

UNIVERSIDAD DE CIENCIAS MÉDICAS DE CIEGO
DE ÁVILA
FACULTAD Dr. "JOSÉ ASSEF YARA"
POLICLÍNICO DOCENTE UNIVERSITARIO ÁREA
NORTE
CIEGO DE ÁVILA



TÍTULO: INTERVENCIÓN COMUNITARIA SOBRE
RIESGO
PRECONCEPCIONAL EN MUJERES EN EDAD
FÉRTIL
DEL CONSULTORIO 29 ÁREA NORTE, CIEGO DE
ÁVILA

AUTORA: DRA. RAISELYN RABI SALAS

TESIS PARA OPTAR POR EL TÍTULO DE ESPECIALISTA EN PRIMER GRADO
EN MEDICINA GENERAL INTEGRAL

Universidad de Ciencias Médicas de Ciego de Ávila

Facultad de Ciencias Médicas José Assef Yara

Policlínico Universitario Docente Área Norte.

Ciego de Ávila

Título: Intervención comunitaria sobre riesgo preconcepcional en mujeres en edad fértil del consultorio 29 Área Norte, Ciego de Ávila

Autora: Dra. Raiselyn Rabi Salas.

Aspirante a especialista en Primer Grado en Medicina General Integral.

Tutor: Dr. Luis Ricardo Carmenate Martínez

Especialista de Segundo Grado en Ginecología y Obstetricia.
Profesor Auxiliar.

Asesora: Dra. Mitza Ivis Castro Márquez

Especialista de Primer Grado en Medicina General Integral.

Tesis para optar por el título de especialista de Primer Grado en
Medicina General Integral.

2018

PENSAMIENTO.

“...en el campo de la Atención Primaria tengo la impresión que Cuba ha encontrado el sistema ideal y más avanzado del mundo. Nosotros fuimos los primeros en desarrollar esta idea del médico de la familia en la atención primaria, tendremos una atención óptima desde la base, desde el niño que nace hasta el anciano. El médico de la familia es un paso colosal de avance en la atención primaria de salud que se brinda a la población, una cosa excelente”.

A handwritten signature in blue ink, appearing to read "C. de la Haza", with a horizontal line underneath.

DEDICATORIA:

La siguiente investigación realizada con esfuerzo y cariño se la dedico a mis seres queridos que me han dado la fortaleza para seguir día a día, mis padres quienes han sido pilares fundamentales para formarme, a mi esposo Jorge Adrian, mi segunda madre Milagros, mi hermano Alberto y a mi hija Roxana, la cual se ha convertido en la inspiración de mi vida para seguir adelante:

Raiselyn

AGRADECIMIENTOS:

Mi más sincero agradecimiento al colectivo docente del Policlínico Norte, que se encargó de mi formación, a mi tutor Doctor Luis Ricardo Carmenate, quien me acompañó durante varios meses con paciencia en mi trabajo diario, a la Doctora Mixa Ivis Castro Márquez por su gran apoyo para la realización de esta investigación y que coordinó cada detalle para llegar a donde hoy estamos, a los profesores a cargo de esta noble misión de enseñar las doctrinas a los nuevos médicos familiares para el bienestar del país, y a cada una de esas personas que con un granito de arena colaboró para llegar a esta nueva etapa de mi vida.

Raiselyn

RESUMEN

Se realizó un estudio cuasi-experimental de tipo antes-después para evaluar la efectividad en la aplicación de un programa de intervención para modificar conocimientos relacionados con el riesgo preconcepcional en mujeres de edad fértil pertenecientes al policlínico Norte de Ciego de Ávila; en el periodo comprendido entre julio 2017 a enero 2018. El Universo de estudio estuvo constituida por 85 mujeres adultas en edad fértil, con edades comprendidas entre 15 y 49 años. Para el análisis de la efectividad de la intervención educativa se empleó la prueba estadística Mc. Nemar para hallar diferencias significativas entre el nivel de conocimiento sobre riesgo preconcepcional, antes y después de la aplicación del programa educativo. Predominaron las edades de la segunda década de la vida y el nivel de escolaridad preuniversitario. Al menos la mitad de los participantes presentaban conocimientos adecuados en la encuesta inicial en lo referente a métodos de anticoncepción y medidas de protección contra las Infección de Transmisión Sexual, mientras que en aspectos generales del riesgo preconcepcional, factores de riesgo y repercusión del riesgo preconcepcional, así como en el nivel general de conocimientos, los porcentajes adecuados de conocimiento inicial eran inferiores. En todos los aspectos evaluados se logró una modificación positiva y significativa del nivel de conocimientos inicial.

Palabras claves: Riesgo reproductivo, intervención comunitaria, infecciones de transmisión sexual.

ÍNDICE

Contenido	Páginas
▪ Introducción.....	1
▪ Objetivos.....	5
▪ Marco teórico.....	8
▪ Material y Método.....	17
▪ Análisis y discusión de los resultados.....	22
▪ Conclusiones.....	30
▪ Recomendaciones.....	31
▪ Referencias bibliográficas.....	32

Anexos

INTRODUCCIÓN

El riesgo reproductivo preconcepcional se encuentra asociado a la vulnerabilidad que presentan algunos grupos de personas en la comunidad, por ello es importante conocer este aspecto para el trabajo preventivo del médico en este sentido (1).

El riesgo preconcepcional es un importante problema de salud, recomendándose encaminar los esfuerzos hacia la pesquisa de factores del riesgo preconcepcional y brindar acciones de promoción y prevención de salud encaminadas a la captación precoz de las pacientes con riesgo y su control efectivo (1,2).

Se define riesgo preconcepcional como la probabilidad que tienen, tanto la mujer en edad fértil (no gestante), su pareja, así como su producto potencial, de sufrir daño durante el proceso de la reproducción (1-3).

¿Quiénes pertenecen al riesgo preconcepcional o que factores puedes presentar que te hacen parte del mismo?

Según las normas de obstetricias pertenecen a estas mujeres menores de 20 años y mayores de 30, que además presenten enfermedades crónicas como diabetes mellitus, hipertensión arterial, desnutridas, con infecciones urinarias silentes y conocidas, anemias nutricionales, valvulopatías, tromboembolismo o riesgo del mismo, antecedentes de hijos bajo peso y mortinatos, asmáticas y cardiópatas (1,4,5).

En un estudio realizado en Cuba (2), refleja como parte de esta entidad a las mujeres menores de 18 años porque su organismo no está maduro para procrear, no presentan independencia económica ni suficiente madurez psicológica; las mujeres mayores de 35 años porque son más frecuentes el bajo peso, hay mayor mortalidad materna e infantil (4-6).

Los períodos intergenésicos cortos porque el organismo no está preparado ya que necesita recuperarse por la disminución de los recursos biológicos y nutritivos y sobre todo no le brinda la adecuada atención al que esta pequeño para su adecuado desarrollo psicomotor (4-6).

La paridad es otro factor, embarazos no deseados, baja talla -150 cm, estado civil, nivel cultural, ocupación, hábitos tóxicos, antecedentes obstétricos desfavorables y antecedentes de enfermedades crónicas (2,3).

En los países subdesarrollados se registran altas cifras de muertes de mujeres en edad fértil y con compleja situación económico social, cuyas causas de muertes estuvieron relacionadas con el proceso de gestación. Así se recogen las siguientes estadísticas, en África: 1 de cada 21 mujeres tienen riesgo de muerte materna, en Asia 1 de cada 56 y en Norteamérica: 1 de cada 6 366. En correspondencia con ello se comportan los indicadores referentes a la mortalidad infantil, así como los parámetros de crecimiento y desarrollo durante la vida infantil (2).

En este sentido se estima la mala situación socioeconómica, como factor condicionante al riesgo. Las dificultades en la situación socioeconómica que determina las condiciones de vida, se reflejan también en los indicadores de salud de la población, pues está muy relacionado con el nivel cultural, estilo de vida, así como accesibilidad a los recursos médicos (3).

En América Latina específicamente, el deterioro de las condiciones de vida vinculadas con las políticas neoliberales mantiene sumidas en una permanente crisis económica a la mayoría de la población, agudizándose esta situación en las áreas rurales. Para la mujer la disminución del poder adquisitivo influye negativamente en las condiciones de vida, sobre la cual recae además la responsabilidad del trabajo doméstico, la crianza de los hijos y el colaborar en las actividades agrícolas (3).

El programa de Manejo y Control del Riesgo Preconcepcional emitido por la dirección Nacional de Salud y Planificación Familiar, plantea para Cuba que de un 15 a un 25 % de las mujeres en edad fértil poseen alguna condición biológica, obstétrica o socioeconómica vinculada al riesgo (3,4).

Debido a las políticas de salud establecidas por la Revolución en el país, Cuba muestra hoy indicadores de salud comparables con países desarrollados, por lo cual se considera más útil enfocar este estudio hacia la situación que actualmente acontece en naciones con difícil situación de salud, para brindar una panorámica general del problema que nos ocupa (3,4).

La situación de salud en América Latina no ha mejorado sustancialmente en los últimos 5 años. El análisis epidemiológico del estado de salud de la población revela que uno de los grupos más vulnerables continúa siendo el de la mujer en especial en edad fértil, en quienes se considera existe mayor riesgo de enfermar y morir por causas relacionadas con la gestación (5-6).

La tasa global de fecundidad es alrededor de 3,5 hijos por mujer al final de los años 90, pero en países como Bolivia, Nicaragua, Guatemala, Honduras y Haití sigue siendo más de 4,8. Los problemas de salud materno-infantil se ven acentuados por el rápido crecimiento urbano en las regiones marginales, pues se estima que más de 93 millones de latinoamericanos viven en la pobreza (5,7).

