

UNIVERSIDAD DE CIENCIAS MEDICAS  
DE CIEGO DE AVILA  
POLICLINICO NORTE  
CIEGO DE AVILA

**Título:** Intervención educativa sobre Infección cervicovaginal en gestantes pertenecientes al área de salud Rolando Monterrey municipio Moa, Holguín.

**Autora:** Dra. Yailin Ruiz Espinosa.

Tesis para optar por el título de especialista en 1er Grado en  
Medicina General Integral.

Ciego de Ávila  
2018

UNIVERSIDAD DE CIENCIAS MEDICAS  
DE CIEGO DE AVILA  
POLICLINICO NORTE  
CIEGO DE AVILA

**Título:** Intervención educativa sobre Infección cervicovaginal en gestantes pertenecientes al área de salud Rolando Monterrey municipio Moa, Holguín.

**Autora:** Dra. Yailin Ruiz Espinosa.

Aspirante a especialista en Primer Grado en Medicina General Integral.

**Tutora:** Dra. Lisset Terrero Rodríguez.

Especialista de Primer Grado en Ginecobstetricia.

Profesor auxiliar.

**Asesora:** Dra. Milena Hidalgo Ávila.

Especialista en Segundo Grado en Medicina General Integral.

Profesora Auxiliar.

Tesis para optar por el título de especialista de 1er Grado en Medicina General Integral.

Ciego de Ávila  
2018

## **RESUMEN**

Se realizó un estudio pre-experimental de tipo pre y post-prueba para evaluar la efectividad en la aplicación de un programa de intervención educativa para elevar el nivel de conocimiento sobre la infección cervicovaginal en gestantes pertenecientes a 4 consultorios del área de salud Rolando Monterrey Municipio Moa, Holguín; en el periodo comprendido entre abril 2016 a enero 2017. El Universo de estudio estuvo constituido por un total de 30 gestantes, con edades comprendidas entre 20 y 30 años. Para el análisis de los datos se utilizó la técnica de independencia basada en la distribución de Chi cuadrado para determinar la presencia de asociación estadística entre variables categóricas. 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 antes y después de la aplicación del programa educativo. Se alcanzó una modificación significativa y positiva del nivel de conocimiento final, sobre síntomas más frecuentes, complicaciones de la infección vaginal, ventajas de usar el condón, así como en el nivel de conocimiento general de las participantes.

**Palabras clave:** intervención educativa, infección cervicovaginal, enfermedades de transmisión sexual.

## ÍNDICE

| <i>Contenido</i>                                     | <i>Páginas</i> |
|--|----------------|
| ▪ <b>Introducción.....</b>                           | <b>1</b>       |
| ▪ <b>Objetivos.....</b>                              | <b>5</b>       |
| ▪ <b>Marco teórico.....</b>                          | <b>6</b>       |
| ▪ <b>Material y Método.....</b>                      | <b>15</b>      |
| ▪ <b>Análisis y discusión de los resultados.....</b> | <b>20</b>      |
| ▪ <b>Conclusiones.....</b>                           | <b>29</b>      |
| ▪ <b>Recomendaciones.....</b>                        | <b>32</b>      |
| ▪ <b>Referencias bibliográficas.....</b>             | <b>33</b>      |
| ▪ <b>Anexos</b>                                      |                |

## INTRODUCCIÓN

En la actualidad la Infección Vaginal es una enfermedad de distribución mundial, reportándose millones de casos nuevos en todo el mundo; la misma ha llegado a afectar casi la mitad de la población femenina de todas partes, pero se hace más marcada en los países subdesarrollados donde el bajo nivel socioeconómico expone más a las mujeres a los factores de riesgo. Tal padecimiento causa trastornos en la vida social, personal, psicosexual y laboral de las mujeres afectadas. Las infecciones cérvico-vaginales se presentan con una incidencia de 7-20% de las mujeres por año. Su significado e importancia clínica tienen que ver con implicaciones de orden social, riesgo de contagio al compañero sexual y, en el caso de la embarazada, riesgos para el feto y el recién nacido (1,2).

Las infecciones del aparato genital femenino, además de los problemas físicos y emocionales que ocasionan en las pacientes, constituyen una pérdida económica de proporciones apreciables al sistema de salud, tanto en las mujeres de países industrializados como en la población femenina de países en vías de desarrollo. (3)

La infección vaginal ha transitado por cambios notables respecto a conceptos, los cuales han cambiado actualmente, solo para mencionar algunos de los tantos nombres con que se le conoce a nivel mundial, se habla de Síndrome de flujo vaginal, así como también ha surgido el concepto de Infección de transmisión sexual o también, infecciones cérvico-vaginales, lo que demuestra la magnificación del problema a tratar. (4)

Las infecciones de transmisión sexual (ITS) en la mujer también han adquirido una notable importancia, las mismas requieren diagnosticarse por medio de pruebas de laboratorio complejas y costosas, en tiempo y dinero, lo que repercute en demoras en el inicio del tratamiento, por lo que todo esto ha motivado a la aplicación del manejo sindrómico de las ITS.

