

**UNIVERSIDAD DE CIENCIAS MÉDICAS DE CIEGO DE ÁVILA  
“DR. JOSÉ ASSEF YARA”**

**POLICLÍNICO UNIVERSITARIO DE VENEZUELA  
“JUAN OLIMPIO VALCÁRCEL”**

**Título:**

**Intervención educativa para modificar nivel de conocimiento sobre Bajo  
Peso al Nacer en embarazadas del poblado de Sanguily.**

**Autora: Dra. Deyanira Prieto Rabí.**

**Residente de Segundo Año de Medicina General Integral**

***Tesis para optar por el título de especialista en Medicina General Integral.***

**2012**

**UNIVERSIDAD DE CIENCIAS MÉDICAS DE CIEGO DE ÁVILA**  
**“DR. JOSÉ ASSEF YARA”**

**Intervención educativa para modificar nivel de conocimiento sobre Bajo Peso al Nacer en embarazadas del poblado de Sanguily.**

***“Tesis en opción al título de especialista en Medicina General Integral.”***

**Autora:** Doctora Deyanira Prieto Rabí.

Policlínico Docente: Juan Olimpo Valcárcel. Municipio Venezuela

**Tutor:** Doctora Doris Quiñones Borges

Especialista en Primer Grado de Pediatría, Profesor Instructor, Policlínico Docente: Juan Olimpo Valcárcel, Municipio Venezuela.

**Asesor:** Aracelys Sánchez Fernández

Licenciada en Enfermería. Máster en Urgencias y Emergencias Médicas, Profesor Instructor, Policlínico Docente: Juan Olimpo Valcárcel, Municipio Venezuela.

**AÑO 2012**

## **AGRADECIMIENTOS**

A mi tutor y Asesores  
Por su constante guía,  
Durante la realización de este proyecto.

A mis padres,  
Por iluminar cada paso de mi vida.

A mis compañeros,  
Por su amor y apoyo, decisivos en mi desarrollo profesional y humano.

## **PENSAMIENTO**

“... El Médico será algo más que alguien que atiende a uno que se enferma y va al Hospital, sino que tendrá un papel esencial en la Medicina Preventiva,..., en fin será un Guardián de la salud.”

**Fidel Castro Ruz**



## **RESUMEN**

Se realizó un estudio pre- experimental, antes y después de intervención educativa, en el periodo comprendido entre Mayo del 2010 y Octubre de 2010 con el objetivo de elevar el nivel de conocimientos sobre el Bajo Peso al Nacer (BPN) en un grupo de embarazadas del Primer trimestre de los tres Consultorios Tipo I del poblado de Sanguily del Municipio Venezuela a través de un Programa de Intervención Educativo. La muestra estuvo constituido por 26 embarazadas, a través de muestreo holístico, a cada una de las embarazadas de la muestra se les aplicó una encuesta inicial, con tres preguntas generales para medir variables de interés: Edad, nivel de escolaridad, orientación recibida sobre Bajo Peso al Nacer, hábito de fumar y cinco preguntas del tema objeto de la investigación, para medir nivel de conocimiento antes de la intervención educativa. Seguidamente se les aplicó un programa educativo sobre el tema y después se les repitió la encuesta aplicada al inicio, concluyendo que el 96% de las embarazadas del estudio no había recibido orientación previa sobre el BPN y el mayor porcentaje no conocía sobre el tema, al finalizar la intervención educativa, se logró elevar el nivel de conocimientos sobre el BPN en la muestra. Los datos se obtuvieron a través de una encuesta diseñada y validada por criterios de expertos. Los resultados obtenidos se expresaron en forma de porcentaje en tablas y gráficos creadas al efecto para facilitar el análisis e interpretación de los resultados y fueron comparados con la información obtenida y hallazgos de otros autores según bibliografías consultadas.

**Palabras clave:** Bajo Peso al Nacer, Intervención educativa.

<b>ÍNDICE</b>	<b>Pág.</b>
<b>Introducción.....</b>	<b>1</b>
<b>Objetivos .....</b>	<b>5</b>
<b>Marco</b>	<b>Teórico 6</b>
.....	
<b>Material y Método.....</b>	<b>21</b>
<b>Resultados y Discusión.....</b>	<b>27</b>
<b>Conclusiones.....</b>	<b>35</b>
<b>Recomendaciones .....</b>	<b>36</b>
<b>Bibliografía.....</b>	<b>37</b>
<b>Anexos .....</b>	<b>42</b>

## INTRODUCCIÓN

El peso al nacer (BPN) es sin duda el determinante más importante de las posibilidades que un recién nacido experimente un crecimiento y desarrollo satisfactorio, por eso actualmente la tasa de mortalidad infantil se considera como un indicador general de salud.<sup>(1)</sup> “En lo que respecta a los estudios de genética debemos profundizar en la atención primaria de salud, sobre todo en lo concerniente al riesgo pre-concepcional, de modo que a la mujer que quiere tener un hijo, se le administra ácido fólico y se le brinda asesoría genética en ese sentido”.<sup>(2,3)</sup> Desde 1935 en los Estados Unidos se ha definido con fines estadísticos, al prematuro como el recién nacido que pesa menos de 2500g. Esta definición fue adaptada en 1950 por la World Health Organization, pero su Expert Committee on Maternal Child Health recomendó en 1961 que el término prematuro fuera reemplazado por el más apropiado de recién nacido bajo peso (RNBP) y que aquel fuera empleado sólo para referirse a los niños nacidos antes de las 37 semanas de gestación contando a partir de la última menstruación de la madre.<sup>(4)</sup>

El bajo peso al nacer (BPN) ha constituido un Programa desafío para la ciencia a través de los tiempos. Múltiples son las investigaciones realizadas acerca de las causas que lo producen y las consecuencias que conocimientos de la familia en torno a un estilo de vida saludable, pues se sabe que la hipertensión arterial, la diabetes mellitus y una nutrición inadecuada, pueden ser las causas que inciden en este importante problema de salud”.<sup>(5)</sup> En estudios anteriores se señala que los niños nacidos con un peso inferior a los 2500g presentan riesgo de mortalidad 14 veces mayor durante el primer año de vida, en comparación con los niños que nacen con un peso normal a término.<sup>(3,6)</sup> El bajo peso al nacer es el índice predictivo más importante de mortalidad infantil y el factor fundamental asociado con los más de 5 millones de defunciones neonatales que ocurren cada año en el mundo.<sup>(6)</sup> Es innegable la influencia que éste tiene sobre las futuras generaciones, por lo que debe constituir el centro de los esfuerzos que el médico y la enfermera deben desarrollar en su prevención, sobre todo en la comunidad. El peso del niño al nacer es uno de

los indicadores más útiles para evaluar los resultados de la atención prenatal, las perspectivas de supervivencia infantil y la salud de éste durante su primer año de vida. <sup>(7)</sup> 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 al nacer con un Crecimiento intrauterino retardado (CIUR) y se trató de diferenciarlos de los que nacían de una Gestación acortada. <sup>(7,8)</sup>

Las consultas de riesgo preconcepcional y la atención prenatal son determinantes para llevar a feliz término el período gestacional. (5,9) “El bajo peso al nacer merece una atención diferenciada, por lo que es muy importante tener en cuenta los Acerca del particular, la promoción de salud en la atención primaria, con la participación del médico y la enfermera de la familia, es esencial para modificar hábitos y conductas que propician la aparición de estas enfermedades. “Los hogares maternos surgen como una respuesta a la necesidad de tratar a las embarazadas en la comunidad, por lo que devienen escenario ideal para la recuperación nutricional de las gestantes y verdaderas escuelas de educación sanitaria para las madres”. (9,10) La apertura de salas de cuidados perinatales es considerada una estrategia acertada en la reducción de la mortalidad infantil, al igual que las de cuidados intensivos pediátricos, la introducción y generalización de la maduración pulmonar y el uso de Surfacén, además del programa de inmunizaciones con la introducción de nuevas vacunas al esquema. (10) Poder planificar el número de hijos y el momento del embarazo, recibir atención prenatal calificada, favorecerse de la institucionalización del parto, de los programas de vacunación y de la puericultura, son derechos garantizados de todos los seres humanos, en tanto la atención al niño enfermo con los recursos necesarios, constituye un pilar esencial en el logro de la reducción de la mortalidad infantil. Al final todos pueden quedar sorprendidos con la llegada del bebé: la madre que tendrá que aprender de prisa a lactar al recién nacido, la familia toda cuando le den la bienvenida, los grupos comunitarios y los distintos factores que desempeñan un rol fundamental en la ejecución del programa. A los demás, al Médico y la Enfermera de la Familia, a quienes atienden a las embarazadas en los hogares maternos, a los neonatólogos, los obstetras, los pediatras, los intensivistas; a todas y cada una de las personas que intervienen en el Programa Materno

Infantil, a esos solo les quedará el orgullo de saberse salvaguardas de la vida, capaces, con su entrega, de darle a la familia la alegría y felicidad que suponen el nacimiento y posterior desarrollo de un niño completamente sano. (2,11)

Cada año uno de cada 14 bebés nace con bajo peso en los EE.UU. (12) Esta condición es uno de los factores responsables del 60 por ciento de las muertes en lactantes. Los bebés que nacen con peso bajo suelen tener serios problemas de salud durante sus primeros meses de vida y es mayor el riesgo de que sufran discapacidades con efectos de duración prolongada. (11,13) En Cuba, la realidad es alentadora, los avances de la ciencia y el conocimiento acumulado aportarán más esperanzas. La labor de médicos y paramédicos como asesores de salud será necesaria permanentemente, y para ello además de conocer y poseer información, debemos estar abiertos al diálogo, influyendo positivamente en la población, ayudando a tomar decisiones sanas. Tenemos nosotros la última palabra.

