MINISTERIO DEL PODER POPULAR PARA LA SALUD
SERVICIO AUTONOMO INSTITUTO DE ALTOS ESTUDIOS
"DR. ARNOLDO GABALDON"

ESTRATEGIAS PARA LA INTERVENCION TEMPRANA ORIENTADAS A LAS ENFERMEDADES ENDOCRINO METABOLICAS DIRIGIDAS A USUARIAS ATENDIDAS EN LA RED COMUNAL DEL ESTADO ARAGUA. VENEZUELA 2017.

Trabajo Especial de Grado presentado como requisito parcial para optar al Título de Especialista de Gestión en Salud Pública

.

AUTORA: Aidee Benavides

TUTORA: Jessy Caiafa

Maracay, 07 de Junio de 2017

Maracay, 07 de junio de 2017.

Ciudadanos
Miembros de la Comisión Coordinadora de la
Especialización de Gestión en Salud Pública.
Instituto de Altos Estudios "Dr. Arnoldo Gabaldón"
Presente.-

La presente es para comunicarle, que en mi carácter de tutor he leído analizado el **Trabajo Especial de Grado**, titulado, **ESTRATEGIAS PARA LA INTERVENCION TEMPRANA ORIENTADAS A LAS ENFERMEDADES ENDOCRINO METABOLICAS DIRIGIDAS A USUARIAS ATENDIDAS EN LA RED COMUNAL DEL ESTADO ARAGUA. VENEZUELA 2017**. Realizado por la ciudadana: AIDEE YANIRA BENAVIDES CARRASQUEL, para optar al Título de (especialista) en: GESTIÓN DE SALUD PÚBLICA. Por cuanto considero que dicho trabajo reúne los requisitos y méritos suficientes para ser sometido a la presentación pública y evaluación por parte del jurado evaluador que se designe.

Atentamente,

Jessy Caiafa

Jessy Desiree Caiafa López.

C.I N°.13.469.737

Teléfono: 0416 – 6407768

MINISTERIO DEL PODER POPULAR PARA LA SALUD
SERVICIO AUTÓNOMO INSTITUTO DE ALTOS ESTUDIOS
"DR. ARNOLDO GABALDON"

ACTA VEREDICTO DEL TRABAJO ESPECIAL DE GRADO O TRABAJO DE GRADO

Quienes suscriben, miembros del jurado designado por la Comisión Coordinadora del Programa de Especialización: **Gestión en Salud Pública,** para examinar el **Trabajo Especial de Grado O Trabajo de Grado** presentado por: **Aidee Yanira Benavides Carrasquel,** Cédula de identidad Nº **10.756.636**, bajo el título **ESTRATEGIAS PARA LA INTERVENCION TEMPRANA ORIENTADAS A LAS ENFERMEDADES ENDOCRINO METABOLICAS DIRIGIDAS A USUARIAS ATENDIDAS EN LA RED COMUNAL DEL ESTADO ARAGUA. VENEZUELA 2017**. con la tutoría **Jessy Caiafa** , titular de la cédula Nº **13.469.737,** con fin de cumplir el requisito legal para optar al grado académico de Especialista en **Gestión en Salud Pública,** dejan constancia de lo siguiente:

1.- Leído como fue dicho trabajo por cada uno de los miembros del jurado, se fijó el día **07** de **junio** de **2017** a las **8:00 am** para que el autor(a) lo defendiera en forma pública, lo que éste hizo en la ciudad de **Maracay**, mediante una presentación oral de su contenido, luego de lo cual respondió satisfactoriamente a las preguntas que le fueron formuladas por el jurado, todo ello conforme con lo dispuesto en el Reglamento de Gestión Académica.

2.- Finalizada la defensa oral y revisado el trabajo escrito, el jurado decidió Aprobado, dado que se ajusta a lo dispuesto y exigido en el Reglamento de Gestión Académica.

Luis Valera
C.I: 3.649.997
Jurado

Jessy Caifa
C.I. 13.469.737
Jurado

Julia varela
C.I: 5.575.917
Presidente

Servicio Autónomo Instituto de Altos Estudios

RIF. G-20006221-5
Av. Bermúdez Nº 93, Maracay, Estado Aragua - Venezuela
Telfs.: (0243) 232.0833 / 6733 / 8217 / 5633 / 8531 - Fax: (0243) 232.6933
www.iaes.edu.ve

DEDICATORIA

Dedico con especial atención este trabajo de investigación a mi tutora Dra. Jessy Caiafa, profesional y mujer de lucha, esfuerzo y entrega voluntariosa a su trabajo y responsabilidades adquiridas, por su gran inspiración y colaboración para mi culminación como especialista, porque trabajó arduamente en profundizar sus conocimientos y dejarlos plasmados en mi aprendizaje para la producción del saber en todas y cada una de las fases del desarrollo de este humilde esfuerzo investigativo.

La Autora

AGRADECIMIENTO

Al creador de todas las cosas a mi Dios universal por bendecirme y darme sus fuerzas en este camino especialmente por darme la sabiduría para alcanzar este logro.

A mis padres Ana y Ramón por su amor reflejado en el esfuerzo y apoyo incondicional que siempre me han brindado. Por ser un ejemplo de perseverancia, sacrificio y motivarme siempre a alcanzar mis sueño

A mis hijos Saúl y Mónica Por ser mi motivación en la vida e inspirarme a ser mejor cada día, y por su apoyo en cada una de las etapas de mi vida, alegrando mis días difíciles.

Especialmente a mi tutora Jessy Caiafa, por haberme brindado la oportunidad de recurrir a su amplia experiencia, capacidad, conocimiento científico y humano así como también haberme tenido paciencia para guiarme durante todo el desarrollo del trabajo especial de grado.

A mis profesores Por su paciencia y dedicación en la enseñanza, y ser un ejemplo de profesionalismo, a ustedes todo mi respeto.

La Autora

LISTA DE CONTENIDO

	pp
CARTA DE ACEPTACIÓN……...	ii
ACTA VEREDICTO……..…….	iii
DEDICATORIA…….…….	iv
AGRADECIMIENTO…….	v
LISTA DE CONTENIDO…….……..	vi
LISTA DE CUADROS…….……...	vii
LISTA DE TABLAS…….…...	viii
RESUMEN…….…..	ix
ABSTRACT…….	x
INTRODUCCIÓN…….…..…..	1
OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN……..……..	29
OBJETIVO GENERAL……..	29
OBJETIVOS ESPECÍFICOS…….…….	29
METODOLOGÍA…….	30
RESULTADOS…….	31
DISCUSIÓN……..……	33
PROPUESTA ……...	35
REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS…….….	44
ANEXOS……..	49

LISTA DE CUADROS

Cuadro		pp.
1	Cuadro de la Propuesta …..…….....	37
2	Cuadro de Operacionalización de Variables……...	49

LISTA DE TABLAS

Tabla		pp
1	Distribución de frecuencias del Peso de los nacidos vivos en el estado Aragua durante el periodo 2011-2015. Venezuela 2017	31
2	Distribución de frecuencia en relación con el peso al nacer según control prenatal y factores socioeconómicas. Estado Aragua. Años 2011-2015.	32
3	Costo de materiales de la Propuesta……..	43
4	Recursos Humanos……	43

REPÚBLICA BOLIVARIANA DE VENEZUELA
MINISTERIO DEL PODER POPULAR PARA LA SALUD
SERVICIO AUTÓNOMO INSTITUTO DE ALTOS ESTUDIOS
"DR. ARNOLDO GABALDÓN"

ESTRATEGIAS PARA LA INTERVENCION TEMPRANA ORIENTADAS A LAS ENFERMEDADES ENDOCRINO METABOLICAS DIRIGIDAS A USUARIAS ATENDIDAS EN LA RED COMUNAL DEL ESTADO ARAGUA. VENEZUELA 2017

Autora: Aidee Benavides
Tutor: JessyCaiafa
Año: 2017

RESUMEN

La atención temprana, se ha visto como herramienta de gestión en salud pública, ya que ello ha evidenciado un impacto positivo en la prevención y detección temprana de factores de riesgo en el desarrollo de enfermedades. Esta investigación plantea proponer estrategias para la intervención temprana orientadas a las enfermedades endocrinas metabólicas dirigidas a usuarias atendidas en la red comunal del estado Aragua. Venezuela 2017.La presente investigación se enmarcó bajo un paradigma positivista con enfoque cuantitativo estudio de tipo proyecto factible lo cual contó con las siguientes fases: diagnostica se apoyó en un estudio de tipo documental y de tipo retrospectivo. Fase de factibilidad y fase del diseño de la propuesta, la población estuvo constituida por todos los nacidos vivos 155.529 del Estado Aragua se trabajó con muestra censal y unidad de análisis certificado de nacimiento EV-25, Los resultados fueron expresados en tablas estadísticas, resaltando lo siguiente: del estudio los nacidos con peso menor a 2500 gr (bajo peso) 8.29%, los nacidos con 2501 a 3999grs (normo peso) (87.57%) y los neonatos con peso superior a 4000gr (macrosómicos) 4.14%.También se valoran condiciones socioeconómicas de embarazo controlado, madres en Unión estable, nivel educativo y ocupación del hogar.En función de los resultados obtenidos y del proceso de discusión surge la necesidad de plantear la propuesta Promover el bienestar en usuarias y usuarios en edad fértil de la red comunal basados en el fortalecimiento del concepto de vida saludable para la promoción en planificación de la salud sexual y reproductiva. Con el objeto de prevenir la aparición temprana de enfermedades endocrino metabólicas en hijos e hijas de las usuarias de la red comunal en el Estado Aragua durante el año 2017.

Campo o área de acción: Programa de salud
Línea de investigación: Equidad en Salud en el SPN
Descriptores: Estrategias, endocrino metabólicas, Peso al nacer

REPÚBLICA BOLIVARIANA DE VENEZUELA
MINISTERIO DEL PODER POPULAR PARA LA SALUD
SERVICIO AUTÓNOMO INSTITUTO DE ALTOS ESTUDIOS
"DR. ARNOLDO GABALDÓN"

STRATEGIES FOR EARLY INTERVENTION ORIENTED ENDOCRINE METABOLIC DISEASES DIRECTED TO USERS IN THE COMMUNAL NETWORK OF THE STATE ARAGUA. VENEZUELA 2017

Author: Aidee Benavides
Tutor: JessyCaiafa
Date: 2017

ABSTRACT

Early attention has been seen as a management tool in public health, as this has shown a positive impact in the prevention and early detection of risk factors in disease development. This research proposes to propose strategies for early intervention oriented to endocrine metabolic diseases directed at users served in the community network of Aragua state. Venezuela 2017. The present research was framed under a positivist paradigm with a quantitative approach. A feasible project type study that in its diagnostic phase was supported by a documentary and retrospective type study. The population was constituted by all live births 155,529 from the State Aragua were worked with census sample and unit analysis birth certificate EV-25, The results were expressed in statistical tables, highlighting the following: from the study born with weight less than 2500 Gr (low weight) 8.29%, those born with 2501 to 3999grs (normal weight) (87.57%) and infants weighing more than 4000gr (macrosomic) 4.14% .There are also socioeconomic conditions of controlled pregnancy, educational level and occupation of the home. Based on the results obtained and the discussion process, there is a need to propose a proposal to promote well-being among users and users of fertile age in the community network based on strengthening the concept of healthy life for promotion in sexual health planning and reproductive. In order to prevent the early onset of endocrine metabolic diseases in children of the users of the communal network in Aragua State during the year 2017.

Field or area of action: Health program
Line of research: Equity in Health in the SPN
Key words: Metabolic endocrine strategies, Birth weight

INTRODUCCIÓN

Las enfermedades crónicas están lejos de limitarse a las regiones desarrolladas del mundo. Contrariamente a creencias muy difundidas, los países en desarrollo sufren problemas cada vez más graves de salud pública generados por las enfermedades crónicas. La Prevalencia de las enfermedades endocrinometabólicas, ha alcanzado proporciones epidémicas durante los primero años del siglo XXI. Durante los últimos cincuenta años se han producido cambios en el estilo de vida que nos han conducido a la situación actual: El ambiente, acceso a los alimentos de alto valor biológico, la disminución de la actividad física, aumento de la mecanización en los sitios de trabajo, la estructura de la familia y los factores emocionales, cada vez son más permisivos a la expresión de las tendencias genéticas de la Obesidad. El otro cambio aparecido en las diferentes publicaciones, es el aumento de la prevalencia de la diabetes tipo 2 en niños y adolescentes obesos, hijos de afro-americano e hispanos, asociado estas a el desarrollo intra útero.

Durante los primeros años de vida, la velocidad de crecimiento de los niños y la ganancia de peso es muy rápida y definitiva, por lo que cualquier alteración en el ritmo de crecimiento y aumento de peso tendrá consecuencias negativas sobre su futuro crecimiento y desarrollo. La ganancia de peso y el crecimiento en niños de países de medianos y bajos ingresos se asocian con una mejor sobrevida y desarrollo cognitivo. Sin embargo, esto puede aumentar el riesgo de desarrollar obesidad y enfermedades cardiometabolicas en la adultez.

