

**UNIVERSIDAD DE CIENCIAS MÉDICAS
CIEGO DE AVILA**

**TÍTULO: INTERVENCION EDUCATIVA PARA DISMINUIR
LOS FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS AL
PARTO PREMATURO EN EL ÁREA DE SALUD
DE BARAGUÁ.**

Autora: Dra. Liliana Wentt Parris.

**TRABAJO EN OPCION AL TITULO DE ESPECIALISTA DE
PRIMER GRADO DE MEDICINA GENERAL INTEGRAL**

2016

UNIVERSIDAD DE CIENCIAS MÉDICAS

CIEGO DE AVILA
POLICLÍNICO DOCENTE
MARIO PAEZ INCHAUSTI
MUNICIPIO BARAGUA

TÍTULO: INTERVENCION EDUCATIVA PARA DISMINUIR LOS
FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS AL PARTO PREMATURO EN EL
AREA DE SALUD DE BARAGUÁ.

AUTOR (A): **Dra. Liliana Wentt Parris.**

Residente de Segundo año en la especialidad de MGI.

TUTOR (A): **Dr. Ernesto S. Valero Padin.**

Especialista de 1er Grado en MGI.

Profesor Instructor.

TRABAJO EN OPCION AL TITULO DE ESPECIALISTA DE
PRIMER GRADO DE MEDICINA GENERAL INTEGRAL

2016

PENSAMIENTO

Yo suelo olvidar mi mal cuando curo el mal de los demás. Yo suelo no acordarme de mi daño más que cuando los demás pueden sufrirlo por mí.

José Martí

AGRADECIMIENTOS

A mis padres por su apoyo incondicional.

DEDICATORIA

A mis padres a quien les debo todo lo que soy.

RESUMEN

Se realizó una investigación pre-experimental con pre-prueba y post-prueba en mujeres en edad fértil del Consultorio Médico de Familia No. 3 del Policlínico de Baraguá en el período comprendido de junio del 2015 a julio del 2016, el universo de estudio estuvo constituido por todas las mujeres en edad fértil del Consultorio Médico de Familia No. 3 del Policlínico de Baraguá, de ellas se trabajó con 40, que cumplieron con determinados criterios. Los principales resultados nos muestran que antes de aplicar el programa de intervención educativa existía un nivel de conocimientos inadecuado sobre la temática Parto Prematuro en la población de estudio, luego de haber aplicado el programa de intervención se elevó el mismo en un 90%.

Palabras Clave: Parto Prematuro, nivel de conocimientos, intervención educativa.

ÍNDICE

	Pág.
Introducción.....	1
Objetivos.....	6
Marco Teórico.....	24
Material y Método.....	31
Análisis y Discusión de los Resultados.....	38
Conclusiones.....	39
Recomendaciones.....	40
Referencias Bibliográficas.....	41
Anexos	

INTRODUCCIÓN

El neonato prematuro constituye la primera causa de mortalidad perinatal y de ingreso en la terapia intensiva neonatal a pesar de los avances experimentados en su diagnóstico y prevención. (1)

El parto prematuro se entiende en aquel que se produce entre las semanas 22 y la 36.6 de la gestación, constituye un problema de salud actual, que preocupa al sistema de salud, el nacimiento prematuro afecta aproximadamente el 10 al 15% de todos los nacimientos, presentando diferencias según el nivel de desarrollo de cada país. A pesar de los avances tecnológicos y del cuidado neonatal, su prevalencia no ha variado en las últimas décadas. La prematurez continúa siendo la mayor causa de morbilidad neonatal y la responsable del 70% de las muertes neonatales y del 50% de las secuelas neurológicas del recién nacido. La mayor parte de los nacimientos pre término ocurren en países en desarrollo y constituyen la proporción más extensa en la morbilidad y mortalidad perinatales. La normalización de la amenaza de parto prematuro permite disminuir las complicaciones que se desencadena de esta patología obstétrica. (2-4)

La etiopatogenia permanece desconocida, se ha avanzado en algunos aspectos, han referido problemas de placentación, infecciones, inmunológicos, uterinos, maternos, trauma y cirugía, anomalías fetales, y condiciones idiopáticas. Clínicamente se asocian a edad materna extrema, carencias socioeconómicas, antecedentes de hipertensión, antecedente de prematurez, rotura prematura de membranas, restricción de crecimiento fetal, hábitos tabáquicos y drogas, desnutrición, enfermedades y pre-eclampsia, infecciones maternas, multigestación, fertilización asistida entre otras causas. (5-9)

La prematurez ha sido una entidad a la que el obstetra y pediatra se han enfrentado durante años, ha sido poco el terreno ganado, inclusive en los países desarrollados, es la primera causa de muerte perinatal. Son grandes los esfuerzos que se realizan en materia de investigación y asistencia.

En el mundo nacen cada año alrededor de 13 millones de niños prematuros, teniendo su incidencia en un 9,6 %, con diferente comportamiento en los distintos lugares del mundo:

Norteamérica: 10.6 %, África: 11,9 %, Asia: 9,1 %, Latinoamérica y el Caribe: 8.1 %, Oceanía: 6,4 % y en Europa: 6,2 %. (9)

Los factores vinculados al nacimiento antes de tiempo son múltiples, se considera entre los más frecuentes la edad materna, intervalo corto entre partos, estrés, infección urinaria, enfermedad hipertensiva del embarazo, rotura de membranas, desprendimiento prematuro de placenta, tabaquismo, embarazo gemelar y embarazo en la adolescente. (1-10)

En Montevideo Uruguay se han informado cifras entre 6 y el 15%. En Medellín Colombia, se encontró una frecuencia del 9,5%. Se hallaron resultados similares en el año 2001 casi una tercera parte de las mujeres cuyos dos partos anteriores habían sido prematuros, volvieron a presentarlo, y si tuvieron un primer parto a término y un segundo parto prematuro, un 24% tuvieron en su tercer embarazo un parto prematuro. (11)

En los países de América Latina el parto prematuro se comporta de manera similar, reportando tasas de 9,3 % en Argentina, Uruguay 8,7 %, Chile 5,6 %, Brasil con el 6,6 %, y Colombia 9,5 % del total de nacimientos. (11-13)

El nacimiento prematuro es el responsable del 75% de la mortalidad neonatal, y del 50% de la morbilidad neurológica a largo plazo, cerca del 4,5% de los niños que nacen con peso inferior a los 1000g son legalmente ciegos y de los que nacen con edad gestacional inferior a las 32 semanas, el 50 % presentan mayor vulnerabilidad a padecer de hipoacusia. (9, 12-16)

Los partos prematuros pueden ser clasificados en tres entidades clínicas: parto prematuro espontáneo con membranas intactas (inicio espontáneo con contracciones) ocurre en un 50%, parto prematuro asociado a rotura prematura de membranas en un 30% (inicio del trabajo de parto luego de la rotura de membranas), y parto prematuro por indicación médica aproximadamente en el 30% de los casos (resulta de la interrupción médica prematura del embarazo por causa materna y/o fetal). En la Maternidad Sardá (2004) se encontró que el 26% eran partos provocados, el 32% ocurrió después de una rotura prematura de membranas y el 42% fueron idiopáticos (1, 16)

Está demostrado que a medida que se alarga el tiempo de gestación para la producción del parto, mejoran los indicadores de morbilidad y mortalidad sobre el recién nacido ya sean a corto y a largo plazo, según la edad de gestación en el que se produce, el parto prematuro se clasifica en: extremo cuando tiene 28 semanas o menos, éste período se caracteriza por una elevada mortalidad neonatal dado al bajo peso extremo del recién nacido y tiene una frecuencia del 7,0% , moderado entre 29 y 32 semanas que representa el 43% y el parto prematuro tardío que ocurre después de las 33 semanas de gestación constituyendo la edad de gestación de menos riesgo aún más si se aplicó medidas de maduración pulmonar fetal. (1, 3, 9, 16)

Atendiendo a su etiología se plantea es de origen multifactorial; teniendo en cuenta esto es de destacar que cerca del 30 al 50% no tienen causa que los justifique y se desarrollan espontáneamente. Entre los factores de riesgo epidemiológicamente relacionados a la aparición del parto prematuro espontáneo se destacan el nivel socioeconómico y el antecedente de parto prematuro previo que tiende además a incrementarse a menor edad gestacional que en el anterior. El embarazo múltiple constituye un factor de riesgo y está relacionado al 30% de los partos prematuros. Otros factores de riesgo están representados por infecciones del tracto genital, ruptura de membranas prematura, hemorragia ante parto, distensión uterina, incompetencia cervical y anomalías uterinas congénitas (corresponden entre todas al 20–25% de casos); el restante (15–20%) corresponde a parto prematuro secundario a desórdenes hipertensivos del embarazo, restricción del crecimiento intrauterino, trauma y desórdenes médicos del embarazo. Todos estos se producen por la activación de uno o más de estos mecanismos: activación del eje hipotalámico-pituitaria-adrenal materno o fetal, Inflamación decidua y amniocoriónica, Hemorragia decidua. Distensión uterina patológica (embarazos múltiples y polihidramnios), cada uno de estos procesos ocurren a menudo, simultáneamente cada uno tiene una característica única bioquímica y biofísica con manifestaciones variables temporales y distintos perfiles epidemiológicos. (1, 3, 9, 16)

El parto prematuro ha sido una entidad a la que el obstetra, pediatra y médico general se han enfrentado durante años, grandes son los esfuerzos que se realizan en materia de investigación y asistencia para su disminución. A continuación, se abordarán los principales factores de riesgo que lo predisponen y acciones que se han llevado a cabo para su identificación.

En Cuba, el nacimiento prematuro representa del 8 a 9 % de los partos y está asociado a 75 % de la mortalidad perinatal. Múltiples son los estudios realizados para la determinación de los factores que conducen al parto prematuro, basados fundamentalmente en la prevención llevada a cabo por el binomio médico- enfermera de la familia. (17, 18)

En la provincia de Ciego de Ávila durante el 2014 se produjo un total de nacimientos de 1800 de los cuales 130 fueron prematuros representando así el 8.5%, de estos fallecieron 6 niños por diferentes causas. Al cierre del 2015 se produjo una disminución de partos prematuros con relación al año anterior representado por el 5.6%. (19)

En el municipio de Baraguá al cierre del 2015 hubo una disminución considerable de partos prematuros en comparación con años anteriores lo que representa un 2.5% y en el área de salud de Baraguá, la incidencia de partos prematuros también disminuyó lo que representa un 1.1%

Teniendo en cuenta que estas mujeres en edad fértil tengan un conocimiento adecuado sobre los factores de riesgo de Parto Pre término, nos permita que en la atención primaria de salud se detecten las formas incipientes de esta condición de etiología multifactorial.

En las últimas dos décadas se ha venido utilizando con mucha fuerza las intervenciones educativas para elevar y mejorar los conocimientos sobre diferentes temáticas, el tema Parto pretérmino no escapa a esta tendencia.

Problema Científico:

¿Cómo elevar el nivel de conocimientos sobre Parto Pretérmino en mujeres de edad fértil?

Hipótesis:

Si aplicamos un Programa de Intervención Educativa, estaremos elevando el nivel de conocimientos sobre el Parto Petérmino en la población de mujeres en edad fértil de la localidad.

OBJETIVOS

Objetivo General

Evaluar un programa de Intervención Educativa sobre los factores de riesgo más frecuentes asociados al parto prematuro del área de salud del municipio Baraguá en el Consultorio Médico de la Familia # 3.

Objetivos específicos.

1. Caracterizar a las mujeres en edad fértil atendiendo a algunas variables sociodemográficas:
 - Edad.
 - Nivel de escolaridad.
 - Hábito de Fumar.

2. Determinar el nivel de conocimientos sobre Parto Prematuro antes y después de aplicado el programa de intervención educativa según:
 - Conocimiento sobre el concepto de Parto Prematuro.
 - Conocimiento sobre los factores de riesgo.
 - Conocimiento acerca de las posibles complicaciones del Parto Prematuro.
 - Acciones preventivas para el diagnóstico precoz y tratamiento oportuno.

