

DIRECCION MUNICIPAL DE SALUD PUBLICA
GUANTANAMO

**NIVEL DE CONOCIMIENTO SOBRE BAJO
PESO AL NACER EN EL MUNICIPIO
GUANTANAMO**

Dra. Julia Quintana Madrigal¹, Dr. Juan Alberto Rodríguez Ávila, Dr. Benavides Enrique Pupo Durand², Dra. Maurenis Alonso Vázquez¹, Dra. Yordanka Méndez Torres³, Lic. Víctor Manuel Méndez Torres.⁴, Lic. Rosaida Bandera Feijóo.¹

RESUMEN

Se realiza investigación con el objetivo de determinar nivel de conocimiento que poseen gestantes, familiares y organizaciones de masa de la comunidad sobre el bajo peso al nacer, así como nivel de promoción que realizan los profesionales de la salud en consultas. La muestra es de 240 personas de las áreas del municipio Guantánamo con prevalencia de bajo peso al nacer, realizado en el período diciembre de 2008 a enero de 2009. Se realiza un diagnóstico a partir de una constatación empírica con la aplicación de diversos métodos y técnicas investigativas. Resulta insuficiente el conocimiento sobre el tema de todos los individuos estudiados a pesar de la disposición de los factores de la comunidad.

Palabras clave: RECIEN NACIDO DE BAJO PESO; CONOCIMIENTOS, ACTITUDES Y PRACTICA.

INTRODUCCION

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 del niño durante el primer año de vida son indicadoras también de la calidad de la atención prenatal.¹

¹ *Especialista de I Grado en Medicina General Integral.*

² *Especialista de I Grado en Medicina General Integral y Psiquiatría.*

³ *Licenciada en Enfermería.*

⁴ *Licenciado en Defectología.*

Alrededor del 15 % de los partos resulta con niños con Bajo Peso al Nacer (BPN), esto puede incrementarse en países en desarrollo y en poblaciones con mala situación socioeconómica.²

El recién nacido de bajo peso constituye uno de los principales problemas en la reproducción humana. La reducción de su incidencia figura entre los objetivos generales del Programa Nacional de Atención Materno Infantil.³

El BPN está constituido por aquellos niños cuyo peso en el momento del nacimiento es inferior a 2 500 g, independientemente de la edad gestacional. La frecuencia de tales niños está condicionada por una serie de factores y su identificación constituye uno de los empeños más notables de la Obstetricia moderna, pues como se sabe gran parte de las muertes perinatales ocurre en este grupo.⁴

La condición de BPN, constituye una de las principales causas de morbilidad y mortalidad infantil, por lo que la detección de factores asociados con el recién nacido con peso inferior a los 2 500 g resulta de gran importancia en los cuidados obstétricos.⁵

El período más crítico y de mayor riesgo de un ser humano es aquel que corresponde a una vida intrauterina, se incluye el parto. Las condiciones de un individuo al nacer repercuten de manera definitiva en su desarrollo físico e intelectual a lo largo de su vida, lo cual justifica la prioridad que se debe dar a las medidas que permitan lograr mejores condiciones posibles para el recién nacido. Estos objetivos sólo pueden alcanzarse a través de cuidados que aseguran las condiciones óptimas de salud a la mujer, desde el periodo preconcepcional, durante el seguimiento del trabajo de parto y en éste.

La causa que con frecuencia produce la muerte y las secuelas neurales es la hipoxia al nacer, pues estos niños son altos consumidores de oxígeno. Lang plantea que la mortalidad del recién nacido bajo peso, es 20 veces mayor que la del recién nacido normopeso.⁶

Con respecto a la incidencia de BPN, existen grandes variaciones entre regiones. En Asia Meridional el 31 % de los bebés presenta este problema al nacer (país de mayor prevalencia), mientras que en Asia Oriental y el Pacífico, el 7 % de los nacimientos son bajo peso, lo que representa la incidencia más baja. En la India se registra aproximadamente el 40 % de todos los nacimientos de bajo peso del mundo en desarrollo. El 14 % de los lactantes de África

Subsahariana y el 15 % de los de Oriente Medio y África del Norte, nacen también con esta entidad.