Los determinantes sociales de la salud son las circunstancias en que las personas nacen, crecen, viven, trabajan y envejecen, y los sistemas establecidos para combatir las enfermedades. A su vez, esas circunstancias están configuradas por un conjunto más amplio de fuerzas: económicas, sociales, normativas y políticas las diferencias entre países, y dentro de un mismo país. Las condiciones sociales y económicas, y sus efectos en la vida de la población, determinan el riesgo de enfermar y las medidas que se adoptan para evitar que la población enferme, o para

tratarla. Se entiende por inequidades sanitarias las desigualdades evitables en materia de salud entre grupos de población de un mismo país, o entre países. Esas inequidades son el resultado de desigualdades en el seno de las sociedades y entre sociedades. (Comisión OMS sobre Determinantes Sociales de la Salud, 2008)

Por lo tanto, es necesario que se creen las condiciones para que la población se emancipe, tenga libertad para vivir una vida próspera. Esos determinantes sociales de la salud han sido objeto de investigación durante años. La combinación de políticas y arreglos económicos deficientes y una mala gestión política es responsable en gran medida de que la mayoría de la población del mundo no goce del grado de buena salud que sería biológicamente posible. El sector de la salud no puede reducir las inequidades sanitarias por sí solo, pues gran parte de la labor necesaria para corregir las inequidades sanitarias compete a esferas externas al sector, proporcionar cobertura universal y velar por que se tenga en cuenta la equidad en el conjunto del sistema de salud son pasos importantes. Será necesario medir la magnitud de la inequidad sanitaria existente (teniendo en cuenta que muchos países carecen de datos adecuados) y a continuación realizar un seguimiento del impacto que tienen las intervenciones propuestas en la equidad sanitaria. Para ello, habrá que realizar inversiones en sistemas básicos de registro, formar a los rectores de las políticas, al personal de salud y trabajadores de otros sectores para que comprendan la trascendencia de los determinantes sociales de la salud y el modo de actuar en esa esfera y realizar más y amplias investigaciones; por lo que la atención primaria de salud, que integra la salud en todas las políticas gubernamentales, es el marco idóneo para ello. (Comisión OMS sobre Determinantes Sociales de la Salud, 2008).

El peso del recién nacido es un aspecto de gran importancia, por su asociación con la morbilidad y mortalidad en cualquier etapa de la vida, sobre todo la perinatal. Alonso en 2005 define “El peso al nacer se toma inmediatamente después de haber nacido. Un recién nacido pequeño se considera al que pesa menos de 2.5 Kg y uno grande al de más de 4 kg. Se considera un recién nacido grande para la edad Gestacional (GEG) como aquél con un peso al nacer mayor al percentil 90 para la

edad. Por su parte, los nacidos con peso adecuado para la edad gestacional (PAEG) son aquellos con un peso al nacer entre los percentiles 10 y 90, y pequeño para edad Gestacional (PEG) peso menor a percentil 10 de acuerdo a la edad gestacional.

Durante mucho tiempo se consideró que el feto en etapa de desarrollo in útero se encontraba exento de sufrir algún daño por agentes externos, pues se suponía que estaba protegido dentro del vientre materno. Sin embargo, varios autores han demostrado que cambios metabólicos in útero establecen patrones fisiológicos y estructurales a largo plazo que pueden "programar" la salud durante la vida adulta. Esta relación fue descrita por primera vez por Barker y colaboradores, estos investigadores asociaron el bajo peso al nacer con un mayor riesgo de muerte por enfermedades cardiovasculares. Junto a Barker, varios autores observaron en Países Bajos que regiones con alta mortalidad infantil presentaban también alta mortalidad por enfermedad coronaria en el adulto, encontrando asociaciones entre la calidad del crecimiento pre y/o posnatal y el mayor riesgo de desarrollar enfermedades crónicas como la diabetes tipo 2, la hipertensión arterial, la obesidad, la resistencia a la insulina y el síndrome metabólico. (Arranz, Costa y Tomat, 2012).

La evidencia disponible indica que la distribución del peso y talla óptimos al nacer deben determinarse teniendo en cuenta no sólo la morbilidad y la mortalidad inmediatas, sino también las consecuencias a largo plazo, como la sensibilidad a las enfermedades crónicas relacionadas con la dieta en etapas posteriores de la vida. El reporte del comité FAO/OMS sobre nutrición y enfermedades crónicas señala que la asociación de RCIU y macrosomía con enfermedad coronaria, accidente vascular encefálico, diabetes e HTA tiene un apoyo considerable. (OMS/FAO, 2013).

Conociendo esto, el peso al nacer, es un indicador de gran valor, constituyendo un factor relevante en la supervivencia, crecimiento y el desarrollo futuro del niño y dependerá directamente del estado nutricional materno preconcepcional y la ganancia de peso durante la gestación. Si bien el incremento de peso gestacional no es la única variable que determina el pronóstico del embarazo, parto y puerperio, tiene la ventaja

que puede ser modulado a través del control prenatal. La ganancia de peso puede ser definida para cada gestante de manera específica, considerando el peso preconcepcional o estado nutricional en el primer control prenatal. Además, es importante considerar la talla materna, la edad y los antecedentes de patologías preexistentes y/o embarazos previos. Desde la concepción cada fase del desarrollo humano está determinada por la interacción de genes heredados por diversos factores ambientales; esta interacción ejerce sobre el peso de nacimiento, estimándose que el 70% del peso del recién nacido está dado por factores de la madre. (OMS, 2012).

La Organización Mundial de la Salud plantea que 1 de cada 6 niños nace con bajo peso y se calcula que en el mundo nacen alrededor de 20 millones de niños con peso menor de 2500 gramos, lo que representa de un 10 a un 20% de los recién nacidos vivos, de los cuales un 40-70% son prematuros, el mayor número lo aportan los países en vías de desarrollo con un 17-18%. En Asia meridional, el 31% de todos los recién nacidos presentan bajo al nacer, en Asia Oriental y el Pacífico, el 7%; en la India se registra aproximadamente el 40%, y un 15% de los de Oriente Medio y África del Norte. En los países desarrollados, la incidencia de Peso Bajo al Nacer se encuentra entre 3,6 y 7,4%, mientras que en países de Asia Sudoriental dicha incidencia varía de 20% a 43%. (OPS/OMS, 2015).

Los análisis establecen que la mayor parte de los niños con insuficiencia ponderal nacen en el tercer mundo. De igual forma en estudios realizados en cuanto a la macrosomía a nivel mundial, la incidencia de macrosomía ha aumentado considerablemente, reportándose entre 10 a 13% en Chile, Cuba reporta una incidencia de macrosomía de 3,9 a de 4,6 %, y en el Perú 6,9% de recién nacidos menores de 5 años nacieron con sobrepeso. La OMS en el 2014 expresa que en las regiones de Sudamérica 7,6% de los recién nacidos en el mundo durante el periodo 2006-2012 nacieron con sobrepeso. (OPS/OMS, 2015).

La atención temprana y el conjunto de intervenciones, dirigidas a la población infantil, familia y al entorno, tienen por objetivo dar respuesta, lo más pronto posible,

a las necesidades transitorias o permanentes que se presentan. Hace falta, por tanto, un punto de referencia especializado que funcione como puerta de entrada en cada sistema. Y, para poder cumplir adecuadamente su misión, es absolutamente necesaria que su existencia sea ampliamente divulgada entre los profesionales de los servicios sanitarios, del sistema educativo y de los propios servicios sociales. Los servicios sociales, los sanitarios y los educativos vienen acometiendo desde hace años esta faceta de la Atención Temprana, si bien resulta evidente que su tarea se puede mejorar sustancialmente con un refuerzo de los recursos, una reordenación de procedimientos y una reestructuración de los servicios terapéutico-rehabilitadores. (Amparo e Iribar 2010).

La atención en salud en general, y en específico en lo concerniente a salud sexual y reproductiva implica un abordaje integral a través de acciones transectoriales de promoción de la calidad de vida y salud que incluyan información, educación, comunicación, asesoramiento y consejería, así como servicios de salud preconcepcional, planificación familiar, atención prenatal, parto, puerperio y sus complicaciones. Incorporando lo relativo a Educación Sexual, tanto en el sistema educativo como en el de salud. Fortalecer los estilos de vida saludable y retomar la medicina preventiva es el llamado que se debe plantear desde las bases del sistema nacional de salud para prevenir las enfermedades crónicas no trasmisibles, desarrollar su prevención y la tomar decisiones en varios ámbitos, salud, alimentación, atención, educación. (OMS, 2012).

Las enfermedades crónicas son en gran medida enfermedades prevenibles. Los datos científicos actualmente disponibles proporcionan una base suficientemente sólida y verosímil para justificar la adopción de medidas en este momento. Se considera que el enfoque de salud pública de la prevención primaria es la acción más económica, asequible y sostenible para hacer frente a la epidemia de enfermedades crónicas en todo el mundo. La adopción de un enfoque basado en los factores de riesgo comunes para prevenir las enfermedades crónicas representa un avance importante de las ideas favorables a una política sanitaria integrada.

De aquí la importancia de elaborar políticas públicas para la intervención temprana que permitan la identificación a edades más tempranas con factores de riesgo, valorando sus condiciones socio económicas, que permitan reducir la morbimortalidad y la discapacidad asociados con estas enfermedades. Fortalecer los estilos de vida saludable y retomar la medicina preventiva es el llamado que se debe plantear desde las bases del sistema nacional de salud para prevenir las enfermedades crónicas no trasmisibles, desarrollar su prevención y la tomar decisiones en varios ámbitos, salud, alimentación, atención, educación. (OMS 2012).

En el mundo, se han formulado importantes políticas e iniciativas estratégicas, como los Objetivos de Desarrollo Sostenible siendo uno de sus Objetivo Garantizar una vida sana y promover el bienestar en todas las edades. El acceso universal a la salud y la cobertura universal de salud se basan en el derecho de todas las personas al goce del grado máximo de salud que pueda alcanzarse, y a la equidad y solidaridad, valores adoptados por los Estados Miembros de OPS.

La estrategia regional de la OPS de acceso universal a la salud y la cobertura universal de salud requiere un compromiso de toda la sociedad para: a) ampliar el acceso equitativo a servicios de salud integrales, de calidad, centrados en las personas y la comunidad; b) fortalecer la rectoría y la gobernanza; c) aumentar y mejorar el financiamiento, con equidad y eficiencia, y avanzar hacia la eliminación del pago directo que se convierte en barrera para el acceso en el momento de la prestación de servicios; y d) fortalecer la coordinación multisectorial para abordar los determinantes sociales de la salud que garanticen la sostenibilidad de la cobertura universal. (Preparando a la región de las américas para alcanzar el objetivo del desarrollo sostenible, 2015).

La salud sexual y reproductiva es un tema prioritario en esta región. Es imprescindible proveer a la mujer una atención continua, que se inicia con los cuidados en la etapa preconcepcional y prosigue durante el embarazo, el parto y el puerperio; incluyendo la atención del recién nacido. Mejorar el bienestar de las niñas

y las mujeres y las condiciones en que nacen los niños son determinantes en su vida futura y en su desarrollo por tal razón hay que dedicar más atención al desarrollo temprano del niño y la educación de los mismos en todos los niveles. Mejorar las condiciones de vida, que reúne todas aquellas intervenciones dirigidas a grupos etarios específicos como la primera infancia, las mujeres, entre otros; tomando en cuenta esta desigualdad existente en el mundo no solo a nivel de salud, sino a nivel de la distribución de las riquezas, la disparidad social y educativa influyen en el comportamiento de salud del individuo. (Comisión OMS sobre Determinantes Sociales de la Salud, 2008).

El enfoque materno infantil en la salud pública implica un abordaje integrado del binomio madre-hijo, focalizado en los procesos de embarazo, parto, puerperio y el crecimiento y desarrollo del producto: el hijo e hija. Por lo que conocer el estado nutricional de la mujer en el periodo previo a la concepción, durante el embarazo y hasta la lactancia reviste un gran impacto tanto en su salud como en la del hijo en desarrollo, principalmente en el crecimiento y desarrollo del feto. Constituyéndose la etapa previa a la concepción en un momento clave donde se debe poner grandes esfuerzos a fin de optimizar el futuro de la salud materna y su descendencia, por lo cual resulta de vital importancia propiciar intervenciones de salud pública dirigidas la promoción de hábitos saludables. Dicho tipo de intervenciones representan un medio efectivo de lograr un peso y crecimiento adecuado del feto, lo que se traduce en un aumento en la sobrevida y calidad de vida del capital humano.

En base a los señalamientos anteriormente descritos se despierta la inquietud de visualizar en qué estado se encuentra el estándar del peso al nacer de los niños venezolanos, esto enmarcado en los esfuerzos país, continúan dirigidos a alcanzar la equidad social, que va más allá de las medidas falsamente equitativas de corte compensatorio, de erradicación de la pobreza y del hambre, vistas como un problema aislado y no como una consecuencia de los factores fundamentales que las generan , las cuales entre ellas incluye la disminución de la tasa de mortalidad, maximizando así políticas educativas integrales que fomenten el desarrollo de una vida saludable y

así minimizar el impacto de las muertes por enfermedades no trasmisibles, dentro de este ordenamiento multilateral las naciones se acoplan en el cumplimiento de sus propias políticas interna en pro de establecer líneas de acción para lograr impactar sus espacios sociales, tal es el caso de Venezuela lo materializa mediante la Red de Salud comunal que es el mecanismo social de gran alcance ya que se está logrando concretar resultados considerables que inciden en la disminución de los factores de riesgo de enfermedades y disminución notoria de la tasa de mortalidad de niños y adultos en toda la región.

Conociendo esto, entonces se hace necesario plantear las siguientes interrogantes:

¿Cuál es la importancia de conocer el peso del recién nacido?

¿Qué factores socioeconómicos están asociados a variaciones en el peso al nacer?