De la población rural 200 millones, el 70 % viven en la pobreza y el 30 % en la indigencia, sin acceso a los servicios de salud ni a una adecuada orientación para esta problemática, lo cual deriva en que las complicaciones del embarazo, parto y puerperio aparecen entre las principales causas de muerte de la mujer en edad fértil (5,7).

Con excepción de Cuba, donde se cuenta con un programa integral de salud con enfoque preventivo comunitario, en el resto de Latinoamérica, a pesar de los esfuerzos realizados en materia de salud comunitaria, la atención médica no es integral y está limitada en un gran por ciento a la labor asistencial (2,3).

El bajo peso al nacer trae consigo un aumento de la mortalidad y morbilidad del recién nacido ya que se define como bajo peso todo neonato con peso al nacer menor a 2 500 gramos independientemente del tiempo de gestación (7,8).

Cada año nacen en el mundo 20,5 millones de niños con bajo peso, para un 17 %. Las estadísticas muestran una proporción mayor en países subdesarrollados: 19 % en Guatemala, se llegó hasta 40 % en algunas regiones de la India, un 50 % en naciones desarrolladas y las cifras fueron muy inferiores en Estados Unidos de América alrededor de 7 % (7,8).

Las condiciones económicas a las que se enfrentó Cuba en los años 90 repercutió en las posibilidades nutritivas de la población y esto provocó que el índice de bajo peso en el país comenzara a aumentar, con posterioridad hubo una tendencia a

incrementarse hasta llevar a un índice de 9,1 %, que no se correspondió en los últimos años estos índices con la tasa de mortalidad infantil (8).

El objetivo fundamental de mantener controlado el riesgo reproductivo es disminuir el riesgo de enfermedad o muerte de la madre o el producto y como principal condicionamiento que haya existido un factor de riesgo, desde antes del embarazo, susceptible de modificarse, atenuarse o eliminarse, para esto debe ser aplicado un adecuado enfoque dirigido a la prevención del riesgo (9).

En el Municipio Ciego de Ávila en los últimos 5 años la cantidad de nacimientos y el comportamiento del bajo peso en estos años, en el 2013 hubo 4 950 nacimientos con 254 bajo peso promediando un índice de 5,1 %, en el 2014 fueron 4 711 los nacimientos y 226 bajo peso para 4,8 de índice siendo este el mayor del país, en el año 2015 hubo 4 804 nacimientos con 253 bajo peso para un 5,3 %, en 2016 fueron 4 664 nacidos con 200 bajo peso para un 4,3 % mientras que en el 2017 fueron 4 698 con 208 para un 4,4.(10)

En Cuba se implementa como estrategia del Sistema Nacional de Salud la extensión de la cobertura del Programa Nacional de Planificación Familiar, con acciones articuladas y efectivas que protegen los derechos reproductivos de las parejas, como son el de procrear en el mejor momento de sus vidas (biológico y social) el número de hijos deseados, lograr con éxito el nacimiento saludable del producto de la concepción, así como disponer de la información suficiente y métodos modernos para controlar su fecundidad, entre otros, todo con la asesoría del médico y la enfermera de la familia y los servicios especializados de planificación familiar(9,10).

Se han comenzado a dar grandes pasos en las labores de promoción y prevención, pero aún queda mucho por hacer para dar un enfoque de riesgo a un problema tan serio y urgente como el Riesgo Reproductivo Preconcepcional y garantizar así una maternidad sin riesgos (10).

Según un informe de la Instancia Coordinadora de Acciones Políticas por la Salud y Desarrollo de la Mujer, cada año se presentan víctimas, por causas relacionadas con la maternidad en mujeres que presentaban factores de riesgo, lo cual

coincidentalmente ubica estos como principales causas de muerte en mujeres en edad reproductiva (10).

En el área del Policlínico Norte, perteneciente al Municipio Ciego de Ávila se produjeron nacimientos de niños con bajo peso fundamentalmente en mujeres con riesgo preconcepcional, a pesar que su comportamiento fue controlado desde hace algún tiempo constituye un problema a resolver.

Problema científico:

¿Cómo elevar el nivel de conocimientos acerca del riesgo preconcepcional en mujeres en edad fértil pertenecientes al consultorio 29 del Área Norte del Municipio Ciego de Ávila?

Como objeto de estudio: el nivel de conocimiento sobre el Riesgo Preconcepcional.

Objetivo general:

Implementar una intervención comunitaria para elevar los conocimientos sobre riesgo preconcepcional en mujeres en edad fértil pertenecientes al consultorio 29 del Área Norte de Ciego de Ávila.

Objetivos específicos:

1. Caracterizar la muestra según algunas variables sociodemográficas en la población de estudio.
2. Identificar el nivel de conocimientos de las féminas sobre riesgo preconcepcional.
3. Aplicar una estrategia de intervención educativa diseñada para elevar el nivel de conocimiento sobre riesgo preconcepcional en la comunidad de estudio.
4. Evaluar la modificación del nivel de conocimientos después de la intervención.

Hipótesis de investigación: La aplicación de una intervención educativa, modifica el nivel de conocimientos de mujeres en edad fértil sobre riesgo preconcepcional en el consultorio 29 del Área Norte de Ciego de Ávila.

La estructura general de la investigación fue diseñada en etapas.

Primera etapa: se caracterizó el comportamiento de algunas variables sociodemográficas en la población de estudio, posteriormente se procedió a identificar el nivel de conocimientos de las féminas sobre riesgo preconcepcional.

Segunda etapa: se aplicó una estrategia de intervención educativa diseñada para elevar el nivel de conocimiento sobre riesgo preconcepcional en la comunidad de estudio y a evaluar la modificación del nivel de conocimientos después de la intervención.

Métodos de investigación utilizados

Métodos del nivel teórico:

Análisis histórico lógico: Se seleccionó 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 conocimientos que poseían las mujeres en edad fértil sobre riesgo preconcepcional.

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.

Métodos del nivel empírico:

La encuesta: Es un método empírico (complementario) de investigación que supone la elaboración de un cuestionario, cuya aplicación masiva permite conocer las opiniones y valoraciones que sobre determinados asuntos poseen los sujetos (encuestados) seleccionados en la muestra.

Charla educativa: Variante abreviada de la clase la cual debe ser preparada convenientemente. La misma cuenta de 3 partes: introducción, desarrollo y preguntas de comprobación. Para obtener mejores resultados deben emplearse medios de enseñanza, la charla nunca debe ser leída ni debe tratar de agotar un tema, de forma que su tiempo de duración garantice la atención de los participantes.

Cuasi experimento de un solo grupo: permitió evaluar el nivel de conocimientos sobre el riesgo preconcepcional en mujeres en edad fértil pertenecientes al consultorio 29 del Área Norte del Municipio Ciego de Ávila.

El análisis estadístico: en relación con los factores sociodemográfico utilizó el porcentaje como unidad de resumen para el análisis descriptivo y al tener en cuenta la variable llevada a una escala cualitativa nominal dicotómica y evaluada antes y después, se utilizó la prueba McNemar.

MARCO TEÓRICO

En la primera mitad del siglo XX los partos constituían un alto riesgo para la mujer embarazada, determinando un elevado número de muertes maternas, sólo después de 1950 se abre camino a una nueva preocupación universal, el riesgo de vida fetal (11).

El médico actual al realizar estudios de riesgo en la atención primaria entiende que determinados individuos, familias, grupos, colectivos o comunidades tienen mayor probabilidad de presentar problemas de salud debido a la existencia de determinadas características llamadas factores de riesgo (12).

El 48 % de las mujeres latinoamericanas en edad fértil (de 15 a 49 años de edad) no utilizan ningún método anticonceptivo. Sólo 9,36 % hacen uso de la píldora como método, cuando en Europa un 33 % eligen la misma, el 23,2 % prefiere la esterilización para prevenir su embarazo y tan sólo el 6 % usa el preservativo (13,14).

La salud materna infantil es uno de los indicadores que se utiliza para medir el nivel de desarrollo de un país, debido a que persigue como objetivo el óptimo estado de la madre, así como el del producto de la gestación evitando las posibles complicaciones. Cuba muestra hoy indicadores comparables con países desarrollados (15).

El análisis epidemiológico del estado de salud de la población revela que uno de los grupos más vulnerables continúa siendo el de las mujeres en edad fértil, donde existen mayores riesgos relacionados con la gestación (15).

El riesgo reproductivo preconcepcional se aplica a mujeres en edad reproductiva no embarazadas, que por la presencia de condiciones o factores de riesgo tienen la probabilidad de sufrir daños a su salud o la de su futuro hijo (16).

Existen diversas clasificaciones de riesgo preconcepcional, pero ninguna puede sustituir el pensamiento médico en cada caso en particular, es decir que teniendo en cuenta los diversos factores que pueden conceptualizarse, debemos aplicar un enfoque integral, analítico e individualizado en cada caso (16).

El riesgo puede ser de carácter biológico, psíquico, social o ambiental e incluso interactuar entre ellos. En la mayoría de los países de América y el Caribe, hasta hace muy poco, la muerte materna era considerada como un problema poco importante para la salud pública, hasta que en 1980 se le denominó “epidemia silenciosa”, sólo era atendida como resultado de las reivindicaciones sociales de organismos internacionales en su lucha por un trato más justo para las mujeres y a favor de la infancia (17,18).

Una dispensarización adecuada de la población femenina permite identificar los riesgos colectivos o individuales y al actuar sobre ellos se logra un embarazo satisfactorio, un parto feliz y un recién nacido sano. El control del riesgo preconcepcional no es un elemento determinante en la disminución, sino en la erradicación de la morbimortalidad general de la población femenina y la posibilidad real de disminuir o evitar el daño que desde el punto de vista bio-psico-social y ambiental pueda sufrir una madre y/o su hijo (19,20).

