



ESTRATEGIA DE MOVILIZACIÓN SOCIAL

PARA PREVENCIÓN DE BAJO PESO
AL NACER A TÉRMINO

VERSION I



Gobernación
de Nariño



INTRODUCCION

Según la Organización de la Salud (OMS) se considera que un niño o niña tiene bajo peso al nacer (BPN) cuando este es inferior a 2.500 gramos. Mientras menor sea el peso, mayores serán los riesgos de complicaciones, que pueden presentarse a nivel respiratorio, inmunológico, gastrointestinal, incapacidad de mantener la temperatura corporal, rinopatía del prematuro y síndrome de muerte súbita del lactante¹.

De acuerdo con el Instituto Departamental de Salud de Nariño, en el año 2015 casi 1 de cada diez niños nació con bajo peso al nacer en el departamento². Teniendo en cuenta esta realidad, la Universidad Mariana junto con el Instituto Departamental de Salud de Nariño concertaron desarrollar una propuesta conjunta de movilización social mediante la estrategia de Educación, Información y Comunicación en Seguridad Alimentaria y Nutricional con el objetivo de prevenir el bajo peso al nacer basada en evidencia nacional e internacional.

La estrategia se desarrollará mediante la metodología del pedagogo Colombiano German Mariño “Aprender a Enseñar”, que se lleva a cabo mediante un diálogo de saberes reconociendo la diversidad de conocimientos que aportan tanto los expertos como las comunidades.

Como estrategia pedagógica para el trabajo de agentes educativos, institucionales y comunitarios con grupos de gestantes, familia y comunidad, es apropiada para desarrollar conversaciones y sesiones educativas que permitirán fortalecer prácticas para promover la salud y prevenir la enfermedad mediante la construcción de nuevos conocimientos basados en un contexto real acorde a las condiciones de la población objeto.

-
1. PUFFER RR, Características de la mortalidad en la niñez, Publicación científica N° 262. Organización Panamericana de la Salud, 1973
 2. IDSN- Epidemiología ENOS- 2015.

CONTENIDO

INTRODUCCIÓN	2
JUSTIFICACIÓN	¡Error! Marcador no definido.
OBJETIVO	¡Error! Marcador no definido.
ANTECEDENTES DEL BAJO PESO AL NACER	¡Error! Marcador no definido.
NORMATIVIDAD	9
CAMBIOS FÍSICOS Y PSICOLÓGICOS DURANTE LA GESTACIÓN	12
BAJO PESO AL NACER	14
FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS AL BAJO PESO AL NACER	15
CONSECUENCIAS DEL BAJO PESO AL NACER	18
FACTORES PROTECTORES PARA PREVENIR EL BPN	20
NECESIDADES NUTRICIONALES DURANTE LA GESTACIÓN	21
SUPLEMENTACIÓN EN LA GESTACIÓN	25
ESTRATEGIA DE MOVILIZACIÓN SOCIAL PARA PREVENCIÓN DEL BPN	28
OBJETIVOS DE LA ESTRATEGIA PARA BPN	30
METODOLOGÍA DE LA ESTRATEGIA PARA BPN	31
SISTEMATIZACIÓN	33
BIBLIOGRAFÍA	35

JUSTIFICACIÓN

A nivel mundial el bajo peso al nacer se presenta en mayor proporción en los países en vía de desarrollo, según la OMS en el año 2011 nacieron más de 20 millones de niños con un peso inferior a 2500 gr. En Colombia, la proporción de bajo peso al nacer para el año 1998 fue de 7,2, incrementándose para el año 2015 a 8,69³. En el departamento de Nariño en el año de 2016 se reportaron 604 casos de niños con bajo peso al nacer correspondiendo al 9,4 del total de nacidos vivos⁴.

Las cifras presentadas son una alerta, ya que el bajo peso al nacer aumenta la probabilidad de mortalidad fetal y neonatal en los primeros años de vida, además de padecer retraso en el crecimiento físico y cognitivo durante la infancia⁵. Las alteraciones en el crecimiento fetal pueden tener adversas consecuencias en la infancia en términos de mortalidad, morbilidad, crecimiento y desarrollo. El bajo peso del recién nacido es un indicador de malnutrición y del estado de salud de la madre⁶.

Teniendo en cuenta las implicaciones del BPN en la salud pública, se hace necesario desarrollar una propuesta para mitigar los factores de riesgo y fortalecer los factores protectores como medio para la prevención del bajo peso al nacer sumada a otros esfuerzos que a nivel territorial se vienen realizando para mejorar la calidad en la prestación de servicios de salud y la articulación con las Empresas Administradoras del Plan de Beneficios (EAPB), por medio de la estrategia movilización social con una metodología constructivista que permite más allá de un plano teórico, a uno práctico mediante la autoconfianza que la gestante puede desarrollar para enfrentar la situación de riesgo con el acompañamiento de su familia y comunidad.

-
3. Departamento Administrativo nacional de Estadística. Boletín de Estadísticas viales preliminar. 2015
 4. Instituto nacional de Salud. SIVIGILA - Oficina Epidemiología IDSN 2016. RUAF 2016.
 5. MINISAP Orientaciones y directrices para el año 2005. La Habana; 2005
 6. Herceg A, Simpson JM, Risk factor and outcomes associate with a low birth weight delivery in the Australian Capital Territory. 1980-90. J Pediatric Child Health. 2001;30(4):331-5.

OBJETIVO

General

Desarrollar una propuesta encaminada a fortalecer prácticas de autocuidado durante la gestación para la prevención del bajo peso al nacer, mediante procesos de movilización social liderados por facilitadores institucionales y comunitarios en el marco de la estrategia de movilización social de Nariño 2017.

Específicos:

- Formular la propuesta de prevención de BPN tomando elementos conceptuales y metodológicos basados en la evidencia.
- Validar los elementos operativos de la propuesta de BPN en dos escenarios clave para la consecución de los objetivos.
- Realizar los ajustes al documento de acuerdo a los resultados de la validación.
- Socializar al equipo IDSN y Universidad Mariana los resultados del proceso de validación.

ANTECEDENTES DEL BAJO PESO AL NACER

Protocolo de Vigilancia en Salud Pública de BPN a Término del Instituto Nacional de Salud y Ministerio de Salud – Colombia.

Colombia ocupa el tercer lugar a nivel de Latino América con respecto a los países con índices de bajo peso al nacer por encima de la media de América Latina, siendo un 9%.

En Colombia, el Departamento Administrativo Nacional de Estadística - DANE - tiene a cargo el sistema de estadísticas vitales, en el cual se consolidan los aspectos relacionados con los certificados de nacidos vivos y certificados de defunción.

Se llevó a cabo el análisis del comportamiento del bajo peso al nacer para los años 1998 a 2014, la proporción del bajo peso al nacer ha pasado de 7,2 en el año 1998 a 8,69 en el 2014 con un crecimiento continuo; de mantenerse esta tendencia se estima que para el año 2015 se ubique por encima del 9% de los nacidos vivos.

El análisis por semanas de gestación permite observar que cerca del 50% del bajo peso al nacer se presenta en niños a término, cifra que es importante para analizar, teniendo en cuenta que presenta un crecimiento constante aún más a partir del año 2005, estos resultados son importantes dado que, para tener tasas bajas de mortalidad infantil, el porcentaje de niños con bajo peso al nacer a término debe estar por debajo del 40% del total.

Comportamiento del bajo peso al nacer total y a término 1998 a 2013

El análisis por semanas de gestación permite observar que cerca del 50% del bajo peso al nacer se presenta en niños a término, cifra que es importante para analizar teniendo en cuenta que presenta un crecimiento constante aún más a partir del año 2005, estos resultados son importantes dado que, para tener tasas bajas de mortalidad infantil, el porcentaje de niños con bajo peso al nacer a término debe estar por debajo del 40% del total.