El bajo peso al nacimiento 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. Cerca de 90 % de los nacimientos de niños con bajo peso ocurre en países en vías de desarrollo con 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 %. En países desarrollados se ha considerado por debajo de 6 %.

Los coeficientes entre los sectores pobres y ricos en Bolivia, Brasil, Nicaragua y Paraguay son incluso más elevados.⁷

América Latina y el Caribe lograron reducir las tasas de peso inferior al normal para los niños menores de 5 años a un promedio del 3.8 % entre 1990-2004.⁸

METODO

Se realiza investigación fundamentada esencialmente en la investigación cualitativa con el objetivo de determinar el nivel de conocimientos que poseen gestantes, familiares y organizaciones de masas de la comunidad sobre BPN, así como nivel de promoción que realizan los profesionales de la salud en consultas, en el período comprendido entre diciembre de 2008- enero de 2009.

La población proviene de la selección estratificada a partir de la determinación de estratos por índice de BPN (nivel alto, nivel medio, nivel bajo). Está compuesta por el 100 % de gestantes de diferentes comunidades, profesionales de la salud, familias de gestantes, miembros de organizaciones de masas de la comunidad (CDR, FMC) del territorio guantanamero, provenientes de las áreas con prevalencia de BPN.

Se investigan las variables de nivel de promoción de los profesionales de la salud sobre BPN en consultas de gestantes, así como seguimiento a los factores de riesgo y orientaciones emitidas.

Se utilizan diversos métodos del nivel teórico como: análisis y síntesis, histórico-lógico, inducción-deducción, del nivel empírico: análisis-documental,

observación, encuesta, entrevista individual y del nivel matemático: técnica de procesamiento y síntesis, técnicas de análisis y discusión.

Para identificar el nivel de conocimiento de las gestantes sobre la prevención del bajo peso al nacer se encuestaron a través de un instrumento diseñado para estos fines.

Se explora además el nivel de relación entre del conocimiento sobre causa y consecuencia del bajo peso al nacer y el nivel de conocimiento de los familiares de gestantes y factores de la comunidad sobre la prevención del bajo peso al nacer.

RESULTADOS Y DISCUSION

Al aplicar la guía de observación en las consultas de gestantes con riesgo de BPN de consultorios médicos de familia descritos en la Tabla 1, se identificó que de 60 consultas supervisadas con la guía solamente se realiza charla orientadora en 36 (60 %); no se realizó en 24, lo que representa el 40 %.

En el 100 % de los casos se realizó entrevista con las gestantes para dar seguimiento a los factores de riesgo identificados en consultas anteriores, sin embargo, no se explora identificación de nuevos riesgos.

Entre los factores de riesgo más explorados en el seguimiento caracterizados en la Tabla 2, se encuentran factores hereditarios en 33 consultas (91.6 %), nutricionales y ambientales en 29 (80.5 %). El 55.5 % se les dió seguimiento a factores psicológicos (20 consultas).

En cuanto a la promoción de higiene de la embarazada en consulta (Tabla 3), se puede apreciar que se realiza en 59 de las 60 visitadas, lo que enfatiza el enfoque de la promoción dirigido principalmente hacia la nutrición. En el 100 % se orienta remisión a consulta estomatológica, así como acudir al médico ante determinados síntomas.

El uso de ropa holgada y zapatos bajos se constató en 48 consultas (80 %). Se realiza promoción de la posición correcta de sueño (cúbito lateral izquierdo y más de 8 horas diarias) en el 100 % de las verificaciones. En el 88.3 % se promueve la importancia del aseo con agua hervida. Por otra parte, la promoción sobre el uso del condón en las relaciones sexuales para evitar

infección o reinfección por Enfermedades de Transmisión Sexual (ETS) se efectúa en 25 consultas (41.6 %). Se orienta sobre la estabilidad de pareja como aspecto esencial para la salud de la gestante en 17 verificaciones, lo que representa el 28.33 % de las 59 consultas que realizaron esta labor.