Diferentes foros a nivel mundial han trazado planes para una maternidad segura y una infancia feliz. El riesgo se define como “la probabilidad de sufrir un daño no deseado, temporal o definitivo” (21-24).

Esta posibilidad de complicación es diferente y específica para cada factor predisponente, por lo cual, se han concebido programas y acciones de salud para reducir el efecto nocivo de dichos factores sobre la calidad de vida, un parto satisfactorio y la obtención de un individuo íntegro y capaz (24).

Se estima que entre el 15 y el 30 % de las mujeres cubanas cuyas edades oscilan entre 15 y 49 años, tienen alguna condición, afección o conducta que permita clasificarlas como mujeres con riesgo preconcepcional real. Al tomar en consideración que en nuestro medio la identificación del riesgo constituye un problema de salud al incrementar, si no se efectúa, la morbimortalidad materno fetal (25).

El médico o la enfermera en la comunidad detectan el riesgo de la población femenina en edad reproductiva y actúa sobre ella, con la cooperación de la comunidad y la gestión intersectorial. Las consultas de planificación familiar en la atención primaria de salud cuentan con un equipo multidisciplinario e integral con

enfoque de riesgo que le permite mayor eficacia en la orientación, la consejería y la disponibilidad de los recursos (26).

El riesgo es una medida que refleja la probabilidad de que se produzca un hecho o daño a la salud. El enfoque de riesgo se basa en la medición de esa probabilidad (26).

Factor de riesgo es toda característica o circunstancia observable en una persona, asociada con una probabilidad incrementada de experimentar un daño a su salud. La importancia mayor de los factores de riesgo consiste en que son observables o identificables antes de la ocurrencia del hecho que predicen (26).

El grado de asociación se determina mediante el llamado riesgo relativo, que expresa el número de veces en que el daño aparece en las personas que presentan el factor, cuando se compara con su aparición en las personas que no presentan el factor de riesgo. Representa el riesgo individual (25,26).

La frecuencia del factor de riesgo en la comunidad sirve de base para la determinación del riesgo atribuible. El riesgo atribuible expresa el riesgo dentro de la comunidad. Su conocimiento es muy importante para los responsables de salud del área, municipio o provincia cuando deben reducir la relevancia de factores de riesgo en la población (26).

Caracterización epidemiológica.

La relación de un factor de riesgo determinado con un daño concreto puede ser de tres tipos (25,26)

1. Relación causal. El factor de riesgo desencadena el proceso morboso. Ej.: la placenta previa origina la muerte fetal por anoxia; la rubeola durante el primer trimestre del embarazo causa malformaciones congénitas.
2. Relación favorecedora. En ella existe una franca relación entre el factor de riesgo y la evolución del proceso (pero no es la causa directa). Ej.: la gran multiparidad favorece la situación transversa y ésta el prolapso del cordón umbilical.
3. Relación predictiva o asociativa. Se expresa en sentido estadístico, pero no se conoce la naturaleza de esa relación. Ej.: la mujer que ha perdido ya un feto o un recién nacido corre más peligro de perder su próximo hijo.

No todos los factores de riesgo son causales. Los hechos que preceden a otros hechos no necesariamente los causan (27).

En realidad, la mayoría de los factores de riesgo tiene una relación favorecedora, de manera que entre el factor de riesgo y el resultado final (daño) debe aparecer un resultado intermedio sin el cual no se llegaría a producir el daño. La detección precoz y/o la prevención de este resultado intermedio es el objetivo de la consulta pre natal de las pacientes con factores de riesgo (27).

Factores de Riesgo	Resultado intermedio	Resultado perinatal
Biológico		
Edad	Pre-eclampsia. Bajo peso	Malformaciones
Desnutrición III-IV	Rotura prematura de membranas	Enfermedad de membrana hialina
Anemia		
Talla inferior a 150cm	Causas mecánicas	Infección
Paridad	Placenta previa	Isoinmunización
Infecciones asociadas		
Asma bronquial		
Hipertensión arterial		
Disfunción tiroidea		
Epilepsia		
Diabetes mellitus		
Cardiopatías		
Nefropatías		
Aumento de peso	Parto pre-término	Hemorragia pulmonar
Antecedentes obstétricos		
Partos – bajo peso	Restricción del crecimiento intra-uterino	Trauma
Defunciones neonatales o fetales anteriores	Abrupto placentae	Anoxia
Toxemia gravídica		
Incompetencia cervical		
Aborto del segundo semestre		
Retardo del crecimiento uterino		
Socioambientales		
Hábitos tóxicos		Hemorragia intraventricular
Relaciones sexuales inestables		
Condiciones de vida /y o trabajo adversas		

La identificación temprana de estos embarazos de riesgo permite racionalizar los recursos y prestar la atención en el nivel de complejidad que requiere el grado de riesgo. En ningún momento debe significar una disminución de la atención de las pacientes de bajo riesgo (28).

La prioridad a la atención de determinados riesgos, se hace en función de la magnitud de éstos, así como la vulnerabilidad real, en lo que a modificaciones de éste se refiere; puede ser antes de comenzar una gestación por haber sido planificada por la pareja o la mujer o a iniciarse en la captación, mediando una negociación con la pareja o concretamente con la mujer (28).

El riesgo preconcepcional está condicionado por una sucesión de factores, enfermedades o circunstancias únicas o asociadas que pueden repercutir desfavorablemente en el binomio, durante el embarazo, parto o puerperio. Esto indica que el riesgo puede ser de carácter biológico, psicológico y social, y no es valorado por igual en cada caso; es decir, que la misma condición de riesgo no repercute de forma igual en cada mujer o pareja, por lo que se debe hacer un enfoque y análisis individualizado en cada caso (29).

Un estudio realizado por Arrate Negret y colaboradores revelan que la hipertensión arterial, la desnutrición y los antecedentes desfavorables en obstetricia fueron los factores de riesgo biológicos más frecuentes en mujeres con riesgo preconcepcional (30).

Por lo tanto, no puede hacerse una clasificación esquemática del riesgo preconcepcional, pero sí se debe tener en cuenta los criterios principales que ayuden a su identificación (29).

Existen antecedentes y condiciones generales relacionadas con el riesgo preconcepcional, entre los que se encuentran la edad menor de 18 años y más de 35 años, por lo que se dice que en las mujeres muy jóvenes es más frecuente que el embarazo termine antes de tiempo, es decir, aborto, parto inmaduro o prematuro, así como que ocurran malformaciones congénitas y complicaciones como la inserción placentaria baja, toxemia, distocia del parto, muerte fetal, entre otras (29).

En México, 20 % de los nacimientos anuales ocurren en mujeres menores de 20 años de edad, con importante repercusión del embarazo en las adolescentes con

los riesgos para la salud de la madre y su hijo, y con el riesgo de llegar al aborto ante la falta de condiciones y conocimientos que faciliten una mejor decisión (31,32).

En las mujeres mayores de 35 años también son frecuentes las complicaciones antes señaladas, sobre todo si se añaden otros factores de riesgo como la multiparidad, hábito de fumar y enfermedades crónicas (29). La asistencia preconcepcional forma parte de la asistencia prenatal, y su principal propósito es promover la salud de la mujer y de su futura descendencia, por lo que la realización de acciones de promoción y el desarrollo de actividades capacitadoras hacia el logro de salud reproductiva es un pilar básico para la prevención de complicaciones durante el proceso de reproducción (33).

Un riesgo preconcepcional es el peso relacionado con la malnutrición. Esto se debe a que las mujeres malnutridas por defecto deberían aumentar de peso antes de la concepción, ya que con frecuencia se le asocian partos pretérminos y toxemia. En el caso de las obesas, las complicaciones principales van a estar asociadas con la toxemia y la hipertensión arterial, pero también pueden verse la prematuridad y el bajo peso (29).

Un estudio realizado por Araujo Rodríguez y colaboradores reveló que el deficiente estado nutricional de las madres y el de los recién nacidos son consecuencia directa de malos hábitos alimentarios (34).

Las condiciones sociales desfavorables o conductas personales o de pareja inadecuadas, también constituyen un factor de riesgo para el embarazo y el producto. Entre ellas se encuentran: alcoholismo, promiscuidad, pareja inestable, madre soltera, hacinamiento, intento suicida, no solvencia económica, maltrato, etc.(29).

Un estudio que corrobora lo anterior expuesto demostró que las condiciones generales, conductuales y sociales desfavorables con mayor porcentaje fueron la condición de madre soltera, el hábito de fumar y la no solvencia económica (35).

En relación a los antecedentes obstétricos y reproductivos se puede decir que entre los más significativos y que representan un riesgo preconcepcional se encuentran:

La paridad, que es más riesgosa en la primera gestación, sobre todo si concomitan otros factores, así como cuando ha habido más de tres partos. Por otra parte, el intervalo intergenésico, se considera corto cuando es menor que un año, no así para la cesárea anterior, que se considera hasta dos años y se asocia con más frecuencia con nacimientos pretérminos y anemias durante el embarazo (29,33).

En el caso del aborto espontáneo, las malformaciones congénitas y las muertes perinatales pudieran estar relacionados con factores orgánicos y genéticos que deben ser estudiados antes del embarazo, así como los recién nacidos de bajo peso y pretérminos, que en próximas gestaciones pudiera repetirse alguna causa previa que lo favorezca, como las enfermedades crónicas, hábito de fumar, malformaciones uterinas, miomas, etc. (29,36).

Haber tenido una toxemia en un embarazo anterior puede repetirse, debido al mal control de los hábitos higiénico-dietéticos, así como si han aparecido otros factores (37). De igual manera la cesárea anterior como toda intervención sobre el útero, debe considerarse hasta los dos años, ya que es un factor que no se puede modificar (38). Otro factor como el Rh negativo sensibilizado constituye un importante riesgo, aunque no es frecuente, no obstante, deberá estudiarse cuando hayan existido múltiples gestaciones (29,39).