Según la ENDS 2010, se encontró que el bajo peso se presenta con mayor frecuencia en hijos de madres menores de 20 años y mayores de 34 años, primogénitos, de las zonas urbanas, con mayor educación y menor pobreza. De la misma manera, fue más prevalente en Bogotá con 12%, Valle del Cauca sin Cali, ni litoral (10%), las áreas metropolitanas de Barranquilla, Medellín y Cali con un 9%. Estas diferencias no se pueden atribuir únicamente a condiciones sociodemográficas.

Un factor que puede contribuir a explicar el incremento, es de tipo estadístico, dado el mejor registro de los procesos de maternidad, teniendo en cuenta que el aumento

de los partos institucionales, el fortalecimiento de las redes de información y el aumento en el número de salas de cuidado intensivo neonatal hacen que el registro de dichas entidades aumente.

Encuesta Nacional de la Situación Nutricional en Colombia 2010

Gestantes

Una de cada seis mujeres gestantes de la muestra a nivel nacional presentó bajo peso (16,2%); las más afectadas son las gestantes adolescentes (28,6%) y las que tienen de 19 a 24 años (20,8%)

Prácticas de alimentación de interés en nutrición y salud pública, gestantes

Una de cada 3 gestantes entre 13 y 49 años NO consume productos lácteos diariamente. Esta proporción es mayor en las gestantes menores de 18 años (39,1%) y en las clasificadas en el nivel 1 del SISBEN (41,7%).

Dos de cada 7 gestantes entre 13 y 49 años, NO consumen frutas diariamente; esta proporción es mayor en las gestantes menores de 18 años (38,7%) y en las identificadas en el nivel 1 del SISBEN (39,6%).

Dos de cada 3 gestantes NO consumen hortalizas o verduras diariamente; esta proporción es mayor en las gestantes menores de 18 años (82,1%) y en las identificadas en el nivel 1 del SISBEN (76,2%).

Una de cada 7 gestantes NO come carnes o huevos diariamente (13,4%); esta proporción es mayor en las gestantes menores de 18 años (22,4%) y en las identificadas en el nivel 1 del SISBEN (19%)⁶.

Resultados de la caracterización del BPN 2016. Instituto Departamental de Salud de Nariño.

En Nariño para el año 2016 se registró un total de 16.687 niños y niñas nacidas vivas, de las cuales de los cuales 559 presentaron bajo peso al nacer, representando así el ,4% con bajo peso al nacer a término.

Recién nacidos con BPN a término de acuerdo a la edad de la madre

Las madres menores de 15 años que tuvieron hijos con BPN corresponden al 2.79%, entre 15 a 19 años representan un 3.6%, entre 20 a 34 años al igual que las mayores de 35 años corresponden a un 3.36% cada uno, lo que significa que: el

riesgo de tener niños y niñas con BPN entre las mujeres menores de 15 años es 3,5 veces el riesgo de las mujeres entre 20 y 34 años y no se encuentra asociación.

Recién nacidos con BPN a término de acuerdo a número de controles prenatales. Nariño.

Las mujeres sin control prenatal que tuvieron hijos con BPN a término representan un 11.24%, mujeres entre que asistieron entre 1 y 5 controles prenatales corresponden al 3.42% y mujeres con 6 o más controles prenatales son el 3.27%, lo que indica que el no asistir a ningún control prenatal aumenta el riesgo de que el niño o niña nazca con BPN.

Municipios de Nariño con mayor porcentaje BPN a término, cuarto trimestre 2016

En el departamento de Nariño, del total de nacidos vivos los municipios que más presentaron BPN son: Belén represento el 20% al igual que la Llanada, Linares 13.3%, Gualmatán, Sandoná 11.6% 10.5%, Guitarrilla 10%, Aldana un 9.5%, Funes 9,1%, y la capital del departamento Pasto 4.6%.

NORMATIVIDAD

- **CONSTITUCION COLOMBIANA DE 1991: Artículo 44.** Son derechos fundamentales de los niños: la vida, la integridad física, la salud y la seguridad social, la alimentación equilibrada, su nombre y nacionalidad, tener una familia y no ser separados de ella, el cuidado y amor, la educación y la cultura, la recreación y la libre expresión de su opinión. Serán protegidos contra toda forma de abandono, violencia física o moral, secuestro, venta, abuso sexual, explotación laboral o económica y trabajos riesgosos. Gozarán también de los demás derechos consagrados en la Constitución, en las leyes y en los tratados internacionales ratificados por Colombia. La familia, la sociedad y el Estado tienen la obligación de asistir y proteger al niño para garantizar su desarrollo armónico e integral y el ejercicio pleno de sus derechos. Cualquier persona puede exigir de la autoridad competente su cumplimiento y la sanción de los infractores. Los derechos de los niños prevalecen sobre los derechos de los demás.
- **CONPES 113 DE 2008:** Este documento somete a consideración del Conpes Social la Política Nacional de Seguridad Alimentaria y Nutricional. La política es el resultado de un proceso de participación y concertación entre entidades del nivel nacional, departamental y municipal, con organizaciones de la sociedad civil, organismos internacionales, universidades y gremios, entre otros, y por lo tanto se constituye en una política de Estado. La Política se enmarca en el Plan Nacional de Desarrollo y se refuerza por los compromisos adquiridos en la “Cumbre Mundial sobre la Alimentación: cinco años después (Junio de 2002)”, la cual ratifica los compromisos de la Cumbre Mundial de Alimentación de 1996, para el cumplimiento de los Objetivos de Desarrollo del Milenio (ODM).
- **PLAN NACIONAL DE SEGURIDAD ALIMENTARIA Y NUTRICIONAL (PNSAN) 2012 – 2019:** El PNSAN es el conjunto de objetivos, metas, estrategias y acciones propuestos por el Estado Colombiano, en un marco de corresponsabilidad con la sociedad civil, que tienen por objeto: 1) proteger a la población de las contingencias que conllevan a situaciones indeseables y socialmente inadmisibles como el hambre y la alimentación inadecuada; 2) asegurar a la población el acceso a los alimentos en forma oportuna, adecuada y de calidad; y 3) lograr la integración, articulación y coordinación de las diferentes intervenciones intersectoriales e interinstitucionales.

- **PLAN DECENAL DE SALUD PUBLICA 2012 – 2021:** El Plan Decenal de Salud Pública, PDSP, 2012 – 2021, es producto del Plan Nacional de Desarrollo 2010 – 2014 y busca la reducción de la inequidad en salud planteando los siguientes objetivos: garantizar el goce efectivo del derecho a la salud para todos, mejorar las condiciones de vida que modifican la situación de salud y disminuyen la carga de enfermedad existente manteniendo cero tolerancia frente a la mortalidad, la morbilidad y la discapacidad evitables. Uno de los mayores desafíos del Plan Decenal de Salud Pública, PDSP, 2012 – 2021, es afianzar el concepto de salud como el resultado de la interacción armónica de las condiciones biológicas, mentales, sociales y culturales del individuo, así como con su entorno y con la sociedad, a fin de poder acceder a un mejor nivel de bienestar como condición esencial para la vida.
- **RESOLUCIÓN 412 DE 2000:** del Ministerio de Salud y Protección Social, la cual se establecen las actividades, procedimientos e intervenciones de demanda inducida y obligatorio cumplimiento y se adoptan las normas técnicas y guías de atención para el desarrollo de las acciones de protección específica y detección temprana y la atención de enfermedades de interés en salud pública.
- **NORMA TÉCNICA PARA LA DETECCIÓN TEMPRANA DE LAS ALTERACIONES DE LA GESTACIÓN:** Identificar los riesgos relacionados con la gestación y planificar el control de los mismos, a fin de lograr una gestación adecuada que permita que el parto y el nacimiento ocurran en óptimas condiciones, sin secuelas físicas o psíquicas para la madre y su hijo.
- **CODIGO DE INFANCIA Y ADOLESCENCIA 8 DE NOVIENMBRE DE 2006:** el código tiene por finalidad garantizar a los niños, niñas y adolescentes su pleno y armonioso desarrollo para que crezcan en el seno de la familia y la comunidad en un ambiente de felicidad, amor y protección. Prevalecerá el reconocimiento a la igualdad y la dignidad humana, sin discriminación alguna.
- **PLAN DECENAL LACTANCIA MATERNA 2010 – 2020:** desde el desarrollo de actuación relacionado con el fortalecimiento de capacidades y competencias institucionales, uno de sus objetivos específicos es consolidar el marco normativo relacionado con la lactancia materna y su articulación a los desarrollos de política en materia de primera infancia y seguridad alimentaria y nutricional, donde se ha desarrollado los servicios institucionales para manteniendo y mejoramiento continuo de buenas

prácticas de instituciones Amigas de la Madre y la Infancia (IAMI) integral en los servicios materno infantiles.