En este orden de ideas existen investigaciones orientadas a identificar esa relación peso al nacer y factores asociados en su variabilidad.

En la investigación realizada por Ferrer, A y Fernández J (2014) que lleva por título **Asociación del peso al nacer con sobrepeso e hipertensión arterial en adolescentes.** Afirma que en las últimas décadas, los estudios epidemiológicos demuestran la asociación entre los factores maternos y ambientales, y las enfermedades crónicas en la adultez. El peso al nacerse relaciona con la presencia de factores de riesgo aterogénico en etapas posteriores de la vida. Objetivo: determinar la asociación entre el peso al nacer y el sobrepeso e hipertensión arterial en adolescentes. material y métodos: se realizó un estudio transversal que incluyó a 252 adolescentes de 16 a 19 años, pertenecientes al policlínico "Héroes del Moncada" del municipio Plaza de la Revolución. El peso al nacer se obtuvo según lo referido por los padres. Se realizaron mediciones del peso, talla, circunferencia de la cintura y tres tomas de la tensión arterial, y se registró el promedio. Se calculó el índice de masa

corporal (IMC). El estado nutricional, circunferencia de la cintura y tensión arterial se clasificaron por tablas percentiles. Resultados: predominaron los adolescentes con antecedentes de peso normal, seguidos de los macrosómicos y 3,6 % tuvieron un peso inferior a 2 500 gramos. Los adolescentes con un peso superior a 4 000 gramos tuvieron mayores valores de IMC y circunferencia de cintura, en la adolescencia, mientras que los de bajo peso tuvieron mayores valores de tensión arterial sistólica. Conclusiones: la mayor frecuencia de sobrepeso e hipertensión en los adolescentes con antecedentes de bajo o alto peso al nacer, alertan sobre la necesidad de realizar acciones preventivas, que deben ser aplicadas desde la etapa prenatal.

Por otra parte Guerrero K (2013) realizó una investigación en el Hospital Regional Ica de Perú, sobre **Factores asociados a la gestante y al recién nacido macrosómico en el Hospital Regional de Ica** que tuvo como Objetivo: Identificar los factores asociados a la gestante y al recién nacido macrosómico en el Hospital Regional de Ica durante el periodo de Junio-Septiembre del 2013. Materiales y métodos: Se realizó un estudio de casos y controles en gestantes que acudieron al Hospital Regional de Ica. La muestra estuvo constituida por 621 gestantes, de ellas 67 fueron consideradas dentro del grupo caso y 554 dentro del grupo control. Se realizó un análisis univariado y bivariado, se consideró aceptable una $p < 0,05$. Resultados: La incidencia de macrosomía neonatal fue de 8,22%. Se encontró como características maternas relacionadas a macrosomía: peso pre gestacional de (63.52%) 12.01 kg, ganancia de peso durante el embarazo de (13.90%) 4.93 kg, altura uterina de (35.19%) 1.95 cm y un ingreso económico familiar mayor a 750 soles mensuales ($p<0,05$). Las características del feto asociadas a macrosomía fueron: ponderado ecográfico de (3805,68) 472,22gr. y ponderado fetal clínico promedio de (3620,08) 321,40 gr. Las medidas antropométricas del producto macrosómico, fueron superiores al del grupo control ($p<0.05$). El sexo masculino se asoció en mayor proporción con la presencia de macrosomía 13,9% ($p<0.05$). Las complicaciones maternas halladas fueron: desgarro del canal de parto (23,7%) y retención de restos placentarios (8%). Entre las complicaciones neonatales se observaron: caput succedaneum (4,8%),

cefalohematoma (1,9%), deshidratación moderada (1,1%) e hipoglicemia (0,8%) Conclusiones: Existen factores maternos modificables asociados a macrosomía, sobre los cuales se puede intervenir en la atención primaria, para evitar complicaciones maternas y neonatales.

Por otra parte, Navarrete (2014) realizo un estudio en Bogotá Colombia, titulado **El sobrepeso y la obesidad representan un serio problema de salud pública, de orden creciente en la población infantil.** Esta investigación se realiza con el objetivo de Determinar la efectividad de las intervenciones educativas realizadas en América Latina para la prevención del sobrepeso y la obesidad en niños escolares de 6 a 17 años para llevar a cabo esta investigación se trabajó con la metodología de las bases de datos MEDLINE, LILACS y EMBASE fueron consultadas entre febrero y mayo de 2014 para identificar estudios controlados aleatorizados y estudios longitudinales que evaluaran los efectos de intervenciones educativas dirigidas a la prevención del sobrepeso y la obesidad en niños latinoamericanos. El riesgo de sesgo y la calidad metodológica se evaluó con la escala de Pedro y el instrumento Caspe. Resultados:Veintiún estudios fueron incluidos (n=12,092). Se identificaron diferentes tipos de intervenciones, tales como estrategias nutricionales, promoción de la práctica de actividad física y cambios en el entorno. Las intervenciones mixtas, que combinaron cambios nutricionales con la promoción de actividad física, fueron las más efectivas, pues sus resultados evidenciaron cambios positivos en las variables asociadas al sobrepeso y obesidad infantil. No se observaron evidencias de sesgo de publicación. Conclusión:Las intervenciones realizadas en el ámbito escolar que combinan la nutrición adecuada y la promoción de la práctica de actividad física son efectivas en la prevención del sobrepeso y la obesidad infantil en escolares latinoamericanos, sin embargo se presentó en la investigación la variable que los niños que para el momento del estudio presentaban algún grado de obesidad , fueron hijos de madres obesas o con padecimiento de DM y niños nacido bajo peso presentaron cuadros de leves a moderados de anemia, y se hizo necesario incorporar intervenciones en el ambiente

familiar para permitir un abordaje integral, asociado con mayores respuestas sobre el cambio comportamental de los escolares.

Según Mijail A. (2014). Realizó un estudio titulado **Identificar los factores de riesgo asociados al bajo peso al nacer en hijos de madres atendidas en el Hospital Escuela Asunción de Juigalpa Nicaragua de Enero 2014 a Enero 2015**. Material y métodos: Estudio analítico de caso y controles retrospectivo, se revisaron 232 expedientes de mujeres atendidas en el hospital regional Juigalpa en el período de estudio con una muestra de 116 casos con una proporción 1:1 con controles. Resultados: Todas las mujeres con bajo peso durante el embarazo tuvieron hijos con BPN, el 100% de las mujeres con periodo intergenésico menor de 2 años tuvieron hijos con BPN. De todas las mujeres q tuvieron SHG durante el embarazo todas presentaron BPN. Del total de mujeres que se realizaron más de 4 controles prenatales el 54.4% tuvieron BPN, Se identificó que el 72% del total de casos y controles se realizaron más de 4 CPN. Conclusiones: El 70% de las mujeres analfabetas tuvieron hijos con bajo peso al nacer dato alarmante ya que representa un gran porcentaje de la población estudiada, siendo ya un factor reconocido internacionalmente para el BPN; aún en países. El periodo Intergenésico menor de 2 años tuvieron hijos con BPN es un factor modificable con una planificación adecuada con métodos anticonceptivos para retrasar embarazos. Madres adolescentes, El síndrome Hipertensivo Gestacional es uno de los principales factores para el desarrollo del bajo peso al nacer. Un determinante importante que se encontró es la cobertura en la atención de las embarazadas, cumpliendo con las captaciones precoz y el número de CPN siendo en gran proporción >4 tanto para casos y controles.

De igual forma, Chávez K (2014).Realizo estudios sobre **Factores maternos asociados a macrosomía en recién nacidos de puérperas atendidas en el Hospital Nacional Sergio E. Bernales, Chile, Mayo – Octubre 2014**. El Material y método utilizado para este estudio se basó en un estudio analítico, de corte transversal de casos, control y retrospectivo. La población estuvo conformada por 306 puérperas atendidas de parto. La muestra estuvo conformada por 60 casos (puérperas que

tuvieron un recién nacido macrosómico) comparado con 60 controles (puérperas que tuvieron un recién nacido adecuado para la edad gestacional). Los datos de todas las puérperas atendidas fueron tomados de la revisión de historias clínicas y del libro de registro de partos del hospital Sergio E. Bernales. Se Obtuvieron los siguientes resultados: durante el periodo de mayo a octubre del 2014, se atendieron un total de 3309 nacimientos, de los cuales 306 fueron nacidos con peso igual o mayor de 4000 g; presentándose con la frecuencia de 9,25%. Los principales resultados fueron: peso pregestacional: IMC >26 y 29 kg/m2 (p=0,02); edad gestacional: entre 40 a 41 semanas (p=0,00), y el control prenatal (p=0,00). Conclusiones: se encontró una asociación estadísticamente significativa entre los factores maternos y la macrosomía en recién nacidos identificados en el estudio, tales como el peso pregestacional, la edad gestacional, y el control prenatal (p<0,05).

Investigaciones relacionadas a nivel nacional, como la realizada por Faneite, Amato, Riveras y Paradas (2011). Realizaron un trabajo que tuvo como objetivo: **Estudiar la prevalencia del recién nacido de bajo peso, las características asociadas maternas y perinatales y su asistencia en el Departamento de Obstetricia y Ginecología. En el Hospital "Dr. Adolfo Prince Lara" Puerto Cabello.** El método: Estudio descriptivo retrospectivo, de 548 madres con 554 recién nacidos de bajo peso (< 2 500 g), incluyendo 6 gemelares, sucedidos durante los años 2006-2008. De un total de 7 568 nacidos vivos, la prevalencia promedio fue 7,32%, o 1 cada 14 nacidos vivos. Los resultados alcanzados las pacientes en su mayoría residencian en barrios 46,17 %, con procedencia del Estado Carabobo 76,46%, además 90,9 % solteras y concubinas, 35,77% de 20-24 años y 45,5% no controló el embarazo. En antecedentes familiares destacó la hipertensión arterial 54,09 % y diabetes 25,91%, en antecedentes personales la hipertensión arterial (24,38%) y cesárea previa (23,67%). En la patología actual la rotura prematura de membrana (20,99%) y amenaza de parto prematuro (10,77 %). El 49,82 % fueron multigestas, con 72,08 % embarazos pretérmino y 27,92% a término, resolviéndose con cesárea 38,5%; predominaron neonatos masculinos 55,96%, con peso entre 2 000 y 2 499 g

(39,71%) y talla de 45-49 cm (64,98 %); tuvieron índice Apgar 7 o menos el 54,96%. La morbilidad fue 55,61 %; la mortalidad perinatal fue 32,49%, la fetal 19,85% y neonatal 12,63 %. La sepsis y la prematurez fueron las patologías predominantes en la morbimortalidad. Como conclusión: Los neonatos de bajo peso presentan una prevalencia elevada con notorias repercusiones en la salud perinatal, efectos causados principalmente por sepsis y prematurez. Esta patología compleja en su etiopatogenia amerita atención precoz de las embarazadas, estimular el control prenatal, mejorar la asistencia perinatal.

Enfermedades Endocrinas y Metabólicas

El sistema endocrino se encarga de las secreciones internas del cuerpo, las cuales son unas sustancias químicas denominadas hormonas, producidas en determinadas glándulas endocrinas. Los órganos endocrinos también se denominan glándulas sin conducto o glándulas endocrinas, debido a que sus secreciones se liberan directamente en el torrente sanguíneo, mientras que las glándulas exocrinas liberan sus secreciones sobre la superficie interna o externa de los tejidos cutáneos, la mucosa del estómago o el revestimiento de los conductos pancreáticos.

Las hormonas secretadas por las glándulas endocrinas regulan el crecimiento, el desarrollo y las funciones de muchos tejidos, y coordinan los procesos metabólicos del organismo. La misión del Sistema endocrino en la intervención en la regulación del crecimiento corporal, interviniendo también en la maduración del organismo, en reproducción, en el comportamiento y en el mantenimiento de la homeostasis química.

Por su parte, enfermedades metabólicas es un término muy general por el que se designan todas las enfermedades relacionadas con una perturbación del metabolismo. Pueden ser hereditarias o adquiridas, ser debidas a la interrupción de una cadena de síntesis por ausencia de una enzima, a una anomalía endocrina o alimentaria; pueden afectar el equilibrio de los glúcidos (por ejemplo, diabetes, glucogénesis, galactosemia congénita), de los nucleótidos (por ejemplo gota), de los

prótidos (por ejemplo las aminoacidopatías), de los lípidos (por ejemplo, obesidad, dislipidosis), los equilibrios acidobásico, iónico, osmótico, hídrico, mineral, fosfocálcico, vitamínico, entre otros.

Dentro de este marco de ideas, la obesidad, la hipertensión arterial y la diabetes son entidades clínicas complejas y heterogéneas con un fuerte componente genético, cuya expresión está influida por factores ambientales, sociales, culturales y económicos, entre otros.

Obesidad

La obesidad se define como la acumulación en el cuerpo de masa grasa en exceso (cantidades superiores a las encontradas en individuos que mantienen el balance energético). Sus causas son multifactoriales, operan a lo largo del curso de la vida y ocurren en distintos niveles del sistema social.

La obesidad es una enfermedad metabólica crónica que se define como un exceso de grasa corporal, que suele ir acompañado de un peso superior al considerado como normal para una persona con la misma talla, edad y sexo. En éste hay que identificar si el exceso ponderal se debe al acúmulo de tejido adiposo, al aumento de masa muscular o a retenciones de líquido secundarias a otras afecciones. Por tanto, una definición más completa de la obesidad como un síndrome heterogéneo o enfermedad crónica multifactorial compleja caracterizada por el aumento de tejido adiposo, influida por factores metabólicos, fisiológicos, genéticos, celulares, moleculares, culturales y sociales (Comuzzie y col., 2001).