Entre los antecedentes patológicos personales, los principales lo constituyen las enfermedades crónicas. Entre las que se encuentran la hipertensión arterial, diabetes mellitus, cardiopatías, nefropatías y hepatopatías, que son las más importantes por su repercusión sobre la vida del binomio, seguidas en frecuencia por el asma bronquial y las anemias. Es importante destacar que cuando se asocian los factores, el riesgo se incrementa (29,40).

Herrear y colaboradores consideran que una vez detectado el problema y su magnitud, se debe actuar para erradicar, disminuir o controlar el riesgo, y, de esta manera, posibilitar el embarazo en el caso que se desee, o tomar una conducta sobre anticoncepción temporal o definitiva (29). De ahí la importancia que la autora de esta investigación le concede las acciones educativas para el conocimiento de las pacientes sobre el riesgo preconcepcional.

En la atención primaria de salud (APS) existe un Programa para el Control de Riesgo Preconcepcional, que se desarrolla en todos los consultorios médicos de familia y se centraliza al nivel del policlínico, que tiene como objetivo fundamental incidir y modificar positivamente el riesgo existente antes de que la mujer se embarace, con el fin de lograr que la concepción ocurra en las mejores condiciones posibles (41).

Este programa establece una negociación con la pareja o la mujer sobre su futuro reproductivo, con pleno conocimiento de su riesgo, para que espere un tiempo acordado entre ambas partes para su estudio y mejoramiento de las condiciones. Durante el mismo debe usar algún método anticonceptivo. Esta conducta debe guiarse con una orientación adecuada, no imponerse, ya que se rompería la relación de respeto médico-paciente (29, 41,42).

Por último, se considera que una paciente es controlada cuando existe registro del pensamiento médico en la historia clínica, con la correspondiente estrategia que se vaya a seguir. No se incluyen dentro de este programa la paciente que no desea embarazo, o que se infiera que no desea embarazo y que está usando método anticonceptivo, cuando exista la certeza de no actividad sexual, cuando hay anticoncepción permanente y cuando haya desaparecido la condición de riesgo (29).

Con todo lo anterior expuesto se puede afirmar que solo de esa forma antes mencionada se logra un conocimiento y un control adecuado del riesgo preconcepcional, con la posibilidad de disminuir en un alto porcentaje la morbilidad y mortalidad materna y perinatal (29).

Una enfermedad que constituye un riesgo preconcepcional lo constituyen las Infecciones de Transmisión Sexual (ITS), que son aquellas adquiridas fundamentalmente por contacto sexual y representan un problema de salud pública de gran magnitud (43).

Se considera que la incidencia de las ITS agudas es alta en muchos países. Las fallas en el diagnóstico y tratamiento de las ITS en estadios tempranos puede ocasionar graves complicaciones y secuelas entre las que incluyen la infertilidad, la

perdida fetal, el embarazo ectópico, el cáncer anogenital, y la muerte prematura, así como infecciones en recién nacidos y lactantes(43).

En Cuba, con el modelo de atención primaria llamado Medicina en la Comunidad, se logra una profundización en el estudio de los factores de riesgo en grupos vulnerables de la población. La vulnerabilidad es el resultado de un número de características interactuantes: biológicas, ambientales, sociales, psicológicas, etcétera, las que reunidas confieren un riesgo particular de sufrir una enfermedad en el futuro (44).

La autora a partir de lo descrito en la literatura examinada considera que, para elevar las tasas de natalidad, disminuir la morbimortalidad y lograr el fruto de la concepción, se hace necesario la intervención desde la esfera educativa para promocionar estilos de vidas saludables y una comprensión general en las mujeres en etapa fértil de los riesgos, las complicaciones y los beneficios de una maternidad saludable.

MATERIAL Y MÉTODO

Se realizó un estudio cuasi-experimental de tipo antes-después para evaluar la efectividad en la aplicación de un programa de intervención para modificar conocimientos relacionados con el riesgo preconcepcional en mujeres de edad fértil pertenecientes al policlínico Norte de Ciego de Ávila; en el periodo comprendido entre julio 2017 a enero 2018.

Universo y muestra

El Universo de estudio estuvo constituido por 85 mujeres adultas en edad fértil, se trabajó con una muestra de 30 mujeres con edades comprendidas entre 15 y 49 años pertenecientes al consultorio 29 del área de salud Norte de Ciego de Ávila.

Criterios de inclusión:

1. Mujeres que han aceptado participar en el estudio y han firmado el consentimiento informado (ver anexo I).

Criterios de exclusión:

1. Residentes temporales en el área de salud.
2. Mujeres que presenten algún impedimento físico o mental que les impida responder a las preguntas de la investigación.

Criterios de Salida:

1. Abandono por decisión propia.

Métodos de obtención de información

Los datos fueron recogidos a través de un cuestionario (ver anexo II), fuente de información primaria de la investigación, aplicada un antes y después; creada por la autora y aprobada por criterio de expertos del servicio de Medicina General Integral del policlínico Norte de Ciego de Ávila.

Dada las características de búsqueda de información rápida y económica se aplicó la encuesta inicialmente, luego se aplicó la estrategia de intervención educativa (ver anexo III), diseñada para elevar el nivel de conocimientos relacionados con riesgo preconcepcional en la muestra de estudio; luego de esto se aplicó en un segundo momento el cuestionario, después de concluida la intervención, para de esta forma dar salida a los objetivos específicos.

Aplicación del programa educativo: constó de las siguientes etapas: diagnóstica, intervención propiamente dicha y de evaluación.

Etapas diagnóstica: Los conocimientos sobre riesgo preconcepcional fueron identificados utilizando un cuestionario y sobre las necesidades educativas se elaboró el Programa de Intervención Educativa.

Etapas de intervención propiamente dicha: la muestra fue conformada por un grupo de 30 mujeres escogidas de forma intencional no probabilístico, dirigido hacia las mujeres con riesgo preconcepcional sin vínculo laboral por la factibilidad para hacer la intervención. La misma se planificó para impartirla en un período de dos meses, y para ello se desarrollaron cinco sesiones de trabajo, con una frecuencia de una vez por semana. Cada encuentro incluyó conferencias y técnicas participativas.

Etapas de evaluación: se aplicó el cuestionario inicial y evaluaron bajo los principios que la inicial, después de finalizada la intervención educativa.

Se utilizó una complementación de la metodología cualitativa y cuantitativa a la luz del materialismo dialéctico.

Operacionalización de las variables

Variable	Tipo	Operacionalización		Indicador
		Escala	Descripción	
Edad	Cuantitativa continua	≤ de 18 años 19- 30 años 31- 40 años ≥ 41 años	Según años cumplidos.	Porcentaje de mujeres según edad
Nivel de escolaridad.	Cualitativa nominal politómica	Primario. Secundario. Preuniversitario Técnico Medio. Universitario.	Según nivel de escolaridad alcanzado.	Porcentaje de mujeres según escolaridad
Nivel de conocimientos	Cualitativa nominal dicotómica	Adecuado Inadecuado	Según aplicación del cuestionario antes y después (ver cuestionario).	Número y porcentaje según grupo de pertenencia

Plan de análisis de los resultados

Se confeccionó una base de datos en el programa Excel para sintetizar toda la información que fue resumida en frecuencias absolutas y porcentajes.

Para el análisis de las variables socio-demográficas se utilizó estadística descriptiva de media y desviación estándar. Para el análisis de la efectividad de la intervención educativa se empleó la prueba estadísticas Mc. Nemar para hallar diferencias significativas entre el nivel de conocimiento sobre riesgo preconcepcional, antes y después de la aplicación del programa educativo.

Aspectos éticos

Este proyecto de intervención educativa está en correspondencia con las regulaciones establecidas en la declaración de Helsinki (45).

Se pidió a todas las encuestadas seleccionadas su consentimiento para participar en el estudio. Se explicó el carácter voluntario, se insistió en el carácter confidencial de los datos y el manejo anónimo de los participantes, con el uso de códigos de identificación. La autonomía se mantuvo desde la decisión individual de participar o no en la investigación, por lo que cada fémina leyó, en presencia del investigador, la información necesaria y oportuna sobre el estudio, para posteriormente ambos firmar el acta de consentimiento informado.

Se sostuvo una interacción justa y benéfica con los pacientes. Siguiendo de esta forma los principios de Autonomía, Beneficencia, No Maleficencia y Justicia.

Procesamiento estadístico:

Se aplicó la técnica de McNemar para comparar el nivel de conocimientos que poseían las pacientes antes y después de la intervención educativa. Para ello se clasifica el conocimiento de las personas de las cuatro variables en estudio, es decir adecuado (1) e inadecuado (0). Esto facilita la manipulación estadística de los resultados por persona para cada variable en el SPSS.

Prueba de hipótesis:

H₀: La tasa del nivel de conocimiento sobre el riesgo preconcepcional antes; no es significativamente diferente a la tasa de conocimiento después.

H₁: Existen diferencias significativas entre las tasas de conocimiento sobre el riesgo preconcepcional antes y después.

H₀: es la hipótesis nula

H₁: es la hipótesis alternativa

Planteamiento de la Hipótesis

H₀: TA=TD

H₁: TA≠TD

Dónde .TA: tasa de conocimiento sobre el riesgo pre- concepcional antes.

.TD: tasa de conocimiento sobre el riesgo pre-concepcional después.

Parámetro $\alpha = 0,005$

Regla de decisión: rechazar la hipótesis nula si $p \leq \alpha$

Dónde: p- probabilidad calculada

α - Nivel de significación

ANÁLISIS Y DISCUSIÓN DE LOS RESULTADOS

Tabla 1. Distribución de pacientes con riesgo preconcepcional según grupos de edades. Consultorio 29 Área Norte. Ciego de Ávila 2018

Grupos de edades	No	%
≤ de 18 años	4	13,3
19- 30 años	14	46,7
31- 40 años	7	23,3
≥ 41 años	5	16,7
Total	30	100

Fuente: Encuesta.