- **PLAN DEPARTAMENTAL DE NARIÑO DE SEGURIDAD Y SOBERANÍA ALIMENTARIA:** Desde el año 2010 el Departamento de Nariño cuenta con el Plan Decenal de Soberanía y Seguridad Alimentaria y Nutricional, el cual permite establecer las estrategias principales que viene desarrollando en este tema el departamento, que se encuentran enmarcadas en las 5 líneas principales de la Política Nacional: Acceso, Disponibilidad, Consumo, Aprovechamiento y Calidad e Inocuidad de los alimentos.
- **RUTAS INTEGRALES DE ATENCIÓN EN SALUD – RIAS** del Ministerio de Salud de Colombia: Se comprende como el conjunto de acciones coordinadas, complementarias y efectivas para garantizar el derecho a la salud, expresadas en políticas, planes, programas, proyectos, estrategias y servicios, que se materializan en atenciones dirigidas a las personas, familias y comunidades para la promoción de la salud, prevención de la enfermedad, diagnóstico, tratamiento, rehabilitación y cuidados paliativos.

CAMBIOS FÍSICOS Y PSICOLÓGICOS DURANTE LA GESTACIÓN

La gestación humana es un proceso que dura regularmente nueve meses. Biológicamente se inicia con la fecundación del óvulo por el espermatozoide y culmina con el nacimiento del bebé, proporcionalmente, en el periodo prenatal se da mayor crecimiento que en cualquier otra etapa de la vida. El niño inicia su formación como una célula germinal microscópica y alcanza al nacer un peso aproximado de 3.200 g y una longitud de 45 cm. Durante este tiempo también se desarrollan todas las características físicas humanas. El cuerpo de la madre es un espacio ideal donde todas las condiciones están dadas para atender las necesidades del ser en formación.⁷

El proceso de la gestación se ha dividido en tres fases cada una con características particulares que se diferencian entre sí:

1. Fase o periodo del óvulo: va desde la concepción hasta el final de la segunda semana intrauterina. Se caracteriza por divisiones celulares del huevo y su implantación en el útero.⁸
2. La fase embrionaria: se da desde la segunda semana hasta la octava o novena semana. En esta fase se inicia la formación y desarrollo de todos los órganos tanto internos como externos, se forman, además, la placenta, el cordón umbilical y el líquido amniótico, los que constituyen el medio en el cual se desarrollará el bebé y través del cual se comunica con la madre.⁹
3. La fase del feto: va desde el final del segundo mes hasta el nacimiento del bebé. El crecimiento y desarrollo del ser humano en esta etapa es acelerado lo cual permite la maduración y funcionamiento de la mayoría de los órganos. El bebé entra en gran actividad debido al desarrollo del sistema nervioso: aparecen los movimientos reflejos y algunas funciones preparatorias para el nacimiento y adaptación a la vida extrauterina. El niño está biológicamente desarrollado al terminar el séptimo mes de gestación.¹⁰

7. CEBALLOS DIANA, MOLINA NERY CECILIA. Educación corporal y Salud: gestación, infancia y adolescencia. Funámbulos editores, Medellín, 2007. Revisado el 19-09-2017 en: <https://books.google.com.co/books?id=TosFL9oEQyYC&pg=PA114&dq=gestaci%C3%B3n+humana&hl=es&sa=X&ved=0ahUKEwid86qWrrHWAhVLRyYKHxHerxDn4Q6AEIJzAB#v=onepage&q=gestaci%C3%B3n%20humana&f=false>

8. Ibid

9. Ibid

10. Ibid

Durante la gestación se presentan alteraciones en lo biológico y psicológico que comprometen al binomio y afectan además la relación de pareja, al padre y al círculo familiar cercano; también son significativos los cambios corporales que la madre experimenta,¹¹ a saber:

- En el primer trimestre de gestación la madre puede sentir malestar debido a los cambios hormonales que alteran el funcionamiento normal del organismo. Generalmente se presenta ansiedad para adaptarse y aceptar el nuevo estado. Son comunes molestias como mareo, náuseas, vómitos y sueño excesivo.¹²
- Para el segundo trimestre las molestias iniciales han disminuido; sin embargo, los cambios físicos empiezan a ser notorios y empieza el temor de no ser sexualmente atractiva para su pareja y a no estar dentro de los parámetros estéticos establecidos socialmente.¹³
- En el último trimestre la madre experimenta gran ansiedad y temor hacia el parto o cualquier malformación del bebé, reaparece el malestar físico debido al peso, pueden presentarse calambres, estreñimiento y demás síntomas propios de la gestación en la etapa final. Es de gran importancia el acompañamiento a la futura madre por parte del compañero sentimental, círculo familiar y social más cercano.¹⁴

La gestación también cumple una función muy especial en el establecimiento de vínculos y estilos de relación que se van construyendo incluso desde antes de la concepción pero que se consolidan realmente en esta etapa y que influyen en el desarrollo del bebé en formación y en la manera de establecer relaciones a futuro.¹⁵

11. CEBALLOS DIANA, MOLINA NERY CECILIA. Educación corporal y Salud: gestación, infancia y adolescencia. Funámbulos editores, Medellín, 2007. Revisado el 19-09-2017 en: <https://books.google.com.co/books?id=TosFL9oEQyYC&pg=PA114&dq=gestaci%C3%B3n+humana&hl=es&sa=X&ved=0ahUKEwid86qWrrHWAhVLRyYKHrxDn4Q6AEIJzAB#v=onepage&q=gestaci%C3%B3n%20humana&f=false>

12. Ibid.

13. Ibid.

14. Ibid.

15. Ibid.

BAJO PESO AL NACER

A nivel de los individuos el bajo peso se define así:

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), el bajo peso al nacer se da cuando un niño pesa menos de 2,500 g al nacer.

Esta medición debe realizarse al momento de nacer o dentro de las primeras horas de vida, antes de que la significativa pérdida postnatal haya ocurrido.¹⁶ Por lo general, los niños prematuros presentan bajo peso al nacer, sin embargo, hay niños que nacen a término, pero con bajo peso por problemas con su crecimiento intrauterino.

Tabla: 1 DEFINICION DEL CASO CARACTERISTICAS DE LA CLASIFICACIÓN	
BAJO PESO AL NACER	Recién nacido con peso igual o menor de 2499 gramos.
MUY BAJO PESO AL NACER	Recién nacido con peso igual o menor de 1499 gramos.

FUENTE: Protocolo de Vigilancia en Salud Pública de Bajo Peso al Nacer 2016 – Colombia

Adicionalmente se considera la categoría de peso deficiente = recién nacido con peso entre 2500 y 2999 gramos; peso normal = mayor o igual a 3000 gramos.

La definición de caso a considerar para la vigilancia del evento es caso confirmado: Recién nacido de 37 o más semanas de gestación cuyo peso al nacer registrado sea ≤ 2499 gr.