MARCO TEÓRICO

En el presente capítulo se pretende abordar sobre la clasificación, posible etiología, factores de riesgo que lo condicionan y antecedentes teóricos del parto prematuro, así como la repercusión social dadas las complicaciones que ocasiona sobre el recién nacido.

Los partos prematuros pueden ser clasificados en tres entidades clínicas: parto prematuro espontáneo con membranas integra (inicio espontáneo con contracciones) ocurre en un 50%, parto prematuro asociado a rotura prematura de membranas en un 30% (inicio del trabajo de parto luego de la rotura de membranas), y parto prematuro por indicación médica aproximadamente en el 30% de los casos (resulta de la interrupción médica prematura del embarazo por causa materna y/o fetal). En la Maternidad Sardá (2004) se encontró que el 26% eran partos provocados, el 32% ocurrió después de una rotura prematura de membranas y el 42% fueron idiopáticos (1, 16)

Está demostrado que a medida que se alarga el tiempo de gestación para la producción del parto, mejoran los indicadores de morbilidad y mortalidad sobre el recién nacido ya sean a corto y a largo plazo, según la edad de gestación en el que se produce, el parto prematuro se clasifica en: extremo cuando tiene 28 semanas o menos, éste período se caracteriza por un elevada mortalidad neonatal dado al bajo peso extremo del recién nacido y tiene una frecuencia del 7,0% , moderado entre 29 y 32 semanas que representa el 43% y el parto prematuro tardío que ocurre después de las 33 semanas de gestación constituyendo la edad de gestación de menos riesgo aún más si se aplicó medidas de maduración pulmonar fetal. (1, 3, 9, 16)

Atendiendo a su etiología se plantea es de origen multifactorial; teniendo en cuenta esto es de destacar que cerca del 30 al 50% no tienen causa que los justifique y se desarrollan espontáneamente. Entre los factores de riesgo epidemiológicamente relacionados a la aparición del parto prematuro espontáneo se destacan el nivel socioeconómico y el antecedente de parto prematuro previo que tiende además a

incrementarse a menor edad gestacional que en el anterior. El embarazo múltiple constituye un factor de riesgo y está relacionado al 30% de los partos prematuros. Otros factores de riesgo están representados por infecciones del tracto genital, ruptura de membranas prematura, hemorragia anteparto, distensión uterina, incompetencia cervical y anomalías uterinas congénitas (corresponden entre todas al 20–25% de casos); el restante (15–20%) corresponde a parto prematuro secundario a desórdenes hipertensivos del embarazo, restricción del crecimiento intrauterino, trauma y desórdenes médicos del embarazo. Todos estos se producen por la activación de uno o más de estos mecanismos: activación del eje hipotalámico-pituitaria-adrenal materno o fetal, Inflamación decidual y amniocoriónica, Hemorragia decidual. Distensión uterina patológica (embarazos múltiples y polihidramnios), cada uno de estos procesos ocurren a menudo, simultáneamente cada uno tiene una característica única bioquímica y biofísica con manifestaciones variables temporales y distintos perfiles epidemiológicos. (1, 3, 9, 16)

El parto prematuro ha sido una entidad a la que el obstetra, pediatra y médico general se han enfrentado durante años, grandes son los esfuerzos que se realizan en materia de investigación y asistencia para su disminución. A continuación, se abordarán los principales factores de riesgo que lo predisponen y acciones que se han llevado a cabo para su identificación.

El embarazo en cualquier edad constituye un hecho biopsicosocial muy importante, pero la adolescencia conlleva a una serie de situaciones que pueden atentar tanto contra la salud de la madre como la del hijo, y convertirse en un problema de salud, que no debe ser considerado solamente en términos del presente, sino del futuro, por las complicaciones que acarrea, el embarazo en la adolescencia eleva de 2 a 3 veces el riesgo de mortalidad, así lo describe Barón(2013) en su artículo, autores como Valenti (2004) quién plantea que la edad más frecuente con morbilidad perinatal es en las

adolescentes, Arias Macías (2001): encontró asociación entre la edad materna inferior a los 17 años y el parto prematuro, otros autores han encontrado una relación entre la edad materna superior a los 35 años y la incidencia del parto prematuro, así lo demuestra Kristell (2012) en su investigación donde queda demostrada la asociación de las edades avanzadas con factores que influyen para la aparición del parto prematuro. (10, 16, 17, 20, 21-24)

Estudios realizados, dan a conocer que más de la mitad de mujeres con parto prematuro presentan un nivel de escolaridad preuniversitario y solamente un pequeño porcentaje tuvo nivel escolar bajo, sin aparecer casos de analfabetismo. La literatura revisada plantea que a menor nivel de escolaridad de la madre mayor es la probabilidad de tener un recién nacido bajo peso.¹⁰ Otros trabajos plantean un 4,2 % de madres sin educación y un 29,4 % con educación primaria, sin pesquisar otros niveles de educación. (25)

El nacimiento y atención de los recién nacidos de bajo peso constituyen hoy día un reto para los perinatólogos. Obviamente, la sobrevida y la incidencia de complicaciones están íntimamente relacionadas con la edad gestacional y el peso al nacimiento, son relevantes los recién nacidos de bajo peso extremo, pues en ellos se verifica con mayor frecuencia el fracaso terapéutico. El peso al nacer es sin dudas el determinante más importante de las posibilidades de un recién nacido de tener un crecimiento y desarrollo satisfactorio; es por eso que el índice de bajo peso se considera un indicador general de salud, el uso prenatal de corticoides o el de surfactante pulmonar exógeno, contribuyen a mejorar la supervivencia y la calidad de vida de estos y a reducir la edad mínima de viabilidad. En investigación realizada por Bárcenas (2013) el peso de los recién nacidos se osciló entre los 2000 y los 2499 gramos. (6, 7, 26, 27)

El parto prematuro en gestantes con antecedentes de prematuridad oscila entre 17% y 40%, las embarazadas con un parto prematuro anterior tienen 2,5 veces más posibilidades de presentar un parto prematuro que las que no lo tienen. El antecedente de parto prematuro previo aumenta en 3 a 4 veces el riesgo de un nuevo parto

premature; y en el caso de dos partos prematuros previos, el riesgo posterior aumenta en 6 veces. (18, 28)

El aborto es también uno de los factores de riesgo asociados al parto prematuro se define como aquella entidad en la que la mujer tenga dos o más pérdidas del producto de la concepción ya sean espontáneas o provocadas, antes de las 22 semanas de la gestación, esto ocurre en índices muy altos, según expertos el elevado uso del aborto en la población femenina cubana como método de regulación de la fecundidad, hace insuficiente la percepción y en cuanto a las consecuencias negativas de este procedimiento sobre la salud en general, sexual y reproductiva en particular. El aborto aumenta el riesgo de la mayoría de las principales causas de parto prematuro, tales como rotura de la membrana, mala posición del feto o la placenta y parto prematuro espontáneo. Morgan Ortiz (2010) reveló en su estudio una alta asociación con el parto prematuro y el haber presentado otro parto prematuro previo, y que el antecedente de abortos previos tiene una alta significación y asociación con el parto prematuro. (32-35)

Durante los últimos años se ha retomado con gran interés el tema de la nutrición, aspecto esencial para la salud tanto para hacer efectiva la máxima que "prevenir es mejor que curar," como para combatir las enfermedades una vez desarrolladas éstas. En la gestante la mala nutrición por defecto de la madre antes de la concepción, es un estado desfavorable que produce un desequilibrio entre las necesidades y los aportes de energía y nutrientes al organismo que impiden el buen desarrollo de las funciones biológicas, de la misma forma las gestantes que sufren de anemia ferropénica presentan mayores posibilidades de tener nacimientos con retraso del crecimiento intrauterino, partos prematuros e incremento del riesgo de adquirir enfermedades infecciosas por parte del binomio materno fetal. Según Prendes Labrada (2001) las madres con talla menor de 150 cm tienen una tendencia elevada a tener hijos con peso inferior a 2500g agrega además que la desnutrición materna suele ser más común entre las madres menores de 20 años, muchas de las cuales no han completado aún su crecimiento y madurez nutricional y ginecológica (5, 33, 36-39)

La obesidad es un problema de salud grave que plantea un desafío significativo para la salud individual y pública estudios de casos y controles demuestran que en las mujeres primigestas ganan significativamente más peso al final del embarazo que las mujeres multigestas, y que en aquellas mujeres con sobrepeso u obesidad o con una ganancia de peso gestacional mayor a la recomendada tienen un mayor riesgo de presentar líquido amniótico anormal también las mujeres con sobrepeso previo al embarazo presentan mayor riesgo de evolución desfavorable del embarazo por el desarrollo de enfermedades como la hipertensión y la diabetes gestacional, Zonana-Nacach(2010) encontró que los bebés de madres obesas eran neonatos macrosómicos. (5, 40, 41)

La Organización Mundial de la Salud (OMS) considera que el tabaco es una de las primeras causas de enfermedad crónica y de muerte prevenible en el mundo, en la gestante, la exposición al tabaco es la causa prevenible más importante asociada con el retardo del crecimiento intrauterino (RCIU), el parto prematuro y el bajo peso al nacer se ha asociado, además, con muerte fetal intrauterina y con anomalías en la función placentaria. (42)

En su investigación Tolosa (2011) describe que el hábito de fumar, durante el embarazo presenta conexión con el parto prematuro, se conoce el papel nocivo del tabaco sobre la embarazada y el futuro bebé, cuando la mujer usuaria de drogas se encuentra embarazada, se genera una agresión al producto in útero, lo que en el ámbito del Síndrome del niño maltratado (SNM) o Maltrato infantil (MI) se designa como Abuso fetal, otras investigaciones también lo demuestran inclusive se evidencia que el 60,1% de las mujeres que fumaron durante el embarazo presentaron parto prematuro debido que el tabaco ejerce una acción directa sobre el feto, ya que se ha encontrado taquicardia fetal después que la gestante ha consumido algún cigarrillo, y que afecta la circulación placentaria, pues provoca vasoconstricción y aumento de estrés oxidativo disfunción endotelial. (38, 42-45)

El alcoholismo no constituye aún un problema muy serio de salud en Cuba, pero va en aumento, y se debe profundizar como enfermedad incurable y que debe evitarse, para evitar complicaciones. Durante el embarazo si se consume alcohol, existe la posibilidad que se produzcan deformaciones, lo que se conoce con el nombre de síndrome del feto alcohólico, por la alta solubilidad del alcohol y del acetaldehído, que permite su circulación libre en la sangre de la madre y del feto. Estudios demuestran que han presentado malos resultados perinatales las gestantes con alcoholismo (44, 46,47)

La hipertensión arterial (HTA) es una de las complicaciones médicas más frecuentes y graves que pueden ocurrir en el transcurso de la gestación., representa la primera causa de muerte materna en países desarrollados y la tercera en países en vías de desarrollo, siendo además una importante causa de restricción del crecimiento fetal, bajo peso al nacimiento, prematuridad y morbilidad neonatal. Además de que puede coexistir con otras enfermedades como la Diabetes Mellitus, y las cardiopatías. La hipertensión arterial complica del 1 al 5 % de todos los embarazos y favorece al aumento de incidencia de preclamsia cuya fisiopatología se caracteriza por un vaso espasmo arteriolar generalizado, el cual se traduce en isquemia e hipoxia en los tejidos afectados y posterior necrosis y sangrado, con un trastorno hipertensivo, su incidencia varía entre un 2% y 25% en diferentes partes del mundo y constituye además causa de parto prematuro por indicación médica. (48-51)

En su investigación Torres (2009) analizó el grado de paridad de las gestantes, el 68 % de los casos fueron multíparas hipertensas y desarrollaron partos prematuros. (52, 53)