La distribución de las mujeres que constituyen riesgo preconcepcional según grupos etáreos es analizada en la tabla 1, se observó que la mayor frecuencia se presentó en las edades de 19 a 30 años lo cual representa el 46,7 % de la muestra.

Mainegra Reyes y colaboradores. (44) en un estudio publicado en Sancti Spíritus en el año 2011, observaron que entre las edades de 31 a 40 años se encontraba el 59,6 % de las féminas que se embarazan en este periodo, seguido por las edades de 21 a 30 años con el 25,5 % y solo el 4,2 % se ubicaba en las edades de 40 o más años (44).

Acosta Cuéllar AC y colaboradores. (35) en un estudio publicado en Camagüey en el año 2016, encontraron que el 59,6 %, de las mujeres en estudio, estaban entre las edades de 20-34 años, seguido por las mujeres mayores de 35 años en el 32,7 % y las menores de 20 años en 7,7 %. La edad extrema del período fértil predominó en el 40,4 % que es donde se acrecienta el riesgo.

Las intervenciones educativas para el riesgo reproductivo son una metodología que se ha comenzado a incorporar como estrategia de prevención en los últimos años, debido a su bajo requerimiento de recursos (humanos y materiales), como la necesidad de aumentar el nivel educacional en la población objetivo, a sabiendas

que una población educada en salud mejora sus conductas preventivas. Sin embargo, es importante considerar los recursos con los cuales se cuenta, las características de la población a intervenir (ej, nivel educacional) y la factibilidad de la aplicación de la tecnología sobre el tema que se desea educar. Las sesiones de discusión y los folletos educativos parecen ser las estrategias más ampliamente utilizadas, debido probablemente a que su bajo costo las hace accesibles y asegura la entrega de la información necesaria. La importancia final radica en la elección de una metodología que garantice la retención de los contenidos entregados en la población beneficiada (35,46).

Tabla 2. Distribución de pacientes con riesgo preconcepcional según nivel de escolaridad.

Nivel de Escolaridad	No	%
Primaria	2	6,6
Secundaria	5	16,7
Preuniversitario	9	30,0
Técnico Medio	8	26,7
Universitario	6	20,0
Total	30	100

Fuente: Encuesta

En la tabla dos se muestra la distribución de las participantes en relación con el nivel de escolaridad donde se encontró un predominio del nivel preuniversitario con 9 pacientes lo cual representó el 30,0 % del total, seguido del técnico medio con 8 pacientes para un 26,7 %.

Estos resultados no coinciden con los obtenidos por González y colaboradores, respecto al nivel de escolaridad, donde los mayores porcentajes estuvieron en mujeres con noveno y décimo grado vencido. (47)

El nivel de escolaridad prevalente en la muestra de este estudio pudiera estar relacionado con la tendencia actual de las adolescentes de no ingresar a estudios

superiores para dedicarse a trabajos mejor remunerados presentes en Cuba con el nuevo modelo económico cubano.

Tabla 3. Distribución de pacientes según nivel de conocimientos sobre generalidad del riesgo preconcepcional.

Nivel de conocimientos	Evaluación			
	Antes		Después	
	No.	%	No.	%
Adecuado	8	26,7	25	83,3
Inadecuado	22	73,3	5	16,7
Total	30	100,0	30	100,0

Fuente: base de datos McNemar $p < 0,000$

La tabla tres muestra la distribución de participantes según el nivel de conocimientos sobre generalidad del riesgo preconcepcional antes y después del programa de intervención.

Se observó que solo 8 de las participantes (26,7 %), presentaban un adecuado nivel de conocimientos inicial sobre este fenómeno, mientras que 22 (73,3 %), desconocían elementos importantes del aspecto tratado.

Al finalizar la capacitación, las respuestas correctas se observaron en 25 de las participantes para un 83,3 % del total con una modificación significativa según la interpretación del resultado de la prueba estadística utilizada, y de carácter positivo al análisis porcentual.

Una intervención educativa realizada en 66 adolescentes concluyó que de forma general las adolescentes conocen los riesgos preconcepcionales. (46)

Tabla 4. Distribución de pacientes según nivel de conocimientos sobre factores de riesgo preconcepcional.

Nivel de conocimientos	Evaluación			
	Antes		Después	
	No.	%	No.	%
Adecuado	3	10,0	17	56,7
Inadecuado	27	90,0	13	43,3
Total	30	100,0	30	100,0

Fuente: base de datos

McNemar $p < 0,000$

La tabla cuatro muestra la distribución de participantes según el nivel de conocimientos sobre factores de riesgo preconcepcional, evaluado antes y después de la capacitación realizada.

Se pudo observar que, en la encuesta realizada al comienzo de la investigación, 3 participantes, para un 10,0 %, presentaban conocimientos adecuados sobre aspectos que pudieran incluirlas en el riesgo preconcepcional, mientras 27 de las mismas (90,0 %), no presentaban respuestas adecuadas en dicha encuesta inicial.

Al final de la intervención y después de un tiempo prudencial, se repite la encuesta con resultados positivos logrando una modificación del nivel de conocimientos con 17 (56,7 %) participantes, respondiendo acertadamente y correspondiéndose con un cambio significativo estadísticamente.

El estudio de González Reyes reveló que las pacientes estudiadas tienen conocimiento sobre los factores de riesgo preconcepcional para así mejorar la salud reproductiva en general (46).

Estos resultados coinciden con los obtenidos por González Roque y colaboradores respecto al nivel de conocimientos sobre factores de riesgo preconcepcional para un 62,2 % del total de las participantes (39).

Tabla 5. Distribución de pacientes según nivel de conocimientos sobre métodos de anticoncepción.

Nivel de conocimientos	Evaluación			
	Antes		Después	
	No.	%	No.	%
Adecuado	18	60,0	29	96,7
Inadecuado	12	40,0	1	3,3
Total	30	100,0	30	100,0

Fuente: base de datos McNemar $p < 0,002$

La tabla cinco muestra la distribución de participantes según el nivel de conocimientos sobre métodos de anticoncepción, evaluado antes y después de la intervención comunitaria.

Se pudo observar en la aplicación inicial de la encuesta que solo 18 de las participantes para un 60,0 %, presentaban un adecuado nivel de conocimientos, mientras el otro 40,0 % de ellas no reflejaban una adecuada percepción sobre métodos de anticoncepción.

Pasado un tiempo prudencial y aplicado el cuestionario nuevamente, el número de participantes con nivel adecuado de conocimientos se elevó hasta 29 para un 96,7 % logrando así una modificación positiva en este aspecto. El análisis de la prueba estadística demostró que dicho cambio resultó significativo para el análisis antes y después.

Estos resultados coinciden con los de Cáceres Cabrera y colaboradores (39). el cual reveló que las pacientes estudiadas tienen conocimiento sobre métodos de anticoncepción.

Tabla 6. Distribución de pacientes según nivel de conocimientos sobre repercusión del riesgo preconcepcional.

Nivel de conocimientos	Evaluación			
	Antes		Después	
	No.	%	No.	%
Adecuado	12	40,0	21	70,0
Inadecuado	18	60,0	9	30,0
Total	30	100,0	30	100,0

Fuente: base de datos

McNemar $p < 0,000$

La tabla 6 muestra la distribución de participantes según el nivel de conocimientos que poseían sobre repercusión del riesgo preconcepcional, evaluado antes y después de la intervención capacitante.

Se pudo observar que, en la etapa diagnóstica, 12 de las participantes, para un 40,0 %, poseían un nivel de conocimientos adecuados, mientras que 18 (60,0 %), no lograban responder adecuadamente los ítems consignados en la encuesta.

Al terminar el programa de intervención y aplicar la encuesta nuevamente, se logró elevar el nivel de conocimiento con 21 de las participantes respondiendo adecuadamente para un 70,0 % del total, y representando un cambio significativo según el resultado de la prueba de McNemar.

Cabrera y colaboradores (39) en un estudio realizado observó que un 62,2 % del total de las féminas, obtuvieron una evaluación de conocimientos adecuados sobre riesgo preconcepcional, lo cual coincide con el estudio.

Tabla 7. Distribución de pacientes según nivel de conocimientos sobre medidas de protección contra las ITS.

Nivel de conocimientos	Evaluación			
	Antes		Después	
	No.	%	No.	%
Adecuado	16	53,3	27	90,0
Inadecuado	14	46,7	3	10,0
Total	30	100,0	30	100,0

Fuente: base de datos

McNemar $p < 0,002$

La tabla siete muestra la distribución de participantes según el nivel de conocimientos sobre medidas de protección contra las ITS, evaluado antes y después de la intervención comunitaria.

Se pudo observar en el diagnóstico inicial realizado que este tema era una de las necesidades sentidas con solo 16 de los participantes respondiendo adecuadamente los ítems consignados en la encuesta en relación a este acápite, para un 53,3 % del total mientras 14 (46,7 %) presentaban un inadecuado nivel de conocimientos.

Al terminar las sesiones de capacitación y reaplicar la encuesta, el número de participantes con un adecuado nivel de conocimientos se elevó a 27 para un 90,0 %, con una modificación significativa según la prueba utilizada en la presente investigación.

Asumir un embarazo sin el apoyo de la pareja puede resultar difícil para la mujer ya que su estado emocional se modifica, de ahí que sea un aspecto importante la puesta en práctica del programa de Maternidad y Paternidad Responsable en el cual se trabaja para involucrar no sólo a los futuros padres, sino también a la familia en este paso tan trascendental, en la vida de cualquier individuo (48,49).