16. Protocolo de vigilancia en Salud Pública de Bajo Peso al Nacer 2016 – Colombia.

FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS AL BAJO PESO AL NACER

La OMS define un factor de riesgo es cualquier rasgo, característica o exposición de un individuo que aumente su probabilidad de sufrir una enfermedad o lesión, ahora bien, teniendo en cuenta el Protocolo de Vigilancia en Salud Pública de Bajo Peso al Nacer a Término para Colombia 2016, definió los siguientes factores de riesgo que podrían incidir en el BPN:

Sociodemográficos

- Ser menor de 20 años.
- Tener entre 35 y 40 años de edad.
- Bajo nivel socioeconómico.

Antecedentes personales

- HTA
- Enfermedad renal.
- Enfermedades tiroideas.
- Enfermedades cardiorrespiratorias.
- Enfermedades autoinmunes.
- Primiparidad.
- Antecedentes de aborto.
- Desnutrición materna.
- Víctima de violencia sexual.

Riesgo médico de la gestación actual.

- HTA gestacional.
- Inadecuada ganancia de peso durante la gestación.
- Síndrome anémico.
- Intervalo intergenecico menor de 2 años.
- Sangrado vaginal, causas placentarias.
- Diabetes gestacional.
- Infección urinaria.
- Enfermedad periodontal.
- Complejo de torch.
- Sífilis gestacional.

Cuidados prenatales inadecuados

- Inicio tardío de los controles prenatales. (posterior a la semana 10 de gestación o insuficiencia de los mismos menor de 6 en todo el tiempo de gestación)
- Falta de suplementación con micronutrientes.

Riesgos ambientales y de conductas

- Trabajo materno excesivo. (aumenta el gasto energético)
- Estrés aumenta la descarga de adrenalina y agrava la perfusión placentaria.
- Consumo de tabaco, alcohol, café, drogas se asocia de manera importante al aumento de bajo peso al nacer.

De acuerdo con Borda Pérez: *“durante la gestación, la depresión es la afección psiquiátrica más frecuente, y entre sus repercusiones en el feto se ha documentado el bajo peso al nacer. Además, es la causa más frecuente de incapacidad laboral en las mujeres, especialmente entre 18 y 44 años”. “La depresión en general y durante la gestación pueden ser ocasionadas por múltiples factores, entre ellos: el bajo ingreso económico, el desempleo, el antecedente genético, experiencias de la infancia de abuso sexual, rasgos de personalidad: baja autoestima y personalidad neurótica, antecedente de trastornos de ansiedad o alguna patología de tipo psiquiátrico; deficiente apoyo social, abortos previos, altos niveles de estrés antes o durante la gestación, mal estado de salud de la madre y conflictos con la pareja. La depresión prenatal sin tratamiento es considerada un factor de riesgo determinante para el desarrollo de la depresión posparto en un 50 a 65 %”.*¹⁷

Ahora, en el Protocolo de Vigilancia en Salud Pública de Bajo Peso al Nacer a Término para Colombia 2016, no se menciona la ansiedad y depresión como factor de riesgo para presentar BPN, situación que a su vez es atendida en Salud Pública en la ruta de Salud Mental, de acuerdo con el Lineamiento Técnico y Operativo de la Ruta Integral de Atención en Salud Materno Perinatal 2017 del Ministerio de Salud, bajo el marco normativo de la Sentencia C355 del 2016 y a las sentencias complementarias, por las cuales se despenaliza el aborto en Colombia.

17. MARIELA BORDA PÉREZ, artículo: Depresión y factores de riesgos asociados en embarazadas de 18 a 45 años asistentes al Hospital Niño Jesús en Barranquilla (Colombia) – 2012. Revisado el 09-09-2017 en la página: <http://rcientificas.uninorte.edu.co/index.php/salud/article/viewArticle/4775>

La actual propuesta está encaminada a la prevención del BPN, por lo que se recomienda se tenga en cuenta otras situaciones como son las socioeconómicas y culturales que pueden conducir a desarrollar episodios de depresión en las gestantes y a su vez inferir en el BPN, ya que la norma solo tiene en cuenta la atención psicológica en condiciones de IVE según la sentencia mencionada anteriormente; por otra parte, la Ley 1616 de 2013 del MPS en Colombia por la cual se expide la ley de Salud Mental y otras disposiciones donde menciona en su artículo 5 de definiciones, numeral 3: atención integral e integrada en salud mental. La atención integral en salud mental es la concurrencia del talento humano y los recursos suficientes y pertinentes en salud para responder a las necesidades de salud mental de la población, incluyendo la promoción, prevención, diagnóstico precoz, tratamiento, rehabilitación en salud e inclusión social; esta norma es clara cuando menciona la prevención y /o rehabilitación del trastorno mental, dependiendo la necesidad del caso, y se puede ver como una buena oportunidad para canalizar a la gestante y garantizar su salud física y mental.

CONSECUENCIAS DEL BAJO PESO AL NACER EN EL RECIEN NACIDO

Según Puffer RR, en su publicación Características de la mortalidad en la niñez, Publicación científica N° 262. Organización Panamericana de la Salud, 1973, el bajo peso al nacer (BPN) constituye uno de los temas de importancia en el área de la salud materno perinatal. Es un indicador que guarda relación con la morbilidad y mortalidad fetal y neonatal y con el bienestar del binomio madre e hijo en la etapa postparto.

El bajo peso al nacer es una consecuencia de factores internos y externos. Igualmente, está determinado por factores que desde la gestación fueron considerados de riesgo. Aunque la mayoría de las causas tiene que ver con los cuidados de la madre durante la gestación, a veces se debe a problemas congénitos por ello dentro de las consecuencias que puede sufrir el recién nacido a causa del bajo peso son:

- Los niños, nacidos con un peso inferior a los 2 500 g, presentan riesgo de mortalidad 14 veces mayor durante el primer año de vida, en comparación con los niños que nacen con un peso normal a término.
- **Síndrome de Dificultad Respiratoria**
Los niños nacidos con bajo peso son más proclives que los niños de peso normal a tener problemas médicos y complicaciones del desarrollo. Un bebé prematuro y de peso bajo corre un riesgo mayor de desarrollar problemas de respiración. A estos bebés les falta una sustancia química llamada surfactante, por eso no consiguen acumular suficiente oxígeno en la sangre o despojarse del dióxido de carbono de manera adecuada.
- **Daños cerebrales**
Algunos niños nacidos con bajo peso poseen un desequilibrio en la cantidad de sales o de agua, o insuficiente cantidad de azúcar en la sangre (hipoglicemia), que pueden causar daños cerebrales. Los bebés prematuros son más proclives a desarrollar ictericia y a ponerse amarillos porque su hígado puede tardar en comenzar a funcionar independientemente. Si el problema es grave puede causar daños cerebrales; puede ser anémico (no tener suficientes glóbulos rojos). Lo normal es que un feto vaya almacenando hierro durante la gestación y lo utilice después de nacer para producir glóbulos rojos. Los bebés que nacen antes de tiempo, pueden no haber tenido tiempo suficiente como para almacenar hierro.
- Los niños de bajo peso al nacer pueden no poseer suficiente grasa como para mantener la temperatura normal del cuerpo. La baja temperatura del

cuerpo puede a su vez causar cambios bioquímicos en la sangre y provocar crecimiento más lento.

- Alrededor de un tercio de los niños nacidos con un peso extremadamente bajo, experimentan hemorragias cerebrales que pueden conducir a daños cerebrales o a la muerte. Los niños que sobreviven suelen tener problemas de comportamiento y de aprendizaje más adelante.

- **Cardiopatías**

Los niños prematuros pueden presentar graves problemas cardíacos. Antes de nacer el feto tiene una gran arteria llamada ductos arteriosus que hace que la sangre no pase por los pulmones (que no funcionan). Esta arteria debe cerrarse cuando nace el bebé, lo cual no ocurre en ocasiones cuando el bebé es prematuro ocasionando las alteraciones cardíacas¹⁸.