Al aplicar encuesta para determinar nivel de conocimiento de las gestantes sobre prevención de BPN, el 85 % respondió haber recibido información sobre BPN (51 de ellas). Entre las principales fuentes de información (Ver Tabla 4), 48 gestantes de las 60 encuestadas (80 %) registraron como principal vía al médico y enfermera, la televisión, 27, (45 %), la radio, 28, (46.6 %), la prensa escrita, 7, (11.6 %) y la familia, 5, (8.33 %).

En todo este análisis, la prensa y la familia como vías de información estuvieron identificadas con muy bajos niveles. Esto denota la necesidad de que la familia no sólo aporte conocimiento en esta área de salud sino que participe junto a la gestante en el cumplimiento de las orientaciones médicas y colabore en el fortalecimiento de la conciencia hacia el autocuidado de la gestante; eslabón de vital importancia si se integra no sólo al padre, también otros familiares que conviven con la gestante y que pueden no tener vínculo laboral, disponen de mayor tiempo para cooperar; es el caso de abuelas o abuelos, tíos-abuelos.

Debe recordarse que la familia en la mayoría de los casos, disfruta del módulo nutricional que se le suministra a la gestante, término que debe trabajarse para que la familia gane en conciencia nutricional de ésta.

En la Tabla 5, 30 gestantes respondieron correctamente (50 %) sobre la causa-consecuencia de BPN, del total, mientras que 9 emitieron respuestas ubicadas en el rango de Regular (15 %) y, 21, respondieron en el rango de Mal (35 %).

Como criterios del equipo investigador se considera que hay que implementar un sistema para que el desarrollo de la prevención de BPN, que de forma general sea más efectivo en la comunidad, desde los contextos familia-comunidad-institución de salud para permitir la integración e intersectorialidad, el desarrollo de la capacitación como aspecto esencial en la prevención de BPN y el estudio de todos los fenómenos que tienen lugar en la convivencia de las gestantes, extendiendo su radio de acción a:

1. El trabajo con la familia.
2. Establecimiento de consejerías de promoción sobre higiene de la embarazada.
3. Elaboración de póster sobre prevención de BPN.
4. Elaboración o diseño de programas digitales (páginas Web, software).
5. Diseños de folletos y plegables.
6. Trabajar con la pareja diferenciadamente.
7. Realizar talleres de prevención de BPN y manejo de factores de riesgo en las gestantes, dirigido al personal médico y paramédico.
8. Trabajar con poblaciones específicas, (comunidades periféricas de la ciudad y gestantes con necesidades educativas especiales), impartir capacitaciones según prevalencia de riesgo, como aspectos importantes: condiciones económicas-ambientales y enfermedad en el área afectada.

CONCLUSIONES

1. Resulta insuficiente el nivel de conocimientos que tienen las gestantes, familiares de gestantes y los factores de la comunidad sobre BPN, lo que atenta contra la higiene de la embarazada para lograr satisfactoriamente el proceso de gestación.
2. Existe en los representantes de los factores de la comunidad, conciencia y disposición para apoyar estrategias educativas sobre BPN.