Respecto al riesgo preconcepcional, son pocas las parejas que consideran que controlar los embarazos no es sólo responsabilidad de la mujer, por lo tanto en aquellos casos en los que aún no se ha decidido la esterilización femenina y resulta incompatible la utilización de otro método femenino los hombres pueden apelar al

uso de los dispositivos propios para su sexo, con el propósito de ayudar también desde su género al control del riesgo preconcepcional. (48,49).

El servicio de planificación familiar y riesgo preconcepcional tiene dentro de sus funciones las de asesorar la organización de diferentes actividades relacionadas con la atención integral a la mujer, para ello cuenta con un área funcional responsabilizada para diseñar, orientar, controlar y evaluar la estrategia de atención integral al riesgo reproductivo preconcepcional, la coordinación y planificación con los proveedores de los aseguramientos logísticos relacionados con la anticoncepción y el perfeccionamiento centralizado, dirigido a especialistas de Ginecobstetricia, Médico y Enfermeras de la familia y los GBT que dan seguimiento a investigaciones y temas específicos relacionados con la salud sexual y reproductiva y en especial al riesgo reproductivo preconcepcional (50).

Es sabido que en Cuba al igual que en países desarrollados, se ha creado el grupo de trabajo con el objetivo de aumentar la vigilancia sobre el elevado número de asmáticas y prevenir los resultados negativos que esta enfermedad provoca durante el embarazo, lo mismo sucede en otros reportes con la hipertensión arterial asociada al embarazo y su secuela de retraso en el crecimiento intrauterino y morbilidad materna, la diabetes mellitus con las malformaciones fetales, el parto pretérmino, la macrosomía y el óbito, la infección urinaria tan común en el embarazo, con frecuencia relacionada a la hipertensión arterial, la infección ovular, la rotura prematura de membrana, el parto pretérmino, la muerte fetal y/o materna y la edad en la que todos coinciden en adjudicar un papel preponderante a la hora de concebir un embarazo, y en afirmar el incremento de las afecciones inducidas o asociadas al mismo en los llamados “extremos del período fértil” donde la complicación para la madre y su hijo es más elevada cuando el embarazo se produce antes de los 18 años y después de los 35 (48-50).

Quedó demostrada la efectividad de la intervención educativa en la serie, pues fueron modificados los conocimientos inadecuados que tenían las participantes, sobre riesgo reproductivo.

CONCLUSIONES

Predominaron las edades en la segunda década de la vida con escolaridad preuniversitario. Al menos la mitad de los participantes presentaban conocimientos adecuados en la encuesta inicial en lo referente a métodos de anticoncepción y medidas de protección contra las Infecciones de Transmisión Sexual, mientras que en aspectos generales del riesgo preconcepcional, factores de riesgo y repercusión del riesgo preconcepcional, así como en el nivel general de conocimientos, los porcentajes adecuados de conocimiento inicial, eran inferiores. En todos los aspectos evaluados se logró una modificación positiva y significativa del nivel de conocimientos inicial.

RECOMENDACIONES

Perfeccionar los mecanismos de dispensarización del riesgo reproductivo preconcepcional y promover la información, orientación y servicios a grupos de adolescentes y jóvenes dirigidos a incrementar la motivación y los cambios de actitudes y conductas hacia la planificación familiar.

BIBLIOGRAFÍA

1. Rubens CE, Gravett MG, Victora CG, Nunes TM, and the GAPPS Review Group: Global report on preterm birth and stillbirth: mobilizing resources to accelerate innovative interventions. *BMC Pregnancy Childbirth*. 2016;10(Suppl 1):S7.
2. Cuba. Ministerio de Salud Pública. Riesgo Reproductivo Programa para la reducción del bajo peso al nacer de Atención Primaria. Ciudad de la Habana, Ciencias Médicas; 1998.
3. Cabezas E, Herrera V, Ortega M, Santiesteban S. *Procederes de Obstetricia y Ginecología para el Médico de la Familia*. La Habana: Ciencias Médicas; 1998.
4. Kelley MK, Rubens CE, and the GAPPS Review Group: Global report on preterm birth and stillbirth (6 of 7): ethical considerations. *BMC Pregnancy Childbirth*. 2014;10 (Suppl 1):S6.
5. Lazdam M, De la Horra A, Pitcher A. Elevated blood pressure in offspring born premature to hypertensive pregnancy: ¿is endothelial dysfunction the underlying vascular mechanism? *Hypertension*. 2014;56 (1):159–165.
6. Ghosh JKC, Wilhelm MH, Dunkel-Schetter C, Lombardi CA, Ritz BR. Paternal support and preterm birth, and the moderation of effects of chronic stress: a study in Los Angeles County mothers. *Arch Womens Ment Health*. 2014;13 (4):327–338.
7. Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia. Consulta Preconcepcional. *Protocolos Asistenciales en Ginecología y Obstetricia*. Tomo I. Protocolo nº 2 bis 1997[Internet].1997[citado 3 Oct 2016].[aprox. 17 p.]. Disponible en: <http://www.sego.es/protoA1/proto02bis.htm>.
8. Engmann C, Walega P, Aborigo RA. Stillbirths and early neonatal mortality in rural Northern Ghana. *Trop Med Int Health*. 2014;17(3):272–282.
9. Toledo Fernández AM. Riesgo Preconcepcional en los indicadores negativos del programa materno infantil policlínico universitario Antonio Maceo en la Ciudad de la Habana[Internet].2014[citado 4 Jun 2016];4(2):[aprox. 9 p]. Disponible en: <http://www.ilustrados.com/tema/11494/Riesgo-preconcepcional-indicadores-negativos-programa-materno.html>.
10. Ministerio de Salud Pública. Departamento de Registros Médicos y Estadísticas de Salud. Anuario Estadístico 2017[Internet]. 2018[citado 24 Jun 2018].198.p. Disponible

en: <http://files.sld.cu/dne/files/2018/04/Anuario-Electronico-Espa%C3%B1ol-2017-ed-2018.pdf>

11. Rodríguez R, Hernández Y, Gómez L. Caracterización de las mujeres con riesgo preconcepcional controladas con anticoncepción hormonal. Rev Cubana Obstet Ginecol. 2015; 26(2):82-6.
12. Del Monte E, Viñas C, González N, Lantigua A. Reflexiones sobre la atención a personas con defectos genéticos en el nivel primario de salud. Rev Cubana Med Gen Integr[Internet]. 2000[citado 4 mar 2016];16(2):194-7. Disponible en: http://bvs.sld.cu/revistas/mgi/vol16_2_00/mgi15200.htm
13. Cabrera Y, Ortega M, Orsay MC, Sanz L. Riesgo reproductivo preconcepcional: análisis de su comportamiento en tres consultorios médicos. Rev Cubana Med Gen Integr[Internet].2005[citado 23 Jun 2017];21(3-4):[aprox. 9 p.]. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-21252005000300012
14. Shrestha S, Dangol SS, Shrestha M, Shrestha RP. Outcome of preterm babies and associated risk factors in a hospital. J Nepal Med Assoc. 2016;50(180):286–290.
15. Pérez Rivero JL, Cardoso Vidal JC, Regueira Naranjo JL, Bermúdez Rodríguez ME. Riesgo Preconcepcional. Trabajo presentado en el VIII Seminario internacional de Atención Primaria de Salud. Versión Virtual; 2016.
16. Prendes Labrada M, Guibert Reyes W, Lescay Megret O, Toledo Dieppa O. Influencia de aspectos bioéticos en la planificación familiar en Santos Suárez. Rev Cubana Med Gen Integr. 1999; 15(4):378-85.
17. Ministerio de Salud Pública. Manual de diagnóstico y tratamiento en Obstetricia y Perinatología. La Habana: Ciencias Médicas; 2006.
18. Garrido Riquenes C. Riesgo Reproductivo. En Álvarez Sintés R, editor. Temas de Medicina General Integral. Vol. I. La Habana: Ciencias Médicas; 2015: p273-8.
19. Durán Santos M, González Teijeiro M. Estudio de educación preconcepcional de mujeres en edad fértil en dos centros de salud. Rev Med Gen Soc Esp Med Gener. 2014; 43:252-62.

20. Prendes Labrada M, Guibert Reyes W, González Gómez I, Serrano Borges E. Riesgo preconcepcional en la consulta de planificación familiar Rev Cubana Med Gen Integr. 2014; 17(4):360-6.
21. Hadavi M, Alidalaki S, Abedininejad M, Akhavan S. Etiologies and contributing factors of perinatal mortality: a report from southeast of Iran. Taiwan J Obstet Gynecol.. 2015;50(2):145–148
22. Lawn JE, Kerber K, Enweronu-Laryea C, Cousens S. 3.6 million neonatal deaths – what is progressing and what is not? Semin Perinatol. 2015;34(6):371–386
23. Regueira J, Rodríguez R, Brizuela S. Comportamiento del riesgo preconcepcional Rev Cubana Med Gen Integr. 1998; 14(2):160-4.
24. Varona de la Peña F, Echavarría Rodríguez N, Orive Rodríguez NM. Pesquisa de los Riesgos Preconcepcionales y Prenatales. Rev Cubana Ginecol[Internet]. dic 2015[citado 23 Mar 2017];36(4):565-572. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S0138-600X2010000400010&script=sci_arttext&lng=en
25. Valdés Ramos E, Blanco Rojas I. Frecuencia y Factores de Riesgo Asociados con la aparición de Diabetes Mellitus y Gestación. Rev Cubana Ginecol Obst[Internet]. Dic 2014[citado 5 Feb 2017]; 37(4):502-512. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0138-600X2011000400007&lng=es&nrm=iso
26. González MC, Hernández Gálvez L, Maldonado C. Caracterización de algunas variables en las adolescentes atendidas en la consulta de Planificación Familiar del Policlínico Belkis Sotomayor Álvarez. MediCiego[Internet]. 2013[citado 24 Feb 2017]; 17(2): [aprox. 8 p.]. Disponible en: <http://www.medigraphic.com/pdfs/mediciego/mdc-2011/mdc112r.pdf>
27. Labadí V A, Bauza R D, Moreno V Y. Eficacia del Manejo y control del Riesgo Reproductivo Preconcepcional. Comunidad de Providencia. III Congreso de Medicina Familiar; 2009-2010.
28. González F, Brito M, Maneiro P. El embarazo en adolescente: un problema de alto riesgo. Rev Obstet Ven. 2014; 57: 13-7.
29. Herrear V, Oliva J, Domínguez F. Riesgo reproductivo. En: Rigol Ricardo O, editor. Obstetricia y Ginecología[Internet]. Ciudad de la Habana:

- Ecimed;2004[citado 23 Mar 2018]. Capítulo 11.p.112-120. Disponible en:
www.sld.cu/galerias/pdf/sitios/rehabilitacion-temprana/riesgo_reproductivo.pdf
30. Arrate Negret MM, Linares Despaigne MJ, Cuesta Navarro AL, Isaac Rodríguez LM, Molina Hechavarría V. Caracterización epidemiológica de mujeres con riesgo preconcepcional. MEDISAN [Internet]. 2017[citado 23 Jun 2018]; 21(2):150. Disponible en: <http://www.medigraphic.com/pdfs/medisan/mds-2017/mds172c.pdf>
31. Tapia Curiol A, Oropesa Casillas F. Embarazo de la adolescente y su apoyo psicosocial. Boletín Adolescencia de la UIESSA, Guadalajara, México 2014; 1(3): 3.
32. Mora Cancino AM, Hernández Valencia M. Embarazo en la adolescencia. Ginecol Obst Méx[Internet]. 2015[citado 14 Oct 2017]; 83(05): 294-301. Disponible en:<http://www.medigraphic.com/pdfs/ginobsmex/gom-2015/gom155e.pdf>
33. Ardevol Cordovez D, Lluch Bonet A, De la Paz Alemán DM. Labor educativa en mujeres con riesgo reproductivo preconcepcional. Rev Cubana Enf[Internet].2015[citado 12 Feb 2017]; 31(3):[aprox. 9 p.]. Disponible en: <http://www.medigraphic.com/pdfs/revcubenf/cnf-2015/cnf153a.pdf>
34. Araujo Rodríguez H, Martín Rodríguez LC, Delgado Gutiérrez G, Rodríguez Elías DG, Lara Rodríguez N. 04-Comportamiento de algunos factores de riesgo del bajo peso al nacer. Policlínico Docente Luis Enrique de la Paz Reyna, 2008-2010. MULTIMED[Internet].2016[citado 14 Mar 2018];17(3):[aprox. 8 p.]. Disponible en: <http://www.revmultimed.sld.cu/index.php/mtm/article/viewFile/306/420>
35. Acosta Cuéllar AC, Casas Rodríguez L, Betancourt Camargo Y, Trens López DM, Acosta Cuéllar ME. Comportamiento de factores de riesgo preconcepcional en mujeres en edad fértil. En Convención Tecnosalud Camaguey 2017[Internet]. 2017[citado 14 Mar 2018]. [aprox. 12 p.]. Disponible en: <http://tecnosaludcmw2017.sld.cu/index.php/socoenf/tecnosalud2017/paper/view/120/81>
36. Roben López R, López Torres V, González RV. Caracterización clínico-epidemiológica de las malformaciones congénitas del sistema nervioso central,

- provincia Granma. Multimed[Internet]. Dic 2013[citado 4 Feb 2016]; 17(4): 1-16.
Disponible en:
<http://www.multimedgrm.sld.cu/Documentos%20pdf/Volumen17-4/04.pdf>
37. Telpéz García IM, Acevedo Vega MA, Falcón Segura B. Caracterización de mujeres del municipio Manatí con riesgo reproductivo preconcepcional. Rev Electrón Dr. Zoilo E. Marinello Vidaurreta [Internet]. 2018 [citado 14 Sep 2018];43(1):[aprox. 6 p.]. Disponible en:
http://revzoilomarinaldo.sld.cu/index.php/zmv/article/download/1242/pdf_457
38. Cáceres Cabrera AC, García Núñez RD, San Juan Bosch MA. Relación entre condiciones sociodemográficas y conocimiento sobre riesgo preconcepcional en mujeres en edad fértil. MediSur[Internet].2017[citado 4 Mar 2018];15(6):807-818. Disponible en:
<http://www.redalyc.org/service/redalyc/downloadPdf/1800/180054696009/6>
39. Cáceres Cabrera AD. González Roque JA. Diseño de una estrategia de intervención educativa sobre factores de riesgo preconcepcional en mujeres en edad fértil. Barrio de Lourdes, enero a junio 2016 (Bachelor's thesis, Escuela Superior Politécnica de Chimborazo) [Internet].2016[citado 4 Mar 2018].116.p. Disponible en:
<http://dspace.esPOCH.edu.ec/bitstream/123456789/5945/1/10T00152.pdf>
40. American Diabetes Association. Clinical Practice Recommendations 2000. Preconception care of women with diabetes. Diabetes Care 2014; 23 (Supl 1). Disponible en:
<http://journal.diabetes.org/FullText/Supplements/DiabetesCare/Supplement100/S65.htm>.
41. Hierrezuelo Rojas Naifi, Álvarez Cortés Julia Tamara, Subert Salas Lizandra, González Fernández Paula, Pérez Hechavarría Gipsy de los Angeles. Calidad del proceso en la ejecución del programa de riesgo reproductivo preconcepcional. MEDISAN [Internet]. May 2017 [citado 12 Oct 2018];21(5):518-526. Disponible en:
http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1029-30192017000500002&lng=es

42. Santisteban Alba S, editor científico. Obstetricia y Perinatología. Diagnóstico y tratamiento. Colectivo de Autores. La Habana: Ciencias Médicas;2012.
43. González Gutiérrez T. A propósito de las enfermedades de transmisión sexual. Revista Electrónica Dr. Zoilo E. Marinello Vidaurreta [Internet]. 2015 [citado 12 Oct 2018];38(12):[aprox. 10 p.]. Disponible en:
http://revzoilomarinello.sld.cu/index.php/zmv/article/view/406/pdf_84
44. Mainegra RM, Pérez RN, Cruz ÁT, Betancourt CO. Riesgo reproductivo preconcepcional. Policlínico Docente "Miguel Montesino Rodríguez". Fomento. Sancti Spíritus. GacMéd Espirit[Internet]. 2011[citado 2 Jul 2018]; 13(2):[aprox. 9 p.].Disponible en: <http://www.medigraphic.com/pdfs/espirtuana/gme-2011/gme112a.pdf>
45. Declaración de Helsinki de la Asociación Médica Mundial – Principios éticos para las investigaciones médicas en seres humanos[Internet]. Mar 2017[citado 11 Oct 2018]. [aprox. 6 p.]. Disponible en: <https://www.wma.net/es/policies-post/declaracion-de-helsinki-de-la-amm-principios-eticos-para-las-investigaciones-medicas-en-seres-humanos/>
46. González Reyes Y, Salgado Fonseca AE, Rodríguez Casas J. Intervención educativa acerca del riesgo preconcepcional adolescentes de la ESBU “Nguyen Van Troi” del municipio de Morón. Ciego de Ávila en el periodo comprendido entre septiembre de 2008 y agosto de 2009. MEDICIEGO[Internet].2014 [citado 23 Jul 2018];16(2):2. Disponible en:
http://www.bvs.sld.cu/revistas/mciego/vol16_02_10/pdf/t5.pdf
47. González Portales A, Rodríguez Cabrera A, Jiménez Ricardo M. Caracterización de mujeres con riesgo preconcepcional en un consultorio médico. Rev Cubana Med Gen Integr[Internet].2016 [citado 24 Jul 2018]; 32(2): 178-190. Disponible en:
<http://www.medigraphic.com/pdfs/revcubmedgenint/cmi-2016/cmi162e.pdf>
48. Beckfort. H. V, Taureaux. D. N. Riesgo preconcepcional, en mujeres en edad fértil, consultorio no 6, policlínico plaza de la revolución, 2008. La Habana 3-7 de diciembre de 2012 ISBN 978-959-212-811-8.
49. Quevedo Freitas G, Vázquez Ortiz ME, Zulueta Yate M, Fernández Charón E, Ruz Domínguez JE. Comportamiento del riesgo preconcepcional en el

consultorio médico El Turagual de Venezuela. Rev Cubana Med Gen Integr
2013; 28(2)

50. Tirado Armas Y. Asistencia preconcepcional, su relación con las complicaciones en el embarazo y el resultado de la gestación. Hospital Central Universitario "Dr. Antonio María Pineda" Barquisimeto. 2010.p.101-104

ANEXOS

Anexo I.

ACTA DE CONSENTIMIENTO DE PARTICIPACIÓN EN EL ESTUDIO

Policlínico Norte

Departamento de Medicina General Integral.

Ciego Ávila

El que suscribe:_____ doy mi conformidad para participar en la investigación para elevar conocimientos sobre riesgo preconcepcional en mujeres adultas. Para dar este consentimiento he obtenido una explicación amplia de la utilidad de la misma por la Dra. Raiselyn Rabi Salas quien me ha informado que:

Mi participación en el estudio es voluntaria y mi decisión de no aceptar la participación en el mismo no lesionará mis relaciones con los médicos de la atención primaria, los cuales continuarán brindándome asistencia médica eficiente.

Tengo el derecho a retirarme de la investigación cuando lo considere adecuado, sin explicación y sin afectar mis relaciones con el personal de salud.