- **Gastrointestinales**

Algunos niños prematuros tienen enterocolitis necrótica, una inflamación del intestino potencialmente fatal¹⁹.

- **Retinopatía**

Propia de su condición prematura, que consiste en el crecimiento anormal de vasos sanguíneos del ojo, puede provocar defectos en la visión e inclusive la ceguera²⁰.

18. Rey H. Bajo peso y macrosomía en el recién nacido latinoamericano. Cali: Feriva Editores, 1986. Pp.161-194.

19. Ibid

20. Ibid

FACTORES PROTECTORES PARA PREVENCIÓN DEL BAJO PESO AL NACER

Para un desarrollo óptimo de la gestación es necesario desarrollar actividades, procedimientos e intervenciones para detectar alteraciones en la gestación y promover acciones que protejan esta etapa de la vida, esto debe hacerse desde un nivel personal, familiar, comunitario, interdisciplinario e interinstitucional con el fin de tener un una madre e hijo saludable.

Algunos factores protectores que van a prevenir el bajo peso al nacer son:

- Promocionar el servicio de consulta preconcepcional. (17)
- Si se sospecha de estar en gestación, solicitar una prueba de gestación.
- Aceptar la gestación como una etapa natural de la vida que conlleva cambios a nivel físicos y psicológicos. (17)
- Fomentar la asistencia al programa de detección temprana de alteraciones de la gestación, idealmente antes de la semana 10, además de informarse sobre las características del programa y periodicidad en la que hay que asistir, si se tiene dudas sobre el desarrollo de la gestación en las diferentes etapas, preguntar al personal de salud y solicitar una orientación clara y oportuna. (17)
- Garantizar el acceso oportuno a los exámenes paraclínicos que solicite el personal de salud. (17)
- Garantizar el acceso oportuno para iniciar el consumo de micronutrientes como son: ácido fólico, calcio y sulfato ferrosos, en el momento que le indique el personal de salud y en las cantidades indicadas por el mismo. (17)
- Atender las recomendaciones nutricionales que el profesional de la salud sugiera, llevando una dieta completa, equilibrada, suficiente y adecuada en las diferentes etapas de la gestación. (17)
- Educar a la familia en el cuidado de la gestante. (5)
- El acompañamiento y apoyo de la pareja sentimental y familiares protege la salud mental y física de la embarazada. (5)
- Fomentos protectores para la salud de la gestante como medidas higiénicas, sexualidad, vestuario y ejercicio. (5)
- Conocer los signos de alarma en la gestación sobre los cuales se debe consultar al personal de salud inmediatamente, tales como vértigo, edema, cefalea, dolor epigástrico, trastornos visuales y auditivos, cambios en la orina, sangrado vaginal, ausencia de movimientos del feto según la edad gestacional. (17)
- Identificar signos de depresión y/o ansiedad durante la gestación para que sean tratados oportunamente por un profesional de la salud.

NECESIDADES NUTRICIONALES DURANTE LA GESTACIÓN

ENERGÍA

El aporte necesario de kilocalorías varía acorde a las necesidades y condiciones particulares de la madre, por lo tanto, es preciso monitorear la ganancia de peso y tener en cuenta las condiciones individuales como: edad, actividad física y peso de referencia. Aunque en términos generales – La Resolución 3803 de 2016: Recomendaciones de Energía y Nutrientes, RIEN para la población colombiana- recomiendan adicionar 85 Kcal diarias durante el primer trimestre, 285 Kcal diarias durante el segundo y tercer trimestre 475 Kcal diarias.

Tabla 2. Requerimiento adicionales de energía para la población colombiana de la mujer gestante.			
PERIODO DE GESTACIÓN	CANTIDAD ADICIONAL DE ENERGÍA REQUERIDA PARA UNA GANANCIA PROMEDIO DE PESO DE 12 KG		SITUACIONES ESPECIALES
	DISTRIBUCIÓN EN TRES TRIMESTRES (KCAL/DIA)	DISTRIBUCIÓN EN DOS TRIMESTRES (KCAL/DIA)	
Primer trimestre	85	-----	Gestación y desnutrición: requiere aumentar la ingesta de energía para lograr mayor ganancia de peso vs gestante con peso pregestacional adecuado.
Segundo trimestre	285	360	
Tercer trimestre	475	475	Gestación y adolescencia: mayores requerimientos de energía para satisfacer la demanda de adolescencia y la formación del feto.

Fuente: resolución 3803 de 2016 – RIEN para la población colombiana.

El aporte energético debe provenir de una dieta balanceada en macro y micronutrientes que aseguren el adecuado crecimiento y desarrollo del bebé sin comprometer el estado nutricional y de salud de la madre.

En caso de exceso de peso durante la gestación no es recomendable hacer uso de dietas de reducción porque disminuye el aporte de nutrientes esenciales y promueve la producción de sustancias tóxicas que afectarían la salud del bebé.

Las recomendaciones referentes a la dieta de la mujer gestante deben ser acorde al ámbito cultural y étnico, teniendo en cuenta que en el departamento de Nariño existen comunidades indígenas, afrocolombianas y ROM.

PROTEÍNA

Durante la gestación las necesidades de proteínas aumentan principalmente por su función en la síntesis de tejidos, por lo tanto, es fundamental su consumo diario en alimentos que aporten las cantidades necesarias según los requerimientos que deben cubrir del 14% al 20% del total de kilocalorías diarias consumidas.

Los alimentos proteicos pueden clasificarse según su procedencia, como es el caso del origen animal que incluye las carnes, huevo, leche y sus derivados, de igual forma se encuentran las de origen vegetal como son las leguminosas (frijol, lenteja, soja y garbanzo) o cereales (arroz, maíz, trigo, quinua).

La quinua es un alimento ideal por su aporte proteico que varía del 10% a 17%, por lo tanto es fundamental su consumo dentro de una dieta variada y equilibrada, que aportará una cantidad significativa de aminoácidos esenciales como lisina, metionina, treonina y triptófano²¹ a un bajo costo (con respecto a otros alimentos de origen vegetal) y por su versatilidad puede incluirse en diferentes preparaciones.

21. FAO. Oficina Regional para América Latina y el Caribe. La quinua: Cultivo Milenario para contribuir a la seguridad alimentaria mundial. 2011. Disponible en: http://www.fao.org/fileadmin/templates/aiq2013/res/es/cultivo_quinua_es.pdf

Tabla 3. Alimentos Proteicos recomendados.

Alimento	Medida casera
Huevo tibio	1 unidad
Carne o pollo o pescado	1 pedazo 60g
Queso	1 tajada
Leche	1 vaso
Kumis o yogur	1 vaso
Garbanzo	1/2 pocillo
Frijol	1/2 pocillo
Lenteja	1/2 pocillo
Quinoa	3 cucharadas

Fuente: Basado en sistema de intercambio de alimentos. Alejandra María Gómez Gutiérrez. Dolly Quintero Sanabria. Universidad de Antioquia.

CARBOHIDRATOS

Son fundamentales por su aporte energético que debe cubrir del 50% al 65% de las kilocalorías diarias; su restricción puede traer consecuencias como la producción de cuerpo cetónicos que tienen efectos adversos en el desarrollo cerebral del feto.²²

Se recomienda preferir carbohidratos complejos como tubérculos, plátanos y cereales integrales, además evitar el exceso de azúcares simples como azúcar, miel, panela, golosinas, bebidas carbonatadas, néctares y jugos industriales.²³

Tabla 4. Alimentos ricos en carbohidratos recomendados.

