



Título: Puericultura Prenatal y Postnatal Participativa. Experiencia innovadora para la educación en salud durante la maternidad. Villa Clara.

Autores: Dr. C Benita Mavel Beltrán González¹, Dr.C Eva Josefina Quintero Fleites², MSc Isa Alvarez León³, Estudiante Mabel Lojo Beltrán⁴

1Universidad de Ciencias Médicas de Villa Clara/Vicerrectorado Académico, Santa Clara, Cuba
benitabg@infomed.sld.cu

2Universidad de Ciencias Médicas de Villa Clara/Vicerrectorado Académico, Santa Clara, Cuba .

3Universidad de Ciencias Médicas de Villa Clara/Centro Provincial de Higiene y Epidemiología, Santa Clara, Cuba

4Universidad de Ciencias Médicas de Villa Clara/Facultad de Medicina , Santa Clara, Cuba. mabellojo@nauta.cu

Dirección del 1er autor: Agramonte No33, Reparto Médico. Municipio Ranchuelo Villa Clara

Resumen:

Introducción: La educación para la salud de la embarazada y la madre constituye un objetivo del Programa de Atención Materno Infantil en Cuba, no obstante se reconoce que existen insuficiencias en los planos teórico, metodológico, y práctico, que impiden hacer efectivo este proceso con la calidad requerida

Objetivo: Describir la efectividad del Programa de Puericultura Prenatal y Posnatal Participativa durante la maternidad.

Método: Se realizó una investigación de evaluación en Villa Clara desde 1997 hasta el 2019 de los 18 ciclos de aplicación de una novedosa concepción pedagógica el Programa de Puericultura Prenatal y Posnatal Participativa en que la embarazada y la madre asumen un nuevo rol como sujeto activo de su propia salud con el apoyo de promotores de salud y han participado 307 mujeres .

Resultados: Se logró perfeccionar el proceso educativo mediante un aprendizaje participativo que potencia las capacidades cognitivas, afectivas y sociales para su aplicación durante las fases prenatal y postnatal, y resultó que la mayoría del grupo de intervención, no presentaron enfermedades evitables (72%) , fue mayor el número de infantes normopeso al nacer (79,86 %) y mayor duración de la lactancia materna exclusiva después del cuarto mes (86 %) respecto al grupo de comparación.

Conclusiones: el Programa de Puericultura Prenatal y Posnatal Participativa durante la maternidad resultó efectivo lográndose un aprendizaje significativo que se evidencia en la disminución de enfermedades asociadas a la gestación, el incremento de infantes normopesos y la mayor duración de la lactancia natural después del cuarto mes.

Palabras clave: gestación, peso al nacer, lactancia materna, puericultura

I. INTRODUCCIÓN

La educación para la salud de la embarazada constituye un objetivo del Programa Nacional de Atención Materno Infantil en Cuba, que establece en sus objetivos específicos: incrementar la educación para la salud dirigida a la mujer y de modo especial a las gestantes, promover un adecuado estado nutricional, reducir la mortalidad materna, reducir la presentación de niños con bajo peso al nacer e incrementar la lactancia materna. ^(1,2)

En la morbilidad y mortalidad materna y perinatal influyen múltiples factores, los maternos han adquirido gran relevancia al sumarse a las condiciones de la madre ocasionan enfermedades asociadas con la gestación (anemia, sepsis urinaria, sepsis vaginal, toxemia), la malnutrición y hábitos tóxicos, que tienen implicaciones inmediatas y a largo plazo sobre la salud fetal. Entre las complicaciones maternas y neonatales están la rotura prematura de membrana, parto distócico, prematuridad, niños con bajo peso al nacer y peso insuficiente. Factores que están asociados a los comportamientos, las creencias, las actitudes de las gestantes hacia el cuidado de su salud y que no sólo con acciones asistenciales y curativas de atención prenatal es posible disminuir o controlar, de ahí la importancia del asesoramiento a la gestante sobre las posibilidades de recurrencia e intento de la prevención. ⁽³⁻⁷⁾