Voluntariamente firmo este consentimiento junto con el médico que me proporcionó las explicaciones a los ____ días del mes de _____ de 201_.

Participante _____ Firma _____

Médico _____ Firma _____

Anexo II

Encuesta de riesgo preconcepcional

Área de salud Norte

Municipio Ciego Ávila

Edad: -----

Escolaridad: Primaria-----

Secundaria-----

Preuniversitario-----

Técnico Medio-----

Universitario-----

1. Señale verdadero (v) o falso (f) cuales de las siguientes opciones sobre generalidad del riesgo preconcepcional. ¿Qué es riesgo preconcepcional?
 - a) Mujeres en edad reproductiva no embarazadas que por la presencia de condiciones o factores de riesgo tienen la probabilidad de sufrir daños a su salud o la de su futuro hijo.
 - b) Mujeres en edad de menopausia que por la presencia de condiciones o factores de riesgo tienen la probabilidad de sufrir daños a su salud o la de su futuro hijo.
 - c) A niñas y adolescentes que por la presencia de condiciones o factores de riesgo tienen la probabilidad de sufrir daños a su salud o la de su futuro hijo.
 - d) A hombres en edad fértil que presentan problemas en la movilidad de los espermatozoides.
 - e) A mujeres con retraso mental que por la presencia de condiciones o factores de riesgo tienen la probabilidad de sufrir daños a su salud o la de su futuro hijo.
2. Señale verdadero (v) o falso (f) sobre que factores de riesgo se señalan para estar una mujer identificada en riesgo preconcepcional
 - a) Mujer anémica.
 - b) Mujer que tenga más de dos hijos.
 - c) Mujer en etapa de adolescencia.
 - d) Talla inferior a 150cm
 - e) Mujer con desnutrición.
 - f) Disfunción tiroidea.

g) _v_ Relaciones sexuales inestables.

3. Señale verdadero (v) o falso (f) sobre su conocimiento acerca de métodos de anticoncepción que eviten un embarazo no deseado.

a) _f_ Tener una pareja estable.

b) _v_ Métodos hormonales (píldora, inyección)

c) _v_ Uso del condón.

d) _v_ Utilización de DIU

e) _f_ Uso del método del reloj.

f) _f_ Hacer cuclillas luego del acto sexual.

g) _f_ No tener contacto sexual en los días previos a la fertilidad.

h) _f_ Tomar cocimiento de caña santa.

4. Señale verdadero (v) o falso (f) sobre la repercusión del riesgo preconcepcional al no seguir las pautas de la consulta de atención primaria al estar embarazada.

a) _v_ Pre-eclampsia.

b) _v_ Bajo peso.

c) _v_ Aumento de peso

d) _f_ Placenta previa.

e) _v_ Parto pre-término.

f) _v_ Rotura prematura de membranas.

g) _v_ Muerte fetal.

h) _f_ Caída del pelo.

5. Señale verdadero (v) o falso (f) sobre la importancia de las medidas de protección contra las ITS. ¿Cuáles son los riesgos que tienen las mujeres que no utilizan estas medidas?

a) _f_ Tener disfunciones sexuales.

b) _v_ Infectarse con VIH.

c) _f_ Contraer infecciones respiratorias.

d) _v_ Enfermar de Blenorragia.

e) _v_ Enfermar de Hepatitis B.

f) _v_ Enfermar de Sífilis.

g) _v_ Presentar condiloma.

h) _f_ Quedar estéril.

Nivel de conocimientos:

Pregunta 1:

Adecuados: 3-5 incisos

Inadecuados: menos de 3 incisos

Pregunta 2:

Adecuados: 4-7 incisos

Inadecuados: menos de 4 incisos

Pregunta 3:

Adecuados: 5-8 incisos

Inadecuados: menos de 5 incisos

Pregunta 4:

Adecuados: 5-8 incisos

Inadecuados: menos de 5 incisos

Pregunta 5:

Adecuados: 5-8 incisos

Inadecuados: menos de 5 incisos

Calificación Final:

Adecuados: Contestar 4 preguntas.

Inadecuados: Contestar 2 preguntas.

Anexo III

Programa de intervención educativa

Área de Salud Norte

Municipio Ciego Ávila

Las actividades de intervención comunitaria constarán de 5 actividades que serán impartidas todos los jueves en horario de la tarde en un aula del consultorio familiar no.29 del área norte de salud de Ciego de Ávila. Impartidas por el médico y enfermeras del mismo.

En cuanto a las fechas y horas que se muestran sufrirán cambios de acuerdo la disponibilidad del local que se nos será asignado.

Primer encuentro:

Lugar: Consultorio médico de la familia.

Título: ¿Que es riesgo preconcepcional?

Objetivo:

a) Definir que es riesgo preconcepcional.

Responsable: Dra. Raiselyn Rabí

Tipo de actividad: Conferencia.

Duración: 30 minutos.

Recursos: 1- Una computadora.

2- Sobres.

Durante este primer encuentro se procedió a la presentación de cada uno de los participante de acuerdo a su nombre, edad y procederán a presentarse uno a uno, momento en el cual cada uno contarán el motivo por el cual quisieran participar en cada una de las actividades

Técnica participativa: “La sorpresa”.

Desarrollo: Para dar comienzo a la actividad se utilizará la técnica participativa: la sorpresa, que consiste en repartir un sobre sellado a cada participante, las mismas en su interior están cargados de frases, fragmentos de poesías y

refranes. Que cada participante deberá abrir y simultáneamente leer todo el contenido, esto se realizarán con el objetivo de motivar y hacer amena la actividad.

En un segundo momento se impartirá una conferencia utilizando un Power Point, donde se tratará los conceptos y valoraciones sobre el riesgo preconcepcional.

Segundo encuentro:

Lugar: Consultório médico de la familia.

Título: Factores de riesgo asociados al riesgo preconcepcional.

Objetivos:

- a) Identificar los principales factores de riesgo descritos
- b) Trazar medidas para prevenirlos luego de ser identificados en cada una de las participantes.
- c) Analizar cuadro clínico de embarazadas con riesgo.

Responsable: Dra. Raiselyn Rabí

Tipo de actividad: Charla educativa.

Duración: 40 minutos.

Recursos: 1- Pancarta educativa.

2- Computadora.

Técnica participativa: charla de grupo

Introducción: Se comenzará recordando todo lo relacionado con la actividad anterior y se realizará preguntas de comprobación.

Desarrollo: Comenzará explicando a las participantes en que consiste la charla de grupo; en la misma cada miembro expondrá con sus palabras que significa para ellos un factor de riesgo luego se procederá a explicar por parte del médico qué medidas tomar para evitar los mismo y consecuencias del riesgo preconcepcional.

Tercer encuentro:

Lugar: Consultorio médico de la familia.

Título: Métodos de anticoncepción.

Objetivos:

- a) Describir los métodos anticonceptivos más conocidos y eficaces.
- b) Conocimiento acerca de métodos de anticoncepción para evitar embarazos no deseados.
- c) El anticonceptivo como medida de protección contra las ITS

Responsable: Dra. Raiselyn Rabí

Tipo de actividad: Conferencia, charla educativa.

Duración: 40 minutos.

Recursos: 1- Una computadora.

2- pancartas y folletos educativos afines.

3- maqueta y condones.

Introducción: Comenzaremos la actividad dando una breve reseña de la clase anterior y realizaremos preguntas al azar para comprobar los contenidos impartidos.

Desarrollo: Se llevará a cabo como inicio de la actividad la técnica de animación "¿Qué crees de la vida?", la misma consistirá en que cada participante opinará que significa la vida desde su punto de vista sobre el nacimiento de un niño. En un segundo momento mostraremos una pancarta educativa y folletos sobre los diferentes métodos anticonceptivos. Finalmente se realizará una conferencia sobre la repercusión de las ITS en el embarazo y en el producto de la concepción.

Cuarto encuentro:

Lugar: Consultorio médico de la familia.

Título: Prevención de riesgo preconcepcional

Responsable: Dra. Raiselyn Rabí

Objetivos:

- a) Analizaremos brevemente la conducta a seguir en mujeres identificadas con riesgo.

Tipo de actividad: Charla educativa.

Duración: 40 minutos.

Recursos: Laminas educativas.

Introducción: Se realizará un breve resumen del tema tratado en la clase anterior y se realizarán preguntas de control.

Desarrollo: En un segundo momento realizaremos una charla educativa abarcando las posibilidades cambios en el estilo de vida de la mujer en riesgo, insistiendo una vez más en la importancia de evitar los factores de riesgo, lo cual no solo beneficia a la gestante sino además al producto de su concepción. Se insistirá en la importancia de la consulta de atención primaria al estar embarazada y el seguimiento en las consultas prenatales.

Para finalizar la actividad se exhortará a todas las participantes a participar de nuestro último encuentro, donde podremos comprobar los conocimientos aprendidos.

Quinto encuentro:

Lugar: Consultorio médico de la familia.

Título: Culminación de la intervención.

Responsable: Dra. Raiselyn Rabí

Objetivo: Fortalecer los vínculos creados entre los participantes y corroborar el conocimiento alcanzado sobre riesgo preconcepcional.

Duración: 30 minutos.

Recursos: 1- Hojas en blanco.

2- Lápices.

Técnica Participativa: Despedida

Introducción: Se realizará un breve resumen de la intervención, y se recordarán los datos más importantes de la misma.

Desarrollo: En esta última actividad se realizará la técnica de animación "despedida", la misma consistirá en que las participantes expresarán como se han sentido durante todas las secciones, que aprendieron de la misma, cuáles han sido su experiencia y si lograron aprender de las mismas.

Al culminar la intervención se les entregará a las participantes nuevamente el cuestionario inicial para ser respondido y poder evaluar así el conocimiento alcanzado con la intervención.