Esta enfermedad crónica es un fenotipo complejo como resultado acumulativo de períodos de desequilibrio entre el ingreso y el gasto energético, de la distribución de las reservas energéticas y de la capacidad de adipogénesis (Loos y Bouchard, 2003), acompañada de una serie de complicaciones que van a requerir un tratamiento de por vida, con un mayor riesgo de mortalidad por enfermedad cardiovascular y con un acortamiento de la esperanza de vida (Fontaine y cols., 2003).

La obesidad es un trastorno multifactorial en cuya etiopatogenia están implicados factores genéticos, metabólicos, psicosociales y ambientales, la rapidez con que se está produciendo el incremento de su prevalencia parece estar más bien en relación con factores ambientales. (Cole y cols., 2000). Es así que para desarrollar la obesidad es necesario el efecto combinado de la predisposición genética a este trastorno y la exposición a condiciones ambientales adversas. (Zayas y cols., 2002)

Los factores genéticos rigen la capacidad o facilidad de acumular energía en forma de grasa tisular y menor facilidad para liberarla en forma de calor, lo que se denomina como elevada eficiencia energética del obeso. 6. Se produce porque a largo plazo el gasto energético que presenta el individuo es inferior que la energía que ingiere, es decir existe un balance energético positivo. (Cole y cols., 2000).

La influencia genética se va a asociar a condiciones externas como los hábitos dietéticos y estilos de vida sedentarios, relacionado esto con la disponibilidad de alimentos, la estructura sociológica y cultural que intervienen en el mecanismo de regulación del gasto y almacenamiento de la energía que es lo que define la estructura física. (Durá y Sánchez, 2005)

Clásicamente está establecido que si ambos padres son obesos el riesgo para la descendencia será de 69 a 80%; cuando solo uno es obeso será 41 a 50% y si ninguno de los 2 es obeso el riesgo para la descendencia será solo del 9 %. 9. La inactividad física permite que los niños dediquen mucho tiempo a la televisión, a los juegos de video y se alejen de la práctica de deportes, las caminatas y los juegos al aire libre, esto condiciona la ganancia excesiva de peso. (Durá y Sánchez, 2005)

La obesidad es una enfermedad compleja y multifactorial y se considera que existe una interacción entre la predisposición genética a la obesidad y diversos factores ambientales implicados en su desarrollo:

(a) Entorno perinatal: El entorno fetal y post-fetal constituyen etapas vulnerables frente al riesgo para el desarrollo de sobrepeso y obesidad infantil.

Entre los principales factores perinatales que han sido estudiados Santiago (2008) destaca:

-La situación ponderal de la madre: es un factor determinante, y existe evidencia de que tanto un elevado IMC pregestacional como una ganancia excesiva de peso durante el embarazo, se asocian con una mayor probabilidad de obesidad.
-La dieta materna también es determinante, ya que una dieta alta en grasas y azúcares, incrementaría el riesgo de obesidad futura. Por otro lado, una ingesta materna insuficiente (sobre todo de proteínas) antes y durante los primeros meses de la gestación, también podría incrementar el riesgo futuro de padecer obesidad.
-El peso al nacer: presenta una asociación positiva en forma de U con el riesgo de obesidad, de tal forma que se observa mayor prevalencia de obesidad entre los niños nacidos con un elevado peso, como en los de bajo peso.
-Una rápida ganancia de peso en los primeros meses de vida, como la que se produce en los niños con retraso del crecimiento intrauterino, conlleva un mayor depósito de grasa a nivel central y predispone a la obesidad en posteriores etapas de la vida.
-Los factores socioeconómicos también influyen, de hecho la ocupación profesional de tipo manual en los padres y los bajos ingresos familiares se asocian con un mayor riesgo de obesidad infantil.
En este sentido, en las familias con bajos ingresos, es mayor la probabilidad de que las dietas sean de peor calidad nutricional y que el acceso a actividades deportivas organizadas esté limitado.

-Conocimientos nutricionales inadecuados que pueden producir una sobreestimación de la cantidad de alimento que necesita el niño.
-Conocimientos erróneos sobre las causas de obesidad e infraestimación del exceso de peso propio y en sus hijos. Con frecuencia los padres obesos muestran menos preocupación por la situación ponderal de sus hijos y tienen mayor probabilidad de no percibirla correctamente, ya que no consideran el exceso de peso como un problema de salud.

Diabetes Mellitus

La diabetes mellitus es una enfermedad crónica que afecta a la estructura de los tejidos, en especial la vascular, la renal y la retiniana, como consecuencia de un déficit parcial o total de la función de las células beta pancreáticas productoras de insulina, que provoca hiperglicemia. Se trata de una enfermedad prevalente que afecta en algunos países cerca del 20 por ciento de la población general (Mayor y Cascales, 2006).

La diabetes mellitus puede o no dar síntomas. Su presencia está relacionada con el grado de hiperglicemia. Cuando esta es severa el enfermo afectado por la enfermedad presenta sed intensa, con poliuria, polifagia, pérdida de peso y en situaciones extremas cetoacidosis o coma hiperosmolar no cetósico, que de no tratarse de manera adecuada conduce con certeza al estupor, al coma y a la muerte. En general, en la mayoría de formas de presentación la diabetes no da síntomas o éstos son poco severos como para llamar la atención del enfermo y que éste acuda al médico.

En consecuencia, muy a menudo la diabetes mellitus se diagnostica en un análisis biológico de rutina o bien cuando el enfermo presenta una complicación de la enfermedad, sea una retinopatía diabética, una neuropatía, una complicación vascular o una insuficiencia renal. En algunos casos la enfermedad aparece durante un período concreto de tiempo y luego remite como sucede en pacientes tratados con esteroides o durante la gestación.

Complicaciones para el hijo

Las complicaciones más frecuentes del hijo de madre diabética, como macrosomía, hipoglicemia, alteraciones vasculares, malformaciones congénitas, hipertrofia miocárdica, se presentan en la diabética tipo 1 con niveles de eritropoyetina > 60 mU/ml en líquido amniótico. Sin embargo, faltan estudios con

mayor población, que evalúen el beneficio clínico de medir la eritropoyetina en líquido amniótico (Nold, 2004; Teramo, 2010).

El peso al nacer es el resultado de la interacción entre madre, placenta y feto durante la vida intrauterina. La macrosomía y la visceromegalia selectiva son las características más frecuentes en la diabetes gestacional. La macrosomía se caracteriza por aumento del tejido graso, incremento de la masa muscular y organomegalia, sin incremento del tamaño de la masa cerebral (Schwartz y Teramo, 2000).

Uno de los marcadores séricos de macrosomía es la leptina, los niveles de leptina en sangre del cordón se encuentran aumentados en recién nacidos con peso grande para la edad gestacional, hijos de madre con diabetes gestacional e índice de masa corporal aumentado (Nold, 2004; Teramo, 2010). No todos los hijos de madre diabética tienen peso grande para la edad gestacional, alrededor del 5% de los hijos de madre diabética presenta bajo peso para la edad gestacional, aún se desconoce la causa pero se están realizando estudios con el fin de encontrar otros factores asociados.

La hipoglicemia neonatal se ocasiona por la caída de los niveles plasmáticos de glucosa al nacer, lo cual disminuye los niveles de ácidos grasos libres, glicerol y betahidroxibutirato. Al iniciar aporte endovenoso de glucosa, aumenta la liberación de insulina y de péptido C, y si se compara la elevación de la insulina dos horas después del nacimiento en recién nacidos normales vs. hijos de madre diabética, se observa que los hijos de madre diabética tienen solo la mitad de su función hepática, esto se debe a la dependencia del páncreas materno in utero.

Hipertensión arterial

La hipertensión arterial (HTA) es un síndrome caracterizado por elevación de la presión arterial (PA) y sus consecuencias. Sólo un 5% de casos se encuentra una causa (HTA secundaria); en el resto, no se puede demostrar una etiología (HTA

primaria); pero se cree, cada día más, que son varios procesos aún no identificados, y con base genética, los que dan lugar a elevación de la PA. La HTA es un factor de riesgo muy importante para el desarrollo futuro de enfermedad vascular (enfermedad cerebrovascular, cardiopatía coronaria, insuficiencia cardíaca ó renal). (Castells y cols., 2013).

Así pues, la hipertensión se define como una presión arterial sistólica de 140 mmHg ó superior y/o una presión arterial diastólica de 90 mmHg ó superior, en personas que no están tomando medicación antihipertensiva.

En la mayoría de los pacientes con presión arterial alta, no se puede identificar ninguna causa, esta situación se denomina hipertensión primaria. Se calcula que el 95% aproximadamente de los pacientes con hipertensión tienen hipertensión primaria. El término alternativo, hipertensión esencial, es menos adecuado desde un punto de vista lingüístico, ya que la palabra esencial suele denotar algo que es beneficioso para el individuo. El término "hipertensión benigna" también debe evitarse, porque la hipertensión siempre conlleva riesgo de enfermedad cardiovascular prematura. (Castells y cols., 2013)

Por otra parte, el término hipertensión secundaria se utiliza cuando la hipertensión está producida por un mecanismo subyacente, detectable. Existen numerosos estados fisiopatológicos como estenosis de la arteria renal, feocromocitoma y coartación aórtica, que pueden producir hipertensión arterial. En alguno de estos casos, la elevación de la presión arterial es reversible cuando la enfermedad subyacente se trata con éxito. Es importante identificar la pequeña cantidad de pacientes con una forma secundaria de hipertensión, porque en algunos casos existe una clara posibilidad de curación del cuadro hipertensivo.

Peso al Nacer

Durante el embarazo los requerimientos nutricionales aumentan considerablemente, y del estado nutricional materno va a depender en gran parte el estado nutricional fetal ,y el futuro de ese individuo, así se tendrán recién nacidos de

bajo peso, o grandes para su edad gestacional supeditado al estado nutricional materno o a la ganancia de peso durante la gestación.

De acuerdo con el peso corporal al nacer y la edad de gestación los recién nacidos se clasifican como:

-De bajo peso (hipotrófico): Cuando éste es inferior al percentil 10 de la distribución de los pesos correspondientes para la edad de gestación.
-De peso adecuado (eutrófico): Cuando el peso corporal se sitúa entre el percentil 10 y 90 de la distribución de los pesos para la edad de gestación.
-De peso alto (hipertrófico): Cuando el peso corporal sea mayor al percentil 90 de la distribución de los pesos correspondientes a la edad de gestación.

El bajo peso al nacer es el índice predictivo más importante de mortalidad infantil y el factor fundamental asociado con las más de 5 millones de defunciones neonatales que ocurren cada año en el mundo, y los neonatos con peso superior al adecuado son propensos a desarrollar trastornos metabólicos inmediatos, como hipoglucemia, la cual trae consecuencias fatales de no ser detectada y tratada adecuadamente. (Álvarez, 2001)

Bajo peso al nacer

Según la Organización Mundial de la Salud, el recién nacido de bajo peso es aquel niño con un peso menor de 2,500 gramos al nacer; esta medición debe realizarse al momento de nacer o dentro de las primeras horas de vida para que sea válido.

En los países en desarrollo como el nuestro, alrededor del 16% de los bebés nacen con un peso inferior a 2,500 gramos. Estos bebés tienen 20 veces más probabilidades que los que nacen con peso normal de morir en sus primeros meses o años de vida. Los que sobreviven suelen ser más susceptibles a las enfermedades infecciosas y a las alteraciones del crecimiento. Así mismo, tienen más

probabilidades de presentar posteriormente enfermedades crónicas (como obesidad, diabetes).

Los niños prematuros muchas veces tienen bajo peso al nacer, pero hay niños que aunque nacen a término, por algún problema del crecimiento fetal, pesan menos de 5 libras y 7 onzas y tienen una longitud menor de la que se esperaba para su edad gestacional.

La importancia del bajo peso al nacer radica en que los estudios realizado indican que esta condición es equivalente al nacimiento antes de la 37 semanas como predictor de muerte neonatal (antes de los 28 días). (Williams, 1998). Algunos autores consideran la frecuencia con que ocurre el bajo peso al nacer como un indicador del estado general de salud de la población, de ahí que la incidencia sea variada según el nivel de calidad de vida en las diferentes regiones del planeta. Por ejemplo en la India se estima una incidencia de 30 %. (Solla y cols., 1998)

Los recién nacidos de bajo peso tienen con frecuencia graves problemas para la adaptación a la vida extrauterina. La causa que con más frecuencia produce la muerte y las secuelas neurológicas es la hipoxia al nacer, pues estos niños son altos consumidores de oxígeno, la asfixia al nacer (puntaje Apgar bajo a los5 minutos) es 11 veces mayor. Por otra parte entre un 10 a 20% de los nacidos de pretérmino, presentan en las primeras horas de vida un cuadro de dificultad respiratoria, también llamado enfermedad de membranas hialinas, ocasionado por su inmadurez pulmonar. (Meneghello, 1997; Nelson, 1998).

La hipoxia que provoca esta enfermedad es responsable del 20 a 30% de lasmuertes de la primera semana de vida. También pueden padecer de trastornosmetabólicos que llevan a hipoglicemia neonatal, hipotermia, mayorpreponderancia a las infecciones, hemorragias cerebrales peri eintraventriculares (30%), y otra serie de complicaciones no menos graves. (Nelson, 1998).