Los avances en la atención médica neonatal han reducido considerablemente la tasa de mortalidad asociada con el bajo peso y las discapacidades de los bebés que sobreviven a esta condición. Sin embargo, un pequeño porcentaje de los bebés nacidos con bajo peso sufre todavía problemas de salud, tales como retraso mental, parálisis cerebral y mal funcionamiento de los pulmones, la vista y el oído. (5,6) La situación actual existente en nuestra Provincia es la que nos incita a estudiar el tema, pues en el año 2009 de 239 nacidos Bajo Peso, 24 resultaron ser del municipio Venezuela lo que representa un 6.7 %, y de ellos 13 resultaron del poblado de Sanguily; lo cual nos demuestra la necesidad de elevar el nivel de conocimientos de nuestras embarazadas, con la adecuada actualización sobre forma de evitarla y posibles complicaciones en el recién nacido con la intencionalidad de elevar a través del personal de salud la percepción del riesgo en nuestra población, profundizando en la labor educativa sobre la adopción de conductas saludables, por estas razones nos motivamos a la realización de este trabajo.

**Problema Científico:**

¿Cómo elevar el nivel de conocimientos, sobre el Bajo Peso al Nacer en embarazadas de los 3 Consultorios Tipo 1 del poblado de Sanguily, Municipio Venezuela?

**Hipótesis:**

Si se aplica un Programa de Intervención Educativa sobre Bajo Peso al Nacer en las embarazadas del Primer Trimestre de los Consultorios Tipo 1 del poblado de Sanguily, Municipio Venezuela, entonces, se podrá elevar el nivel de conocimientos sobre el tema.

**OBJETIVOS****Objetivo General:**

1. Modificar el nivel de conocimiento sobre el Bajo Peso al Nacer en embarazadas del Primer trimestre de los 3 Consultorios Tipo 1 del poblado de Sanguily del Municipio Venezuela, a través de una intervención educativa.

**Objetivos Específicos:**

1.1- Caracterizar embarazadas del Primer trimestre de los 3 Consultorios Tipo 1 del poblado de Sanguily, según diferentes variables.

1.2- Identificar el nivel previo de conocimiento sobre Bajo Peso al Nacer en las embarazadas de la muestra, antes de la Intervención Educativa.

1.3 Diseñar y Aplicar un programa de intervención educativa sobre Bajo Peso al Nacer en la muestra de estudio.

1.4- Evaluar el nivel de conocimiento sobre el Bajo Peso al Nacer, después de la Intervención Educativa.

## MARCO TEÓRICO

El Bajo Peso al Nacer se refiere a los bebés que pesan menos de 2500 gramos (5 libras y 8 onzas). La mayoría de los bebés normales pesan 5.8 libras en la semana 37 de gestación. El retardo del crecimiento intrauterino se refiere al retraso del crecimiento en el interior del útero, lo que luego conduce a Bajo Peso al Nacer. Algunos niños simplemente son pequeños y resulta que pesan menos de 5.8 libras cuando nacen y, aunque esto se considera bajo peso al nacer, en estos casos no es anormal o una causa de preocupación. <sup>(1,2)</sup> El bajo peso al nacimiento (BPN) es un problema de salud pública mundial, que impacta en gran medida sobre la mortalidad neonatal e infantil en menores de un año, particularmente en el período neonatal. <sup>(3,4)</sup> Cerca de 90% de los nacimientos de productos con bajo peso ocurren en países en vías de desarrollo para una prevalencia global de 19%. En los países del sur asiático, el BPN alcanza hasta 50%, en comparación con América Latina donde ocurre en aproximadamente 11%, mientras que para los países desarrollados se ha considerado por debajo de 6%. <sup>(2,5)</sup>

La OMS ha estimado en Latinoamérica una prevalencia de un 9.26% con fluctuaciones regionales y dentro de los países del área. En Colombia, la prevalencia de BPN en el año 2009 fue de 6% y problemas financieros se remiten, para la atención del parto y desde niveles primarios. <sup>(6)</sup> En Canadá se ha observado una estabilidad en cuanto al BPN en los años 2007 al 2009 con una incidencia de un 6%, pues estudios han demostrado que el ingreso económico de las familias está asociado con el parto pretérmino y con el Bajo Peso para la edad gestacional. En otros países no pertenecientes a Latinoamérica como Haití, la India y Pakistán donde se han mantenido por muchos años el alto índice de BPN, se ha establecido que el nivel socioeconómico es uno de los factores independientes más frecuentemente relacionados con el BPN, estos tres últimos se comportaron en los años 2007 al 2009 con 25%, 38% y 19% respectivamente. <sup>(7,8)</sup>

Es importante considerar que definimos el bajo peso al nacer, como todo recién nacido con peso inferior a los 2500g, independientemente de su edad gestacional. Dos grandes entidades con diferentes causas y pautas de manejo contribuyen a su aparición: el nacimiento pretérmino, o sea, el que ocurre antes de las 37 semanas de la gestación y el crecimiento intrauterino retardado, donde el peso del recién nacido se encuentra por debajo del estimado como normal a la edad del nacimiento.<sup>(4,9)</sup> Para finales de la década de los años setenta, en un estudio mexicano de población cautiva con derecho a seguridad social, se calculó que la prevalencia de BPN era de 10%.<sup>(10,11)</sup> A su vez, una encuesta retrospectiva dirigida por el Fondo de Naciones Unidas para la Infancia en nuestro país entre 1980-1988, registró una incidencia nacional de 12% y, en particular, para las maternidades del área metropolitana del Distrito Federal de sólo 8.2%.<sup>(12,13)</sup> En acuerdos con la OMS, en 1985,<sup>(7,12)</sup> México se comprometió a reducir el problema del BPN a menos de 10%; para 1991 se reportó en 8%, con sólo 1% de niños con peso al nacer menor a 1500g.<sup>(10,14)</sup> En el mismo año, para toda América Latina, la prevalencia de BPN fue de 13.5%,<sup>(15)</sup> pocos años después, entre 1994 y 1996, se reportó en 11% para América Latina y el Caribe.<sup>(2, 9,16)</sup> Estas estadísticas, sin embargo, no son reflejo preciso de la realidad, ya que hasta 33% de los nacimientos ocurrían fuera de instituciones de salud y poco más de 80% de estos niños no se pesaban al nacer.<sup>(17)</sup>

Entre los múltiples factores asociados al BPN se han señalado las características antropométricas, nutricionales, socioculturales y demográficas de la madre; los antecedentes obstétricos y condiciones patológicas que afectan la funcionalidad y suficiencia placentaria, así como las alteraciones propiamente fetales.<sup>(4,6)</sup> Debido a esta etiología multifactorial, las diversas investigaciones no han permitido dar un peso específico, ya sea asociativo o predictivo, para una u otra característica estudiada.<sup>(7)</sup>

Las repercusiones del BPN no se confinan sólo al período neonatal inmediato o al mediano plazo. El retardo en el crecimiento y desarrollo puede continuar hasta la edad adulta, e incluso manifestarse sobre la descendencia del afectado, de modo que la mortalidad por infecciones de adultos jóvenes que

tuvieron BPN, puede llegar a ser hasta diez veces mayor, comparada con la de quienes tuvieron peso adecuado al nacimiento. (3) Existe desde luego mayor riesgo de padecer episodios de enfermedad infecciosa aguda durante la infancia, lo que a su vez conlleva a desnutrición y consecuentemente al círculo vicioso infección/desnutrición/infección y a un incremento en la probabilidad de desarrollar enfermedades crónicas degenerativas durante la edad adulta. (15,18)

El Bajo Peso al Nacer puede predecirse antes del parto, si el útero es pequeño o si el ultrasonido refleja un feto pequeño. El feto puede parecer simétricamente pequeño o tener una cabeza de tamaño normal para la edad gestacional, pero un abdomen anormalmente pequeño. Si bien el tamaño total del feto o del niño es pequeño, los sistemas de los órganos tienen la madurez adecuada para la edad gestacional (1). Si la madre es pequeña, puede ser normal en ella tener un feto pequeño. Algunos factores socioeconómicos como los bajos ingresos y la falta de educación también están relacionados con un mayor riesgo de que el bebé nazca con bajo peso, aunque se desconocen todavía las razones que explican esta situación. Las mujeres de menos de 17 años o de más de 35, las mujeres solteras y las que han tenido un nacimiento prematuro con anterioridad corren un mayor riesgo de tener un bebé de bajo peso.(19) Es probable que las adolescentes no tengan buenos hábitos con respecto a la salud. A su vez, las mujeres que sufren un excesivo nivel de estrés y las víctimas de la violencia familiar u otras formas de abuso pueden correr mayores riesgos de tener un bebé de bajo peso. (20,21)

Alrededor de 40.000 bebés por año—en su mayoría nacidos antes de la semana 34 de gestación—sufren el síndrome de dificultad respiratoria o SDR, una de las principales causas de muerte y discapacidad entre los bebés prematuros.(22,23) A estos bebés les falta un compuesto químico natural llamado surfactante que impide que se cierren los pequeños sacos de aire de los pulmones. La sangre no recibe suficiente oxígeno o no puede desprenderse de suficiente dióxido de carbono. A partir de la aplicación de un tratamiento con surfactante en 1990, las muertes por SDR se han reducido en más del 60 por

ciento. (24) El 25 por ciento de los bebés de muy bajo peso al nacer sufre hemorragias cerebrales que pueden causar daños serios o incluso la muerte. Los recién nacidos que sobreviven suelen tener después problemas de aprendizaje o de conducta. Cuando todo indica que una mujer habrá de tener un parto prematuro, el tratamiento con drogas llamadas corticosteroides ayuda a reducir la incidencia de las hemorragias cerebrales en un 70 por ciento y el SDR en un 50 por ciento. (25)