Otros como Orizondo (2010) reportan que la pre eclampsia y la restricción del crecimiento intrauterino posiblemente se asocian debido a una alteración del flujo útero-placentario que se atribuye a un defecto en la invasión trofoblástica. (54)

La Diabetes Mellitus Gestacional (DMG), representa una de las condiciones médicas más comunes que complican el embarazo con repercusión no solo sobre la madre y el feto, sino también en el recién nacido, en su adolescencia y muy probablemente se extienda a la vida adulta, la diabetes gestacional concomita entre un 5 y 10% con las cardiopatías y que ambas son incidentes en el parto prematuro, según se plantea en su estudio hecho en la universidad de Medellín, Colombia. Sanabria (2012) demostró en su investigación que de un 26.3% de gestantes eran diabéticas y que de estas un 22.5% presentó parto prematuro, lo cual es un alto índice. Por otra parte, en un trabajo hecho en el policlínico Héroes del Moncada en el municipio de Santiago de Cuba, Jorna (2012) encontró que de las enfermedades más frecuente, surgiendo a partir de esta hipertensión e infecciones urinarias. (55-57)

A pesar de los grandes adelantos en el conocimiento y tratamiento del asma bronquial, sus causas y mecanismos básicos, las tasas de morbilidad aumentan de forma directamente proporcional a los avances científicos alcanzados y frente a la multitud de nuevas modalidades terapéuticas. Se plantea que el asma bronquial puede complicar el embarazo en un 4 % y ocasiona trastornos en la oxigenación materno-fetal cuando no se controla adecuadamente, estudios demuestran que la enfermedad empeora en el 37 % de las embarazadas, mejora en un 29 % y sigue igual en un 37 %, y es más frecuente en el segundo trimestre e inicio del tercero y casi no se produce en las últimas cuatro semanas del embarazo y trabajo de parto. El control del asma antes y durante el embarazo es importante para una buena salud materno-fetal, ya que cuando se logran evitar episodios graves las pacientes embarazadas suelen tener embarazos normales y niños saludables, López (2012) y sus colaboradores en su investigación demostraron una relación de esta enfermedad con el parto prematuro y el bajo peso al nacer. (33, 58-60)

El embarazo afecta el sistema cardiovascular materno, y las cardiopatías pueden afectar a la madre embarazada y al feto. Cardiopatía es toda afección del corazón, que pueda ser congénita o adquirida, compatible o incompatible con la vida y su gravedad se pone de manifiesto cuando se trata de una gestante. Complican entre el 0,2 % y el 3 % de los

embarazos y son causa importante de mortalidad materna y de parto prematuro entre otras complicaciones. Según Toirac (2013) las adaptaciones funcionales del aparato cardiovascular en la preñez, el parto y el puerperio son extremadamente complejas: 18-20 y 28-32 semanas, el parto y el puerperio inmediato; tiempo último donde se produce una reversión hemodinámica brusca, que aumenta el gasto cardíaco en 60-80 %. Estos momentos de sobrecarga orgánica pueden ser, de hecho, difíciles de tolerar por la cardiópata, de tal manera que causan 25 % de las muertes maternas indirectas y se admiten como su primera condición causal. (4, 61-63)

La neumonía es una infección poco frecuente en la mujer embarazada aunque potencialmente fatal. Su epidemiología, etiología y aspectos diagnósticos y terapéuticos han sido poco estudiados Las consecuencias de la neumonía sobre el feto pueden ser un menor peso al nacimiento y un trabajo de parto prematuro, presentando además otras complicaciones con forma aguda y con signos y síntomas que recuerdan los cambios propios de la gestación y por lo tanto pueden pasar inadvertidos, existiendo en muchos casos un retraso diagnóstico excesivo, La incidencia de neumonía durante el embarazo es variable y oscila entre 1 por cada 2,288 partos a 1 por cada 367 partos (0,04% y 0,2% respectivamente (64-67)

Se ha demostrado que la asociación de infecciones vaginales y urinarias tiene un alto porcentaje en el parto prematuro, varios microorganismos afectan a las gestantes, estos gérmenes pueden producir una respuesta inflamatoria, proteasas, elastasas, mucinasas y colagenasas que pueden destruir o debilitar las membranas fetales, así como un aumento del ácido araquidónico y las prostaglandinas. Arnold Rodríguez (2014) en su estudio sobre las infecciones maternas durante el embarazo plantea que frecuentemente culminan en trabajo de parto antes de término, nacimientos espontáneos antes de término, lo que frecuentemente va acompañado con productos de bajo peso al nacer. La cervicovaginitis y la infección de vías urinarias son factores que pueden asociarse a ruptura prematura de membranas, López Villegas (2010) y sus colaboradores describieron que las infecciones vaginales en las gestantes tienen una frecuencia del 30,8% con un predominio de las vaginosis bacteriana y las candidiasis, además se han

encontrado relación entre las infecciones vaginales y el parto prematuro. (25, 28, 36, 69-73)

La infección del tracto urinario es un proceso inflamatorio determinado por la invasión y multiplicación de cualquier microorganismo, desde la uretra hasta el riñón, este proceso puede influir de forma negativa en la evolución de la gestación por varios mecanismos. Está demostrado que en la infección urinaria sintomática o no, existe un incremento de la incidencia de amenaza de parto prematuro. El paso del germen o sus toxinas al compartimento fetal, o la repercusión materna del proceso infeccioso, sobre todo cuando hay afectación secundaria hepática, pulmonar, cuadro séptico generalizado o shock séptico, todo ello actúa negativamente sobre el desarrollo del embarazo. Arango (2010) demuestra en su investigación que la bacteriuria como resultado de la infección urinaria y la infección cervicovaginal, tienen un elevado índice de parto prematuro. (28, 33, 36, 44, 69-73)

El embarazo múltiple es cuando coexisten dos o más fetos y su complicación es cuatro veces más que el de un embarazo simple, ocurre aproximadamente en el 1,5% del total de los embarazos y en el 60% de ellos el parto se produce de forma prematura, un aumento en su incidencia se ha debido a los tratamientos de reproducción asistida. Con el adelanto tecnológico y la introducción de la ultrasonografía en la obstetricia hace posible el mejoramiento de los resultados perinatales del embarazo gemelar. Estudios revelan que el riesgo de parto prematuro se encuentra 5,4 veces más en el embarazo múltiple y presentan complicaciones maternas y neonatales. (74-78)

Polihidramnios es el exceso de líquido en el saco amniótico, el saco amniótico es la “bolsa de agua” que está dentro del vientre y que protege al feto. El líquido amniótico elevado puede indicar un problema y constituye causa de parto prematuro dado a un aumento en la distensión uterina que desencadena el mecanismo de activación del parto. El 60% es de etiología idiopática pero también se le atribuyen causas maternas, fetales y placentarias complica al 1,3% de los embarazos y generalmente se asocia a la diabetes

Mellitus gestacional, el embarazo múltiple y las anomalías congénitas, aumenta el riesgo de parto prematuro, ruptura de las membranas ovulares y desprendimiento de placenta normalmente insertada. El Oligohidramnios se traduce en una disminución en el volumen del líquido amniótico por debajo de los 500ml entre las 32 y 36 semanas, complica el 1.5% de los embarazos, entre sus principales causas se encuentran las malformaciones renales del feto, intoxicación por nicotina, restricción del crecimiento intrauterino, ruptura de las membranas ovulares y un 5% de etiología idiopática. Constituye una causa de interrupción del parto prematuramente por indicación médica. (74, 79-82)

Las malformaciones uterinas, conocidas ya desde hace más de trescientos años, son importantes en la vida de la mujer como origen de alteraciones menstruales, infertilidad (aborto, parto prematuro) y esterilidad con sus manifestaciones clínicas y complicaciones, así como por su asociación a otras malformaciones del aparato genito-urinario. El motivo principal de los fracasos de la gestación en estas malformaciones se entendió inicialmente como simple defecto de distensión uterina por su alteración morfológica y estructural. Las malformaciones uterinas con una prevalencia de un 2% en la población general, de estas pacientes sólo un 25% presentan problemas reproductivos, sin embargo, en el grupo de mujeres con abortos recurrentes la frecuencia de anomalías uterinas sube al 25-30% en series recientes, lo cual la convierte en una patología importante a considerar en el estudio completo de infertilidad. Además, debe considerarse que cada tipo de malformación uterina tiene diverso resultado reproductivo y en consecuencia un enfoque terapéutico diferente, lo cual explica la importancia de contar con técnicas diagnósticas que nos otorguen una caracterización precisa de la malformación. Dentro de las enfermedades del útero se presentan la insuficiencia cervical que se define como la pérdida de integridad funcional o estructural del mecanismo esfinteriano del orificio cervical interno, que se traduce por borramiento y dilatación del cérvix sin actividad uterina que lo genere provocando parto prematuro, la incompetencia ístmico-cervical, cuya etiología puede ser congénita, traumática, o funcional, puede

producir abortos tardíos o partos inmaduros y en ocasiones está asociada a malformaciones congénitas del útero, Cruz Laguna (2008) en su investigación encontró un índice de prematuridad de 4,7% en gestantes con modificaciones cervicales después de aplicado un test de puntuación. (82-85)

La placenta previa es una gestorragia de la segunda mitad de la gestación que más complica la práctica obstétrica diaria contribuyendo al incremento de la mortalidad perinatal al indicador de bajo peso y el consecuente daño en los productos que logran supervivencia. Dada su cercanía con respecto al orificio cervical interno en embarazos de más de 20 semanas se clasifica en dos formas clínicas, previa propiamente dicha cuando cubre total o parcialmente el orificio cervical interno o marginal cuando se encuentra a 3cm de él sin cubrirlo, la placenta previa tiene una incidencia de 1 por cada 200 a 390 embarazos y aumenta la mortalidad perinatal 3 a 4 veces fundamentalmente por parto prematuro indicado por las complicaciones que genera, el desprendimiento de la placenta hace que se produzca una hemorragia en la decidua relacionado por la producción de trombina que estimulan la producción de proteasas capaces de madurar el cuello uterino y provocar ruptura de las membranas prematuramente, con el desarrollo de la ultrasonografía ha dado la posibilidad de establecer un diagnóstico prenatal de la enfermedad con la toma de decisiones terapéuticas preventivas antes de la aparición de las complicaciones. En Cuba a la embarazada con diagnóstico de placenta previa se ingresa en el hogar materno a partir de la semana 22 de gestación, siempre que no sea oclusiva y que no haya presentado sangramiento las que serán ingresadas en un servicio de obstetricia y perinatología con el objetivo de la toma de decisiones adecuadas en protección de la gestante y su hijo. Rodríguez Cutiño (2013) y colaboradores encontraron una relación significativa entre la placenta previa y el parto prematuro (2, 4,70, 74, 86)

La pre eclampsia es una enfermedad que puede afectar a mujeres después de la semana 20 de embarazo, que se caracteriza por presión arterial sistólica igual o superior a 140 o

diastólica igual o mayor de 90 mmHg y por proteinuria (presencia de proteínas en orina superior a 300 mg/24 horas o 30mg/dl en cualquier muestra), con o sin edema. Esta enfermedad es un trastorno multisistémico de etiología desconocida, que constituye una de las causas más importantes de morbilidad materna y perinatal en el mundo junto con la hemorragia y la infección forma una tríada letal. La evidencia actual sugiere que su fisiopatología está relacionada con un desequilibrio entre las proteínas angiogénicas y antiangiogénicas que se desencadena desde el inicio del embarazo, afecta entre el 2 y el 7 % de los embarazos en nulíparas sanas; ella condiciona el bajo peso al nacer y un incremento de muertes perinatales, por otra parte, en países donde los controles prenatales no tienen un adecuado seguimiento, la preclamsia-eclampsia representa entre el 40-80 % de las muertes maternas. (9, 48, 51, 53, 74)