Cuando un niño de bajo peso al nacer sobrevive en especial los de muy bajopeso (<1,500g) surgen las interrogantes sobre su desarrollo neuro psíquico; queel pronostico sea mas o menos favorable, depende por una parte del número eintensidad de los factores que actuaron sobre el y por otra, de los cuidados antey post natales que haya recibido. (Meneghello, 1997; Nelson, 1998; Cidras y cols., 2000).

Clasificación del peso bajo al nacer

Mientras menor sea el peso del recién nacido, entonces más riesgo de enfermedad y muerte tendrá. Es por eso muy importante clasificar al niño con peso bajo al nacer de la siguiente manera:

-Bajo peso al nacer: < 2,500 gramos (5 lb 7 oz)
-Muy bajo peso al nacer: < 1,500 gramos (3 lb y 5 oz)
-Peso extremadamente bajo al nacer: < 1,000 gramos (2 lb y 3 oz)

Un paciente que pesa más de 4 libras con 6 onzas (más de 2,000 gramos) tiene peso bajo sin complicaciones. Estos pacientes pueden estar al cuidado de la madre y bajo vigilancia en un servicio de salud, pero niños menores de ese peso deberían ser referidos a un centro hospitalario para cuidados especiales.

Los recién nacidos con muy bajo peso al nacer y peso extremadamente bajo al nacer tienen mayor riesgo de complicaciones desde las primeras horas de nacidos. Tienen dificultad para regular su temperatura, dificultad para alimentarse, además tienen necesidades especiales de líquidos y por la falta de madurez en sus órganos (especialmente pulmonar) pueden presentar más dificultades. El bajo peso al nacer, con cifras inferiores a los 2 500 g, es una de las causas más importantes de la mortalidad infantil y perinatal. Se considera que la mortalidad durante el primer año de vida es 14 veces mayor en los niños con bajo peso que en los niños que nacen normalmente a término. (Bortman, 2000)

Igualmente, los individuos que nacen con bajo peso tienen habitualmente múltiples problemas posteriores, en el período perinatal, en la niñez, y aun en la edad adulta .Entre estos problemas se encuentra la mala adaptación al medio ambiente, así como diferentes impedimentos físicos y mentales que se hacen evidentes al llegar a la edad escolar.(Patteden y Dolk, 2003; Ngare, 2003)

Factores de riesgo relacionados a bajo peso al nacer

Resulta difícil separa por completo los factores asociados con prematurez , bajo peso al nacer y retardo en el crecimiento intrauterino, sin embargo se ha observado que existe una fuerte correlación con las condiciones socioeconómicas, culturales, biológicas y ambientales. Según el CLAP (Centro Latinoamericano de Perinatología y Desarrollo Humano) el proceso de crecimiento puede ser modificado por numerosos factores y que en un 60% la variación de peso al nacer puede ser atribuida al entorno en que el feto crece. (Centro Latinoamericano de Perinatología y Desarrollo Humano, 1992)

De esta manera, Manning y Oler (1991) y Gardosi y col (1992) llegaron a la conclusión de que entre 25 y 60% de los neonatos convencionalmente diagnosticados como pequeños para edad gestacional, tenían un crecimiento apropiado cuando se consideraron determinantes del peso al nacer tales como el grupo étnico, la paridad, el peso, la estatura de la madre y altura sobre el nivel del mar.

Por su parte, los datos de Lubchenco y col (1963) en Dember, derivados de mujeres blancas e hispanas que residían a gran altura, concluyen que estos niños son más pequeños que los nacidos a nivel del mar. Por ejemplo los niños de término pesan en promedio 3,400 g a nivel del mar, 3,200 g a 1,535 metros de altura y2,900 g a 3,000 metros de altura. Los niños nacidos a 3,000 metros de altura pesan al nacer como promedio 380 g menos que los nacidos a 1,500 metros. Asimismo, existe una diferencia de 290 g entre los recién nacidos en la altura y sus hermanos nacidos a nivel del mar. Este hecho es uno de los factores que explicaría por qué los pesos

promedios obtenidos por Lubchenco en Dember(1,500 metros), son los más bajos reportados para EUA. (Niebla y cols., 2003)

A pesar de los resultados a veces contradictorios de algunos estudios, los factores de riesgo maternos que con mayor frecuencia se asocian con el bajopeso al nacer son los relacionados con el nivel socio económico, edad de la madre, talla, escolaridad, estado civil, tabaquismo ,estado nutricional, anemia, edad gestacional, periodo intergenésico, abortos, número de partos anteriores, embarazo gemelar, ganancia de peso, hipertensión arterial, Infecciones agudas de la madre,y controles prenatales, entre otros.(Niebla y cols., 2003)

Macrosomía Fetal

El Colegio Americano de Ginecología y Obstetricia define la macrosomía como peso al nacimiento igual o superior a 4,500 g; otros autores emplean el percentil 90 del peso fetal para la edad gestacional para considerar macrosomía y también al producto con peso neonatal mayor a 4 kg, que se asocia a un mayor riesgo relativo de morbilidad materna y neonatal. (Albornoz y cols, 2005). La incidencia de macrosomía está entre 4.7a 16.4%.

El feto macrosómico es un condicionante para distocias graves y para aumentar la morbilidad materno fetal. Es dificultoso prever la macrosomía fetal, ya que en ocasiones el diagnóstico presuntivo por examen clínico y ultrasonido está propenso a presentar errores. La estimación clínica es imprecisa, la ecografía puede identificar a los fetos con mayores dimensiones y mejorar el cálculo, pero no hay ninguna fórmula con valor predictivo suficiente para el establecimiento de las decisiones clínicas. (Ponce y cols., 2011)

La macrosomía se asocia a una mayor morbilidad, mortalidad infantil y materna, influyendo notablemente la cesárea con una relación 2:1 de los partos eutócicos. Otras causas no menos frecuentes son la distocia de hombros, cefalohematoma, fractura de clavícula, hipoxia y alteraciones metabólicas.

Factores de riesgo

La macrosomía fetal puede asociarse a diferentes factores de riesgo, recogidos en los antecedentes de la paciente antes del embarazo y durante éste. Entre ellos, tenemos la masa corporal previa al embarazo, la diabetes materna, la multiparidad, el embarazo prolongado y los antecedentes de hijos macrosómicos anteriores, entre otros (Ehrenberg, 2004). Según Romero (2014), la morbimortalidad materno fetal asociada con el nacimiento de fetos macrosomicos está aumentada, debido a la mayor frecuencia de: Distocia de hombros, lesión del plexo braquial, falta de progresión del trabajo de parto, desproporción feto pelviana ,aumento del riesgo de partos vaginales instrumentales, operación cesárea, atonía uterina, hemorragia, lesión de canal del parto

Programación metabólica

Según la teoría de Baker (1980) **La programación metabólica fetal** Conocida también como efecto "insignia", para demostrar la correlación entre un ambiente intrauterino adverso y la posibilidad de la futura instauración enfermedades cerebro vasculares. A principio de los años noventa, un estudio llevado a cabo en Inglaterra, demostró por vez primera que las personas con bajo peso al nacer tenían tasas más altas de diabetes mellitus tipo 2 que otras personas al llegar a adultos.

El estudio fue parte de un programa de investigación sobre la hipótesis de los orígenes fetales de las enfermedades, la cual declara que la enfermedad coronaria, los accidentes cardiovasculares, la diabetes mellitus tipo 2 y la hipertensión, se originan en adaptaciones del feto a la malnutrición. Otros estudios en Europa y los EU también habían mostrado la asociación entre el bajo peso al nacer y el desarrollo de diabetes tipo 2 o intolerancia a la glucosa.

De acuerdo con la Teoría de Baker, las adaptaciones fetales son la causa de cambios permanentes en la estructura y fisiología del organismo que finalmente

derivan el desarrollo de enfermedades en la vida adulta. El peso al nacer sirve como indicador del crecimiento y la nutrición fetales, pero de forma muy poco exacta. El mismo peso al nacer puede representar muchas vías de crecimiento diferentes. Las mediciones detalladas del tamaño del cuerpo al nacer dan una mejor idea de las adaptaciones fetales. Por ejemplo, los niños de bajo peso al nacer que se mantienen delgados tienen la tendencia a ser resistentes a la insulina tanto en su niñez, como en la vida adulta, además son más propensos a desarrollar diabetes mellitus tipo 2. Esto sugiere que los niños delgados respondieron in útero a la malnutrición mediante cambios endocrinos y metabólico .Estudios recientes proponen que la deficiencia de dehidroandrosterona (DHA) durante la maduración del cerebro, educe su plasticidad y compromete la función cerebral en la edad adulta. Los niveles adecuados de DHA en la dieta es un factor crucial para aumentar la resiliencia neuronal a largo plazo para el rendimiento óptimo del cerebro y ayudaren a la batalla contra trastornos neuronales, que pueden predisponer al síndrome metabólico en la edad adulta.

Es importante destacar, que el desarrollo de los aspectos legales en todo trabajo de investigación es necesario, por lo cual debe incluir las leyes, artículos, ordenanzas, que de alguna manera apoyen, promuevan o puedan significar un bloqueo para la ejecución de la propuesta.

Por lo tanto, la presente investigación está sustentada en las bases legales que refiere la Constitución Nacional de la República Bolivariana de Venezuela (1999), la cual establece las bases para desarrollar la naturaleza jurídica y el modelo organizativo del sector de la salud venezolano.

Por lo tanto, la presente investigación está sustentada en las bases legales que refiere la Constitución Nacional de la República Bolivariana de Venezuela (1999), el Segundo Plan de la Patria (2013- 2019) y la Ley Orgánica de Protección al Niño, Niña y Adolescente (2007).

Dentro de este orden de ideas, la Constitución Nacional de la República Bolivariana de Venezuela (1999) establece las bases para desarrollar la naturaleza

jurídica y el modelo organizativo del sector de la salud venezolano. De igual manera plantea un proceso de adecuación legislativa, institucional y de nuevas estrategias para realizar los cambios necesarios, estableciendo las bases para desarrollar la naturaleza jurídica y el modelo organizativo del sector salud venezolano. En el artículo 83, 84 y 85: Nos indica que la salud es un derecho social fundamental, obligación del Estado, que lo garantizará como parte del derecho a la vida todas las personas tienen derecho a la protección de la salud, así como el deber de participar activamente en su promoción y defensa, garantizando el financiamiento del sistema público nacional.

Por su parte, el Segundo Plan de la Patria (2013- 2019), establece en el Gran Objetivo Histórico N° 2: Continuar construyendo el socialismo bolivariano del siglo XXI, en Venezuela, como alternativa al sistema destructivo y salvaje del capitalismo y con ello asegurar "la mayor suma de felicidad posible, la mayor suma de seguridad social y la mayor suma de estabilidad política" para nuestro pueblo; en el Objetivo Nacional 2.2: Construir una sociedad igualitaria y justa, y como Objetivos Estratégicos: 2 .2 .10. Asegurar la salud de la población desde la perspectiva de la prevención y promoción de la calidad de vida, teniendo en cuenta los grupos sociales vulnerables, etarios, etnias, género, estratos y territorio sociales; y 2.2 .10.11. Articular todos los niveles de protección, promoción, prevención, atención integral y rehabilitación a la salud individual y colectiva en el marco de Áreas de Salud Integral Comunitarias.

De igual modo, el Ministerio del Poder Popular para la Salud en el año 2014, estableció Protocolos de Salud Sexual y Reproductiva Gaceta oficial No. 37705 incluyendo un aportado para la atención en salud preconcepcional, donde instituye que Todo establecimiento de salud de II y III Nivel de atención debe: Planificar acciones de promoción de la salud preconcepcional dirigidas a los hombres y mujeres en edad fértil, en especial a las parejas para asegurar que las condiciones biológicas, afectivas, sociales y culturales permitan que el futuro producto de la concepción tenga un adecuado crecimiento y desarrollo y la madre mantenga un óptimo estado de

salud. También Brindar asesoramiento preconcepcional a la mujer, hombre ó pareja sobre los factores de riesgo sexual / reproductivo y los factores protectores. Además de Garantizar la atención ginecológica por personal calificado de acuerdo al riesgo y al nivel de complejidad del establecimiento de salud, Desarrollar estrategias para la atención Preconcepcional a grupos sociales dispersos ò de riesgo social y Estimar y controlar el riesgo reproductivo y social preconcepcional, entre otras.

OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN

Objetivo General

Diseñar estrategias para la intervención temprana orientadas a la prevención de Enfermedades Endocrino Metabólicas dirigidas a usuarias y atendidas en la red comunal, en el Estado Aragua, Venezuela año 2017.

Objetivos Específicos

1. Caracterizar el peso al nacer durante el año 2011 al 2015 en el estado Aragua.

2. Identificar los factores socios económicos asociados al peso al nacer durante el año 2011– 2015 en el estado Aragua.

3. Proponer estrategias para intervención temprana orientada a la prevención de enfermedades endocrinas metabólicas dirigidas a usuarias atendidas en la red comunal, en el Estado Aragua durante el año 2017.

METODOLOGÍA

La presente investigación se enmarcó bajo un paradigma positivista con enfoque cuantitativo estudio de tipo proyecto factible. La cual conto con las siguientes fases:

Fase diagnostica se apoyó en un estudio de tipo documental y de tipo retrospectivo.

Fase de Factibilidad en la que se revisó la posibilidad de implementar la propuesta de los aspectos Legales, Técnicas y Económica.