Al profundizar en las razones que dificultan el control de los factores de riesgo, presentado en varios estudios realizados por la autora, se observan deficiencias en la calidad de las acciones de promoción y educación para la salud con la gestante, al ser realizadas de forma individual, espontánea, generalmente a partir de las 26 a 28 semanas de gestación, la relación que se establece es vertical, no se considera el diagnóstico educativo, transfieren la responsabilidad del cuidado de su embarazo al grupo básico. Se presentan enfermedades asociadas que pueden ser evitadas como la anemia, las infecciones cervicovaginales, los trastornos nutricionales y la sepsis urinaria. Los conocimientos sobre los factores asociados al nacimiento de un niño de bajo peso, así como evitar las complicaciones durante el embarazo, son insuficientes. Generalmente se utilizan charlas y no otras técnicas y procedimientos que propicien la participación activa de la gestante. No disponen de un programa de actividades a partir del diagnóstico educativo con la embarazada en su contexto. ⁽⁸⁻¹¹⁾

La situación problemática expuesta y la necesidad de la búsqueda de alternativas que contribuyan a perfeccionar la educación para la salud de la mujer durante la maternidad, motivó a la autora para realizar intervenciones educativas durante trece y dos años desde las bases teórico metodológicas del Modelo Socio Sanitario, las primeras experiencias en 1990 al evaluar un método educativo para desarrollar la puericultura prenatal fue su Trabajo de Terminación de la Especialidad de Pediatría, la atención que se brindaba el policlínico durante esa etapa era de tipo comunitaria; los principales logros fueron la captación precoz del recién nacido y la mayor duración de la lactancia materna exclusiva. ⁽⁸⁾

A partir de la experiencia de la autora en investigaciones sobre la educación para la salud de la embarazada permitió determinar las insuficiencias que se presentan y valorar la necesidad de mejorar la educación para la salud durante la maternidad, mediante la Puericultura Prenatal y Postnatal Participativa que la autora define como un proceso que tiene la singularidad de trascender respecto a la Puericultura prenatal tradicional, al colocar en su centro, el protagonismo de la gestante como sujeto activo de su propio conocimiento desde la captación de la embarazada, y la potenciación de sus capacidades cognitivas, afectivas y sociales de las gestantes para su aplicación práctica durante las fases prenatal y postnatal. ⁽⁸⁻¹³⁾

La presente investigación se realizó con el propósito de describir la efectividad de la Puericultura Prenatal y Postnatal Participativa

II. MÉTODO

Se realizó un estudio descriptivo sobre los 18 ciclos de aplicación de tecnología para la educación en salud a ciclo completo del Programa de Puericultura Prenatal y Postnatal Participativa desde la etapa de diagnóstico, ejecución, monitoreo y evaluación mediante indicadores definidos para la etapa prenatal y postnatal desde 1997 hasta el 2019 en la provincia de Villa Clara.

El ciclo de evaluación comprende la etapa prenatal desde la captación hasta el parto y postnatal el primer semestre de vida del lactante. En cada ciclo se formaron dos grupos: el de intervención y el de comparación, en total fueron estudiadas 614 embarazadas (307 formaron el de intervención y 307 el de comparación)

El grupo de intervención integrado por embarazadas que se encontraban en el primer trimestre de edad gestacional (entre 8 y 10 semanas), que solicitaron participar y no tenían enfermedad psiquiátrica ni retraso mental. El grupo de comparación integrado por embarazadas procedentes de los mismos consejos populares pero que fueron captadas seis meses antes de iniciar la intervención para evitar la contaminación de la muestra, libres de enfermedad psiquiátrica ni retraso mental. Se logró una equivalencia de los grupos desde el punto de vista del riesgo obstétrico y lugar de procedencia.