El término restricción de crecimiento intrauterino (RCIU) es un proceso que afecta el crecimiento normal del feto que lo da como resultado un recién nacido cuyo crecimiento es menor que su potencial de crecimiento inherente, por debajo del 10 percentil para la edad gestacional dada, su frecuencia en el mundo es de 10% en la población general, su incidencia varía de acuerdo a la edad gestacional: un 5% en el embarazo a término; 1,5% en el postérmino y 1% en el pretérmino. Estudio realizado en el 2011 en Villa Clara demostró una incidencia de 2,7% en los años de estudio. (74, 87-89)

El nacimiento de niños prematuros y bajos pesos traen consecuencias desde el punto de vista social que no solo implican por su importancia para la morbilidad y la mortalidad infantil, sino que estos niños, por lo general, presentarán en lo adelante múltiples problemas, tanto en el período perinatal como en la niñez, la adolescencia y aún en la edad adulta a los supervivientes a menudo les ocurren discapacidades neurológicas: trastornos del lenguaje y aprendizaje, alteraciones visuales y auditivas, retraso mental y parálisis cerebral. (44, 90,91)

En las familias, a los costos socioeconómicos se suma el imponderable costo emocional. Se calcula que entre el 13 y el 24 % padecen trastornos neurológicos y entre el 6 y el 13 % déficit intelectual; repercutiendo en la adaptación social y calidad de vida. (92, 93)

Los recién nacidos extremadamente prematuros requieren la atención de personal altamente calificado y el uso de tecnología sofisticada, a menudo durante periodos largos. Además, se espera que los costos continúen elevándose debido a la disponibilidad de nuevas tecnologías diagnósticas y terapéuticas. (91)

Se plantea, que más de la mitad de los costos hospitalarios directos están relacionados con los cuidados de los recién nacidos con bajo peso cuya causa fundamental se produce por el parto prematuro. El estado cubano invierte cuantiosas sumas en la modernización de las salas de cuidados de estos niños, y en la preparación y especialización del personal que se encarga directamente de lograr la preservación de sus vidas. (94)

Se define la intervención educativa como:

“una labor que contribuye a dar soluciones a determinados problemas y a prevenir que aparezcan otros, al mismo tiempo que supone colaborar con los centros o instituciones, con fines educativos y/o sociales, para que la enseñanza o las actuaciones que desde ellos se generan estén cada vez más adaptadas a las necesidades reales de las personas y de la sociedad en general”. (27)

Objetivos de la intervención

La intervención psicoeducativa, se define como una ciencia social, cuyo ámbito de competencia se refiere a variables sociales y nunca a variables biológicas. Las variables objeto de la intervención, por tanto, serían las que deben tomarse como criterio último para observar el cambio producido, y están referidas tanto al ámbito puramente individual

como a los ambientes o contextos. Las acciones se suelen dirigir a completar la intervención básica (educativa y social), innovar esa intervención y optimizar recursos.

Contenido de la intervención

Constituye la esencia de la intervención y viene condicionado por los objetivos, los que a su vez vienen dados por el análisis de necesidades.

Es importante que se parta de la conciencia de necesidad de cambio. Para ello se debe analizar la actual forma de actuación y lograr que los implicados en ellas se conciencien de la posibilidad de mejora de las mismas. Está demostrado que las personas no cambian sus pautas de actuación, y menos aceptan sugerencias sobre otras nuevas, si no son conscientes de la inadecuación de las mismas. ^(28 -32)

Contexto de desarrollo

Se identifican dos tipos de escenarios:

- Contexto artificial: la intervención se realiza en lugares especiales preparados para tal fin.
- Contexto natural: la intervención se desarrolla en los espacios donde se sitúan los individuos o los grupos a los que va destinada la intervención. Eudoro y colaboradores en una investigación realizada con el residentes y especialistas en Medicina General Integral de Venezuela, formados en Cuba, en los estados: Amazonas, Apure, Anzoátegui, Barinas, Bolívar, Carabobo, Cojedes, Delta Amacuro, Guárico, Miranda, Nueva Esparta, Táchira, Zulia, donde los médicos seleccionados están ubicados en zonas fronterizas, comunidades indígenas, zonas de difícil acceso pertenecientes al Batallón 51 del ejército de Venezuela en este contexto se obtuvieron resultados que demuestra la utilidad de los procesos de intervención en la elevación del nivel de conocimientos, donde el 12% de los médicos generales tenían un nivel de conocimientos adecuados antes de la

intervención y después de la misma el nivel de conocimientos se elevó en un 91.8%.

Siempre, debe adquirir una especial relevancia la representatividad ecológica de los diseños, aunque estos se desarrollen en una situación artificial. ⁽³³⁾

Destinatarios de la intervención

A pesar de que se ha aceptado que una acción individualizada supone también una forma de intervención, se defiende la intervención colectiva frente a tratamientos exclusivamente individuales. La intervención, por tanto, ha de requerir un marco comunitario amplio de acción, entendiendo que las acciones puntuales en situaciones artificiales no pueden formar parte del ámbito estricto de la intervención, sin embargo, sí se considera intervención a los asesoramientos individuales, siempre que estén insertados en un proyecto de intervención más amplio.

Se pueden identificar los siguientes niveles de actuación:

- El nivel individual, entendido como tratamiento individualizado.
- El nivel de pequeño grupo, referido a la actuación en un conjunto de individuos situados dentro o fuera de una organización.
- El nivel de acción de amplio espectro, dirigido a instituciones, comunidad, macro contextos, cultura, etcétera. ⁽²⁶⁾

Funciones de la intervención

Se pueden contemplar cuatro funciones:

- Terapéutica: desarrolla actividades de tipo correctivo ya que pretende dar soluciones a determinados problemas que ya se han manifestado.
- Preventiva: está dirigida a evitar la aparición de dificultades. Se trabaja, por tanto, en la detección precoz de los problemas para diseñar la ayuda necesaria. Este planteamiento se basa, entre otros aspectos, en el menor coste en recursos humanos y económicos de los programas preventivos frente a los programas de intervención en la crisis. Conlleva conocer los factores de riesgo mediante análisis previos. Estos análisis pueden estar insertos también en el diagnóstico de necesidades.
- Desarrollo: no pretende cubrir déficit ni evitar una previsible aparición de los mismos. Se trata de una concepción de la intervención a la que subyace un enfoque “no problemático”, que pretende promover el crecimiento y la madurez individual y social.
- Intervención Social: desde esta perspectiva se toma el contexto, no solo como posible causa o como fuente y origen de los hechos, sino, como medio en el que el profesional promueve directa o indirectamente cambios, hasta el punto de ser ‘instrumento - agente de cambio social.’⁽³⁴⁾

En general, se suele defender el carácter preventivo frente al mero tratamiento. La función preventiva es un concepto estrechamente relacionado a la intervención, hasta tal punto que se puede decir que uno justifica al otro, y muchos autores identifican como única función de la intervención la prevención. Sin embargo, actualmente, se concibe y defiende que la intervención no sólo debe dirigirse a reducir el riesgo futuro sino también a optimizar o mejorar todos los ámbitos personales susceptibles de mejora (función de desarrollo), y a no percibir solo los déficit en los individuos que los padecen sino en los contextos que los provocan intervención social.^(35,36)

Agentes de la intervención

Dependiendo de los distintos modelos de intervención adoptados, podemos encontrar dos tipos de agentes de la intervención:

- Entre profesionales.
- Para profesionales (colaboradores del profesional), como la investigación realizada en el contexto de la Ciudad de la Habana trabajando con profesionales de las ciencias médicas de todas las policlínicas del municipio 10 de octubre de la Dra. Ochandategui Camejo, que expresa resultados que avalan la efectividad de las intervenciones educativas cuando al inicio de su estudio el 85% de los profesionales tenían un nivel de conocimientos insuficientes y luego de haber realizado la intervención el mismo se elevó al 95%.⁽³⁷⁾

El modelo más defendido es el que plantea una acción mediadora y colaborativa entre profesionales directos de la intervención y participantes colaboradores que median en el proceso. La intervención llevada a cabo por un profesional, que se desplaza al lugar de la intervención y desarrolla todo el proceso, posee un corte clínico que ha demostrado ser poco eficaz en el contexto de la intervención social.

Desde los modelos mediadores, no es el profesional quien lleva el peso de la intervención directa, sino son estos para profesionales o colaboradores, insertados en los ambientes concretos, quienes llevan a cabo el programa de intervención con destinatarios de la misma. Este tipo de intervención ha resultado ser más didáctica y más efectiva a largo plazo. Conlleva unanimidad en la valoración del papel de la intervención, y debe ser pactada y desarrollada en torno a parámetros de participación, corresponsabilidad y cooperación. Los participantes son los que diseñan la intervención, no especialistas externos. A partir de este modelo podemos encontrar dos tipos de agentes:

- Internos (forman parte de la institución desde donde se instaura el programa).
- Externos (colaboran con el proyecto, desde fuera).⁽³⁸⁾

Cuando ambos profesionales colaboran entre sí en un mismo programa de intervención se configura una situación mixta. Un trabajo realizado por la Dra. C. Ana Teresa Fariñas Reinoso de la escuela Nacional de Salud Pública arroja resultados significativos ya que sitúa a los médicos que laboran en contextos de América Latina con necesidades de aprendizaje con niveles bajos 88.6% de conocimientos sobre salud y desastres y luego de haber aplicado un programa de intervención educativa el nivel de conocimientos se elevó a un 92.5 %. Estas modalidades de trabajo están cobrando mucho auge en los últimos años, no solo con fines propios de intervención sino también de investigación, constituyendo toda una línea de trabajo identificada con el término de investigación cooperativa.

Para garantizar un mayor éxito en la intervención es necesario la implicación de las personas que van a formar parte del programa, tanto en la elección como en la planificación, puesta en práctica y evaluación, para que sea concebido como una tarea de equipo. Son las distintas personas implicadas en la tarea de intervención las que deben dar respuesta a las necesidades y, por tanto, las que deben tener la motivación suficiente para llevar a cabo las acciones requeridas, esto se consigue más fácilmente si estas personas participan en las decisiones que afectan a las distintas fases de desarrollo del programa. Si se les presenta como un programa concebido y planificado desde fuera, lo verán como algo ajeno a ellos, lo que puede dar lugar a que no se impliquen en el grado necesario. ^(39,40)

Carácter científico de la intervención

La intervención debe relacionarse con la investigación, de modo que permita guiar el proceso de intervención, observar la eficacia de la intervención, valorar el cambio producido e, incluso, validar principios teóricos sobre los que se sustentan los procesos de intervención. Para ello se requiere una sistematización de la intervención, tanto en el diseño como en el desarrollo de la misma, a la vez que una evaluación de los distintos momentos del proceso. Al inicio, como diagnóstico; durante el desarrollo de la misma para corregir y mejorar objetivos y procedimientos; y tras su finalización, con el objetivo de valorar los cambios.

MATERIAL Y MÉTODO

Se realizó una investigación pre-experimental con pre-prueba y post-prueba en mujeres en edad fértil del Consultorio Médico de Familia No. 3 del Policlínico de Baraguá en el período comprendido de junio del 2015 hasta julio del 2016, con el objetivo de implementar una intervención educativa para elevar el nivel de conocimientos sobre cómo prevenir el Parto Prematuro. El universo de estudio quedó constituido por todas las mujeres en edad fértil del Consultorio Médico de Familia No. 3 del Policlínico de Baraguá (45), a las cuales se les aplicaron los siguientes criterios.

Criterios de inclusión para el estudio:

- Que tengan entre 15 y 49 años de edad.
- Que acepten participar en la investigación.