RECOMENDACIONES

1. Diseñar una estrategia educativa para la prevención de BPN, que parta de considerar la capacitación y la participación como eslabones iniciales para el trabajo comunitario e intersectorial para el mejoramiento del nivel de conocimiento previsto en los factores de la comunidad y de actualización sobre el tema del personal médico y paramédico en la Atención Primaria de Salud, con apoyo de los factores comunitarios FMC, CDR.
2. Propiciar la permanencia de miembros de los factores de las comunidades más afectadas en las estrategias de PAMI, para sistematizar la estrategia educativa que se implemente en función de la prevención de BPN.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. MINSAP. *Objetivos Estratégicos del MINSAP. 2004-2008*, ENSAP, 2005.
2. OMS. *European and Health Reported: public health action for healthier children and populations*. Copenhagen: OMS;2005
3. Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL). *Panorama Social de América Latina y el Caribe*. Santiago de Chile: OMS;2005
4. OMS, UNICEF. *Nutrition for health and development*, Rome, Italy: OMS, UNICEF;2007
5. Penny ME. Effectiveness of an educational intervention delivered through the health services to improve nutrition in young children: a cluster randomised controlled trial. *Lancet*. 2005;365:1863-72.
6. Zayas Torriente, Georgina María [et al]. *Nutrición y SIDA: Manual para la atención alimentaria y nutricional en personas viviendo con VIH/SIDA*. La Habana, Ministerio de salud Pública, 104 p, 2004.
7. Macías Bestard Camilo, "La orientación profesional-vocacional hacia las carreras pedagógicas en el contexto familiar. Acciones pedagógicas para su desarrollo en los educandos del IPVCE "JOSÉ MACEO GRAJALES" DE GUANTÁNAMO. Tesis presentada en opción al Título Académico de Master en Investigación Educativa. 83 p, 2004.
8. Impacto de la epidemia del VIHISIDA. Capítulo 1. p.10-14. En: *Información básica sobre la atención integral a personas viviendo con VIH/SIDA*. Material dirigido a los equipos de atención primaria y secundaria de salud. Isis Cancio Enrique. La Habana, Ministerio de Salud Pública: Centro Nacional de Prevención de las ITS/VIH/SIDA, 208 p, 2006.
9. OPS. *Evaluación decenal de la iniciativa Regional de Datos Básicos en salud*. Washington, D.C.: OPS;2004.
10. PMA, FAO. *The state of food insecurity in the world*. Rome: PMA,FAO;2004.
11. Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL). *Panorama Social de América Latina y el Caribe*. Santiago de Chile: OMS;2005
12. UNICEF- *Progreso para la infancia- Bajo Peso al nacer UN BALANCE SOBRE LA NUTRICIÓN NÚMERO 4, MAYO DE 2006*
13. Organización Panamericana de la salud. *La salud en las Américas*. Washington, D.C.:OPS;2005
14. PMA, FAO. *The state of food insecurity in the world*. Rome: PMA,FAO;2004.

15. Cruz, Gladys Maria Comportamiento del bajo peso al nacer. Hospital Docente Vladimir I. Lenin. 1999-2003 Correo Científico Médico de Holguín 2005;9(2)
16. ALVAREZ GARCIA, J Factores de riesgo que han influido en la mortalidad en el menor de 5 años en la provincia Guantánamo. Tesis en opción por el Título Académico de Master en Atención Integral al Niño, 2007
17. Hardy PH, Hardy JB, Nell EE, Graham DA, Spencer MR. Prevalence of six sexually transmitted disease agents among pregnant inner-city adolescent and pregnancy outcome. Lancet 1984;2:333-7. 18- MINSAP. El cuidado de la Salud Pública en Cuba. ENSAP, 2006.

TABLA 1. NUMERO DE CHARLAS ORIENTADORAS POR CONSULTAS DIRIGIDAS A GESTANTES.

INDICADOR	No.	%
Realización de charla orientadora	36	60
Seguimiento de los factores de riesgo	24	40

TABLA 2. FACTORES DE RIESGO EXPLORADOS EN SEGUIMIENTO EN ENTREVISTA CON LAS GESTANTES (n=36)

FACTOR DE RIESGO	No.	%
Ambientales	29	66.6
Psicológicos	20	55.53
Nutricionales	29	80.5
Hereditarios	33	91.6

TABLA 3. ENFOQUE DE LA PROMOCION REALIZADA EN LAS CONSULTAS CON GESTANTES (n=59).

INDICADOR DE PROMOCION	No.	%
Nutrición. Dieta balanceada	59	100
Acudir al médico inmediatamente ante síntomas	59	100
Sueño correcto	59	100
Uso de ropas holgadas y zapatos bajos	48	80
Aseo con agua hervida	53	88.3
Uso del condón en las relaciones sexuales	25	41.6
Estabilidad de pareja	17	28.33
Remisión a consulta de Estomatología	59	100

TABLA 4. PRINCIPALES FUENTES SUMINISTRADORAS DE INFORMACION SOBRE BAJO PESO AL NACER A LAS GESTANTES (n=60).

FUENTE	No.	%
Médico y enfermera de la familia	48	80
Televisión	27	45
Radio	28	46.6
Prensa escrita	7	11.6
Familia	5	8.33

TABLA 5. CONOCIMIENTO DE LAS GESTANTES SOBRE CAUSA-CONSECUENCIA DEL BAJO PESO AL NACER. (n=60)

RANGO	No.	%
Bien	30	50
Regular	9	15
Mal	21	35