Durante el período referido se realizó la formación de promotores de salud materno-infantil en total 72 promotores, distribuidos de la forma siguiente: especialistas en Medicina General Integral, 23; licenciados en Enfermería, 16; pediatras, 5; clínicos, 2; ginecobstetras, 4; psicólogos, 2; brigadistas sanitarias, 16; líderes formales, 4. ⁽¹⁴⁾

El Programa de Puericultura Prenatal y Postnatal Participativa es una novedosa concepción pedagógica en que la gestante se concibe como sujeto activo de su autoaprendizaje, mediante la utilización de métodos bidireccionales desde el inicio de la gestación de forma progresiva y secuencial, y su enfoque pedagógico está centrado en la experiencia como un proceso de construcción y reconstrucción por parte de la embarazada que aprende de: conocimientos, formas de comportamientos, actitudes, valores, afectos y su forma de expresión, mediante la potenciación de sus capacidades cognitivas, afectivas y sociales. Tiene como novedad estar confeccionado a partir del diagnóstico educativo personalizado con las gestantes y de la identificación de necesidades de aprendizaje con los promotores que han participado en los ciclos de evaluación. Planificado en dieciséis temas que incluye del uno al cuatro aspectos teórico metodológicos sobre la formación del promotor y los restantes dedicados a tratar las necesidades sentidas de la mujer durante la maternidad y la prevención de problemas de salud. ⁽¹⁴⁾

En el aspecto operacional se distingue por la dinámica que establece el promotor en el grupo de reflexión que contribuye al intercambio de experiencia, la interacción, el diálogo y el autoaprendizaje cooperativo, esencial en la formación individual de cada uno de sus miembros así como al análisis de vivencias significativas que le permitan transformar sus respectivas prácticas y reforzar los comportamientos saludables. ⁽¹⁴⁾

En el proceso enseñanza aprendizaje fueron utilizadas diferentes técnicas de análisis, expositivas y para el desarrollo de habilidades así como diversos medios de enseñanza: láminas, diapositivas, tarjetas, materiales con información esencial sobre el tema a desarrollar, plegables, modelos y maquetas.

III. RESULTADOS

En la Tabla 1 se compara la presentación de alguna enfermedad asociada al embarazo en los grupos de estudio, y se observa que en el grupo de intervención aparece en 86 gestantes (28%) y el grupo de comparación se observa el doble de casos (54%), diferencia ésta muy altamente

significativa (significación 0.001), lo cual evidencia la efectividad del programa educativo prenatal para la prevención y control de factores de riesgo y potenciar el autocuidado de las gestantes desde la captación.

Diversos estudios plantean que la anemia es el déficit nutricional que con mayor frecuencia se asocia a la gestación, y es causa de prematuridad, bajo peso al nacer y mortalidad perinatal de ahí importancia de la educación nutricional de las embarazadas desde el inicio de la gestación para evitar su presentación .^(11,15,16)

Investigaciones realizadas sobre otras afecciones asociada a la gestación como la infección cervicovaginal, la infección urinaria, y la hipertensión arterial señalan la relación de éstas, con diversos factores de riesgo ambientales y maternos que pudieron ser controlados o evitados, y que propiciaron la rotura prematura de membranas, parto pretérmino, bajo peso al nacer e incremento de la mortalidad perinatal, de ahí la importancia de la educación de la gestante sobre las posibilidades de ocurrencia, la necesidad de su cooperación porque una parte de estos factores se relacionan con sus comportamientos, creencias y actitudes respecto al cuidado de su salud.^(15,16)

Tabla 1. Presentación de enfermedades asociadas al embarazo, por grupos.

Algunas enfermedades asociadas	Grupos de estudio				Total	
	Intervención		Comparación			
	No	%	No	%	No	%
No	221	72	141	46	362	58,96
Si	86	28	166	54	252	41,04
Total	307	100	307	100	614	100

En la Tabla 2 se puede observar la clasificación de la relación peso \ talla del recién nacido. En el grupo de intervención hay menos casos de bajo peso que en el grupo de comparación (9 vs. 29). La cantidad de niños normopeso en el grupo de intervención es superior al de comparación (243 y 175 respectivamente). Las diferencias encontradas entre los grupos resultaron significativas.