Criterio de exclusión para el estudio:

- Las que se trasladaron del área durante el estudio.
- Las que presentan algún trastorno de orden psiquiátrico (retraso mental moderado o severo)

Criterios de salida:

- Las que no alcancen el 80 % de asistencia a las sesiones de trabajo.
- Abandono por decisión propia
- Que se encuentren fuera del área de salud en el momento del estudio

Pasos de la intervención:

- **Etapas Diagnóstica.** En este punto se obtuvieron los datos primarios a partir de un cuestionario elaborado por la autora y validado por criterio de expertos previo consentimiento informado (anexo 1) teniendo en cuenta elementos identificados en las siguientes fases:
- Fase 1. Incremento de los casos de Parto Pretermino en el municipio.
- Fase 2. Dificultades en el diagnóstico precoz y tratamiento oportuno teniendo en cuenta que el objetivo fundamental de la APS lo constituye las acciones de prevención y promoción de salud.

En estas fases se identificaron problemas que atentaban contra la detección de los riesgos por parte de la población masculina, se aplicó el instrumento (anexo 2) para conocer el nivel de conocimiento de dicha población sobre aspectos relacionados con la enfermedad.

Los conocimientos impartidos sobre Parto Pretermino se describen a continuación por temas:

- 1) Concepto y factores de riesgo.
- 2) Sintomatología.
- 3) Complicaciones
- 4) Posibles tratamientos
- 5) Medidas Preventivas.

OPERACIONALIZACIÓN DE LAS VARIABLES

VARIABLES	TIPO	OPERACIONALIZACIÓN		INDICADOR
		DESCRIPCIÓN	ESCALA	
Edad	Cuantitativa continua	Años de vida registrados según fecha de nacimiento por carnet de identidad	-De 15-28 -De 29-40 -De 41-49	Número y porcentaje según grupo de pertenencia
Nivel de escolaridad	Cualitativa ordinal	Según el último grado vencido.	-Primaria -Secundaria -Preuniversitario -Universitario	Número y porcentaje según grupo de pertenencia
Hábito de fumar.	Cualitativa nominal dicotómica	Inhalación de gases y vapores de hidrocarburos generados por la lenta combustión del tabaco de los cigarrillos. El hábito está parcialmente producido por el efecto que ejerce la nicotina contenida en el humo sobre el sistema nervioso central. Además de la nicotina, se han identificado alrededor de otros 1.000 agentes químicos en el humo del cigarrillo.	-Si -No	Número y porcentaje según grupo de pertenencia

Conocimiento sobre el concepto de Parto Prematuro.	Cualitativa nominal dicotómica	Explica que lo que conoce No puede explicar o lo realiza de forma incorrecta.	-Adecuado - Inadecuado	Número y porcentaje según grupo de pertenencia
Conocimiento sobre los factores de riesgo	Cualitativa nominal dicotómica	Marca 3 de 4 Factores de riesgo Marca 2 o menos	-Adecuado -Inadecuado	Número y porcentaje según grupo de pertenencia
Conocimiento acerca de las posibles complicaciones del Parto Prematuro.	Cualitativa nominal dicotómica	. Marca 2 de 3 complicaciones Marca 1 o ninguna	-Adecuado -Inadecuado	Número y porcentaje según grupo de pertenencia
Acciones preventivas para el diagnóstico precoz y tratamiento oportuno.	Cualitativa nominal dicotómica	Marca 2 de 3 posibles acciones Marca 1 o ninguna	-Adecuado -Inadecuado	Número y porcentaje según grupo de pertenencia

Etapas de Intervención: En esta fase se aplicó la intervención educativa como se diseñó en el programa (anexo 3), procurando un enfoque práctico-situacional en el que las personas generen conocimientos, el mismo fue creado por el autor y validado por criterios de expertos. El programa educativo consto de 5 temas que serán impartidos en 10 sesiones: 5 conferencias y 5 clases prácticas; con una frecuencia semanal, y por espacio de 9 semanas, a dos subgrupos uno compuesto por 7 y el otro por 10.

- **Etapas de Evaluación:** Se evaluó el nivel de conocimiento de las mujeres en edad fértil aplicando el mismo cuestionario (anexo 2) 15 días después de la última sesión de la intervención teniendo en cuenta las mismas categorías de evaluación.

Se evaluó cada tema por preguntas y se hizo una evaluación global del cuestionario teniendo en cuenta la escala descrita a continuación:

Escala evaluación del nivel de conocimientos por temas.

Adecuado: Si obtuvo calificación de excelente o bien en preguntas de la 6 a la 9.

Inadecuado: Si obtuvo calificación de excelente o bien en 5 preguntas o menos de las preguntas.

Escala de evaluación del nivel de conocimientos del cuestionario en general

Adecuado: Si responde con calificación de excelente o bien entre el 90 y el 100% de las preguntas del cuestionario.

Inadecuado: Si responde con calificación de excelente o bien menos del 80% de las preguntas del cuestionario. **Los métodos aplicados durante la investigación fueron:**

- **Análisis histórico lógico:** se selecciona con el objetivo de poder estudiar la trayectoria real de los fenómenos y acontecimientos en el cursar de su historia, por lo que se emplea en indagar sobre los factores epidemiológicos del parto pre término.
- **Análisis síntesis:** Permite penetrar en lo fundamental de lo observado, separar lo esencial de lo secundario, determinar lo importante a partir de la bibliografía revisada y extraer lo necesario para la solución del problema.
- **Inducción – deducción:** Se establecieron generalizaciones que confirman empíricamente la hipótesis.
- **Hipotético – deductivo:** deduce una hipótesis como respuesta al problema.

Entre los métodos empíricos tenemos:

- **La observación:** mediante la misma se conoce la realidad del proceso por el que se requiere diagnóstico precoz y tratamiento oportuno.
- **Revisión documental:** permitió hacer un estudio de las tendencias mundiales, de Cuba y del municipio de Baraguá en cuanto al comportamiento del Parto pre término, la importancia de su diagnóstico precoz y tratamiento oportuno.

Se utilizaron diferentes técnicas como:

- **El instrumento de recolección de la información:** dada sus características de búsqueda de información rápida y económica se aplicó a la población para identificar el nivel de conocimientos que tienen los mismos acerca del diagnóstico precoz Parto pre término.
- **Procesamiento estadístico:** Toda la información recopilada se llevó a una base de datos confeccionada en el programa SPSS versión 13.0 para Windows para su procesamiento. Fue resumida en frecuencias absolutas y porcentajes, y para comparar las mediciones efectuadas en dos momentos diferentes, antes y después de la intervención cuando se tiene dos muestras pareadas y se clasifican los individuos según las dos categorías de una variable cualitativa dicotómica, se utilizó la distribución binomial, como las frecuencias esperadas son menores que cinco con una significación del 5% ya que la prueba de McNemar (anexo 4) el estadígrafo es X^2 y se utiliza cuando más del 20% de las frecuencias esperadas es mayor que cinco.

ASPECTOS ÉTICOS

Se llevó a cabo un proceso de negociación con la población explicando detalladamente en qué consistía la investigación, demostrando en cada momento la importancia de su colaboración y veracidad al responder el cuestionario, así como la posibilidad de aportar cualquier elemento que resultara provechoso para corroborar los resultados, respetando su autonomía, dejando explícito el derecho a no participar en la investigación y el anonimato, así como a abandonar el estudio cuando lo estimase conveniente y por último estar de acuerdo con que los resultados de esta investigación puedan ser publicados.

ANÁLISIS Y DISCUSIÓN DE LOS RESULTADOS

Título: Intervención Educativa sobre Parto Pre término en mujeres en edad fértil en el área de salud de Baraguá.

Tabla # 1: Distribución de la muestra según edad.

EDAD	Nº	%
15– 28	16	40
29 - 40	13	32.5
41 -49	11	27.5
TOTAL	40	100

Fuente. Cuestionario

En la investigación la muestra está conformada en su mayoría por pacientes entre 15 y 28 años lo que representa un 40% del total y en menor grado los grupos de 29 a 40 con un 32.5%, siguiéndole el grupo de 41 a 49 con un 27.5% del total de la muestra.

TABLA# 2: Distribución de la muestra según el nivel de escolaridad.

NIVEL DE ESCOLARIDAD DE LA MUESTRA	No. DE CASOS	%
Primaria	10	25
Secundaria	20	50
Preuniversitario	8	13.3
Universitario	2	5
TOTAL	40	100

En la tabla anterior se muestra el nivel de escolaridad del grupo en estudio, representando el mayor índice los individuos que culminaron sus estudios del nivel medio lo que corresponde un 50% del total, mientras que el menor porcentaje corresponde a los que solo alcanzaron el nivel universitario representando un 5%.

TABLA #3: Distribución de la muestra según el hábito de fumar.

HÁBITO DE FUMAR		
	No	%
Si	25	62.5
No	15	37.5
TOTAL	40	100

En la tabla 3 se evidencia la tendencia de la población a un aumento en el hábito de fumar que condiciona un aumento a los factores de riesgo de Parto Prematuro, con un total de 25 personas fumadoras para un 62.5%.

TABLA#4: Distribución de la muestra acerca del concepto de Parto Pretermino.

CONOCIMIENTOS ACERCA DEL CONCEPTO DE PARTO PRETERMINO	ANTES		DESPUÉS	
	No	%	No	%
Adecuado	9	23	37	93
Inadecuado	31	77	3	7
TOTAL	40	100	40	100

Distribución binomial Significación exacta (bilateral) $p = 0,000$

La tabla 4 muestra el nivel de conocimiento que posee la población sobre el tema demostrándose que 77% de la muestra desconoce sobre el tema y el 23% responde de forma adecuada. Después de realizada la intervención educativa el número de mujeres con conocimientos adecuado se elevó a 37 para un 93% y solo un 7% del total se mantuvo con conocimientos inadecuados. Con una confiabilidad del 95% podemos asegurar que existe diferencia estadísticamente significativa en la proporción de población con conocimientos sobre Parto Pretermino antes y después de la intervención. Este resultado coincide con un estudio realizado en el contexto de Ciudad de la Habana trabajando con profesionales de las Ciencias Médicas del Hospital Maternidad Obrera del municipio Marianao, la Dra. María Caridad Urruti, que expresa resultados que avalan la efectividad de las intervenciones educativas cuando al inicio de su estudio el 85% de los profesionales tenían un nivel de conocimientos insuficientes y luego de haber realizado la intervención el mismo se elevó al 95%.⁽³⁶⁾

TABLA #5: Distribución de la muestra según los factores de riesgo.

CONOCIMIENTOS SOBRE LOS FACTORES DE RIESGO	ANTES		DESPUÉS	
	<i>No</i>	<i>%</i>	<i>No</i>	<i>%</i>
Adecuados	9	23	37	93
Inadecuados	31	77	3	7
TOTAL	40	100	40	100

Significación asintótica. Corregido por continuidad $p=0,000$

En la tabla 5 presentamos los conocimientos que tienen los encuestados sobre los factores de riesgo. Se obtuvo significación estadística debido a que después de la intervención se logró modificar en gran medida la percepción que tenían, ya que el 93 % de las encuestadas modificó sus conocimientos con respecto a lo que constituían grupos de riesgo ya que antes de aplicar la intervención educativa solo el 23% de las encuestadas presentaban claras definiciones respecto a este tema. Resulta significativo el incremento del nivel de conocimientos después de la intervención. Coincidiendo con los obtenidos por el Dr. Marcos Páez Terry en su estudio Intervención Educativa sobre Parto Pretermino, donde el 4% de la población en estudio tenía un nivel de conocimientos insuficientes sobre la temática antes de la intervención, después de la misma este se elevó a un 82.8%.

Tabla#6: Distribución de la muestra sobre las posibles complicaciones que puedan aparecer.

CONOCIMIENTOS SOBRE LAS POSIBLES COMPLICACIONES QUE PUEDAN APARECER	ANTES		DESPUÉS	
	No	%	No	%
Adecuados	1	3	35	88
Inadecuados	39	97	5	12
TOTAL	40	100	40	100

Significación asintótica. Corregido por continuidad $p=0,000$

La tabla nos presenta que antes de realizar la intervención educativa solo el 3% de las mujeres encuestadas tenían una percepción clara de las posibles complicaciones que pueden aparecer con un diagnóstico tardío del tema al terminar la intervención logramos modificar en un 88% los conocimientos del grupo encuestado. Este resultado nos demuestra la alta efectividad del programa de intervención educativa ya que existe una confiabilidad del 95% por tanto podemos asegurar que existe diferencia estadísticamente significativa en la proporción de población con nivel de conocimientos antes y después de la intervención sobre Parto Pretermino.