Alimento	Medida casera
Pan	1 unidad
Arepa	1 unidad
Galletas integrales	3 unidades
Arroz blanco	1 pocillo
Avena	3 cucharadas
Quinoa	3 cucharadas
Avena	3 cucharadas
Papa	1 unidad mediana
Plátano verde o maduro	1/2 mediano
Yuca	1 Trozo

Fuente: Basado en sistema de intercambio de alimentos. Alejandra María Gómez Gutiérrez. Dolly Quintero Sanabria. Universidad de Antioquia.

22 MANJARÉS LUZ. Nutrición de la Gestante, Conceptos para Profesionales de la Salud, Escuela de Nutrición y Dietética. Universidad de Antioquia. Colombia 2014

23 *Ibíd.*

GRASAS

Su ingesta debe cubrir del 20% al 35% del consumo diario de kilocalorías, son fundamentales para la absorción de vitaminas liposolubles (A, D, E, K) y para el desarrollo cerebral fetal, por lo tanto, es recomendable elegir aceites de origen vegetal como girasol, canola y oliva.²⁴

Se recomienda evitar el consumo de grasas saturadas y trans presentes en aceites y grasas de origen animal como mantequillas, margarinas, nata, crema de leche, frituras, empaquetados, alimentos industrializados, productos de panadería, pastelería y chocolatería.²⁵

Tabla 5. Alimentos ricos en grasa recomendados

Alimento	Medida casera
Aguacate	1 tajada
Aceite girasol	1 cucharadita
Aceite de oliva	1 cucharadita
Aceite de canola	1 cucharadita
Maní	9 unidades.
Coco pulpa rallada	3 cucharadas

Fuente: Basado en sistema de intercambio de alimentos. Alejandra María Gómez Gutiérrez. Dolly Quintero Sanabria. Universidad de Antioquia.

Recordar que: no es aconsejable reutilizar el aceite para freír, porque al ser llevado a altas temperaturas pierde sus cualidades y produce sustancias perjudiciales para la salud.

24 MANJARÉS LUZ. Nutrición de la Gestante, Conceptos para Profesionales de la Salud, Escuela de Nutrición y Dietética. Universidad de Antioquia. Colombia 2014.

25 *Ibíd.*

SUPLEMENTACION EN LA GESTACIÓN

VITAMINAS Y MINERALES DE INTERÉS EN LA GESTACIÓN

Al igual que en los nutrientes ya mencionados, las necesidades de micronutrientes se incrementan durante la gestación, éstas pueden suplirse a través de una dieta equilibrada, aunque para evitar estados carenciales en algunos casos es necesario suplementar como está definido en la guía de práctica clínica para la prevención, detección temprana y tratamiento de las complicaciones de la gestación, parto o puerperio.

VITAMINA A

Es esencial para una visión normal, el crecimiento, la diferenciación de los tejidos corporales y la integridad del sistema inmune. Su déficit se asocia a partos prematuros, retraso del crecimiento intrauterino, así como bajo peso al nacer², en exceso está relacionada con anomalías del sistema nervioso central, cardiovascular, defectos genéticos en los miembros superiores e inferiores, el tracto genitourinario y el paladar²⁶.

En situaciones no patológicas su requerimiento es posible cubrirlo a través de una dieta equilibrada que contenga diariamente alimentos como: leche, carne, hígado, yema de huevo, frutas y hortalizas de color amarillo intenso o verde oscuro.

FOLATOS

El ácido fólico tiene vital importancia para la división celular y el crecimiento, por lo que su déficit se asocia con bajo peso al nacer, anemia megaloblástica, desprendimiento prematuro de la placenta, defectos del tubo neural y mayor riesgo de labio hendido²⁷.

Para Colombia se establece la suplementación de ácido fólico desde la consulta preconcepcional, adicionalmente se recomienda consumirlo a través de alimentos como: hígado, carnes, huevo, leguminosas, cereales integrales, brócoli, coliflor y aguacate, aunque la disponibilidad de esta vitamina se reduce por almacenamiento prolongado, la cocción y la preparación de los alimentos.

26. Cruz Almaguer C, Cruz Sánchez, Leticia, L, González, J. (2012). Nutrición y embarazo: algunos aspectos generales para su manejo en la atención primaria de salud. Revista Habanera de Ciencias Médicas, 11(1), 168-175.

27. *Ibíd.*

HIERRO

La carencia de hierro es la deficiencia nutricional más prevalente a escala mundial y la principal causa de anemia, su déficit en la gestación está asociado a parto prematuro, bajo peso al nacer y a morbi-mortalidad perinatal.

Dentro de los alimentos que incrementan el aporte de hierro en la dieta se encuentran los de mejor absorción como hierro hemo (procedente de hemoglobina o mioglobina) presente en hígado, carnes, morcilla, pajarilla, corazón y riñones, por otra parte, el hierro no hemo está presente en la yema de huevo y leguminosas secas.

Para lograr un mayor aprovechamiento biológico del hierro es recomendable no consumir los alimentos fuente de este mineral mezclados con cereales integrales, verduras de hoja verde, café, té, bebidas gaseosas, leche y sus derivados, debido a que su interacción con fitatos, oxalatos y calcio impide que este se absorba eficazmente en la luz intestinal.

Debido a la dificultad de alcanzar las recomendaciones diarias de ingesta, para el país se recomienda la suplementación, como una medida efectiva que permite disminuir los índices de anemia ferropénica.

Para un diagnóstico adecuado la Organización Mundial de la Salud recomienda ajustar la hemoglobina acorde a la altitud del lugar de residencia de la gestante, como se especifica en la tabla 5.

Tabla 6. Corrección de hemoglobina por altitud	
Altitud (metros sobre nivel del mar)	Ajustes Hb medida en g/dl
<1000	0
1000	-0.2
1500	-0.5
2000	-0.6
2500	-1.3
3000	-1.9
3500	-2.7
4000	-3.5
4500	-4.5

Fuente: OMS. 2011²⁸

28. Organización Mundial de la Salud. Concentraciones de hemoglobina para diagnosticar la anemia y evaluar su gravedad. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2011 (WHO/NMH/NHD/MNM/11.1) (http://www.who.int/vmnis/indicators/haemoglob_in_es.pdf,

CALCIO

Es un mineral que cumple funciones en la división y comunicación celular, en la formación del tejido óseo, la liberación de neurotransmisores y como activador enzimático. En la gestación sus necesidades incrementan con el fin de cubrir las demandas fetales asociadas al desarrollo óseo y dental, como maternas relacionadas con el incremento de la reserva en la preparación para la lactancia materna. Se estima que durante la gestación la madre provee entre 25 a 30 gramos de calcio para el desarrollo del esqueleto fetal.

Múltiples estudios sugieren que el déficit de calcio está asociado a la presencia de enfermedades hipertensivas de la gestación como la pre-eclampsia y se encuentra en estudio su asociación con el bajo peso al nacer y la prematuridad.

Para cubrir los requerimientos es importante incluir dentro de la dieta diaria alimentos fuente como la leche, queso, kumis, yogur, yema de huevo, sardinas, frijol, tallos y brócoli; pero al igual que el ácido fólico y el hierro es importante el consumo de suplementos de este mineral.²⁹

INGESTA DIARIA RECOMENDADA DE MICRONUTRIENTES DURANTE LA GESTACIÓN

Acorde a las Guías de Práctica Clínica para la prevención, detección temprana y tratamiento de las complicaciones de la gestación, parto o puerperio se establece suplementar con sulfato ferroso, ácido fólico y calcio como se describe en la siguiente tabla:

Tabla 7. Suplementación de micronutrientes en la gestación.		
Micronutriente	Dosis	Duración
Sulfato Ferroso	60 mg de hierro elemental/día	Durante toda la gestación hasta el sexto mes de lactancia
Ácido Fólico	400 microgramos/día	Desde la consulta preconcepcional y hasta la semana 12 de la gestación. Los efectos de la suplementación son mejores en la etapa preconcepcional.
Carbonato de Calcio	1.200 mg/día	A partir de la semana 14 de gestación.