La educación de la mujer, la consejería personalizada, el apoyo de la familia juega un papel muy importante en la causa y la prevención del bajo peso al nacer. El diseño de la estrategia de ataque a los problemas de salud se basa en el análisis y definición de soluciones para conjuntos de factores de riesgo y en la capacidad de las gestantes y las instituciones en favorecer el control de los factores de riesgo identificados.^(9,11,15)

Tabla 2. Clasificación de la relación Peso/Talla del recién nacido por grupos.

Clasificación de la relación Peso/ Talla del recién nacido	Grupos de estudio				Total	
	Intervención		Comparación		No	%
	No	%	No	%		
Bajo peso	9	2,93	29	9,44	38	6,19
Peso insuficiente	45	14,6	86	28,01	131	21,333
Normopeso	243	79,8	175	57	418	68,08
Sobrepeso	10	3,25	17	5,55	27	4,40
Total	307	100	307	100	614	100

La duración de la lactancia materna se presenta en la Tabla 3 y se observa al cuarto mes como ésta se mantiene como exclusiva en un 86% de los casos del grupo de intervención y sólo en el 40% del grupo de comparación. Al cabo del 6to mes el porcentaje de casos con lactancia materna exclusiva en el grupo de intervención es de un 32,24 % pero todavía notablemente superior al del grupo de comparación donde apenas el 4,88 % se mantiene en esta condición. La diferencia de proporciones es todavía altamente significativa al final del período de estudio.

El Programa diseñado considera la formación de promotores de salud que intervienen y las condiciones para llevar a cabo esta tarea, al tener un papel fundamental el estudio de las verdaderas causas de destete precoz para que no introdujeran alimentos suplementarios, no utilización de biberones, realizar la técnica correcta para la lactancia natural, las recomendaciones para la alimentación y descanso de la madre en este período. fueron protagonistas en su propio autocuidado y el de su bebé, al prolongar la lactancia natural. ⁽¹⁴⁾

En el trabajo educativo en conjunto con la madre, la provisión de información adecuada es un factor protector y el debate sobre situaciones particulares en los grupos de reflexión y de forma individual, hizo posible planificar, buscar alternativas para mantener el amamantamiento, apoyados por la familia, como la práctica del ritmo inverso, al amamantar al bebé frecuentemente de noche y realizar la extracción manual con bomba de leche para preparar las tomas del día.

En otros estudios realizados por la autora sobre la aplicación de un programa educativo prenatal se comprobó que la lactancia materna fue más duradera en aquellas madres que participaron en la intervención independientemente de la edad, la escolaridad y la ocupación. ^(9,10,11)

Tabla 3. Duración general de la lactancia por grupos de estudio.

Duración de la lactancia	Grupos de estudio				Total	
	Intervención		Comparación		No	%
	No	%	No	%		
No lactó	2	0,66	9	2,93	11	1,80
Hasta 2 meses	39	12,70	171	55,70	210	34,20
De 3 a 4 meses	167	54,40	112	36,49	279	45,43
5 o más meses	99	32,24	15	4,88	114	18,57
Total	307	100,00	307	100,00	614	100,00

En la revisión sistemática realizada sobre estudios de intervención con vistas a prolongar la lactancia natural señalan que la educación prenatal en LM y el apoyo posnatal logran una mayor prevalencia y duración en el amamantamiento exclusivo. ⁽¹⁶⁻¹⁹⁾

IV. CONCLUSIONES

Cuando se quiere lograr un aprendizaje significativo en la embarazada hay que partir de sus necesidades expresadas y mediante la práctica individual y grupal a través de la Puericultura Prenatal y Postnatal Participativa desde el inicio de la gestación utilizando diferentes técnicas pedagógicas activas, es posible promover comportamientos saludables; que demuestran la efectividad del programa al disminuir la afecciones asociadas a la gestación, incrementarse los infantes normopeso al nacer y prolongar la duración de la lactancia natural.