Los bebés prematuros pueden tener problemas cardíacos graves. Antes del nacimiento, una arteria grande llamada ductus arteriosus permite que la sangre se desvíe y no pase por los pulmones del bebé, que aún no funcionan. En los bebés prematuros, la arteria puede no cerrarse debidamente después del parto y provocar insuficiencia cardíaca. (26)

Muchos factores pueden retardar el crecimiento del feto. Los bebés con anomalías congénitas o anormalidades cromosómicas a menudo son asociados con bajo peso al nacer. (21,22) A veces, los problemas con la placenta pueden impedir que ésta suministre al feto el oxígeno y los nutrientes adecuados. Las infecciones que durante el embarazo afectan al feto, como la rubéola, citomegalovirus, toxoplasmosis y sífilis, también pueden influir en el peso del bebé al nacer. Dentro de los factores de riesgo de la madre que pueden contribuir al bajo peso al nacer se encuentran los embarazos múltiples, otros hijos con bajo peso al nacer, mala nutrición, cardiopatía o hipertensión, fumar, drogadicción, abuso del alcohol, exposición al plomo y cuidado prenatal insuficiente. El bajo peso al nacer es más común en las primerizas y entre embarazadas menores de 17 años y mayores de 35 años. (25,26)

Algunos prematuros tienen enterocolitis necrotizante, una inflamación potencialmente mortal del intestino cuyas causas todavía no se conocen bien. A su vez, la retinopatía resultante de un parto prematuro, que es un crecimiento anormal de los vasos sanguíneos de los ojos, puede provocar problemas de vista o incluso ceguera.(12,27)

. Aproximadamente el 67 por ciento de los bebés nacidos con peso bajo son prematuros (1). Normalmente, cuanto antes nace un bebé, menor será su peso. (28)

Factores que pueden contribuir al nacimiento prematuro y/o al crecimiento limitado del feto incluyen:

- Prematuro en un embarazo anterior
- Esperan mellizos, trillizos o más bebés
- Tienen ciertas anomalías en el útero o en el cuello uterino
- Defectos congénitos. Los bebés con ciertos defectos congénitos tienen más probabilidades de tener un crecimiento limitado porque las condiciones genéticas y las anomalías estructurales pueden limitar su desarrollo normal. Los bebés con defectos congénitos también tienen más probabilidades de nacer prematuros.
- Problemas de salud crónicos en la madre. La alta presión arterial de la madre, diabetes y los problemas cardíacos, pulmonares y renales a veces pueden reducir el peso con el que nace el bebé. (29,30)
- El fumar. Las mujeres embarazadas que fuman cigarrillos tienen casi el doble de probabilidades de tener un bebé de bajo peso que las mujeres que no fuman. El hábito de fumar retarda el crecimiento del feto y aumenta el riesgo de parto prematuro.
- Alcohol y drogas ilícitas. Éstos pueden limitar el crecimiento del feto y causar defectos congénitos. Algunas drogas, como la cocaína, también pueden aumentar el riesgo de parto prematuro.
- Infecciones de la madre. Ciertas infecciones, especialmente las que afectan el útero, pueden aumentar el riesgo de parto prematuro.

- Infecciones del feto. Ciertas infecciones virales y parasitarias, como citomegalovirus, rubéola, varicela y toxoplasmosis, pueden retardar el crecimiento del feto y causar defectos congénitos.
- Problemas en la placenta. Éstos pueden reducir el flujo de la sangre y nutrientes al feto y limitar su crecimiento. En algunos casos, debe adelantarse el parto para evitar complicaciones serias para la madre y el bebé (31).
- Aumento insuficiente de peso en la madre. Las mujeres que no aumentan la cantidad suficiente de peso durante el embarazo tienen un riesgo mayor de tener un bebé de bajo peso al nacer. Las mujeres de peso normal por lo general sólo deben aumentar de 25 a 35 libras durante el embarazo.
- Factores socioeconómicos. Algunos factores socioeconómicos, como los bajos ingresos y la falta de educación, también tienen relación con el incremento del riesgo de tener un bebé de peso demasiado bajo, si bien no se conocen las razones subyacentes de este fenómeno. Las mujeres de raza negra y las que tienen menos de 17 años y más de 35 también tienen un riesgo mayor.

Algunos factores socioeconómicos como los bajos ingresos y la falta de educación también están relacionados con un mayor riesgo de que el bebé nazca con bajo peso, aunque se desconocen todavía las razones que explican esta situación. Las mujeres de menos de 17 años o de más de 35, las mujeres solteras y las que han tenido un nacimiento prematuro con anterioridad corren un mayor riesgo de tener un bebé de bajo peso. Es probable que las adolescentes no tengan buenos hábitos con respecto a la salud. A su vez, las mujeres que sufren un excesivo nivel de estrés y las víctimas de la violencia familiar u otras formas de abuso pueden correr mayores riesgos de tener un bebé de bajo peso. (2,32,33)

Un bebé 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 bebés también suelen tener complicaciones para mantener el calor en temperaturas normales. (13,34)

Como muchos de estos bebés también son prematuros, 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 bebés con bajo peso al nacer:

- Niveles bajos de oxígeno al nacer.
- Incapacidad de mantener la temperatura corporal.
- Dificultad para alimentarse y para aumentar de peso.
- Infecciones.
- Problemas respiratorios como por ejemplo, el síndrome de dificultad respiratoria (una enfermedad respiratoria de la prematurez causada por el desarrollo pulmonar insuficiente).
- Problemas neurológicos como por ejemplo, la hemorragia intraventricular (sangrado dentro del cerebro).
- Problemas gastrointestinales como por ejemplo, la enterocolitis necrotizante (enfermedad intestinal grave que es frecuente en los prematuros).
- Síndrome de muerte súbita del lactante.(35,36)

Casi todos los bebés 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 bebés que pesan entre 1501 y 2500 gramos (3 libras, 5 onzas y 5 libras, 8 onzas) tienen mucho más posibilidades de sobrevivir (1,37).

Los bebés prematuros pueden tener problemas cardíacos graves. Antes del nacimiento, una arteria grande llamada ductus arteriosus permite que la sangre se desvíe y no pase por los pulmones del bebé, que aún no funcionan. En los bebés prematuros, la arteria puede no cerrarse debidamente después del parto y provocar insuficiencia cardíaca.(38,39)

Algunos prematuros tienen enterocolitis necrotizante, una inflamación potencialmente mortal del intestino cuyas causas todavía no se conocen bien. A su vez, la retinopatía resultante de un parto prematuro, que es un crecimiento anormal de los vasos sanguíneos de los ojos, puede provocar problemas de vista o incluso ceguera. (40,41)

Algunos bebés de peso bajo padecen un desequilibrio en la cantidad de sales o de agua, o bajo contenido de azúcar en sangre (hipoglucemia), y estos trastornos pueden provocar daños cerebrales. Los bebés prematuros son más proclives a desarrollar ictericia porque el hígado todavía no está listo para funcionar debidamente. Y la ictericia severa puede provocar también daños cerebrales. (39,42)

Un bebé prematuro puede ser anémico (no tener suficientes glóbulos rojos). Normalmente el feto almacena hierro durante los últimos meses de la gestación y lo utiliza después del nacimiento para producir glóbulos rojos. Es muy probable que los bebés prematuros no hayan tenido suficiente tiempo para acumular hierro. (37)

También es posible que los bebés de bajo peso no tengan suficientes grasas para mantener una temperatura corporal normal, y la baja temperatura puede producir cambios químicos en la sangre y un crecimiento más lento. (9,13)

Aproximadamente el 10 por ciento de los fetos tiene un crecimiento limitado. (3,6) El médico puede sospechar un crecimiento limitado si el útero de la madre no crece al ritmo normal. Esto puede confirmarse mediante una serie de exámenes por ultrasonidos para determinar la velocidad con la que está creciendo el feto. En algunos casos, puede mejorarse el crecimiento del feto

tratando cualquier trastorno de la madre (como alta presión arterial) que pudiera estar afectando su crecimiento normal.

El médico realiza un seguimiento estricto del desarrollo de los fetos con crecimiento limitado mediante ultrasonidos y el monitoreo de su ritmo cardíaco. Si estas pruebas muestran que el bebé está teniendo problemas, puede ser necesario adelantar el parto. (23,7)

Los bebés nacidos con bajo peso son más propensos que los bebés de peso normal a tener problemas de salud durante sus primeras semanas de vida. Muchos de estos bebés requieren cuidados especiales en una unidad de cuidados intensivos neonatal (UCIN). Los problemas médicos graves son más comunes en los bebés que nacen con un peso muy bajo (peso menor de 1500 gramos: 3 libras y 4 onzas). (17,43)

□ Síndrome de dificultad respiratoria. Este problema en la respiración es común en los bebés que nacen antes de las 34 semanas de gestación. Los bebés con síndrome de dificultad respiratoria carecen de una proteína llamada surfactante, que impide que los alvéolos pulmonares (los pequeños sacos de aire que hay en los pulmones) se colapsen. El tratamiento con surfactante ayuda a los bebés a respirar con más facilidad. Los bebés con síndrome de dificultad respiratoria pueden necesitar oxígeno adicional y asistencia respiratoria mecánica para mantener dilatados los pulmones. Los bebés más enfermos pueden necesitar temporalmente la ayuda de un respirador que respire por ellos mientras sus pulmones maduran.