Fase Diseño de la Propuesta en esta etapa se elaboraron los objetivos, las estrategias de intervención en fusión al diagnóstico realizado.

La población estuvo constituida por todos los nacidos vivos del Estado Aragua en el periodo 2011-2015 los cuales fueron155.529 y se trabajó con la totalidad de los mismos por lo que se habla de una muestra censal.

Se tomó la información de la unidad de análisis Certificado de Nacimiento o EV-25 el cual es el documento sanitario, médico legal de uso estadístico tanto para el Ministerio del Poder Popular para la Salud (MPPS), el Instituto Nacional de Estadística (INE) y el Consejo Nacional Electoral (CNE), en el cual se recolecta información sanitaria y socio-demográfica.

Para la recolección de la información se usó como técnica la revisión documental y como instrumento se diseñó una guía de revisión documental con los elemento a medir según las diferentes variables del estudio y finalmente se representaron los resultados en unidades de frecuencia absoluta y relativa en forma de cuadros.

RESULTADOS

Tabla No. 1. Distribución de frecuencias del Peso de los nacidos vivos en el estado Aragua durante el periodo 2011-2015.Venezuela 2017

Años	N<2500gr	%	N>=2501 a 3999grs	%	N>4000gr	%
2011	2.503	8,50	25.775	87,54	1.165	3,96
2012	2.420	7,90	26.862	87,73	1.418	4,63
2013	2.622	8,55	26.756	87,25	1.287	4,20
2014	2.559	8,01	28.077	87,88	1.314	4,11
2015	2.791	8,52	28.732	87,68	1248	3,81
Total	**12.895**	**8.29**	136202	87.57	**6432**	**4.14**

Fuente: Coordinación Regional de Epidemiologia del estado Aragua. Coordinación de Hechos vitales.

En esta tabla se puede notar que durante los años del estudio hubo un total de nacimientos de 155. 529, discriminados de la siguiente manera: los nacidos con peso menor a 2500 gr (bajo peso) fueron 12.895 que representa el 8.29%, los nacidos con 2501 a 3999grs (normo peso) constituyendo 136.202 nacidos (87.57%) y los neonatos con peso superior a 4000gr (macrosómicos) con un total de 6.432 nacidos, que están representados por 4.14%.

Tabla No. 2. Distribución de frecuencia en relación con el peso al nacer según control prenatal y factores socioeconómicas. Estado Aragua. Años 2011-2015.

Peso al nacer		**N < 2500 grs**	**%**	**N 2501 a 3999grs**	**%**	**N >= 4000 grs**	**%**
Control Prenatal	Si	12.228	94,83	126.780	93,08	6.227	96,81
	No	667	5,17	9.422	6,92	205	3,19
Estado Civil	Unida	9.925	76,97	112.893	82,89	5.257	81,73
	Soltera	2.970	23,03	2.970	2,18	1.175	18,27
Nivel Educativo	Primaria	5.428	42,09	54.113	39,73	2.644	41,11
	Básica	5.668	43,96	60.196	44,20	2.867	44,57
	Universitaria	1.799	13,95	21.893	16,07	921	14,32
Ocupación	Hogar	8.240	64	85.240	62,58	4.155	64,60
	Otras	4.655	36	50.962	37,42	2.277	35,40
Total de Recién Nacidos		**12.895**	**100%**	136.202	100%	**6.432**	**100%**

Fuente: Coordinación Regional de Epidemiologia del Estado Aragua, Coordinación de Hechos vitales

Se puede apreciar en esta tabla como el Recién Nacido (RN) cuyo peso es menor a 2500 gr (bajo peso) es producto de embarazo controlado 94.83% madres con estado civil Unión estable 76.97%, con nivel educativo hasta educación media 42.09% y ocupación del hogar 64%. Por su parte los RN que pesaron entre 2501gr a 3999 gr, tuvieron las mismas características, es decir, madres que controlaron su embarazo 93.08%, unidas establemente 82.89%, con educación hasta media 44.20% y ocupación del hogar 62.58%, los nacidos macrosómicos o con peso comprendido >= a 4000grs están representados por 96.81%, un unión estable 81.73%, con un nivel educativo básico 44.57% y con ocupación del hogar 64.60%.

DISCUSIÓN

La evidencia actual muestra que no es solo el bajo peso al nacer predispone a los individuos a tener mayor riesgo de desarrollar enfermedades crónicas en la vida adulta, sino también el crecimiento fetal excesivo (macrosomía), como ocurre en el caso de gestantes obesas y/o diabéticas. Es así como la obesidad pregestacional y la ganancia excesiva de peso durante el embarazo han sido implicadas en el denominado circulo vicioso transgeneracional de la obesidad.

Con el estudio realizado se pretendió investigar el peso nacer y los factores maternos asociados a los nacidos vivos en el estado Aragua, tanto para macrosomía como bajo peso en recién nacidos. La macrosomía en el recién nacido, según la mayoría de los autores, se basa en aquellos fetos que al momento del nacimiento alcanzan 4000 g. o más de peso, encontrándose en esta investigación para el estado un total de 6432 correspondiendo al 4,14% en el periodo estudiado (Quinquenio); siendo menor al valor encontrado en el estudio realizado por Chávez K. (2014) quien en su investigación el valor fue 9,25%, en recién nacidos de Chile**,** durante mayo a octubre del 2014, cuya población estuvo conformada por 306 puérperas. El bajo peso estuvo representado por 12.895 lo que equivale al 8,29% de los recién nacidos en el quinquenio estudiado, superior al valor de la investigación de Faneite, Amato, Riveras y Paradas (2011), donde obtuvieron que de un total de 7 568 nacidos vivos, un promedio de 7,32 %, en el año 2011; ambos valores esperados por la Organización Mundial de la Salud para países en vías de desarrollo.

En relación al control prenatal, en esta investigación se evidencia que tanto para la macrosomía (96,81%) como para el bajo peso (94,83%) de un total de 19327 de las embarazadas tuvieron acceso y control del embarazo, valor superior al encontrado en el estudio de Mijail A. (2014), donde se revisaron 232 expedientes de mujeres atendidas en el hospital regional Juigalpa identificando que solo en el 72% del total de los casos hubo control prenatal.

Según Alonso (2005), es importante valorar los factores socio-económicos pues las condiciones de la madre representan un factor de riesgo independiente de la edad materna, paridad, historial obstétrico adverso y control prenatal, pues es un factor predictivo socioeconómico que influye en las enfermedades crónicas según el peso al nacer es el nivel educativo de ambos padres. Por lo tanto en la presente investigación se tomaron en cuenta: Con respecto al nivel educativo los nacidos con peso menor 2.500 gr están relacionados a las madres tienen un nivel educativo hasta básica con cifra 5.668 (43,96%), seguido muy de cerca por 5.428 (42,09%) de solo instrucción hasta primaria, de igual modo para la macrosomía, nivel educativo hasta básica 2.867 (44,57%) y seguido por primaria 2.644 (41,11%). En cuanto a la ocupación, en ambos predomino del hogar 64% y 64.60% respectivamente, en contraste de la investigación realizada por Mijail A. Nicaragua 2014, donde obtuvo como resultado que el 70% de las mujeres eran analfabetas de las que tuvieron hijos con bajo peso al nacer. En relación al estado civil materno, predomino la unión estable, peso al nacer menor a 2500 gr, fueron 9925 (76.97%), y con peso mayor o igual a 4000gr fueron 5.257 (81.73%) del total de los nacidos vivos.

Se evidencia que la etapa previa a la concepción en un momento clave donde se debe poner grandes esfuerzos a fin de optimizar el futuro de la salud materna y su descendencia, por lo cual resulta de vital importancia propiciar intervenciones de salud pública dirigidas la promoción de hábitos saludables, lo que implica un abordaje integrado del binomio madre-hijo, focalizado en los procesos de embarazo, parto, puerperio. Además queda expresado que el sector de la salud no puede reducir las inequidades sanitarias solo, pues la labor necesaria para corregir las inequidades sanitarias compete a otras esferas, sin embargo es responsabilidad de este proporcionar cobertura universal y velar por que se tenga en cuenta la equidad en el conjunto del sistema de salud

LA PROPUESTA

Presentación de la propuesta

En función de los resultados obtenidos y del proceso de discusión surge la necesidad de plantear estrategias para la intervención temprana orientada a la prevención de enfermedades endocrino-metabólicas dirigida a usuarias y usuarios de la red comunal en salud del Estado Aragua año 2.017.

Justificación

Tomando en cuenta que las enfermedades endocrino metabólicas que se atienden en los centros de salud en la red de atención comunal del estado Aragua es necesario establecer estrategias que aminoren el crecimiento de estas patologías.

Por lo cual se hace indispensable que se pueda gestar una planificación idónea en los estilos de vida saludable de las usuarias y usuarios de la Red de Salud Comunal mediante lo cual se haga posible gestionar el avance en la mejor proporción de bienestar que esté al alcance de todos y todas las personas , próximas acudir a la consulta preconcepción al , lo que permitirá que estos obtengan las orientaciones necesarias para evitar el desarrollo de enfermedades endocrino metabólicas que pudieran afectar al producto gestacional, y este pudiese incidir directamente en el peso al nacer.

Fundamentación

Esta propuesta está fundamentada teóricamente en las estrategias estableciendo un enfoque de derecho a la salud y en los Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS 3), garantizar una vida sana y promover el bienestar para todos en todas las edades enmarcado en el Plan de la Patria 2013-2019, basado en el trabajo de Barrio Adentro, y el nuevo enfoque dado como el Sistema Público Único Nacional de

salud donde se integran las políticas en Promoción y Prevención dando así la importancia que el tema merece.

Objetivo de la propuesta:

Proponer estrategias para la intervención temprana orientada a la prevención de enfermedades endocrino-metabolicas dirigida a usuarias y usuarios de la red comunal en salud del Estado Aragua año 2.017

Objetivos Específicos:

1-Identificar los factores de riesgo de bajo peso al nacer en la red comunal del Estado Aragua.
2-Conocer factores de riesgo de macrosomia fetal en la red comunal de salud del Estado Aragua.
3- Identificar factores de riesgo socio-económicos asociados al peso al nacer en la red comunal en salud del Estado Aragua.
4-Promover practicas orientadas a la prevención de enfermedades endocrino-metabólicas dirigida a usuarias y usuarios atendidos en la red comunal del Estado Aragua

PROPUESTA

Cuadro de la Propuesta

Objetivo	Factores de riesgo	Actividades	Meta	Indicadores de la Meta	Recursos	Responsable
1-Identificar los factores de riesgo de bajo peso al nacer en la red comunal del Estado Aragua .	-Riesgo de muerte neonatal -Alteraciones del sistema inmunológico -Enfermedades crónicas, como diabetes y cardiopatías	-Realizar pesquisa neo-natal -Captación precoz del recién nacido, debe ser visitada en el hospital por el médico integral comunitario. -Seguimiento y control por el Grupo básico de salud del consultorio médico popular de la red comunal -Aplicar esquema de vacunación -Lactancia materna ex clusiva -Charla educativa a los padres sobre el cuidado del recién nacido.	-Evitar la morta-lidad neonatal de la red comunal del esta-do Aragua	-Capacitar en un 95% al equipo Básico de salud de la red comunal del estado Aragua para evitar muertes de recién nacido con bajo peso	-Recurso humano	-Médico Integral Comunitario -Promotora de salud del Consultorio -Enfermera

Objetivo	Factores de riesgo	Actividades	Meta	Indicadores de la Meta	Recursos	Responsable
2-Conocer factores de riesgo de macrosomia fetal en la red comunal de salud del Estado Aragua.	-Distocia de hombro -Síndromes genéti-cos -Riesgo de muerte neonatal -Asfixia neonatal **Factores maternos y paternos** -Peso y talla elevada -Ganancia ponderal gestacional -Diabetes materna -Multiparidad -Edad Materna mayor a 35 años -Macrosomia previa -Nutrición materna -Tamaño uterino y placentario -Raza -Cesárea -Desgarro por el canal del Parto	-Realizar pesquisa neo-natal -Captación precoz del recién nacido debe ser visitada en el hospital por el médico integral comunitario. -Seguimiento y con-trol por el Grupo básico de salud del consultorio -Medico popular de la red comunal -Aplicar esquema de vacunación -Lactancia materna ex clusiva -Charla educativa a los padres sobre el cuidado del recién nacido -Vigilar sobre signos de alarma	Evitar la morta-lidad neonatal de la red comunal del estado Aragua	Capacitar en un 95% Al equipo básico de salud de la red comu-nal del estado Aragua para evitar muertes de recién nacido por macrosomia fetal	Recurso humano	Medico integral comunitario Enfermera del Consultorio Promotora de salud del consultorio

Objetivo	Factores de riesgo	Actividades	Meta	Indicadores de la Meta	Recursos	Responsable
3- Identificar factores de riesgo socio-económicos asociados al peso al nacer en la red comunal en salud del Estado Aragua.	**preconcepcional** -Nivel de escolaridad -Edades extremas menor de 18 y mayor de 40 -Ocupación -Primigesta -Estado civil -Baja talla -Desnutrición mater-na **Factores de riesgo durante el embarazo** -Embarazos múlti-ples -Intervalo genésico 24 meses	-Captación precoz de la embarazada -educación del cuidado antes, durante y después del embarazo - Captación precoz de la pareja en edad fértil -Charlas educativas sobre la importancia de la Consulta preconcepcional -Orientación sobre una dieta saludable con aporte calórico y vita-mínico -El medico integral de-be hacer abordajes en su área de cobertura para dar sesiones edu-cativas sobre estilo de vida saludable, riesgo de enfermedades de transmisión sexual y utilizar redes sociales comunitaria. -Referir al médico especialista del área a las parejas con problema de fertilidad -El equipo básico de salud debe orientar a la pareja sobre la importancia de la lactancia materna	-Evitar la morta-lidad materna proporcionando orientación y fomentando las intervenciones en la red comunal de salud del Estado Aragua	-Reducir la mortali-dad materna en la red comunal del estado Aragua	Recurso humano	Medico integral comunitario Enfermera del Consultorio Promotora de salud del consultorio