REFERENCIAS

- (1) Nápoles Méndez D. Principales resultados en el Programa de Atención Materno-Infantil durante el 2017 y nuevas estrategias en Cuba para el 2018. MEDISAN [en línea]. 2018 [citado 2 Ene 2020];22(2):217-219. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S102930192018000200015&lng=es
- (2) Portal Miranda JA, Corratgé Delgado H, Vidal Ledo MJ. Objetivos, retos y prioridades del MINSAP, 2019. INFODIR [en línea]. 2018 [citado 5 Ago 2020]; (29):[aprox. 4 p.] Disponible en: <http://www.revinfodir.sld.cu/index.php/infodir/article/view/590>
- (3) Sánchez Gaitán E. Factores para un embarazo de riesgo Revista Médica Sinergia. [en línea]. 2019 [citado 22-12-2020]; 4(9) Disponible en: <https://doi.org/10.31434/rms.v4i9.319> <http://revistamedicasinergia.com>
- (4) Monsreal, J F Tun Cobos M, Hernández Gómez J R, Serralta Peraza L E. Factores de riesgo de bajo peso al nacer según el modelo de regresión logística múltiple. Estudio de

- cohorte retrospectiva en el municipio José María Morelos, Quintana Roo, México. *Rev Medwave* [en línea]. 2018 [citado 22-12-2020];18(1) Disponible en:
<https://www.medwave.cl/link.cgi/Medwave/Estudios/Investigacion/7139.act#>
- (5) Cobas-Planchez L, Mezquia-de Pedro N. Factores de riesgo de recién nacidos con bajo peso en gestantes del municipio Guanabacoa, La Habana, Cuba. *Rev Inf Cient* [en línea]. 2020 [citado 22-12-2020]; 99(3):225-232. Disponible en:
<http://www.revinfcientifica.sld.cu/index.php/ric/article/view/29492>
- (6) Bertrán Bahades, Jacqueline; Muguercia Silva, José Luis; Verdaguer Pérez, Lyudmila; Morejón Rebelo, Isabel; García Kindelán, Milagros de la Caridad Factores de riesgo asociados al bajo peso al nacer en un área de salud de Santiago de Cuba. *MEDISAN*, [en línea]. 2019 [citado 22-12-2020];23(4). Disponible en:
<http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=368460425>
- (7) Frederiksen LE, Ernst A, Brix N, Braskhøj Lauridsen LL, Roos L, Ramlau-Hansen CH, Ekelund CK. Risk of Adverse Pregnancy Outcomes at Advanced Maternal Age. *Obstetrics & Gynecology*. [en línea]. 2018 [citado 2-1-2019];131(3):457-463. Disponible en:
<https://doi.org/10.1097/aog.0000000000002504>
- (8) Beltrán González BM, González Toyo M, Prado Romero L, Morrell Cazañas M. Evaluación de un método para desarrollar la educación prenatal y postnatal por el médico de la familia. *Medicentro*. 1994;10(1):35-48.
- (9) Beltrán González BM, Álvarez León I, Hernández Vergel L, Prado Romero L. Estrategia de intervención para la promoción de la salud con la embarazada y la familia. *Medicentro Electrónica* [serie en Internet]. 2002 [citado 15 Ago 2005];6(3):[aprox. 5 p.]. Disponible en:
[http://www.vcl.sld.cu/medicentro/v6n302/pdf6\(3\)/mabel.pdf](http://www.vcl.sld.cu/medicentro/v6n302/pdf6(3)/mabel.pdf).
- (10) Beltrán González BM, Reyes García R, Pérez Pulido R, Prado Romero L, Ábreu Herrera MM, Bermúdez Muñoz G. Programa educativo prenatal y lactancia materna. *Medicentro Electrónica* [serie en Internet]. 2003 [citado 12 Jul 2005];7(2):[aprox. 4 p.]. Disponible en:
<http://www.vcl.sld.cu/medicentro/v7n203/pdf/programa.pdf>
- (11) Beltrán González BM, Ruiz Iglesia M, Grau Avalo R, Álvarez León I. Efectividad de una estrategia de intervención educativa para la promoción de la salud con la embarazada. *Rev Cubana Salud Pública*. [serie en Internet] 2007 [citado 25 de abril del 2007];33(2):[aprox. 4 p.]. Disponible en:
http://bvs.sld.cu/revistas/spu/vol33_02_07/spu07207.htm
- (12) Gómez López LM, Beltrán González BM, López Espinosa GJ. Enfoque interdisciplinar en el análisis de los problemas de salud pública en la atención primaria. *Medicentro Electrónica* [serie en Internet]. 2015 [citado 25 junio 2016]; 19(3):[aprox. 4 p.]. Disponible en:
http://scieloprueba.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1029-30432015000300017&lng=es&nrm=iso
- (13) Beltrán González BM, León Leal LJ, Sotolongo Ramos M, Aparicio Manresa LR, Abreu Valdés M, Pérez Hernández M. Promotores en salud materno-infantil para desarrollar el Programa de Puericultura Prenatal y Posnatal Participativa. *Edumecentro Electrónica* [serie en Internet]. 2020 [citado 2 junio 2021]; 12 (2): [aprox. 9 p.]. Disponible en:
http://www.revedumecentro.sld.cu/index.php/edumc/article/view/1506/html_562
- (14) Puszko B, Sánchez S, Vilas N, Pérez M, Barretto L, López L. El impacto de la educación alimentaria nutricional en el embarazo: una revisión de las experiencias de inter-