□ Hemorragia cerebral (médicamente, se la conoce como hemorragia intraventricular). La hemorragia cerebral se produce en algunos bebés nacidos con un peso muy bajo, por lo general dentro de los primeros tres días de vida. Las hemorragias cerebrales se diagnostican normalmente mediante un examen por ultrasonidos. Casi todas las hemorragias son leves y se resuelven solas, provocando pocas o ninguna consecuencia permanente. Las hemorragias más graves pueden causar una presión sobre el cerebro que, en algunos casos, lleva a daño cerebral. En estos casos, los cirujanos suelen introducir un tubo en el cerebro para drenar el líquido y reducir el riesgo de daño cerebral. En los

casos más leves se utilizan medicamentos que permiten reducir la acumulación de líquido.

□ Ductus arteriosus patente. El ductus arteriosus patente es un problema cardíaco comúnmente observado en los bebés prematuros. Antes de nacer, el feto tiene una gran arteria llamada ductus arteriosus o conducto arterioso, que impide que la sangre pase por los pulmones (que aún no funcionan). Normalmente, el conducto se cierra poco después del nacimiento para que la sangre pueda circular hacia los pulmones y absorber oxígeno. En los bebés prematuros, el conducto no siempre se cierra adecuadamente, lo cual puede llevar a insuficiencia cardíaca. El ductus arteriosus patente puede diagnosticarse mediante un tipo especial de ultrasonido conocido como ecocardiografía o con otras pruebas por imágenes. A los bebés con ductus arteriosus patente se los trata con un medicamento que ayuda a cerrar el conducto, aunque puede hacer falta una cirugía si el medicamento no funciona.

□ Enterocolitis necrotizante. Este problema intestinal potencialmente peligroso suele desarrollarse de dos a tres semanas después del nacimiento y puede llevar a dificultades de alimentación, hinchazón abdominal y otras complicaciones. Los bebés con enterocolitis necrotizante se tratan con antibióticos y se los alimenta por vía intravenosa mientras su intestino se cura. En algunos casos, hace falta una cirugía para extirpar secciones dañadas de intestino (42).

□ Retinopatía de la premadurez. La retinopatía de la premadurez es un crecimiento anormal de los vasos sanguíneos del ojo que puede llevar a la pérdida de la vista y se produce principalmente en los bebés nacidos antes de las 32 semanas de gestación. En su mayoría, los casos se curan solos con poca o ninguna pérdida de la visión. En los casos más severos, el oftalmólogo puede tratar los vasos anormales con láser o con crioterapia (congelamiento) para preservar la visión (14,17).

Algunos estudios sugieren que las personas que nacieron con bajo peso pueden tener un riesgo mayor de tener ciertos trastornos crónicos en la adultez. Estos trastornos incluyen, entre otros, alta presión arterial, diabetes

tipo 2 (de aparición adulta) y enfermedad cardíaca. Cuando estos trastornos se dan juntos, se conocen como síndrome metabólico. Un estudio comprobó que los hombres que pesaban menos de seis libras y media al nacer tenían 10 veces más probabilidades de tener síndrome metabólico que aquellos nacidos con un peso de más de nueve libras y media. (27,34)

Aún se desconoce qué tan bajo debe ser el peso al nacer para contribuir a estos trastornos en la adultez. No obstante, es posible que el crecimiento limitado antes del nacimiento cause cambios permanentes en ciertos órganos sensibles a la insulina, como el hígado, los músculos esqueléticos y el páncreas. Antes del nacimiento, estos cambios pueden ayudar al feto desnutrido a consumir todos los nutrientes disponibles. No obstante, después del nacimiento estos cambios pueden contribuir a problemas de salud. (28,36)

Estudios realizados indican que el uso de equipos especiales en las unidades de cuidados intensivos neonatológicos y de surfactante ayuda a mantener con vida a bebés prematuros que, de otro modo, no sobrevivirían. (9) Los bebés con problemas respiratorios pueden necesitar oxígeno adicional y asistencia mecánica para mantener expandidos sus pulmones. A veces, el médico inserta un pequeño tubo de aire a través de la nariz o la boca del bebé hasta llegar a la tráquea. Este tubo ayuda al bebé a respirar, pero no respira por él. El surfactante que por el tubo llega hasta la tráquea va directamente a los pulmones y facilita la respiración del recién nacido. (37,40)

Algunos bebés necesitan la asistencia temporaria de un respirador artificial. También se les puede tratar con un gas llamado óxido nítrico que mejora la respiración ayudando a dilatar los vasos sanguíneos de los pulmones. Durante el tratamiento de los problemas respiratorios, los niveles de oxígeno del bebé deben controlarse cuidadosamente porque los altos niveles de oxígeno pueden provocar retinopatía en los bebés prematuros. En lugar de un respirador artificial, también puede utilizarse un OMEC (oxigenador de membrana extracorpóreo) que es una máquina que provee oxígeno a la sangre evitando pasar por el corazón y los pulmones mientras éstos se recuperan (38,39).

Los médicos no han podido solucionar todavía las hemorragias cerebrales características de los bebés muy prematuros, pero pueden tratar algunos de sus efectos secundarios y reducir el riesgo y la extensión del daño cerebral. Pueden examinar el cerebro recurriendo a los procedimientos de ultrasonido, imagen de resonancia magnética (IRM) o la tomografía axial computarizada. Si los espacios llenos de líquido (ventrículos) se expanden rápidamente, los cirujanos pueden insertar un tubo en el cerebro para drenar el líquido y reducir el riesgo de daño cerebral. En los casos más leves, generalmente se utilizan drogas para reducir la acumulación de líquido.

La enterocolitis necrotizante se trata con antibióticos y líquidos endovenosos. Los sectores dañados del intestino pueden requerir una extirpación quirúrgica.

Muy bajo peso al nacer es un término que se utiliza para describir a los bebés que nacen con un peso menor a los 1500 gramos (3 libras y 4 onzas). Muy pocos nacen tan pequeños, sólo el 1,5 por ciento. Sin embargo, el índice global de bebés con muy bajo peso al nacer en Estados Unidos está aumentando y se debe, principalmente, a la mayor cantidad de bebés de partos múltiples, que son más proclives a nacer prematuramente y con menor peso.(12,16)

Los bebés con muy bajo peso al nacer se ven 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. Además, su piel suele ser bastante transparente, lo que permite distinguir los vasos sanguíneos con facilidad. (36,41)

La causa principal del muy bajo peso al nacer es el nacimiento prematuro frecuentemente antes de las 30 semanas de gestación. Al nacer prematuramente, el bebé 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 bebé es más pronunciado. (38)

Otra de las causas del muy bajo peso al nacer es el retardo de crecimiento intrauterino (RCIU). Esto se produce cuando un bebé no crece normalmente

durante el embarazo debido a problemas con la placenta, la salud de la madre o los defectos congénitos. La mayoría de estos bebés son también prematuros y muy pequeños e inmaduros físicamente. (7,13)

Los bebés de partos múltiples corren mayor riesgo de tener muy bajo peso al nacer. Aproximadamente el 10 por ciento de los mellizos y un tercio de los trillizos tienen un muy bajo peso al nacer.(12,42)

El peso que tendrá un bebé al nacer se puede calcular de distintas maneras durante el embarazo. Por ejemplo, se puede medir la altura uterina (se mide la parte superior del útero) desde el hueso púbico. 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 (un estudio a que utiliza ondas sonoras para generar una imagen de las estructuras internas) es el método más exacto para calcular el tamaño fetal. Se pueden medir la cabeza y el abdomen del feto, y comparar los resultados con una tabla de crecimiento para calcular su peso. (32,40)

Se pesa a los bebés 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 (5 libras y 8 onzas) se diagnostica como bajo peso al nacer. En cambio, un bebé que pesa menos de 1500 gramos (3 libras y 5 onzas), recibe un diagnóstico de muy bajo peso al nacer. (10,34)

Debido a los formidables avances en el cuidado de los bebés enfermos y prematuros, a pesar de nacer antes de término y ser muy pequeños, cada vez más bebés logran sobrevivir. Sin embargo, la prevención de nacimientos prematuros es una de las mejores maneras de evitar el muy bajo peso al nacer. (13,18)

El cuidado prenatal es un factor clave en la prevención de nacimientos prematuros y bebés con muy 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 ilícitas, ya que estos factores pueden contribuir a un crecimiento fetal deficiente. (9)

## **MATERIAL Y MÉTODO**

### **Tipo de Estudio:**

Se realizó un estudio pre-experimental de Intervención Educativa con diseño de pre-prueba y pos-prueba (antes-después) en un grupo de embarazadas del primer trimestre de los 3 Consultorios Tipo I del poblado de Sanguily del Municipio Venezuela, durante el período comprendido entre Mayo del 2010 y Octubre de 2010, para modificar el nivel de conocimientos sobre Bajo Peso al Nacer.

### **Universo y Muestra**

El universo estuvo constituido por 26 embarazadas que cursaban el Primer Trimestre, de los tres Consultorios Tipo I del poblado de Sanguily del Municipio Venezuela, se trabajó con el universo de embarazadas que cumplían los criterios de inclusión y exclusión, a través de muestreo holístico.

### **Criterios de Inclusión:**

1. Estar de acuerdo en participar en el estudio, a través de la firma del consentimiento informado.

**Criterios de Exclusión:**

1. Sean visitas transitorias en el área de uno de los 3 Consultorios Tipo I del poblado de Sanguily.
2. Embarazadas q tengan retraso mental u otra anomalía que le impida participar en el estudio

**Criterios de salida:**

1. Pacientes que deseen abandonar de forma voluntaria el estudio
2. Pacientes que se trasladen del área durante la investigación.
3. Embarazadas que por alguna complicación durante el embarazo, le impida continuar el estudio.

**Técnica de recolección de la información:**

Los datos se recogieron de los resultados que arrojó la encuesta (anexo 2) previamente confeccionada por el tutor y el autor de la investigación, validada por un comité de expertos

La encuesta: constituyó la técnica de recolección de la información dadas las características de búsqueda de información rápida y económica, se aplicó a las 26 embarazadas del Primer Trimestre de embarazo de los 3 Consultorios Tipo I del poblado de Sanguily del Municipio Venezuela para identificar los conocimientos que tenían sobre el Bajo Peso al Nacer.