Objetivo	Factores de riesgo	Actividades	Meta	Indicadores de la Meta	Recursos	Responsable
Promover practicas orientadas a la prevención de enfermedades endocrinometabólicas dirigida a usuarias y usuarios atendidos en la red comunal del Estado Aragua	-Sedentarismo -Obesidad -Diabetes mellitus tipo 2 -Hipertensión arterial	-Promover la práctica de la actividad física en las comunidades para la formación de instructores y promotores de vida saludable. -Promover la formación de instructores de educación física, que fomenten la participación en los adultos en juegos aeróbicos. -Instructores transdisciplinarios para cada grupo etario que garantice la eliminación del sedentarismo tradicional en la población, con el objeto claro de disminuir los factores de riesgos que inciden en la manifestación de enfermedades endocrino metabólicas. -Intersectorialidad con las autoridades corres-	Desarrollar estrategias deportivas mediante la aplicación de jornadas -Desarrollo de bailoterarapías, caminatas en grupo guiadas por el personal de salud, instructores y promotores, y dar atención especializada de soporte para garantizar la facultad de movilidad física de las usuarias y usuarios de la red comunal -Implementar la participación de todos los grupos etarios en actividades deportivas o actividad física. -Disponibilidad de espacios deporti-	-Disminuir el sedentarismo al menos en 80% en las usuarias y usuarios de la red comunal.	Recurso Humano. Mesa de trabajo de salud de las comunidades Instituciones gubernamentales.	Médico integral comunitario Enfermera Promotores de salud Promotores deportivos

		pondientes para la construcción de parques biosaludables y canchas multipropósito. -Abordaje comunal mediante charlas y talleres, seminarios sobre buena alimentación y jornadas de salud puerta a puerta para acercar la consulta al hogar, para el medico comunitario es el responsable del consultorio en búsqueda grupos sedentarios -Organizar con las radios comunitarias pro-gramas con especialistas sobre alimentación saludable, prácticas de recetas de cocina con verduras y frutas de la temporada.	vos. Promover estilos de vida saludables en las comunidades y establecer planes educativos -Mejorar la alimentación en usarías (os) de la red comunal. -Incidir en el alcance de pacientes sedentarios que no se movilizan a la consulta Obtener medios de información masiva para lograr un mayor alcance en la comunidad y un mayor número de usuarias (os) informados.			

Fuente: La Autora (2017)

Estudio de Factibilidad

Factibilidad o viabilidad

En esta fase establecen los criterios que permiten asegurar el uso óptimo de los recursos empleados así como los efectos de la estrategia planteada en el área o sector al que se destinan.

Factibilidad Técnica: Recurso humano disponible para el desarrollo de la propuesta.

Factibilidad Financiera: Los recursos necesarios para esta propuesta, ya están proporcionados por los entes de Salud.

Factibilidad Administrativa: Dependerá del personal Médico y miembros de la comunidad participante e instituciones gubernamentales

Factibilidad Institucional: Trabajadores del Ministerio del Poder Popular para la Salud y Educación.

Presupuesto

Para la implementación se esta propuesta se utilizarón los siguientes recursos materiales que generan gastos y son cubiertos por auto gestión y colaboración de los entes gubernamentales adscritos al Consultorio Médico Popular, así como también colaboración de las comunidades por medio de los consejos comunales que

solidariamente se dispusieron a proporcionar el respaldo logístico para el conocimiento de las variables estudiadas.

Tabla 3. Costo de materiales de la propuesta

MATERIALES	COSTO(BsF)
Materiales de oficina	120.000,00
Impresión	50.000,00
Transporte	50.000,00

Fuente: El autor.

Cuadro de recurso humano

Para la realización y cumplimiento de los objetivos planteados se contara con personal médico y personas de la comunidad que llevaran a cabo las metas planteadas para el cumplimiento de los objetivos.

Tabla 4. Recursos Humanos.

RECURSOS HUMANOS	ACTIVIDAD
Medico Integral Comunitario Especialista MGI. – Gineco-obstetra.- Deportista- Estudiantes de medicina Integral Comunitaria.- Vocero de salud. Y demás personal de salud y otros médicos	Consulta médica, Dispensarizaciòn, Enlaces institucionales, Charlas Educativas- Visitas Domiciliarias
Personal de la Comunidad	Acompañamiento
Estudiantes de medicina Integral Comunitaria	Dispensarizaciòn, Charlas educativas.
Instituciones	Colaboración de material papelería resma de papel bond, marcadores.

Fuente: Benavides (2017)

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICA

Albornoz, J., Salinas, J., Reyes, A. Morbilidad fetal asociada al parto en macrosómicos: análisis de 3,981 nacimientos. Rev Chil Obstet Ginecol 2005; 70 (4): 218-224.

Alonso, (2005). La Evolución del Peso al Nacer en España y su relación con las Características de la Reproducción.

Álvarez, R. (2001). Repercusión de los Factores de Riesgo en el Bajo Peso al Nacer. RESUMED; 14 (3): 117 – 24.

Arias (2004). Introducción a la Metodología de la Investigación en Ciencias de la Administración y del Comportamiento. México: Editorial Trillas.

Arrocha, F. (2015). Asociación del peso al nacer con sobrepeso e hipertensión arterial en adolescentes.

Bortman, M. Factores de riesgo de bajo peso. Rev Panam Salud. 2000;3(6):314-21.

Castells, Boscá, A., García, C. y Sánchez, M. (2013).Hipertensión Arterial. Facultad de Medicina de la Universidad de Málaga-Hospital Clínico Universitario Virgen de la Victoria de Málaga. España.

Centro Latinoamericano de Perinatologia y Desarrollo Humano. Tecnologías Perinatales. CLAP-OPS/OMS publicación CLAP No 1255, marzo 1992 Montevideo, Uruguay.

Charon C, Krief S, Diot-Dupuy F, Strosberg AD, Emorine LJ y Bazin R (1995) Early alterations in the brown adipose tissue adenylate cyclase system of pre-obese Zucker rat fa/fa pups: decreased G-proteins and beta 3-adrenoceptor activities. Biochem J 312 (Pt 3), 781-788.

Chávez K. (2014). Factores maternos asociados a macrosomía en recién nacidos de puérperas atendidas en el Hospital Nacional Sergio e. Bernales, mayo – octubre 2014.

Cidras, M., González, G. y Domínguez, F. Estudio de mortalidad neonatal de los recién nacidos de muy bajo peso. BSCP Can Ped 2000; 24 (3):191-200

Código de Deontología Médica (2013) Reunión extraordinaria de la Asamblea de la Federación Médica Venezolana, realizada en Caracas.

Cole, T., Bellizzi, M., Flegal, K. y Dietz, W. Definición estándar de sobrepeso y obesidad en niños: estudio internacional British medical journal [en línea] 2000 [diciembre del 2006]; 320: (1-6). URL disponible en: http://www.sap.org.ar/staticfiles/publicaciones/correo/cor3_01/933.pdf

Collins, S., Daniel, K., Rohlfs, E., Ramkumar, V., Taylor, I. y Gettys, T (1994). Impaired expression and functional activity of the beta 3- and beta 1-adrenergic receptors in adipose tissue of congenitally obese (C57BL/6J ob/ob) mice. Mol Endocrinol 8, 518-527.

Constitución de la República Bolivariana de Venezuela. (1999) Publicada en Gaceta Oficial N° 36.860.

Contreras M. (2012). Establecer diferencias en el peso al nacer (PN) y sus factores relacionados, en recién nacidos (RN) a término de mujeres españolas (Esp) y colombianas (Col) residentes en España, en el periodo 2011-2013

Comuzzie, A., Williams, J., Martin, L. y Blangero, J. Searching for genes underlying normal variation in human adiposity. J Mol Med 2001;79 (1):57-70.

Dietz, W. La Epidemia de obesidad en niños. British Medical Journal [en lìnea] 2001 [diciembre del 2006]; 322: (313-314).URL disponible en: http://www.sap.org.ar/staticfiles/publicaciones/correo/cor3_01/934.pdf

Durá, T. y Sánchez, V. Obesidad Infantil:¿un problema de educación individual, familiar o social?. Acta Pediátrica Española [en línea] 2005 [12 de febrero del 2007]; 63:(204-207). URL disponible en: http://www.gastroinf.com/OBESIDAD.pdf

Ehrenberg, H., Mercer, B., Catalano, P. La influencia de la obesidad y diabetes en la prevalencia de macrosomía. Diario Americano de la Obstetricia y Ginecología (2004) 191, 964-968

Faneite, Amato, Riveras y Paradas (2014) Estudiar la prevalencia del recién nacido de bajo peso, las características asociadas maternas y perinatales y su asistencia en el Departamento de Obstetricia y Ginecología. En el Departamento de Obstetricia y Ginecología. Hospital "Dr. Adolfo Prince Lara" Puerto Cabello.

Fernández M. (2015). Cómo afectan las Enfermedades Endocrino Metabólicas maternas durante el embarazo y sus afecciones sobre el neonato en el periodo de tiempo octubre-diciembre del 2012; en el Hospital Ruiz y Páez Ciudad Bolívar.

Fondo Internacional de Emergencia de las Naciones Unidas para la Infancia. (UNICEF 1999-2011). Plan de Acción del Programa País.

Fontaine, K., Redden, D., Wang, C., Westfall, A. y Allison, D. Años de vida perdidos debido a la obesidad. JAMA 2003;289(2):187-193.

García B. (2012). Factores de riesgo asociados al bajo peso al nacer. Estudio en el Policlínico Docente "José Manuel Seguí Jiménez". La Habana, Cuba

Gaviria R (2014) El embarazo. Serie Temas para la comunidad de la medicina. Caracas: Editorial Ateproca.

Gonzáles C. (2012).Recién nacidos macrosómico.

Hernández, R., Champagne, B., Silva, H., et al. CARMELA: Evaluación del riesgo vascular cardio en siete ciudades de Latinoamérica.Am J Med. 2008 Jan; 121(1):58-65.

Ibáñez L, Potau N, Chacon P, Pascual C, Carrascosa A.(1999). Hyperinsulinaemia, dyslipaemia and cardiovascular risk in girls with history of premature pubarche. Diabetología

Kuster Alexis (2012) Características del recién nacido y formas de terminación del embarazo de acuerdo a la edad materna y el número de gestas.

Langer B. (1999) Fetal y neonatal Medicina. Ediciones internacionales de Roma, CIC.

Ley Orgánica De Salud (11 de noviembre de 1998) Gaceta Oficial Nº 36.579.

Ley Orgánica para la Protección de Niños, Niñas y Adolescentes. Gaceta Oficial Nº 5.859 Extraordinario del 10 de diciembre de 2007.

Loos, R. y Bouchard, C. Obesity is it a genetic disorder? J Intern Med 2003;254(5):401-425.

Marcano M. (2009) Control prenatal como antecedente de importancia en la morbimortalidad neonatal Hospital Universitario Dr. Luis Razetti-Barcelona. octubre-noviembre del 2008.

Mayor, F. y Cascales, M. (2006). Enfermedades Metabólicas. Instituto de España, Real Academia Nacional de Farmacia. Madrid-España.

Meneghello, P- Pediatría quinta edición Editorial Medica Panamericana S.A. Marcelo T. de Aalvear 2145- Buenos Aires - Argentina Editorial Medica Panamericana Alberto Alcocer 24 – Madrid España 1997

Mijail A. Nicaragua (2014). Identificar los factores de riesgo asociados al bajo peso al nacer en hijos de madres atendidas en el Hospital Escuela Asunción de Juigalpa de Enero 2014 a Enero 2015.

Ministerio del Poder popular para la Salud. (2014) Protocolos de atención. Cuidados de atención prenatales y atención obstétrica.

Muñoz, Casanello, Krause, Uauy (2015).La alimentación de la madre, el bebé y el niño ISSN: 1698-3726 | ISBN-13: 978-84-95531-69-8.

Nelson, A. (1998). Tratado de Pediatría 15ta edición McGraw-Hill – Interamericana de España.

Niebla, C., Hernández, Y. y Cardoso, U. Caracterización de la madre del recién nacido con crecimiento intrauterino retardado. Rev Cubana Obstet Ginecol 2003;29(2)

NizardJ, V. The feto de madre diabética: evaluación sonográfica. Seminarios en Medicina Fetal y Neonatal. 2009; 14: 101-105.

Nold, G. Infants of diabetic mothers. PediatrClin N Am. 2004; 51: 619-637.

Organización Mundial de la Salud. (2008). Comisión OMS sobre Determinantes Sociales de la Salud.

Organización Mundial de la Salud. (OMS, 2011). Informe sobre repercusión de la diabetes gestacional sobre el embarazo y efectos adversos.

Organización Mundial de la Salud. (OMS, 2015). Preparando a la región de las américas para alcanzar el objetivo del desarrollo sostenible.