TABLA #7: Distribución de la muestra sobre conocimientos de las acciones preventivas para el diagnóstico precoz y tratamiento oportuno

CONOCIMIENTOS SOBRE LAS ACCIONES PREVENTIVAS PARA EL DIAGNOSTICO PRECOZ Y TRATAMIENTO OPORTUNO	ANTES		DESPUÉS	
	No	%	No	%
Adecuados	4	10	30	75
Inadecuados	36	90	10	25
TOTAL	40	100	40	100

Significación asintótica. Corregido por continuidad $p=0,000$

En la tabla 7 se demuestra como después de realizar la intervención educativa se logró elevar a un 75% el nivel de conocimientos del grupo encuestado en cuanto a las acciones preventivas para el diagnóstico precoz y tratamiento oportuno. Un trabajo realizado por la Dra. Patricia Mercedes Aranda de la escuela Nacional de Ciencias Médicas de Matanzas arroja resultados significativos ya que sitúa a los médicos que laboran en contextos de América Latina con necesidades de aprendizaje con niveles bajos 88.6% de conocimientos sobre pediatría y luego de haber aplicado un programa de intervención educativa el nivel de conocimientos se elevó a un 92.5 %.⁽⁴⁰⁾

CONCLUSIONES

- El nivel de conocimientos sobre Parto Pre término después de haber aplicado el programa educativo fue adecuado.
- Esta intervención educativa constituyó una herramienta efectiva para incorporar nuevos conocimientos sobre Parto Pre término en mujeres en edad fértil.

RECOMENDACIONES

Divulgar este tipo de intervención para que pueda aplicarse en otras áreas de salud y en otros niveles de atención.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Colegio Mexicano de Especialistas en Ginecología y Obstetricia Diagnóstico y manejo del parto pre término.
2. Pérez-Molina J, Panduro-Barón G, Quezada-López C. Factores maternos asociados con nacimiento pre término espontáneo versus pre término nacido por cesárea. (Spanish). Ginecologia Y Obstetricia
3. Laterra C, Andina E, Di Marco I. Guía de prácticas clínicas. Amenaza de parto prematuro.
4. Arias Macías G, Torres Mirka R, Pérez Valdés N, Millán Vida M. Factores prenatales relacionados con la prematuridad.
5. San José Pérez DM, Mulet Bruzón BI, Rodríguez Noda O, Legrá García M. Factores maternos relacionados con el bajo peso al nacer.
6. Bárcenas González, M., Soria Pérez, R., Merencio Leyva, N., Palencia Tamayo, R., & Roblejo Belett, M. C. (2015). Caracterización clínica epidemiológica del bajo peso al nacer en el área de salud Mayarí.
7. Gala Vidal H, Crespo Mengana E, García Díaz RC, Bertrán Bahades J, Valón Rodríguez ÁO. Factores de riesgo asociados al bajo peso al nacer en una comunidad venezolana.
8. Villanueva Egan LA, Contreras Gutiérrez AK, Pichardo Cuevas M., Rosales Lucios J. Perfil epidemiológico del parto prematuro.
9. Barón, JV. (2015). Embarazo en adolescentes complicaciones.
10. Ruíz Martínez LA. Factores de riesgo para amenaza de parto prematuro en adolescentes de Chinandega.
11. Criterios Técnicos y Recomendaciones Basadas en Evidencia para la Construcción de Guías de Práctica Clínica para el Primer y Segundo Nivel de Atención. Tratamiento del Parto Pretérmino y su Prevención en el Primer y

- Segundo Nivel de Atención [Internet]. 2015[citado 26 Feb 2015]. [aprox. 57 pantallas].
12. Gravette MG, Rubens CE, Nunes TM, Victoria CG. Global report on preterm birth and stillbirth. BMC Pregnancy and Childbirth.
13. Valenti EA. Screening para parto pre término en control prenatal Rev. del Hospital infantil Ramón Sarda [Internet]. 2014 [citado 10 ene 2015];
14. Arias Macías G, Rosa Torres M, Pérez Valdés N, Millán Vidal M. Factores prenatales relacionados con la prematuridad: Rev. Cubana Pediatr [Internet]. 2015[citado 27 feb 2015]; 73(1): [aprox. 9 p.].
15. Cruz Laguna G, González Balmaceda A, Uribasterra Campos A. Prevención de la prematuridad: ¿sueño o realidad? MEDISAN [Internet]. 2005 [citado 27 feb 2015]; 9 (2): [aprox. 9 p.].
16. Informe Anual del Programa de Atención Materno infantil. Municipio Ciego de Ávila; 2015
17. Kristell Nolasco-Blé A, Jorge Hernández-Herrera R, Mónico Ramos-González R. Hallazgos perinatales de embarazos en edad materna avanzada. (Spanish). Ginecología Y Obstetricia De Mexico [serial on the Internet]. (2015, Apr), [cited August 10, 2015]; 80(4): 270-275. Available from: Medic Latina.
18. Mariño Membribes ER, Ávalos González MM, Baró Jiménez VG. Comportamiento del embarazo en la adolescencia en el policlínico "Aleida Fernández Chardiet". Rev Cubana Med Gen Integr [revista en la Internet]. 2015 Dic [citado 2015 Jun 05]
19. Acosta-Varela M, Cárdenas-Ayala V. El embarazo en adolescentes Factores socioculturales. (Spanish). Revista Medica Del IMSS [serial on the Internet]. (2015, Aug), [cited September 3, 2015]; 50(4): 371-374. Available from: Medic Latina.

20. Villarreal Blanco V. Complicaciones de las Gestaciones Gemelares. (Spanish). Informe Medico [serial on the Internet]. (2015, Feb), [cited August 10, 2015]; 14(2): 91-98. Available from: Medic Latina.
21. García Alonso I, Alemán Mederos MM. Riesgos del embarazo en la edad avanzada. Rev Cubana Obstet Ginecol [revista en la Internet]. 2014 Jun [citado 2015 Jun 06]; 39(2)
22. Ruíz Martínez LA. Factores de riesgo para amenaza de parto prematuro en adolescentes de Chinandega [Internet]. 2014 [citado 26 Feb 2015]. [aprox. 18 pantallas].
23. Programa para la reducción del bajo peso al Nacer. Editorial Ciencias Médicas. La Habana. 1998.
24. Molina Hernández OR., & Regalado Sánchez A. (2010). Recién nacido de peso extremo. Revista Cubana de Obstetricia y Ginecología, 36(2), 32-41. [citado 25 may.2014]
25. Couto Núñez Dayana, Nápoles Méndez Danilo, Montes de Oca Santiago Pedro. Repercusión del parto pre término en la morbilidad y mortalidad perinatales. MEDISAN [revista en la Internet]. 2014 Jun [citado 2014 ago. 12]; 18(6): 841-847.
26. Arraztoa VJ, Serra TR, De Mayo GT, Olivares AF, Gabler PC, Ramírez AS. El intervalo entre aborto espontáneo y una nueva concepción no afecta el resultado perinatal. Rev. chil. obstet. ginecol. [revista en la Internet]. 2014 [citado 2014 Jun 08]; 77(6): 423-427.
27. Valenzuela YC. Aborto terapéutico y ética científica. Rev. chil. obstet. ginecol. [revista en la Internet]. 2014 [citado 2015 Jun 08]; 76(5): 285-289.
28. Isla Valdés A, Velasco Boza A, Cruz Hernández J, Díaz Curbelo A, Salas Castillo L. El aborto dentro del contexto social. Rev Cubana Med Gen Integr [revista en la Internet]. 2010 Mar [citado 2014 Jun 08]; 26(1)

29. Morgan-Ortiz, F., Muñoz-Acosta, J., Valdez-Quevedo, R., Quevedo-Castro, E., & Báez-Barraza, J. (2015). Efecto del intervalo intergenésico postaborto en los resultados obstétricos y perinatales. *Ginecol Obstet Mex*, 78(1), 46-52. [citado 7 jun 2015]
30. Montalvo Millán AE, Ávila Rondón Rolando. Factores maternos que predisponen el nacimiento del recién nacido de muy bajo peso. *Multimed* 2015; 17(1) Ene-Mar [citado 2014]
31. León IS. Partos pre término comprometen tasa de mortalidad infantil en Ciego de Ávila Periódico Invasor [serial on the Internet]. 2015.
32. Ortiz CR, & Merlos AC. (2001). La actividad sexual como factor de riesgo en la amenaza de parto pre término. *Rev Fac Med UNAM*, 44(5). [citado 7 jun 2014]
33. Gramage-Córdoba L, Asins-Cubells A, Álvarez-Rodríguez S, Alonso-Bellido M, Aguirre-Jaime A. Ganancia de peso para un parto sin complicaciones: límite de aumento ponderal según el índice de masa corporal previo. (Spanish). *Matronas Profesion* [serial on the Internet]. (2014, Jan), [cited August 10, 2014]; 14(1): 10-16. Available from: Medic Latina.
34. Koura G, Ouedraogo S, Le Port A, Watier L, Cottrell G, Garcia A, et al. Anemia during pregnancy: impact on birth outcome and infant hemoglobin level during the first 18 months of life. *Tropical Medicine & International Health* [serial on the Internet]. (2014 Mar), [cited August 10, 2014]; 17(3): 283-291. Available from: Academic Search Premier.
35. Prendes Labrada M de la C, Jiménez Alemán GM, González Pérez Ri, Gilbert Reyes W. Estado nutricional materno y peso al nacer. *Rev Cubana Med Gen Integr* [revista en la Internet]. 2001 Feb [citado 2014 Jun 26]; 17(1): 35-42.
36. Plasencia, L. C., Duverergel, R. D., Piñeiro, R. C., Sáez, A. R. A., & Weatherly, M. M. (2015). Caracterización de los factores de riesgo materno asociados al

- bajo peso al nacer. Isla de la Juventud. Abril 2007-Abril 2009. Revista Médica de la Isla de la Juventud, 1(12). [citado 25 may.2014]
37. Zonana-Nacach A, Balden Ebro-Preciado R, Ruiz-Dorado MA. Efecto de la ganancia de peso gestacional en la madre y el neonato. Salud pública Méx [revista en la Internet]. 2010 Jun [citado 2014 Jun 10]; 52(3): 220-225.
38. Gil Almira A. Variación del peso materno en el embarazo. MEDISAN [revista en la Internet]. 2010 Feb [citado 2014 Jun 26]; 14(1)
39. Tolosa JE., Echavarría-Restrepo LG., & Agudelo B. (2011). Smoking during pregnancy: a preventable silent epidemic in Colombia. Revista Colombiana de Obstetricia y Ginecología, 62(2), 119-122. [citado 2014 Jun 26]; 14(1).
40. Berenzon Gorn, Sh; Romero Mendoza, M; Tiburcio Sainz, M; Medina-Mora Icaza, MaE; Rojas Guiot E. Riesgos asociados al consumo de alcohol durante el embarazo en mujeres alcohólicas de la ciudad de México Salud Mental. ene2007, Vol. 30 Issue 1, p31-38. 8p. [citada 5.jun.2014]
41. Mayo Márquez RC., López Borroto K., & García Ranero AB. (2011). Factores influyentes en el bajo peso al nacer en el área salud Camilo Cienfuegos de Chambas, 2007-2008. Mediciego, 17(2). [citado 2014 May 25]
42. Lugones Botell M, Ramírez Bermúdez M, Pichs García LA, Miyar Pieiga E. Las consecuencias del tabaquismo. Rev Cubana Hig Epidemiol [Internet]. 2006 [citado 24 feb2014]; 44(3): [aprox. 8 p.].
43. Wood, Debra RN. Síndrome de alcoholismo fetal: Alcohol en el embarazo; Consumo de alcohol durante el embarazo; FAS [INTERNET] [citado 2014 May 25]
44. [Odendaal HJ](#), [Steyn DW](#), [Elliott A](#), [Burd L](#). Combined effects of cigarette smoking and alcohol consumption on perinatal outcome. [Gynecol Obstet Invest](#). 2009; 67(1):1-8. Doi: 10.1159/000150597. Epub 2008 Aug 6. [INTERNET] [citado 2014 May 25]