Para el desarrollo de esta investigación, se aplicó la encuesta antes y después de la Intervención Educativa, que constituyó el sustento informativo de todo el trabajo. En esta se recogieron todas las variables de interés para la información, la cual presentó preguntas cerradas dicotómicas, con 9 ítems en total.

## **1. Conceptualización y operacionalización de las variables:**

### **Variable dependiente:**

**Nivel de Conocimiento.** Variable Cualitativa nominal dicotómica. Conocimientos que posee una persona sobre un tema determinado, se medirá su indicador como adecuado e inadecuado, según validación de la encuesta.

### **Variable independiente:**

**Intervención educativa.** Sistema de actividades educativas para lograr adquisición de conocimientos y cambios de comportamientos en las embarazadas.

El trabajo se desarrolló en tres etapas:

1. Nivel de conocimiento, antes de la intervención educativa.
2. De intervención educativa.
3. Nivel de conocimientos, después de la Intervención educativa.

### **1. Nivel de conocimiento, antes de la intervención educativa.**

En esta etapa se diseñó una encuesta validada por criterios de experto (Anexo 2) donde se identificó el nivel de conocimientos sobre Bajo Peso al Nacer en las embarazadas seleccionadas para la investigación, previo a la intervención educativa (pre-prueba), para ello se realizó un Formulario Antes que contenía 4 Ítems generales para medir variables de interés ( edad, nivel de escolaridad, orientación recibida sobre el Bajo Peso al Nacer, hábito de fumar ) y 5 Ítems de contenido con una sola alternativa de respuesta ( del 5<sup>to</sup> al 9<sup>no</sup> Ítems ), para determinar el nivel de conocimientos acerca del BPN, estas últimas con una puntuación de 20 puntos cada una, para un total de 100 puntos quedando incluida la muestra en dos categorías de definición:

- ✓ Adecuado: 41-100 puntos
- ✓ Inadecuado: menos de 40 puntos

**Ítem 5 ¿Qué es para usted el Bajo Peso al Nacer?:** Se elaboró con tres alternativas de respuestas, pero sólo una adecuada según el tema con una puntuación de 20 puntos

**Ítem 6 ¿Cuál de las siguientes causas, usted considera que puede provocar, Bajo Peso al Nacer?:** Se elaboró con tres alternativas de respuestas, pero sólo una adecuada según el tema con una puntuación de 20 puntos

**Ítem 7 ¿A quienes Ud. cree que afecte más frecuentemente el Bajo Peso al Nacer?:** Se elaboró con cuatro alternativas de respuestas, pero sólo una adecuada según el tema con una puntuación de 20 puntos

**Ítem 8 ¿Qué complicaciones Ud. cree que padezca con más frecuencia un Recién Nacido Bajo Peso?:** Se elaboró con tres alternativas de respuestas, pero sólo una adecuada según el tema con una puntuación de 20 puntos.

**Ítem 9 Marque con una X cómo Ud. cree que se pueda prevenir el Bajo Peso al Nacer.** Se elaboró con tres alternativas de respuestas, pero sólo una adecuada según el tema con una puntuación de 20 puntos

## **2. Intervención educativa:**

Después de aplicada la encuesta a las embarazadas seleccionadas. Se aplicó un Programa Educativo (Anexo 3), creado por la tutora y Doctora Deyanira Prieto Rabí, constó de 3 actividades que cumplimentan de forma abarcadora el tema, impartidos en tres frecuencias de 2 horas cada una, utilizando juegos expectativos, lluvias de ideas, trabajo competitivo en equipo como técnicas participativas y concluyendo con 1 actividad grupal, y un examen final. Los encuentros se efectuaron en lugares planificados con las embarazadas y organizaciones de masas, dentro de la comunidad en estudio, En cada actividad educativa al inicio se realizó un recuento de los aspectos tratados en el encuentro anterior, mediante el empleo.

## **3. Evaluación.**

Terminada la Intervención educativa con el programa creado al efecto, se repitió la encuesta aplicada al inicio "pos-prueba" a todas las embarazadas del estudio (Anexo 2), con el objetivo de evaluar el nivel de conocimiento adquirido y por ende la efectividad de la intervención educativa.

Edad: (Fuente Ítem 1) Variable cuantitativa continua. Expresada en años cumplidos. Al evaluar los resultados se contempló la edad para ese momento

menos el tiempo que haya transcurrido en el proceso de investigación con el objetivo de evitar variaciones en los grupos de edades y facilitar la interpretación de los resultados.

**Nivel de Escolaridad: (Fuente Ítem 2)** Variable cualitativa nominal. Se tuvo en cuenta el grado de escolaridad vencido.

- ❖ Primaria sin terminar: Aquellas que no habían concluido el 6to grado.
- ❖ Primaria terminada: Aquellas que habían culminado el 6to grado.
- ❖ Secundaria terminada: Aquellas que habían concluido el 9no grado.
- ❖ Pre-universitario terminado: Aquellas que ostentaran el título de Bachiller.
- ❖ Técnico medio: Aquellas graduadas en escuelas politécnicas y que no se hubieran superado o estén en vías de hacerlo.
- ❖ Universitaria: que esté graduada de una carrera universitaria.

**Orientación recibida sobre el Bajo Peso al Nacer: (Fuente Ítem 3):** Se tuvo en cuenta si conocía sobre el bajo peso al nacer, a través de alguna orientación recibida. Se respondió dicotómicamente con una cruz según correspondió en las posibles respuestas: Sí ( ) o No ( ).

**Hábito de Fumar: (Fuente Ítem 3):** Variable cualitativa. Se respondió de manera dicotómica, con una cruz según correspondió en las posibles respuestas: Sí ( ) o No ( ).

**Procesamiento de la información:**

Una vez concluida la recopilación del dato primario se confeccionó una base de dato en Microsoft Excel para Windows XP para su procesamiento estadístico. La información fue resumida en porcentos y presentada en tablas para comparar las diferencias entre la proporción de embarazadas con conocimiento adecuado e inadecuado antes y después de la intervención se utilizó la prueba de McNemar con una significación del 5%, basada en la distribución Chi cuadrado.

**Ética y bioética:**

Las embarazadas seleccionadas para el estudio se les informó sobre el objetivo y la inocuidad del estudio, que su participación sería voluntaria y una vez incorporadas a este tendrían la posibilidad de abandonarlo si así lo

decidieran. Su disposición a colaborar se plasmó en un modelo de consentimiento informado, debidamente firmado por ellas y el investigador (Anexo 1) y autorizados y coordinados con las vicedirecciones docentes y de Asistencia Médica (Anexo 5). La estrategia metodológica del trabajo se basó en principios, categorías y leyes del materialismo dialéctico y el método científico, aplicados al estudio.

## ANÁLISIS Y DISCUSIÓN DE LOS RESULTADOS:

**Tabla 1.** Distribución de las embarazadas de la muestra según grupo de edad. Sanguily. 2010

<b>Grupo de edad</b>	<b>Nº</b>	<b>%</b>
Menor de 18 años	11	42
De 18 a 35 años	13	50
Mayor de 35 años	2	8
<b>TOTAL</b>	<b>26</b>	<b>100</b>

Fuentes: **Encuesta.**

Podemos encontrar que en las embarazadas estudiadas prevalecieron las del grupo etéreo menor de 18 años que según se recoge en la literatura, constituye uno de los factores de riesgos más importantes del BPN, además las actitudes de las adolescentes en esta etapa se tornan más difíciles, donde se presentan cambios importantes tanto desde el punto de vista psicológico, físico y social.

La edad materna se ha considerado como un factor de riesgo, principalmente cuando la madre es muy joven o es primigesta añosa. 3 El riesgo para prematuros aumentó en los embarazos de adolescentes de menores de 15 años. 11 Las más altas tasas de prematuros y niños con BPN ocurrieron en madres menores de 15 años en los últimos años, a las cuales les falta preparación y conocimiento para enfrentar el embarazo de manera responsable.

**Tabla 2.** Embarazadas de la muestra según nivel de escolaridad. Sanguily. 2010.

<b>Nivel educacional</b>	<b>Nº</b>	<b>%</b>
Primaria sin terminar	0	-
Primaria terminada	4	15
Secundaria terminada	9	35
Preuniversitario	8	31
Técnico Medio terminado	5	19
Universitaria	0	0
<b>TOTAL</b>	<b>26</b>	<b>100</b>

Se puede apreciar que la mayor parte de las embarazadas del estudio, se encuentra en las etapas de enseñanza secundaria y preuniversitaria, donde juega un papel primordial la educación sexual y la importancia de estar preparada para el embarazo. Ninguna embarazada era universitaria.