Fuente: Ministerio de Salud y Protección Social – Colciencias. Guías de Práctica Clínica para la prevención, detección temprana y tratamiento de las complicaciones de la gestación, parto o puerperio. 2013

29. Cruz Almaguer C, Cruz Sánchez, Leticia, L, González, J. (2012). Nutrición y embarazo: algunos aspectos generales para su manejo en la atención primaria de salud. Revista Habanera de Ciencias Médicas, 11(1), 168-175.

ESTRATEGIA DE MOVILIZACION SOCIAL PARA PREVENCION DEL BPN

El Plan de Intervenciones Colectivas – MINGAS del Instituto Departamental de Salud de Nariño, desarrolla la estrategia de Movilización Social orientada a la participación efectiva de la comunidad como un medio para promover la salud y prevenir la enfermedad. Dentro de las acciones que orienta la estrategia se encuentra la conformación de redes comunitarias y la intervención en educación, cultura y salud a través de redes de apoyo a nivel subregional y local para lograr intervenir sobre los determinantes de la salud a través de acciones poblacionales que promueven el cambio de actitudes y comportamientos, así como la adopción o mantenimiento de estilos de vida saludables.

La propuesta de movilización social orientada al BPN, se enmarca en la estrategia de movilización social y busca intervenir dos entornos: el entorno familiar/comunitario y el entorno institucional; para ello se tuvo en cuenta datos estadísticos de BPN al término de 2016 en la región de Nariño como ya se mencionó anteriormente en este documento; para posteriormente socializar a líderes del nivel institucional y comunitario; y así la estrategia sea replicada a grupos poblacionales de interés en salud pública (hombres y mujeres en edad fértil, familias gestantes, agentes comunitarios, recurso humano institucional enfermeras jefes de promoción y prevención y los promotores de salud de las IPS/ESES del departamento).

También cuenta con la **Estrategia de información, educación y comunicación – IEC– en seguridad alimentaria y nutricional – SAN**. Publicada por el MPS y la FAO entendida como el conjunto de acciones que promueven, entre el público objetivo de un proyecto, los estilos de vida y hábitos alimentarios saludables y la educación nutricional en todas las dimensiones de la SAN: disponibilidad, acceso, consumo, aprovechamiento biológico y calidad e inocuidad. Las Estrategias de IEC en SAN buscan modificar comportamientos y requieren de la participación activa de la audiencia objetivo, además deben reconocer que un cambio de actitud implica incluir los factores internos y externos que influyen en la toma de decisiones de las personas en el día a día. (3)

Partiendo de que existen lineamientos nacionales y departamentales para BPN, se recomienda tenerlos en cuenta, ya que existen varios factores socioculturales que pueden incidir en la BPN; desde la dimensión de Seguridad Alimentaria y nutricional del IDSN y el programa de Nutrición y Dietética de la Universidad Mariana de donde surge esta propuesta se hace necesario promover la estrategia de IEC-SAN como un factor protector que previene el BPN; múltiples estudios han mostrado que la pobre ingestión de energía y el deficiente consumo de nutrientes específicos (vitaminas A, C, B6, ácido fólico, hierro, calcio) unido a otros factores nutricionales maternos como: la edad materna, el intervalo intergenecico corto, el peso pregestacional bajo, la escasa ganancia de peso menos de 0,5 kilogramos (Kg)

semanal- durante la gestación, son las determinantes principales del crecimiento intrauterino retardado (CIUR) en un país en desarrollo.³⁰

Teniendo en cuenta que el BPN es un diagnóstico de interés para la salud pública del departamento es importante incorporar esta metodología en los procesos que inician enfocados a la prevención de bajo peso al nacer.

30 REY-Vílchez A, Ávila-Piña D, Rodríguez-Fuentes A, Cabrera-Iznaga A. Factores nutricionales maternos y el bajo peso al nacer en un área de salud. Revista Finlay [revista en Internet]. 2013 [citado 2017 Sep 18]; 3(1): [aprox. 9 p.]. Disponible en: <http://www.revfinlay.sld.cu/index.php/finlay/article/view/172>

OBJETIVOS DE LA ESTRATEGIA PARA PREVENCION DE BPN

General

Fortalecer y apoyar acciones para prevenir el Bajo Peso al Nacer en el departamento de Nariño a través de la estrategia de movilización social para potenciar las capacidades en el desarrollo de estilos de vida saludable y condiciones que favorezcan la salud en el curso de vida.

Específicos

- Generar capacidades en el talento humano en salud para orientar a familias y comunidad en la identificación de factores de riesgo asociados al bajo peso al nacer.
- Definir una metodología para abordar temáticas de interés e intervenir los factores de riesgo que infieren en el BPN.
- Empoderar a las mujeres y familias que han decidido tener un hijo sobre los factores de riesgo y factores protectores asociados al bajo peso al nacer.

METODOLOGIA DE LA ESTRATEGIA DE PREVENCION DE BPN

APRENDER A ENSEÑAR

German Mariño, pedagogo Colombiano.

Se ha retomado algunos criterios que orientan el trabajo del Profesional en Promoción de la Salud, que enmarca los procesos educativos en el modelo pedagógico con elementos constructivistas. Este enfoque supera el binomio transmisión- recepción, el activismo y el empirismo, pues tiene en cuenta el arraigo cultural, la identidad y el compromiso de todos y cada uno de los involucrados en un proceso, en las acciones que se desarrollen, permitiendo trascender generosamente a procesos educativos donde el conocimiento sea apropiado de manera significativa, como producto de la reflexión sistemática sobre la práctica cotidiana.

La estrategia aprender a enseñar, la cual consta de cinco aspectos:

I. Reflexionemos

Tomando como base algunos interrogantes sobre el tema planteado y otros que puedan surgir, el facilitador comparte sus conocimientos y experiencias sobre el tema propuesto.

II. Consultemos

Presenta partes de textos que orientan y clarifican ideas y conceptos sobre los temas propuestos, además pone a disposición bibliografía de consulta.

III. Debatamos

El desarrollo de este punto tiende a enriquecer los conceptos y precisar acciones con base en los conocimientos y experiencias que dan respuesta a la actitud de cada participante para llegar a conclusiones de grupo de tipo consenso o disenso, cada participante tiene la oportunidad de presentar enunciados, afirmaciones o interrogantes para debatir.

IV Decidámonos y comprometámonos

Como la reflexión y el debate no deben quedarse en palabras sino generar la aplicación de lo aprendido, se trata de precisar nuevos ejercicios o tareas fuera del aula, que, apoyados en bibliografía, bien sea de manera individual o grupal se amplíe los conocimientos y se generen nuevas preguntas o interrogantes según el tema tratado, se da apertura para los participantes desarrollen otros ejercicios o tareas de acuerdo a su inventiva e intereses.

V Evaluemos

De acuerdo con los compromisos de aprendizajes adquiridos y las acciones realizadas consigo mismo, la familia o la comunidad, se valore cuáles han sido los aprendizajes significativos y los autoaprendizajes, que acciones transformadoras se han emprendido, que se ha podido realizar, que no y por qué.

Para el desarrollo de la sesión educativa se debe tener en cuenta los dos anexos, el instructivo o Anexo No: 1 dirigido al facilitador, que es un documento con el marco conceptual y el formato con cada uno de los pasos a ejecutar durante el taller, tiene además que haber recibido en medio magnético las diapositivas de apoyo o el rotafolio para el momento de conceptualización, así como el material lúdico denominado lotería Cuidarte para el momento del debatamos y las tarjetas de compromiso ya diseñadas y las boletas de demanda inducida para los casos que pudiera aplicar.

Anexo No 2: formato del taller, sistematización y lista de asistencia.

SISTEMATIZACION

La sistematización es una forma de recuperación de la memoria de la experiencia a partir de la reflexión teórica, donde desde el consciente se capturar el significado de la acción y sus efectos mediante un proceso orientado a describir, develar e interpretar las prácticas y las experiencias con el fin de lograr aprendizajes significativos, nuevos rumbos, pistas y caminos para la acción.