45. Vázquez-Rodríguez J, Rico-Trejo E. [Role of uric acid in pre eclampsia-eclampsia]. *Ginecología Y Obstetricia De México* [serial on the Internet]. (2011, May), [cited August 10, 2014]; 79(5): 292-297. Available from: MEDLINE Complete.
46. Navas M, Ojeda A, Oviedo L, Pacheco D, Alonso JF, Guevara H, et al. *Patologías Médicas Asociadas a Hipertensión Arterial durante el Embarazo y sus Consecuencias Perinatales*. Departamento de Salud Pública, Universidad de Carabobo. Valencia, Venezuela. [Internet] 2010. [Citado 28 ene 2014] INFORMED Vol. 12, N° 7.
47. Sáez Cantero Viviana, Pérez Hernández María Teresa, Agüero Alfonso Gonzalo, González García Hortensia, Alfonso Dávila Antonio. Resultados perinatales relacionados con trastornos hipertensivos del embarazo. *Rev Cubana Obstet Ginecol* [revista en la Internet]. 2012 Mar [citado 2015 ago. 12]; 38(1): 36-44.
48. López-Carbajal, MJ., Manríquez-Moreno, M. E., Gálvez-Camargo, D., & Ramírez-Jiménez, E. Factores de riesgo asociados con pre eclampsia. *Rev Med Inst Mex Seguro Soc*. 2012; 50 (5): 471-476 [revista en la Internet]. [citado 26 sep. 2014]
49. Torres Sánchez Y, Lardoezt Ferrer R, Lardoezt Ferrer M. Caracterización de los factores de riesgo en gestantes con hipertensión gestacional y crónica en un área de salud. *Rev Cubana Med Gen Integr* [revista en la Internet]. 2009 Sep. [citado 2014 Jun 28]; 25(2)
50. Quitarte-Medina M, Carvajal-Gómez A, Martínez-Vara G. Morbimortalidad por pre eclampsia en la Unidad de Cuidados Intensivos del Hospital Militar de Especialidades de la Mujer y Neonatología. (Spanish). *Revista De Sanidad Military* [serial on the Internet]. (2014, Nov), [cited August 10, 2015]; 67(6): 233-238. Available from: Medic Latina.
51. Orizondo Ansola R, Ferrer Blanco BE, Mentón Cortes R, Días Fernández C. Resultados obstétricos y perinatales en 150 pacientes con hipertensión arterial

- crónica asociada al embarazo. Rev Cubana Obstet Ginecol [revista en la Internet]. 2006 Dic [citado 2014 Jun 10]; 32(3)
52. Machado-Alba, JE, Machado-Duque, ME. Prevalencia de factores de riesgo cardiovascular en pacientes con dislipidemia afiliados al sistema de salud en Colombia. Rev. Perú. med. exp. salud pública [online]. 2015, vol.30, n.2 [citado 2014-06-28], pp. 205-211. <http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1726-46342013000200007&lng=es&nrm=iso>. ISSN 1726-4634.
53. Jorna Calixto AR, Rodríguez Crespo I, Veliz Martínez PL, Cuellar Álvarez R, Olivera Nodarse Y. Comportamiento del bajo peso al nacer en el Policlínico Universitario "Héroes del Moncada" (2006-2010). Rev Cubana Med Gen Integr [revista en la Internet]. 2014 Mar [citado 2014 Jun 28]; 28(1): 3-14.
54. Sanabria Arias AM, Nodarse Rodríguez A, Carrillo Bermúdez L, Couret Cabrera MP, Sánchez Ramírez NM, Guzmán Parrado R. Morbidity in newborns weighing less than 1500 g. Rev Cubana Obstet Ginecol [revista en la Internet]. 2012 Dic [citado 2014 Jun 28]; 38(4): 478-487.
55. Arteaga Prado Y, Arancibia Díaz L, Gómez Guerra DB, Martínez A, Almora Carbonell C. Caracterización epidemiológica de la descompensación aguda del asma bronquial. Rev. Ciencias Médicas vol.17 no.4 Pinar del Río jul.-ago. [Internet] 2014. [Citado 25 dic. 2014]
56. López JI, Lugones Botell Miguel, Mantecón Echevarría Susana María, González Pérez Camilo, Pérez Valdés-Dapena Deborah. Algunos factores de riesgo relacionados con el bajo peso al nacer. Rev Cubana Obstet Ginecol [revista en la Internet]. 2012 Mar [citado 2014 Sep. 11]; 38(1): 45-55.
57. De la Vega Pazitková T., Pérez Martínez V, Alerm González A, Lecha EL. El asma bronquial y su asociación con los cambios de tiempo. Rev
58. Toirac Lamarque Abelardo Salvador, Pascual López Viviana, Blanco Román Gladys, Daudinot Coss Carlos, Rodríguez Tabares Alejandro. Enfermedades

- crónicas no transmisibles. Caracterización comparativa para gestantes portadoras y su descendencia.
59. Toirac Lamarque Abelardo, Pascual López Viviana, Blanco Román Gladys. La gestación en la cardiópata. Parte II. Caracterización clínica básica del perinato. 2012 Oct [citado 2014 Sep 10]; 16(10): 1554-1566.
60. Chio Naranjo I, Guerra Chang E, Yanes Calderón M, Román Rubio P, Pérez Torga JE, Pérez Felpeto R. Repercusión del embarazo en gestantes con diagnóstico de cardiopatía congénita. Rev Cubana Obstet-Ginecol
61. Cabello a. H, Manieu MD, Ruiz CM. Enfermedades Respiratorias en el Embarazo. Rev. chil. enferm. respir.
62. Hernán Cabello A, Denise Danieu M, Mauricio Ruiz C. Enfermedades Respiratorias en el Embarazo. Rev. chil. enferm. respir.
63. Pérez, J. MP. Enfermedades respiratorias y embarazo. Am J Obstet Gynecol 2000; 183:131-5.
64. Ramírez-Crescencio, MA., & Soto-Hernández, JI. (2007). Neumonía durante el embarazo. Perinatol reprod hum, 21(3), 155-162.
65. Gallego Arbeláez J. Cortés Díaz D. Trabajo de parto pre término y amenaza de parto pre término. En Obstetricia Integral siglo XXI.
66. Arnold Rodríguez Mónica, González Lorenzo Ariadna, Carbonell Hernández Teresa. Diagnóstico de vaginosis bacteriana. Aspectos clínicos y estudios microbiológicos. Rev. Med. Electrón.
67. Rodríguez-Coutiño S, Ramos-González R, Hernández-Herrera R. Factores de riesgo para la prematuridad. Estudio de casos y controles. (Spanish). Faneite P, Gómez R, Guninad M, Faneite J, Manzano M, Martí A, Urdaneta E, Amenaza de parto prematuro e infección urinaria.

68. Arango M.D M, Aroca González A M, Caicedo Pastrana CL, Castaño Castrillón JJ, Cifuentes Navas VA, Escobar Cardona N, et al. Factores de riesgo para Parto Pretérmino en el Departamento de Caldas entre el 2003_2006.2008; 8 (1):22_31.
69. López Villegas MR, Enríquez Guerra MA, Ramírez Valverde B. Prevalencia de infecciones de vías urinarias en embarazadas atendidas en el Hospital Universitario de Puebla. *EnfInfectMicrobiol* [Internet]. 2014 [citado 6 jun 2015]; 30 (4): 118-122.
70. Colectivo de Autores. Manual de procedimientos de Obstetricia y Perinatología. Diagnóstico y tratamiento. Editorial Ciencias Médicas, 2012.592 p: il, tab_parte1.pdf. Disponible en: [citado 25 mar 2014]
71. Couret Cabrera MP, Oliva Rodríguez J, Tamayo LT. Servicio de Medicina Fetal y el Hogar Materno en el seguimiento del embarazo múltiple. *Rev Cubana Obstet Ginecol* [revista en la Internet]. 2014 Dic [citado 2015 Jun 28]; 36(4): 510-518.
72. Delgado-Becerra A, Morales-Barquet Deneb A. Epidemiología del embarazo gemelar doble en el Instituto Nacional de Perinatología Isidro Espinosa de los Reyes. *Perinatol. Reprod. Hum.* [revista en la Internet]. 2014Ene [citado 2014 Jun 28]; 27(3): 153-160.
73. López-Uriarte A, Aguinaga-Ríos M. Discordancia de defectos congénitos en recién nacidos de embarazos múltiples en el Instituto Nacional de Perinatología. *Perinatol. Reprod. Hum.* [revista en la Internet]. 2014 Mar [citado 2015 Jun 28]; 26(1): 08-16.
74. Kably Ambe A, López Ortiz C, Sirviere Zaragoza C, Velázquez Cornejo G, Pérez Peña E, Gaviño Gaviño F, et al. Consenso Nacional Mexicano de Reproducción Asistida. (Spanish). *Ginecología Y Obstetricia De México* [serial on the Internet]. (2014, Sep), [cited May 23, 2015]; 80(9): 581-624. Available from: Medic Latina.
75. Fernández S, M Palacio, A Goncé, B Puerto. Polihidramnios en Gestación única Área de Medicina Fetal, Servei de Medicina Materno fetal. Institut Clínic de

- Ginecología, Obstetricia i Neonatología, Hospital Clínic de Barcelona. 17/01/10. Disponible en [Consulta: fecha de acceso 12 abr 2014]
76. Lugones Botell Miguel, Ramírez Bermúdez Marieta. Rotura prematura de membranas, aspectos de interés para la atención primaria de salud. Rev Cubana Med Gen Integr [revista en la Internet]. 2014 Dic [citado 2015 Sep 12]; 26(4): 682-693.
77. Alteraciones del líquido amniótico: Diagnóstico y tratamiento. Protocolos UMF Vall Hebrón. Disponible [Consulta: fecha de acceso 12 abr 2014]
78. PerkinElmer Life and Analytical Sciences. Nacimiento prematuro. retos y oportunidades de la predicción y la prevención [Internet]. © 2009 PerkinElmer [citado 22 Ene 2014]. [aprox. 80 pantallas].
79. LÓPEZ-CLAVIJO C, DE LOS RÍOS L, IBATÁ J. Prevalencia de anomalías müllerianas en un centro de medicina reproductiva. (Spanish). CES Medicina [serial on the Internet]. (2014, July), [cited August 10, 2014]; 26(2): 155-164. Available from: Medic Latina.
80. Escalona García B, Pichardo Cuevas M, Miranda Rodríguez JA, Ramírez Montiel ML, Contreras Carreto NA. Malformaciones Uterinas e infertilidad femenina. Med Sur Mex, Octubre _Diciembre 2014; 19 (4):200_202.
81. Cruz Laguna G M. Test para la profilaxis de la prematuridad. Doctor en Ciencias de una Especialidad. Universidad de Ciencias Médicas de Santiago de Cuba. [Internet]. 2014 [aprox.47p.]. [citado 23 feb 2015]
82. Castiñeira, G. E. P., Pérez, G. R., Ferreiro, G. I. M., Pastrana, T. J. C., Gómez, M. J. L., & Argíz, M. A. Manual de prácticas obstétricas para la Atención Primaria de Salud.
83. Godoy Torales, GM. Zacur de Jiménez, M. Restricción de crecimiento intrauterino: Causas, características clínicas, y evaluación de factores asociados