En estudios realizados con embarazadas cubanas se ha demostrado que el mayor por ciento de BPN ocurre en aquellas con menos nivel educacional, entre otros factores por desconocimiento de temas como la nutrición adecuada, antecedentes obstétricos y condiciones patológicas.<sup>17</sup>

Tabla 3. Orientación recibida acerca del Bajo Peso al Nacer de las embarazadas. Sanguily. 2010

Orientación recibida sobre el Bajo Peso al Nacer	ANTES		DESPUÉS	
	Nº	%	Nº	%
<b>Sí</b>	<b>1</b>	<b>4</b>	<b>26</b>	<b>100</b>
<b>No</b>	<b>25</b>	<b>96</b>	-	-
<b>TOTAL</b>	<b>26</b>	<b>100</b>	<b>26</b>	<b>100</b>

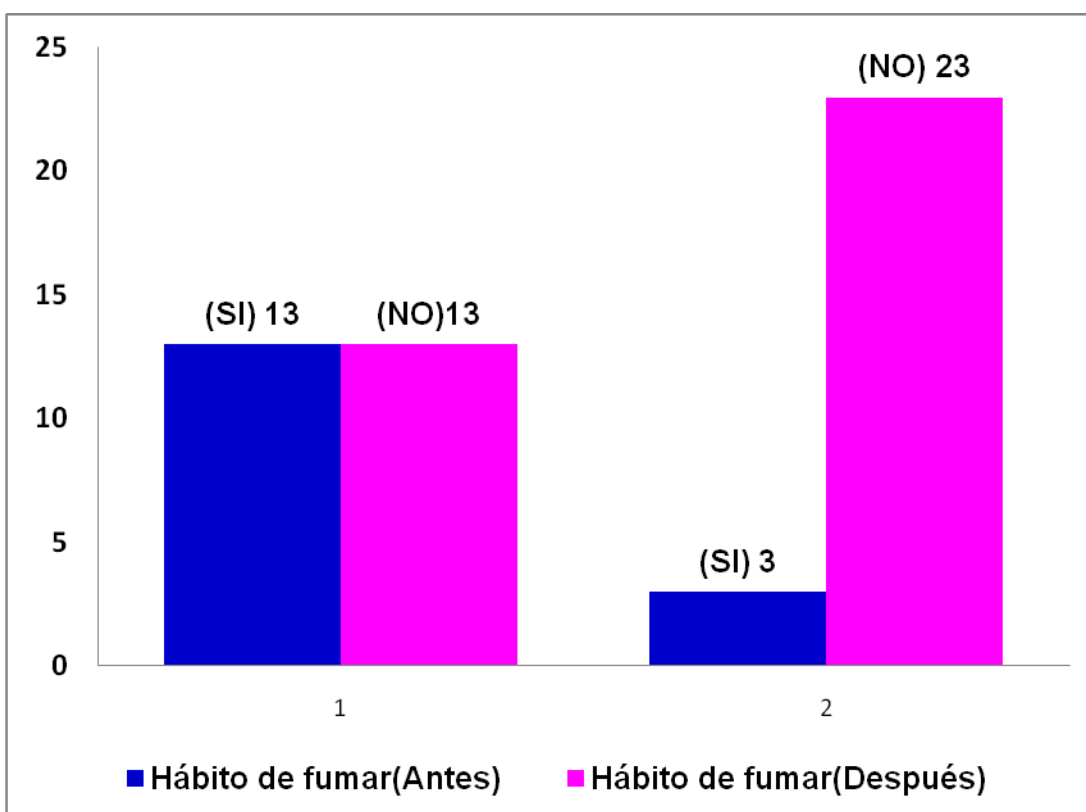
Se observa que antes de aplicar el programa de intervención educativa la mayor parte (96%) de las embarazadas encuestadas refirió no haber recibido orientación acerca del tema del Bajo Peso al Nacer.

Sin embargo luego de la aplicación del Programa Educativo sobre Bajo Peso al Nacer el 100% de las jóvenes manifestó haber recibido orientación, por lo cual se aprecia las dificultades que aún existen en cuanto a la comunicación y orientación de las embarazadas con respecto al tema.

Tabla 4. Distribución de la muestra según hábito de Fumar y grupos de edades, antes y después de la intervención educativa. Sanguily. 2010

Grupos de edades	Hábito de Fumar (Antes)				Hábito de Fumar (Después)			
	SI		NO		SI		NO	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Menor de 18 años	4	15	7	27	1	4	10	38
De 18 a 35 años	8	31	5	19	2	8	11	42
Mayor de 35 años	1	4	1	4	-	-	2	8
<b>Total</b>	<b>13</b>	<b>50</b>	<b>13</b>	<b>50</b>	<b>3</b>	<b>12</b>	<b>23</b>	<b>88</b>

La tabla anterior da salida al objetivo específico 1, al igual que las tablas anteriores. Se puede observar que al caracterizar la variable “Hábito de fumar” antes y después de la intervención educativa, se modificó ese hábito tóxico en la muestra del estudio, ya que antes de la intervención educativa el 50% de la muestra fumaban, con un predominio en edades comprendidas entre 18 a 35 años, mientras que después de aplicado el programa de intervención educativa de 13 embarazadas que antes fumaban, sólo 3 continuaron con el hábito de fumar y 10 dejaron de fumar, logrando concientizar a las embarazadas sobre los efectos adversos del tabaquismo durante el embarazo para el feto. Muchos autores coinciden en que el hábito de fumar es uno de los factores que inciden en la aparición del bajo peso al nacer y por ende expresan la importancia trabajar en actividades de promoción para actuar de alguna manera sobre el mismo y poder modificarlo como hemos hecho en nuestro estudio, se hubiese querido que el 100% de las embarazadas fumadoras eliminara el tabaquismo.



Fuente: Tabla 4

Gráfico 1 Comportamiento del hábito de fumar antes y después de la intervención educativa.

Como pueden apreciar, antes de la intervención educativa, en la muestra, la mitad tenían hábito de fumar, después de la intervención, de 13 embarazadas

que fumaban 10 dejaron de fumar. Se ha demostrado que los hijos de las mujeres fumadoras pesan al nacer un promedio de 200g a 300g menos que los descendientes de mujeres no fumadoras.<sup>8,12</sup> Las madres fumadoras tienen dos veces más probabilidades de tener un recién nacido bajo peso.<sup>3</sup> Los productos tóxicos del cigarrillo acarrear deterioro del lecho vascular y alteración circulatoria, lo que atenta contra la oxigenación y nutrición fetal. Por ello, debemos promover que se abandone este mal hábito, al menos, durante el embarazo y la lactancia. Las creencias de una persona con respecto a los comportamientos saludables son muy importantes; es esencial impartir la información necesaria para corregir criterios equivocados.<sup>7</sup>

Tabla 5 Nivel de conocimiento de las embarazadas, sobre BPN, según los ítems. Antes y después de la intervención. Sanguily. 2010.

Ítems	Antes				Total		Después				Total	
	Adecuado		Inadecuado				Adecuado		Inadecuado			
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Ítem 5	12	46	14	54	26	100	26	100	-	-	26	100
Ítem 6	5	19	21	81	26	100	26	92	-	-	26	100
Ítem 7	7	27	19	73	26	100	25	96	1	4	26	100
Ítem 8	5	19	21	81	26	100	26	100	-	-	26	100
Ítem 9	9	35	17	65	26	100	25	96	1	4	26	100

En la tabla anterior se observa los resultados de los 5 ítems, de la encuesta, diseñados para identificar y evaluar nivel de conocimiento antes y después de la intervención educativa. Antes de la intervención educativa se muestra que presentaban adecuado conocimiento de cada ítem un bajo porcentaje de embarazadas, en el ítem 1 se observa el mayor porcentaje de embarazadas de la muestra con adecuado conocimiento, mientras que después de aplicada la intervención educativa todos los ítems fueron evaluados como adecuados.

Tabla 6. Nivel de conocimientos de las embarazadas sobre el Bajo Peso al Nacer (BPN). Antes y después de la intervención. Sanguily. 2010.

Nivel de Conocimiento sobre el BPN	Antes		Después	
	Nº.	%	Nº.	%
<b>Adecuado</b>	<b>7</b>	<b>27</b>	<b>26</b>	<b>100</b>
<b>Inadecuado</b>	<b>19</b>	<b>73</b>	-	-
Total	26	100	26	100

Se puede observar en la tabla anterior que antes de aplicar la intervención educativa el (73%) de las embarazadas incluidas el estudio presentaban un conocimiento inadecuado, acerca de cómo prevenir el Bajo Peso al Nacer, mientras que el menos por ciento presentaba adecuado conocimiento acerca del tema, cambiando este indicador después de aplicada la intervención educativa, ya que el 100% alcanzó adecuado conocimiento sobre el Bajo Peso al Nacer.

La promoción de salud ha recibido gran atención, sobre todo, a partir de la década de los 70, no solo por el sector de la salud, sino también por quienes se ocupan de las políticas sociales y de salud. La educación para la salud es un componente fundamental de la promoción de salud, pues permite la transmisión de conocimientos y de información necesaria para la participación social y el desarrollo de habilidades personales.<sup>10</sup> El conocimiento adquirido por las embarazadas les permitirá ser más responsables durante su control y seguimiento prenatal.

## **CONCLUSIONES.**

Las embarazadas tomadas para el estudio, se encontraron el mayor porcentaje en edades comprendidas entre 18 y 35 años, predominando como nivel escolar secundaria terminada y preuniversitario. Antes de la intervención educativa no habían recibido orientación sobre el BPN, teniendo el mayor porcentaje un inadecuado conocimiento sobre el tema, el 50% manifestó tener hábito de fumar, después la intervención las embarazadas que fumaban disminuyó a un 23% y se logró elevar el nivel de conocimientos de las Embarazadas del Primer Trimestre de los 3 Consultorios Tipo I del poblado de Sanguily del Municipio Venezuela sobre el Bajo Peso al Nacer, en un 100% mediante la aplicación de un Programa de Intervención Educativo.