Pacora P, (2005). El peso del recién nacido sano según edad gestacional en una población de Lima. An Fac Med (Perú).

Palella y Martins (2010). Metodología de la Investigación Cuantitativa. Editorial Fedeupel. Caracas Venezuela.

Patteden S y Dolk H. Inequalitles in low birth weight and children´s height: a comprarasion between rural and urban areas. Am Epimiol 2003;53(6):355-8.

Ponce, A., González, O., Rodríguez, R., Echeverría, A., Puig, A,, Rodríguez, L. Prevalencia de macrosomía en recién nacidos y factores asociados. Rev Mex Pediatr 2011; 78: 139-142.

Protocolos Diagnóstico Terapéuticos de la AEP: Neonatología. (2012)Prevalencia e incidencia de los principales trastornos endocrinos y metabólicos Prevalence and incidence of the principal endocrine and metabolic disorders revista médica clínica.

Romero, L. Factores de riesgo asociados a la macrosomía fetal. Rev. Nac. (Itauguá). Vol. 6 (1) Jun. 2014

Rondón, M., Rondón, A., Guerra, A. (2013). Manual clínico de hipertensión arterial. Universidad Lisandro Alvarado, Facultad de Medicina

Ross D. (2005). Introducción a la medicina molecular. Milán, Springer-Verlag.

Santiago, S. (2016) Obesidad infantil: prevención y tratamiento. Universidad de Navarra, España.

Schwartz, R., Teramo, K. Efectos del embarazo diabetes sobre el feto y recién nacido. Seminarios en perinatología. 2000; 24(2): 120-135.

Skeberdis, V. (2004) Structure and function of beta3-adrenergic receptors. Medicina (Kaunas) 40, 407-413.

Solla,J., Pereira, R., Medina, M., Pinto,L. y Mota, E. Análisis Williams Obstetricia 20ª edición Editorial Medica Panamericana S.A. Marcelo T. de alvear 2145- Buenos Aires - Argentina Editorial Medica Panamericana S.A. Alberto Alcocer. España (1998)

Strosberg, A. (1997). Structure and function of the beta 3-adrenergic receptor. Annu Rev Pharmacol Toxicol 37, 421-450.

Tamayo y Tamayo (2000). Proceso de la Investigación Científica. Mexico. Editorial Limusa.

Teramo, K. Problemas obstétricos en el embarazo diabético. El papel de fetalhipoxia. Best Practice & Research Clinical Endocrinology & Metabolism. 2010; 24: 663-671

Universidad Pedagógica Experimental Libertador (2015). Manual de Trabajos de Grado de Maestría y Tesis

Velázquez N. (2014) Recién nacidos con bajo peso; causas, problemas y perspectivas a futuro,Bol. Med. Hosp. Infantil Mex. vol.61 no.1 México feb. 2014

Weisberg, S., McCann, D., Desai, M., Rosenbaum, M., Leibel, R. y Ferrante, A. Obesity is associated with macrophage accumulation in adipose tissue. J Clin Invest 2003;112(12):1796-1808.

Zamorski, M. y Biggs, W. Gestión de macrosomía fetal. Am Fam Physician. 2001 Jan 15; 63(2): 302-6.

Zayas, G., Chiang, M., Díaz, Y, Torriente, A. y Herrera, X. Obesidad en la infancia: Diagnóstico y tratamiento. Revista Cubana de Pediatría [en lìnea] julio-septiembre 2002 [15 de enero del 2007]; 74:(1-15). URL disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S0034-75312002000300007&script=sci_arttext

Zheng, M., Han, Q. y Xiao, R. (2004) Distinct beta-adrenergic receptor subtype signaling in the heart and their pathophysiological relevance. Sheng Li Xue Bao 56, 1-15.

ANEXO

OPERACIONALIZACIÓN DE LAS VARIABLES

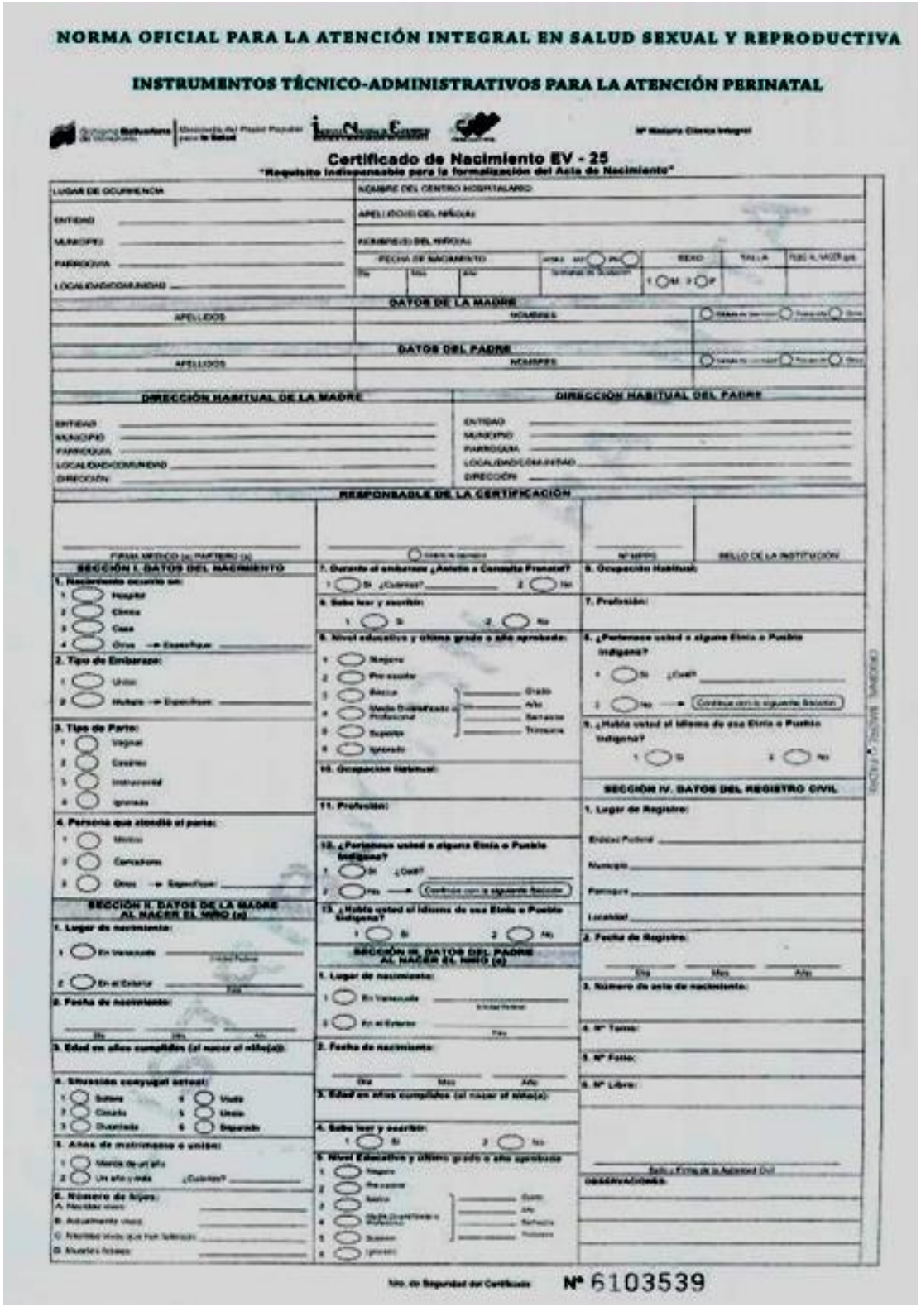
Cuadro 2. Objetivo General: Diseñar estrategias para las intervenciones temprana orientadas a la prevención de Enfermedades Endocrino Metabólicas dirigidas a usuarias atendidas en la red comunal, en el Estado Aragua, Venezuela año 2017.

OBJETIVOS	VARIABLES	DIMENSION	INDICADORES
Caracterizar el peso al nacer durante el año 2011 al 2015 en el estado Aragua.	Peso Corporal:Es la masa del cuerpo en kilogramos	Bajo peso >=2500grs Normo peso 2500 a 3999grs Macrosomía <= 4000grs	%
Identificar los factores socios económicos asociados al peso al nacer durante el periodo 2011 – 2015 en el estado Aragua.	Factores socios económicos	1. Edo. Civil 2.Ocupación 3. Control Prenatal. 4. Nivel Educativo.	1.Unido/ Soltera 2.Hogar/ Otro 3.Si/ No 4. Universidad. Primaria. Básica.

Fuente: El autor (2017)

NORMA OFICIAL PARA LA ATENCIÓN INTEGRAL EN SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA

INSTRUMENTOS TÉCNICO-ADMINISTRATIVOS PARA LA ATENCIÓN PERINATAL



Gobernación Bolivariana de Miranda | Ministerio del Poder Popular para la Salud | Instituto Nacional de Estadística

Nº Historia Clínica Integral

Certificado de Nacimiento EV - 25

"Requisito indispensable para la formalización del Acta de Nacimiento"

LUGAR DE OCURRENCIA | NOMBRE DEL CENTRO HOSPITALARIO

ENTIDAD | APELLIDO(S) DEL NIÑO(A)

MUNICIPIO | NOMBRE(S) DEL NIÑO(A)

PARROQUIA | FECHA DE NACIMIENTO (Día, Mes, Año) | HORA | SEXO (1 M, 2 F) | TALLA | PESO AL NACER (gr)

LOCALIDAD/COMUNIDAD

DATOS DE LA MADRE

APELLIDOS | NOMBRES | Cédula de Identidad / Pasaporte / Otro

DATOS DEL PADRE

APELLIDOS | NOMBRES | Cédula de Identidad / Pasaporte / Otro

DIRECCIÓN HABITUAL DE LA MADRE

ENTIDAD
MUNICIPIO
PARROQUIA
LOCALIDAD/COMUNIDAD
DIRECCIÓN

DIRECCIÓN HABITUAL DEL PADRE

ENTIDAD
MUNICIPIO
PARROQUIA
LOCALIDAD/COMUNIDAD
DIRECCIÓN

RESPONSABLE DE LA CERTIFICACIÓN

FIRMA MÉDICO (a) PARTERO (a) | Cédula de Identidad | Nº MPPS | SELLO DE LA INSTITUCIÓN

SECCIÓN I. DATOS DEL NACIMIENTO

1. Nacimiento ocurrió en: 1 Hospital 2 Clínica 3 Casa 4 Otro → Especifique:

2. Tipo de Embarazo: 1 Única 2 Múltiple → Especifique:

3. Tipo de Parto: 1 Vaginal 2 Cesárea 3 Instrumental 4 Ignorado

4. Persona que atendió el parto: 1 Médico 2 Comadrona 3 Otro → Especifique:

SECCIÓN II. DATOS DE LA MADRE AL NACER EL NIÑO (a)

1. Lugar de nacimiento: 1 En Venezuela — Entidad Federal 2 En el Exterior — País

2. Fecha de nacimiento: Día Mes Año

3. Edad en años cumplidos (al nacer el niño(a)):

4. Situación conyugal actual: 1 Soltera 2 Casada 3 Divorciada 4 Viuda 5 Unida 6 Separada

5. Años de matrimonio o unión: 1 Menos de un año 2 Un año y más ¿Cuántos?

6. Número de hijos: A. Nacidos vivos B. Actualmente vivos C. Nacidos vivos que han fallecido D. Nacidos fetales

7. Durante el embarazo ¿Asistió a Consulta Prenatal? 1 Sí ¿Cuántas? 2 No

8. Sabe leer y escribir: 1 Sí 2 No

9. Nivel educativo y último grado o año aprobado: 1 Ninguno 2 Pre-escolar 3 Básica — Grado / Año 4 Media Diversificada o Profesional — Año / Semestre / Trimestre 5 Superior 6 Ignorado

10. Ocupación Habitual:

11. Profesión:

12. ¿Pertenece usted a alguna Etnia o Pueblo Indígena? 1 Sí ¿Cuál? 2 No → Continúe con la siguiente Sección

13. ¿Habla usted el idioma de esa Etnia o Pueblo Indígena? 1 Sí 2 No

SECCIÓN III. DATOS DEL PADRE AL NACER EL NIÑO (a)

1. Lugar de nacimiento: 1 En Venezuela — Entidad Federal 2 En el Exterior — País

2. Fecha de nacimiento: Día Mes Año

3. Edad en años cumplidos (al nacer el niño(a)):

4. Sabe leer y escribir: 1 Sí 2 No

5. Nivel Educativo y último grado o año aprobado: 1 Ninguno 2 Pre-escolar 3 Básica — Grado / Año 4 Media Diversificada o Profesional — Año / Semestre / Trimestre 5 Superior 6 Ignorado

6. Ocupación Habitual:

7. Profesión:

8. ¿Pertenece usted a alguna Etnia o Pueblo Indígena? 1 Sí ¿Cuál? 2 No → Continúe con la siguiente Sección

9. ¿Habla usted el idioma de esa Etnia o Pueblo Indígena? 1 Sí 2 No

SECCIÓN IV. DATOS DEL REGISTRO CIVIL

1. Lugar de Registro: Entidad Federal / Municipio / Parroquia / Localidad

2. Fecha de Registro: Día Mes Año

3. Número de acta de nacimiento:

4. Nº Tomo:

5. Nº Folio:

6. Nº Libro:

Sello y Firma de la Autoridad Civil

OBSERVACIONES

Núm. de Seguridad del Certificado **Nº 6103539**