- a policitemia sintomática. Rev. bol. ped. [online]. 2010, vol.49, n.3, pp. 218-230. ISSN 1024-0675. [citado 28 jun.2014]
84. García Baños Luis Gustavo, López Baños Lázaro, Barroso Gutiérrez Mercedes, Alonso Sicilia Marilín, Morera Pérez Maricela. Comportamiento del bajo peso al nacer. Rev. Cubana Obstet Ginecol [revista en la Internet]. 2014 Mar [citado 2014 Jun 29]; 40(1): 24-34.
85. Cairo González V. et al. Diagnóstico prenatal del crecimiento intrauterino retardado en Villa Clara. Acta Médica del Centro, Vol. 5, No. 1, 2014 [citado 2015 Abr 20]
86. Delgado Álvarez, I., Roca Rosales, M. D. C., Suárez Vega, M., Rodríguez Alarcón, J. D., & Ruiz Echavarría, Y. (2012). Repercusión de la desnutrición materna sobre el nacimiento de niños con bajo peso. Medisan, 16(10), 1478-1485. Mar [citado 2014 Abr 20] [Internet].
87. Alvarado Bermúdez, K. B., Broughton Ferriol, J., Ortega Sardón, M., & Pina, A. (2011). Estudio de cinco años sobre recién nacidos de muy bajo peso en el Hospital Provincial de Ciego de Ávila. Mediciago, 17(2). [citado 2014 May 25]
88. Torres M. Retinopatía de la prematuridad en Ciudad de la Habana: factores que influyen en su desarrollo [serial on the Internet]. 2014 [citado 22 Ene 2015]. [aprox. 117 pantallas].
89. Chávez González, N., Sánchez Pérez, Y., & García Raga, M. (2014). Repercusión médico-social del bajo peso al nacer. Correo Científico Médico, 17(4), 511-513. [revista en la Internet]. Mar [citado 2014 Abr 20]
90. Cuba en cifras. Oficina Nacional de Estadísticas. Edición 2007.
91. Colectivo de Autores. Métodos, cifras de referencias e indicadores del estado nutricional. En: Colectivo de Autores. Alimentación, Nutrición y Salud. Instituto de Nutrición e Higiene de los Alimentos. La Habana Cuba. 2014. pág. 93-97.

ANEXOS ANEXO 1

Consentimiento Informado

Yo _____, estoy de acuerdo en participar de forma voluntaria en la investigación titulada: **INTERVENCION EDUCATIVA PARA DISMINUIR LOS FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS AL PARTO PREMATURO EN EL AREA DE SALUD DE BARAGUÁ. Se me informó la** necesidad de participar en todas las actividades planificadas.

En caso de no desear continuar puedo voluntariamente irme, sin que esto constituya un problema.

Se me aplicará un cuestionario que he de responder con la mayor sinceridad posible.

Y para que así conste firmo el presente consentimiento informado junto al autor de la investigación que informó lo antes expuesto.

A los _____ días del mes _____ de 2015.

Firma del participante _____

Autor: _____

ANEXO 2

CUESTIONARIO

EDAD_____

ESCOLARIDAD_____

OCUPACION_____

1. El útero es un órgano que se encuentra ubicado en:

_____ La mujer

_____ El hombre

_____ Solo los animales

2. ¿Que usted entiende por Parto Prematuro?

3. Dentro de los factores de riesgo que pueden favorecer al Parto Prematuro señale con una x los que pueda identificar

1. Polihidramnios (Cuando el volumen de líquido amniótico sobrepasa los 2000 ml en el 3er T de la gestación)
2. Sífilis
3. Infecciones urinarias
4. Defectos estructurales del útero, congénitos o adquiridos
5. Incompetencia cervical
6. Diabetes mellitus

7. Rotura prematura de membranas ovulares (cuando se rompen las membranas ovulares antes del inicio del trabajo de parto)

4. ¿De presentar algún síntoma y no acudir al doctor con rapidez conoce que complicaciones pudiera presentar?

___ SI

___ NO

5. ¿Puede constituir el Parto Prematuro una causa de muerte? SI _____ NO _____
NO Sé _____

6. Diga si mediante estos tres puntos podemos hacer un diagnóstico precoz Parto Prematuro

1. Presencia de contracciones uterinas frecuentes, regulares y rítmicas (después de las 22 y antes de las 37 semanas, con frecuencia e/ 5 y 8 min o menos) o que rebasen el patrón contráctil.
2. Modificaciones cervicales descritas anteriormente.
3. Otros signos de alarma: pérdidas vaginales, descenso de la presentación, resultados del USTV entre otros.

Solo llenar por el investigador:

-Necesidades de aprendizaje detectadas

-Nivel de información.

- Adecuado
- Inadecuado

ANEXO 3

Programa Educativo

Título: Conociendo sobre el Parto Prematuro

Objetivo General: Que las mujeres en edad fértil alcancen un nivel de conocimiento sobre los factores de riesgo del parto prematuro y sobre el parto prematuro en sí que les permita entender la importancia de un síntoma y un diagnóstico precoz.

Dirigido a: Todas las mujeres en edad fértil, pertenecientes al Consultorio Médico de la Familia (CMF# 3) del Área de salud de Baraguá. Municipio Baraguá, la cual se estima en 45 habitantes a pesquisar.

Lugar: Consultorio Médico de la Familia (CMF# 3) del Área de salud de Baraguá Municipio Baraguá.

Profesora: Dra. Liliana Wentt Parris. Residente de primer año de Medicina General Integral

El curso consta de:

- 5 conferencias de 1 horas de duración cada una para un total de 5 horas.
- 5 clases prácticas de 1 hora y 30 min. de duración cada una para un total 7 horas y 30 min.
- Para un total de 12horas y 30min.

Se realizará con una frecuencia semanal...

Contenidos a impartir por temas.

Conferencia 1. Objetivos.

- Dar a conocer el contenido del Ensayo de Intervención Educativa sobre Parto Prematuro y como disminuir sus factores de riesgo.
- Lograr que los integrantes del grupo
 1. Se familiaricen con el proyecto.
 2. Recoger las expectativas del grupo.

Procedimientos:

- Apertura del programa: Se le dará la bienvenida al grupo y se conforman las normas.
- Se ubicarán los miembros del grupo en forma de círculo o semicírculo y se les explicara que su participación es voluntaria pero responsable para obtener los resultados esperados.
- Prendida la chispa de la motivación se provocará un diálogo con los participantes explicando brevemente los objetivos de la estrategia. Se explicará que al finalizar ellos se convertirán en “multiplicadores de salud” lo cual beneficiará a la familia, sus compañeros ya la comunidad.
- Propuestas de las expectativas del grupo: Como su nombre lo indica se expresará lo que esperamos o no de la estrategia. Se nombra un registrador y en una pancarta o pizarra se recogen las expectativas con una sola palabra o frase corta, NO para que permanezcan inertes sino para que VIVAN; que PARTICIPEN con nosotros en todas las sesiones.

Clase práctica 1:

- Se repartirá una hoja de papel donde cada participante expresará de forma anónima su criterio sobre nuestra primera conferencia y sobre su deseo continuar o no en el proyecto.
- Se pedirán opiniones sobre el tema expuesto y se evaluará el cambio de postura o no de cada participante por el evaluador a través de sus opiniones.

Materiales: Hojas de papel, lápices, pizarra y tizas

Conferencia 2. Parto prematuro: Concepto, factores de riesgo y sintomatología.

Objetivos:

- Conocer el concepto de Parto Prematuro
- Conocer: ¿Cuáles son los principales síntomas de alarma?
- Determinar: ¿Cuáles son los principales factores de riesgo de riesgo para desarrollar la entidad?

Procedimientos:

- Sentados en un semicírculo se hablará sobre el concepto de Parto Prematuro.
- Apoyado en los medios de propaganda del consultorio y tarjetas previamente elaboradas para cada participante se les mostraran la sintomatología que puede provocar esta entidad.
- Apoyado en los medios de enseñanza (Pancarta) se les explicara los principales factores de riesgo que posibilitan la aparición de dicha entidad.

Clase Práctica 2. Se consolida y ejercita el contenido de la conferencia 2.

- Aplicar la técnica de “Palabras Calientes”, la cual consiste en solicitarle a cada participante que escriban en tres papelitos igual número de palabras y que son las que le hayan resultado más significativas durante la conferencia. Se recogen los papeles y se hacen grupos de palabras afines, las que se anotaran en una pizarra o pancarta con la ayuda de los propios participantes. Las palabras más coincidentes se seleccionarán y se extraerán las conclusiones.

Materiales: Pancartas, plumones, hojas de papel, lápices, pizarra y tizas.

Conferencia 3: Parto Prematuro. Complicaciones y posibles tratamientos.

Objetivos:

- Conocer ¿cuáles son las posibles complicaciones de no existir un diagnóstico oportuno?
- Conocer: ¿Cuáles son los tratamientos que nuestro sistema de salud pone al alcance de los paciente que a menudo corren el riesgo de un Parto Prematuro, así como de las posibles complicaciones?

Procedimientos:

- Aplicar la técnica de “Palma real”, la cual consiste en representar sobre una hoja de papel un gráfico de la Palma, en sus hojas las complicaciones del Parto Prematuro y en sus raíces los factores que lo ocasionan.
- Mencionar algunos tratamientos que se utilizan en nuestro hospital provincial y por parte del personal de nuestra área de salud.

Clase Práctica 3. Se consolida y ejercita el contenido de la conferencia 2.

- Aplicaremos la técnica del “Tesoro Escondido” se le indicará a los participantes buscar tarjetas escondidas en el escenario, al encontrarla tendrán que responder las preguntas que en ellas se hacen de su respuesta dependerá la obtención del obsequio.

Materiales: Hojas de papel y lápices. Tarjetas. Pizarra. Plumones o tizas.

Obsequios del tesoro, pueden ser afiches plegables marcadores entre otros, (pero todos relacionados con el tema).

Conferencia 4: Parto Prematuro: Acciones a realizar para un diagnóstico precoz y tratamiento oportuno.

Objetivos:

- Conocer ¿cuáles son las acciones a tomar para realizar un diagnóstico precoz y tratamiento oportuno?

Procedimientos:

- Sentados en un semicírculo comenzaremos a desarrollar este tema que mantiene una importancia extraordinaria para la población, para establecer el diálogo con los participantes proponemos estas preguntas y respuestas.

- Preguntas:

1- ¿Conoce usted alguna acción a tomar para el diagnóstico precoz y el tratamiento oportuno? del Parto Prematuro?

Clase Práctica 4. Se consolida y ejercita el contenido de la conferencia 4.

- Se formará 4 grupos de 5 participantes cada uno y se les dará diferentes situaciones a cada grupo que deberá dramatizar por separados y de cada situación se les preguntaran sobre las medidas de preventivas que se evidencien por sus participantes.

Materiales: Tarjetas, pañuelos, lápices.

Conferencia 5: Parto Prematuro: Consolidación del tema.

Objetivos:

- Integrar todos los conocimientos que se han adquirido en los encuentros anteriores.

Procedimientos:

- Se realizará por parte del profesional una exposición integradora y completa de los temas que se han tratado en los anteriores encuentros abordando los aspectos más relevantes.

Clase Práctica 5. Se consolida y ejercita el contenido de la conferencia 5.

- Se aplicará nuevamente el acápite de la encuesta realizada al inicio de la investigación que nos sirvió de diagnóstico para determinar el nivel de información de la muestra estudiada. Con los nuevos resultados obtenidos podemos comparar y dar a conocer los resultados de ensayo de Intervención Educativa.
- Se darán a conocer los resultados de la efectividad del programa que tendrá como elemento esencial el cuestionario aplicado en el encuentro anterior.
- Se realizará un Positivo, Negativo e Interesante (PNI) del Ensayo de Intervención Educativa.
- A los participantes se les dará como estímulo un certificado que los acredite como Promotores de Salud.

Se concluirá con una actividad recreativa propuesta en los encuentros anteriores.