## **RECOMENDACIONES.**

Recomendamos a todos los Médicos y Enfermeras de la Familia generalicen programas educativos dirigidos a las embarazadas y adolescentes acerca de Bajo Peso al Nacer con el objetivo de evitar, prevenir y disminuir los trastornos y peligros que este ocasiona en el recién nacido y su mamá.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Guyer, B. et al. El recién nacido de bajo peso al nacer. *Pediátrico*, volumen 10Y, número 6, diciembre de 2006, páginas 1229–1246.
2. Bajo peso. Manejo integral del recién nacido pretérmino de muy bajo peso y edad gestacional. Jun [cited 2007 jun 10]. Available from: <http://www.bajo-peso.org/ama/pub/category/1736.html>
3. Scholl, T. et al. El estudio de algunos factores maternos asociados al bajo peso. *American Journal of Clinical Nutrition*, volumen 63, abril de 2005, páginas 520–525.
4. María Cuba de la Cruz, R. Reyes. Bajo peso al nacer y edad materna. *Revista Cubana Medicina General Integral*. 2007, 8(4): 306-9. Volumen 47, número 18.
5. Hollier, L, Causas de la Hemorragia Intracraneal. *Ginecología Obstétrica Contemporánea*. Julio de 2008. 140(12):1163-6
6. Sistema de Salud de Universidad de Virginia. Bajo Peso al Nacer.htm El estudio de algunos factores maternos asociados al bajo peso. 2006, 3(2): 88'95.
7. Yolanda Cruz Oviedo y colaboradores. El estudio de algunos factores maternos asociados al bajo peso. *Revista Cubana de Obstetricia y Ginecología*. 2005. 173:299 –305.
8. Robert Artkinson, Weuduz, Goldenberg et al, Material de tratamiento corticosteroides. Morbilidad y mortalidad en el recién nacido bajo peso. *Obstetricia y Ginecología*. 2005, 173: 299-305.
9. Dra. Inés Hernández Herrera. Factores de incidencia sobre el recién nacido de bajo peso y pretérmino.. *Obstetricia y Ginecología*. 2009, 173:275-81.
10. *Revista Panamericana de la salud Pública*. Volumen I No.2. Organización panamericana de la Salud. Febrero 2005.
11. T. J Borna, J. K Weinstein. Rustein S. D: Datos sobre el peso al nacer en países en desarrollo. Son útiles las encuesta?. *Revista Panamericana. Salud Pública*. 2006, 3(2): 99-106.
12. Hernell O, Domelöf M, Lind T. Requerimientos de hierro en las fórmulas infantiles durante los primeros seis meses de vida. En: Råihä N, Rubaltelli FF, editores. *Las fórmulas infantiles: más cerca del patrón de referencia*. México:

- Nestlé Nutrition Workshop Series. 47°. Pediatric .Program Supplement; 2007. p. 16.
13. Basso O, Olsen J, Knudsen LB, Christensen K. Low birth weight and preterm birth after short pregnancies intervals. Am J Obstet Gynecol 2008; 178: 259-263.
  14. [http://www.paho.org/spanish/ad/fch/ai/Bajo peso/Bajo Peso al Nacer \(Low Birthweight\).htm pdf](http://www.paho.org/spanish/ad/fch/ai/Bajo peso/Bajo Peso al Nacer (Low Birthweight).htm pdf)
  15. Salazar-Hernández AC, Martínez-Torres J, Hernández-Cruz SL. Peso bajo al nacer en neonatos enfermos. Factores asociados. Revista Mexicana Pediatría 2007; 68: 185-8.
  16. De Curtis M, Pielan C, Rigo J. Nutrición en los lactantes de pretérmino al momento del alta. En: Rähä N, Rubaltelli FF, editores. Las fórmulas infantiles: más cerca del patrón de referencia. Resumen. Puerto Vallarta, Jalisco, México: Conferencia Congreso Internacional de Pediatría; 2 de Mayo de 2005. p. 90-101.
  17. Dani C. Papel potencial de los probióticos en la prevención de la enterocolitis necrosante. En: Rähä N, Rubaltelli FF, editores. Las fórmulas infantiles: más cerca del patrón de referencia. México: Nestlé Nutrition Workshop Series. 47°. Pediatrics Program Supplement; 2009. p. 10-1.
  18. Moro GE, Minoli I. Requerimientos de proteínas en los lactantes de pretérmino. En: Rähä N, Rubaltelli FF, editores. Las fórmulas infantiles: más cerca del patrón de referencia. México: Nestlé Nutrition Workshop Series. 47°. Pediatrics Program Supplement; 2004. p. 33-6.
  19. Jose A. Oliva Rodríguez. Temas de Obstetricia y Ginecología. Atención Prenatal: Embarazo de Alto Riesgo;2006. p.1-5.
  20. Ballabriga A, Carrascosa A. Nutrición en la infancia y adolescencia. Madrid, ed. Ergon. 2008
  21. Belaustegui A. El niño que fue prematuro. Programa de actualización en pediatría para postgraduados. Departamento de Pediatría. 2005
  22. Ceriani Cernadas. Neonatología práctica, 3ª edición. Buenos Aires: ed. Médica Panamericana. 2008.
  23. Cidrás Pidre M. Análisis de la nutrición y del crecimiento en los recién nacidos de muy bajo peso. Tesis Doctoral.niño que fue prematuro. Programa de actualización en pediatría para postgraduados. Departamento de

Pediatría. 2007.

24. Bayley JE, Silverman RA: Candidiasis Sistémica: Manifestaciones cutáneas en el recién nacido bajo peso. *Pediatría*. 2008.

25. Baley EJ: Candidiasis neonatal. Cambios que ocurren. *Perinatología*. 2008.

26. Guyer, B. et al. Annual Summary of Vital Statistics-1998. *Pediatrics*, volumen 10Y, número 6, diciembre de 1999, páginas 1229–1246. 2007

27. Gilstrap, L. Causas ocurrentes en la Hemorragia Intracraneal. *Obstetricia y Ginecología Contemporánea*. p.520-525. 2006

28. Scholl, T. et al. Dieta y ácido fólico: Las influencias que tiene en el embarazo. *American Journal of Clinical Nutrition*, volumen 63, 1006, páginas 606–615. 2008

29. Cattaneo et al. Kangaroo mother care for low birthweight infants: a randomized controlled trial in different settings. *Acta Paediatr* 87: 976–985. 2006.

30. Karlsson H. Skin-to-skin care: heat balance. *Nacimiento prematuro y Mortalidad infantil* 75: F130 –F132. 2007.

31. Lamb ME. Early mother-neonate contact and mother-child relationship. *J Child Psychol Psychiatry* 24(3): 487–494. 2005.

32. Ludington-Hoe SM et al. 1994. Kangaroo care: Research results, and practice implications and guidelines. *Neonatal Network* 13(1): 19–27. 2009

33. Ross GS. Parental responses to infants in intensive care. The separation issue re-evaluated. *Clin Perinatol* 7: 47–60. 2007

34. Fredy Hernández Cisnero y colaboradores. El recién nacido de bajo peso comportamiento de algunos factores de riesgo. *Revista Cubana Med Gen Integr*. 2006,12(1): 44-49.

35. Iffy. L. Kaminetzky. H. *Obstetricia y Perinatología*. Parto prematuro Argentina: Editorial médica Panamericana. 2006, 1461-1472.

36. Robert Artkinson, Weuduz, Goldenberg it al, *Material Tratamiento de corticosteroides. Morbilidad y mortalidad en el Muy bajo peso*. *Obstetricia-Ginecología*. 2005, 173: 299-305.

37. Tontisirin K, Bhattacharjee L. Lastre global de la desnutrición y las infecciones en la infancia. En: *Nutrición, inmunidad e infección en la infancia*. Resumen del 45° Seminario de Nestlé Nutrition; 2007. p. 1-3.

38. Ashworth-Hill A. Infección e inmunidad en lactantes de bajo peso al nacimiento. En: Nutrición inmunidad e infección en la infancia. Resumen del 45 Seminario de Nestlé Nutrition; 2007. p. 16-9.
39. Castelazo L, Rodríguez J, Díaz-del Castillo E, Urrusti J. Factores de riesgo perinatal. Investigación clínica y epidemiológica. México: Subdirección Médica IMSS; 2005.
40. Fernández-Carrocer LA, Peñuela-Olaya MA. Crecimiento y neurodesarrollo del recién nacido de alto riesgo. Bol Med Hosp Infant Mex 2006; 56: 623-34.
41. Hinojosa-Pérez JO, Reyes-González RR, García-Contreras RF. El recién nacido con peso menor de 1 000 g: revisión de la morbilidad y secuelas a largo plazo. Bol Med Hosp Infant Mex 2009; 45: 161-4.
42. Dani C. Papel potencial de los probióticos en la prevención de la enterocolitis necrosante. En: Rähä N, Rubaltelli FF, editores. Las fórmulas infantiles: más cerca del patrón de referencia. México: Nestlé Nutrition Workshop Series. 47. Pediatrics Program Supplement; 2008. p. 10-1.
43. Moro GE, Minoli I. Requerimientos de proteínas en los lactantes de pretérmino. En: Rähä N, Rubaltelli FF, editores. Las fórmulas infantiles: más cerca del patrón de referencia. México: Nestlé Nutrition Workshop Series. 47. Pediatrics Program Supplement; 2008. p. 33-6.

## **ANEXO 1.**

### **Acta de consentimiento informado.**

Yo \_\_\_\_\_ estos en la entera disposición para participar en el desarrollo de un Programa Educativo que me permitirá elevar el nivel de conocimientos sobre Bajo Peso al Nacer, brindaré la información de forma anónima y además podré retirarme cuando lo desee sin repercusión sobre mi persona.

\_\_\_\_\_  
Nombre y apellidos de la Embarazada

\_\_\_\_\_  
Firma

\_\_\_\_\_  
Dra. Médico de la Familia

\_\_\_\_\_  
Firma

\_\_\_\_\_  
Fecha

## **ANEXO 2.**

### **ENCUESTA**

Se está realizando un estudio que servirá para elaborar una tesis profesional para la evaluación final de la Especialidad en Medicina General Integral, con el objetivo de comprobar el nivel de conocimiento que presentan sobre “Bajo Peso al Nacer” y posteriormente realizar una intervención educativa sobre el tema. Quisiera poder tener su ayuda para que contestes algunas preguntas que no llevará mucho tiempo.