vención. Rev. chil. nutr. [serie en Internet]. 2017[citado 27 Jul 2018]; 44(1): [aprox. 8 p.]. Disponible en: http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-75182017000100011&lng=es. <http://dx.doi.org/10.4067/S0717-75182017000100011>.

(15) Salgado-Selema G, Sánchez-Quesada S, Bello-Zamora L, Morales-Bello H, Batista-Tamayo E. Enfermedad hipertensiva gravídica. Influencia de un programa educativo en las gestantes. MULTIMED Revista Médica Granma [serie en Internet]. 2016 [citado 2017 Sep 20]; 21(3):[aprox. 2 p.]. Disponible en:

<http://www.revmultimed.sld.cu/index.php/mtm/article/view/536>

(16) Quintero Fleites EJ. Regalo de vida. La lactancia materna, Lo mejor para todos Libro [Internet]: Editorial Feijóo; 2015[citado 20 Nov. 2019]. Disponible en:

https://www.unicef.org/cuba/cu_resources_RegaloDeVida.pdf

(17) Martínez-Galán P, Martín-Gallardo E, Macarro-Ruiz D, Martínez-Martín E, Manrique-Tejedor J. Educación prenatal e inicio de la lactancia materna: Revisión de la literatura.

Enferm. univ [Internet]. 2017 Mar [citado 20 Nov. 2019]; 14(1): [aprox. 3p.].Disponible

en: [http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1665-](http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1665-70632017000100054&lng=es)

[70632017000100054&lng=es. http://dx.doi.org/10.1016/j.reu.2016.11.005](http://dx.doi.org/10.1016/j.reu.2016.11.005)

(18) Vásquez Valverde SI, Valles Ríos KG. Efectividad de una intervención educativa sobre la lactancia materna en la etapa prenatal para prolongar los tiempos de amamantamiento. [Internet].Perú: Universidad privada NorbertWener;2019 [citado 20 Nov. 2019].

Disponible

en:<http://repositorio.uwiener.edu.pe/xmlui/bitstream/handle/123456789/3016/TRABAJO%20ACAD%c3%89MICO%20Vasquez%20Sayda%20%20Valles%20Katty.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

Dirección:

Benita Mavel Beltrán González. Agramonte Interior. Reparto Médico. Municipio Ranchuelo. Villa Clara.