:**12-3-14**Hora:** 9am**Lugar:** Local Policlínico Universitario Área Norte.**Temática:** Bajo Peso. Conceptos y clasificación.

**Objetivo:** Definir el concepto de bajo peso al nacer a partir de la conceptualización de dicho términos , así como su análisis, haciendo uso de la bibliografía especializada para ello, que contribuya a la formación de una sexualidad responsable en las pacientes.

**Tipo de actividad:** Conferencia.**Duración:** 45 minutos**Recursos:** Médicos, local, folletos especializados**Técnicas participativas:** Lluvias de ideas**Desarrollo**

- Control de la participación de las pacientes.
- Realizar una breve panorámica de la temática que se abordará
- Incentivar la participación

Se profundizará en la importancia que tiene la familia en esta etapa que experimenta la mujer, el rol que juega el conyugue y las consecuencias, todo esto se realizará sentadas en círculo y además se mostraran propagandas traídas sobre bajo peso al nacer.

¿A qué se le denomina bajo peso al nacer?

Introducir el objetivo de la clase y la temática.

Además se expondrán las preocupaciones de las pacientes

**Conclusiones**

Reflexiona en lo estudiado y emite tu criterio al respecto.

**Clase #3****Fecha:**18-3-14**Hora :**10am**Lugar:** Local Policlínico Universitario Área Norte.**Temática:** Bajo Peso. Factores pre disponentes y determinantes.**Objetivo:** Describir los diferentes factores pre disponentes y determinantes en haciendo uso de la bibliografía especializada para ello mediante el dialogo y el debate que contribuya a la formación de una sexualidad sana en las pacientes.**Tipo de actividad:** Teórico práctica.**Duración:** 45 minutos**Recursos:** Médico – local – pizarra – bibliografía especializada**Técnicas participativas:** Juego de tarjetas

Análisis de situaciones

**Introducción**

- Control de la participación de las pacientes.
- Realizar una breve panorámica de la temática que se abordará.

Introducir el tema y el objetivo de la clase:

Para darle cumplimiento al objetivo de la clase se realizará dos actividades.

La primera actividad consiste en describir los diferentes factores pre disponentes y determinantes para ello se utilizará un juego de tarjetas donde en una estarán dichos factores y según el contenido se hacen coincidir siendo las pacientes las protagonistas.

**Conclusiones**

Responder la interrogante que a continuación se muestra mediante la técnica de la lluvia de estrellas.

¿Se puede considerar que el manejo adecuado de los factores pre disponentes modifica el nacimiento de niños bajo peso?

**Clase #4****Fecha:**26-3-14**Hora:**9am**Lugar:** Local Policlínico Universitario Área Norte.**Temática:** Bajo Peso. Principales consecuencias y riesgos.

**Objetivos:** Que la paciente conozca sobre las principales consecuencias y riesgos del bajo peso al nacer haciendo uso de la bibliografía especializada para ello, que permita el fomento de una educación sexual responsable sana

**Tipo de actividad:** teórico practica**Duración:** 45 minutos**Recursos:** Médico – local – pizarra – bibliografía especializada**Técnicas participativas:** Completamiento de frase – Confidencias**Introducción**

- Control de la participación de las pacientes.
- Se realiza una breve reseña de cómo se desarrollará la clase.

Para ello presentará un "globo" inflado y dentro de él aparecerá un papelito con el tema de la clase, el cual deberá ser roto por un estudiante, el que será seleccionado de la forma siguiente:

En una cajita aparecerán varios números en correspondencia con la cantidad de participantes, estos deberán escoger un papelito y observar su número, luego se mencionará uno de los números y este deberá explotar el "globo" con el tema de la clase.

Una vez escogido el tema de la clase:

- Se introduce el tema y el objetivo de la clase.

## Desarrollo

¿Cuáles son las principales consecuencias y riesgos del bajo peso al nacer?

Haciendo uso de la técnica de Completamiento de frase se inicia la clase.

Frase: Las principales consecuencias y riesgos del bajo peso al nacer son:

\_\_\_\_\_

Los criterios emitidos se pondrán en la pizarra y se procederá a realizar otra actividad para especificar las consecuencias y riesgos, para ello se utilizará globos inflados con papelitos dentro conteniendo las consecuencias y riesgos, cada globo aparecerá enumerado y en ese orden los participantes tendrán que romper, en cada caso se profundizará en las complicaciones transmitiendo el mayor número de conocimientos posible.

Una vez terminada la actividad se realizará una comparación con las ideas que inicialmente emitieron las pacientes y realizará las correcciones precisas y las valoraciones precisas.

## Conclusiones

La clase concluirá con una actividad coordinada y autorizada donde prima la participación de casos de la comunidad que han sufrido estas consecuencias y que harán sus "Confidencias" así se llama la actividad.

**Clase #5****Fecha:**2-4-14**Hora:**10am**Lugar:** Local Policlínico Universitario Área Norte.**Temática:** Medidas preventivas.**Objetivo:** Dar a conocer las principales medidas preventivas a las gestantes durante su primer trimestre de embarazo disminuyendo así la incidencia de casos.**Tipo de actividad:** Conferencia**Duración:** 45 minutos**Recursos:** Médico – local – pizarra – bibliografía especializada

Técnicas participativas: Conferencia

**Introducción**

- Control de la participación de las pacientes
- Realizar una breve panorámica de lo que se va a impartir.
- Introducir el objetivo y el tema

**Desarrollo**

¿Cuáles son las medidas preventivas que se deben realizar para evitar el bajo peso al nacer? En cada uno se profundizará

Medidas preventivas

1. Detección de la población femenina en edad fértil y su educación sobre el tema
2. Control de las enfermedades crónicas
3. Educación sexual a la pareja incentivando el uso del preservativo, evitando así las ITS.
4. Adecuada nutrición por parte de la madre y su familia.

5. Evitar hábitos tóxicos
6. Estimular a las gestantes a informarse sobre el tema.

### **Conclusiones**

¿Cuáles son las medidas preventivas?

Para responder lo anterior se dará a cada paciente un papel donde ellos expondrán sus respuestas sin necesidad de poner nombre.