Lea cuidadosamente cada pregunta. Todas son muy importantes. Debajo de cada una encontrará varias alternativas de respuesta. Analícelas y marque con una X según corresponde una de las alternativas.

#### **1. Edad**

Menor de 18 años.

De 18 a 35 años.

Mayor de 35 años.

#### **2. Nivel de escolaridad:**

Primaria sin terminar

Primaria terminada

Secundaria terminada

Preuniversitario terminado

Técnico Medio terminado

Universitario

#### **3. ¿Ha recibido orientación acerca del Bajo Peso al Nacer?**

**Sí**

**No**

#### **4. ¿Usted fuma?**

**Sí**

**No**

#### **5. . ¿Qué es para usted el Bajo Peso al Nacer?**

Son aquellos recién nacidos que pesan menos de lo normal

Son aquellos recién nacidos que pesan por encima de lo normal

Son todos los Recién nacidos, que nacen antes de tiempo.

**6. Marque con una X cuál de las siguientes causas, usted considera que puede provocar, Bajo Peso al Nacer.**

- Ser madre soltera
- Ganancia de peso insuficiente durante el embarazo.
- Ser el primer embarazo.
- Múltiples operaciones anteriores.
- Medio ambiente.

**7. Marque con una X a quienes Ud. cree que afecte más frecuentemente el Bajo Peso al Nacer.**

- Embarazadas de estatura pequeña.
- Embarazadas adolescentes.
- Embarazadas obesas.
- Embarazadas fumadoras

**8. Marque con una X qué complicaciones Ud. cree que padezca con más frecuencia un Recién Nacido Bajo Peso.**

- Deficiente desarrollo del Recién Nacido
- Rechazo de la lactancia materna.
- No adaptación al medio ambiente.

**9. Marque con una X cómo Ud. cree que se pueda prevenir el Bajo Peso al Nacer.**

- Asistir a todas las consultas prenatales indicadas por el Médico de la Familia.
- Ingresar en el hogar materno.
- Realizar reposo absoluto durante todo el embarazo.

### **ANEXO 3.**

#### **Programa de intervención Educativa:**

Intervención educativa para elevar el nivel de conocimientos sobre bajo peso en embarazadas del primer trimestre del poblado Sanguily.

#### **Objetivo General:**

Elevar el nivel de conocimientos sobre el Bajo Peso al Nacer en las embarazadas del Primer trimestre de los 3 Consultorios Tipo 1 del poblado de Sanguily del Municipio Venezuela.

Dirigido a: Las embarazadas del Primer trimestre de los 3 Consultorios Tipo 1 del poblado de Sanguily del Municipio Venezuela.

**Lugar:** Consultorio 2 del poblado de Sanguily, Venezuela.

#### **El curso consta de:**

3 actividades de 2 horas de duración cada una para un total de 6 horas.

2 clases prácticas de 1 hora de duración cada una para un total de 2 horas.

Un examen final teórico de 1 hora de duración.

Para un total de 9 horas.

Se realizará con una frecuencia semanal.

**Medio de enseñanza:** Computadora, presentaciones en Power Point y pizarra.

#### **Contenidos a impartir por temas.**

##### **FASE 1: Evaluación diagnóstica.**

###### **Actividad I**

- Introducción.
- Aplicación del formulario modelo " Antes ". Análisis del resultado.

##### **FASE 2: Trabajo educativo y prevención.**

Adquisición de conocimiento significativo sobre:

###### **Actividad II.**

- Información general acerca de BPN.
- Clasificación del BPN y sus categorías.
- Factores de riesgos de BPN.
- Medios diagnósticos y razones por las que constituye una preocupación.
- Medidas para reducir el riesgo de tener un bajo peso.

- Efectos y posibles complicaciones del BPN.
- Métodos de prevención. Consecuencias. Tratamiento.
- Datos generales sobre el Muy Bajo Peso al Nacer.

**Clase Práctica 1.** Juego de expectativas. Intercambio sobre el contenido de la actividad II.

### **FASE 3 Evaluación de los resultados.**

#### **Actividad III.**

- Separación del grupo, evaluación de los resultados finales.
- Aplicación del formulario modelo " después ". Análisis del resultado.

#### **Motivación para continuar promoviendo sobre este tema.**

**Clase Práctica 2.** Lluvia de ideas ¿Cómo evitar que las embarazadas tengan recién nacidos Bajo Peso?

#### **Bibliografía del Programa de Intervención Educativa:**

1. Peraza Roque GJ, Pérez Delgado SC, Figueroa Barreto ZA, Factores asociados al bajo peso al nacer. Rev Cubana Med Gen Integr [en línea] 2005 [28-11-2005]; 17(5):490-6.  
[http://www.bvs.sld.cu/revistas/mgi/vol17\\_5\\_01/MGI14501.htm#cargo](http://www.bvs.sld.cu/revistas/mgi/vol17_5_01/MGI14501.htm#cargo)
2. Aliño Santiago M, Urra Cobas LR, Álvarez Fumero R, Enfoque social del bajo peso al nacer. RESUMED [en línea] 2009 [28-11-2005]; 14(3):111-4.  
[http://www.bvs.sld.cu/revistas/res/vol14\\_3\\_01/res01301.pdf](http://www.bvs.sld.cu/revistas/res/vol14_3_01/res01301.pdf)
3. UNICEF. Estado Mundial de la Infancia; 2009.
4. Álvarez Fumero R, Urra Cobas LR, Aliño Santiago M, Repercusión de los factores de riesgo en el bajo peso al nacer. RESUMED [en línea] 2008 [28-11-2005]; 14(3):115-21.  
[http://www.bvs.sld.cu/revistas/res/vol14\\_3\\_01/res02301.pdf](http://www.bvs.sld.cu/revistas/res/vol14_3_01/res02301.pdf)
5. López J I, Lugones Botell M, Valdespino Pineda LM, Virella Blanco J, Algunos factores maternos relacionados con el bajo peso al nacer. Rev Cubana obstet ginecol [en línea] 2007 [2005-08-22]; 30(1).

6. Colectivo de autores. Manual de diagnóstico y tratamiento en Obstetricia y Perinatología. La Habana: Ciencias Médicas; 2009.
7. Soriano Llorca T, Juanrranz Sanz M. Principales factores de riesgo del bajo peso al nacer. Análisis multivariante. Rev de la SEMG 2006; 53:263-270.
8. Chaviano Quesada J, López Sosa D, Edad materna, riesgo nutricional preconcepcional y peso al nacer. Rev Cubana Aliment Nutr [en línea] 2000 [28-11-2007]; 14(2):94-9. [http://www,bvs.sld.cu/revistas/ali/vol14\\_2\\_00/ali03200.pdf](http://www,bvs.sld.cu/revistas/ali/vol14_2_00/ali03200.pdf)
9. González Hernández A, Alonso Uría RM, Gutiérrez Rojas AR, Campo González A. Estudio de gestantes adolescentes y su repercusión en el Coronel Carvajal C, Sánchez Torres G. Bajo Peso al nacer. Comportamiento de algunos factores de riesgo. Rev Española Pediatría 2009; 57:397-402.
10. recién nacido en un área de salud. Toko-Ginecol Prác 2006; 61:395-9.
11. Vázquez Niebla JC, Vázquez Cabrera J, Namfantch J, Asociación entre la hipertensión arterial durante el embarazo, bajo peso al nacer y algunos resultados del embarazo y el parto. Rev cubana obstet ginecl [en línea] 2008 [28-11-2005]; 29 (1). [http://bvs.sld.cu/revistas/gin/vol29\\_1\\_03/gin05103.htm#cargo](http://bvs.sld.cu/revistas/gin/vol29_1_03/gin05103.htm#cargo)

**ANEXO 4.**  
**AVAL**

Por medio de la presente le comunico que la encuesta y programa diseñados y aplicados en la investigación presenta los requisitos necesarios para ser aplicada en la tesis Intervención Educativa para modificar el nivel de conocimiento sobre Bajo Peso al Nacer en las embarazadas del primer trimestre de los consultorios Tipo I del poblado de Sanguily, Municipio Venezuela, confeccionada para optar por el título de Especialista en Medicina General Integral.

---

Dra. Doris de la Caridad Quiñones Borges.  
Especialista de primer grado en Pediatría.

---

Consejo Científico

---

Vice- Director Docente

**ANEXO 5.**  
**AVAL**

Por medio de la presente se avala por el departamento docente del municipio el programa educativo para ser aplicado por la doctora Deyanira Prieto Rabí, para un estudio de intervención educativa en opción al título de Especialista en Medicina General Integral, presenta los requisitos necesarios para ser aplicada en las embarazadas del primer trimestre de los consultorios Tipo I del poblado de Sanguily, Municipio Venezuela.

Revolucionariamente.

---

Vice- Director Docente

---

Vice-Director de Asistencia Médica

## **ANEXO 6**

### **AVAL DE LOS CDR**

Por medio del presente documento afirmo que la doctora Deyanira Prieto Rabí, realizó en la comunidad de Sanguily perteneciente a los tres consultorios del médico y la enfermera de la familia, tipo 1, un trabajo educativo en las embarazadas de dicha área escogidas para su estudio, con la total aprobación de la organización de masa

## **ANEXO 7**

### **AVAL DE LA FEDERACIÓN DE MUJERES CUBANAS (FMC)**

A través de este documento hago contar que la doctora Deyanira Prieto Rabí, realizó en el periodo comprendido entre mayo del 2010 y Octubre del 2010, un trabajo educativo realizó varias actividades en la comunidad con un grupo de embarazadas seleccionadas para su estudio, para mejorar el nivel de conocimiento que presentaban las embarazadas sobre Bajo Peso al Nacer, contando con el apoyo de la organización.