Para la sistematización de la sesión educativa se deberá tener en cuenta los formatos anexos al instructivo del facilitador, en el encontrará el formato del desarrollo del taller y también una ficha vivencial, en el cual se debe plasmar la experiencia con la población objeto, narrando de manera textual lo acontecido en las diferentes etapas del taller.

La sistematización va a permitir, como estrategia de aprendizaje permanente, y a la vez, como una práctica y una herramienta, que posibilita ordenar, interpretar, mejorar y comunicar los procesos institucionales y comunitarios desarrollados y a su vez contribuye al fortalecimiento conceptual y metodológico de su función directiva y su gestión educativa.

Dimensiones de la sistematización

Ética: es el reconocimiento de cada participante como persona y por tanto el reconocimiento del otro en tanto se incorpora en la diferencia y su aceptación. Esta significación es posible a partir del establecimiento del respeto como principio generador en las relaciones, interacciones basados en la comunicación; también como aval en el momento de la toma de decisiones y en los compromisos que han de asumirse tanto en lo individual como en lo social y comunitario. Se busca que esta dimensión fortalezca la autoestima, la capacidad de mirarse a sí mismo, la capacidad de confrontación y de aceptación de la crítica, en aras de consolidar su carácter y asumir posturas coherentes contra los que se piensa y se hace con lo que la comunidad exige, por ello es importante que se plasme la verdadera información de lo acontecido en el taller.

Política: cuyo fundamento recoge el principio de la toma de postura racional, equilibrada y justa en la toma de decisiones, las que han de fundamentarse en el respeto, la diversidad y el pluralismo; pues sólo de ésta manera podrán desarrollarse procesos de democracia participativa con la concurrencia de todos.

Histórica: se construye en la reflexión, hecha por los actores del proceso, sobre su propia experiencia, teniendo en cuenta el entorno social y cultural.

Es la dimensión que servirá de base al análisis por cuanto permitirá descubrir e identificar los cambios, transformaciones y permanencias de carácter sociocultural que el proceso presenta. Así mismo ayudará en la reconstrucción, re significación y reconceptualización lograda en los procesos de reflexión, esto posibilitará vislumbrar la proyección de productos y propuestas nuevas para la sostenibilidad de los procesos.

Pedagógica: hace referencia a la formación de los participantes en el proceso, en la acción misma y en la valoración y práctica del diálogo de saberes. Tiene que ver con la construcción de nuevos conocimientos a partir de las prácticas y experiencias reflexionadas y la generación de procesos nuevos en materia de comprensiones sobre el hacer y la organización de las comunidades.

Nota: dentro de la propuesta para prevención de BPN, las instituciones son autónomas para incorporar otras sesiones educativas a acordes a las necesidades de la comunidad.

Bibliografía

1. PUFFER RR, SERRANO CV. Características de la mortalidad en la niñez. Publicación científica N° 262. Organización Panamericana de la Salud, 1973. Pp. 44-78.
2. REY H. Bajo peso y macrosomía en el recién nacido latinoamericano. Cali: Feriva Editores, 1986. Pp.161-194.
3. Manual para el facilitador en el proceso de implementación de la Estrategia de Información, Educación y Comunicación en Seguridad Alimentaria y Nutricional para Colombia, Ministerio de Salud y Protección Social Organización de las Naciones Unidas para la Alimentación y la Agricultura – FAO Bogotá 2016.
4. REY-Vílchez A, Ávila-Piña D, Rodríguez-Fuentes A, Cabrera-Iznaga A. Factores nutricionales maternos y el bajo peso al nacer en un área de salud. Revista Finlay [revista en Internet]. 2013 [citado 2017 Sep 18]; 3(1): [aprox. 9 p.]. Disponible en: <http://www.revfinlay.sld.cu/index.php/finlay/article/view/172>
5. CEBALLOS DIANA DEL PILAR, MOLINA NERY CECILIA. Educación corporal y Salud: gestación, infancia y adolescencia. Funámbulos editores, Medellín, 2007. Revisado el 19-09-2017 en: <https://books.google.com.co/books?id=TosFL9oEQyYC&pg=PA114&dq=gestaci%C3%B3n+humana&hl=es&sa=X&ved=0ahUKEwid86qWrrHWAhVLRyYKHxerDn4Q6AEIJzAB#v=onepage&q=gestaci%C3%B3n%20humana&f=false>
6. Lineamiento Técnico y Operativo de la Ruta Integral de Atención en Salud Materno Perinatal 2017 del Ministerio de Salud.
7. Protocolo de Vigilancia en Salud Pública de Bajo Peso al Nacer a Término para Colombia 2016.
8. Encuesta Nacional de la Situación Nutricional en Colombia 2010 – ENSIN. MPS, ICBF, INS y Profamilia.
9. Caracterización de bajo Peso al Nacer en el departamento de Nariño 2017, SIVIGILA - Oficina Epidemiología IDSN 2016. RUAF 2016.
10. Resolución 3803 de 2016 Recomendaciones de Ingesta de Energía y Nutrientes- RIEN para la población colombiana, ministerio de Salud y protección Social.

11. Cruz Almaguer C, Cruz Sánchez, Leticia, L, González, J. (2012). Nutrición y embarazo: algunos aspectos generales para su manejo en la atención primaria de salud. Revista Habanera de Ciencias Médicas, 11(1), 168-175.
12. GERMAN MARIÑO, Pedagogo Colombiano, metodología Aprender a Enseñar.
13. Constitución Política de Colombia 1.991: Artículo 44.
14. Documento CONPES Social 113 DE 2008: Política Nacional de Seguridad Alimentaria y Nutricional (PSAN) MINSPPS de Colombia.
15. Plan Nacional de Seguridad Alimentaria y Nutricional (PNSAN) 2012 – 2019
16. PLAN DECENAL DE SALUD PUBLICA 2012 – 2021- Colombia
17. Norma Técnica para la Detección Temprana de las Alteraciones del Embarazo. MINSPPS Colombia, 2000.
18. Código de Infancia y Adolescencia 8 de Noviembre de 2006- MPS- Colombia
19. Plan Decenal Lactancia Materna 2010 – 2020- MINSPPS Colombia
20. Plan Departamental de Nariño de Seguridad Y Soberanía Alimentaria – gobernación de Nariño 2010.
21. MARIELA BORDA PÉREZ, artículo: Depresión y factores de riesgos asociados en embarazadas de 18 a 45 años asistentes al Hospital Niño Jesús en Barranquilla (Colombia) – 2012.
22. Ley 1616 de 2013, Salud Mental – MINSPPS Colombia
23. FAO. Oficina Regional para América Latina y el Caribe. La quinua: Cultivo Milenario para contribuir a la seguridad alimentaria mundial. 2011.
Disponible en:
http://www.fao.org/fileadmin/templates/aiq2013/res/es/cultivo_quinua_es.pdf
24. QUINTERI DOLLY, Gómez A, sistema de intercambio de alimentos. Universidad de Antioquia.

25. Cruz Almaguer C, Cruz Sánchez, Leticia, L, González, J. (2012). Nutrición y embarazo: algunos aspectos generales para su manejo en la atención primaria de salud. *Revista Habanera de Ciencias Médicas*, 11(1), 168-175
26. Organización Mundial de la Salud. Concentraciones de hemoglobina para diagnosticar la anemia y evaluar su gravedad. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2011 (WHO/NMH/NHD/MNM/11.1) (http://www.who.int/vmnis/indicators/haemoglobin_es.pdf).
27. MANJARÉS LUZ. Nutrición de la Gestante, Conceptos para Profesionales de la Salud, Escuela de Nutrición y Dietética. Universidad de Antioquia. Colombia 2014.