Sobre el tema, existen tantos mitos como posibles causas. De allí que atender este tipo de situaciones sin tabúes y con la asesoría de expertos, sea de gran

importancia para evitar que quien padezca de estas infecciones sufra consecuencias que interfieran con su cotidianidad (5).

Por otra parte, la presentación de las mismas está disparada a nivel mundial. La Organización mundial de la salud (OMS) destaca que en todo el mundo anualmente se presentan más de 340 millones de casos, y que por lo menos 1 millón de los contagios ocurren cada día, en Latinoamérica y el Caribe se destaca entre 35 y 40 millones de casos por año. (6,7)

En algunos países se han producido cambios en los patrones de infección como consecuencia de la modificación de los comportamientos sexuales. La Chlamydia, el herpes genital y el papiloma humano son ahora más frecuentes que la gonorrea y la sífilis. Solo en los Estados Unidos se reportan cada año de 4 a 8 millones de casos nuevos de Chlamydia. (8,9)

Según reportes de la Oficina Nacional de Estadística en Cuba, las infecciones por hongos, protozoos, parásitos y bacterias representan anualmente entre 40 mil y 50 mil casos con marcada tendencia hacia el incremento (10).

En estudios realizados en la provincia de Holguín, se evidencia la elevada incidencia y prevalencia de estas patologías, alrededor del 20% de las mujeres son afectadas cada año, principalmente por Moniliasis, Vaginosis bacteriana y Chlamydias, en orden decreciente, siendo responsables de trastornos como bajo peso al nacer y parto pre término. En la provincia de Holguín se reporta 9035 casos de flujo vaginal al cierre del 2016, con 3032 casos para el municipio cabecera y 1990 casos para el municipio de Moa. (10-13).

En la práctica médica las infecciones vaginales representan un problema de salud frecuente, ya que el 95% de las pacientes se consultan por flujo vaginal. Las infecciones genitales en la infancia y pre menarquia constituyen la causa ginecológica más frecuente en este grupo de edad. En los servicios de atención primaria de salud, estas afecciones en adolescentes, se encuentran entre las 3 primeras causas de consulta, teniendo una incidencia mucho mayor en aquellas jóvenes con vida sexual activa, aunque también se ha encontrado entre adolescentes vírgenes y alrededor del 33% corresponde a las mujeres en edad reproductiva (11).

Las consideraciones expuestas evidencian que no hay dudas de que el tema de la incidencia cada vez mayor de la sepsis vaginal y la actualización de los conocimientos sobre ésta, abren un campo de investigación en el que en este municipio ya se ha comenzado a trabajar y sustentan los criterios de pertinencia, importancia y aplicabilidad de este estudio.

**Problema:** Se desconoce cuál es el nivel de conocimiento sobre la infección cervicovaginal en gestantes pertenecientes a los consultorios 77, 78, 79 y 80 pertenecientes al área de salud Rolando Monterrey Municipio Moa, Holguín.

## **OBJETIVOS**

**Objetivo general:** Evaluar la efectividad en la aplicación de un programa de intervención educativa para elevar el nivel de conocimiento sobre la infección cervicovaginal en gestantes pertenecientes a 4 consultorios del área de salud Rolando Monterrey Municipio Moa, Holguín.

### **Objetivos específicos:**

1. Determinar el nivel de conocimiento de las gestantes sobre infección cervicovaginal.
2. Aplicar una estrategia de intervención educativa diseñada para elevar el nivel de conocimiento en las gestantes.
3. Evaluar efectividad de la intervención educativa para elevar el nivel de conocimiento después de esta.

**Hipótesis de investigación:** El diseño y aplicación de una propuesta de intervención educativa, pudiera elevar el nivel de conocimiento de gestantes sobre infección cervicovaginal pertenecientes a los consultorios 77, 78, 79 y 80 del área de salud Rolando Monterrey Municipio Moa, Holguín.

## MARCO TEÓRICO

Las infecciones vaginales constituyen una de las razones más frecuentes de consultas prenatales, y son corresponsables de un importante porcentaje de morbilidad materna y morbimortalidad perinatal, sobre todo en lugares de escasos recursos. Las mujeres embarazadas desarrollan de manera fácil infecciones vaginales debido a cambios funcionales y hormonales (12-14).

La infección vaginal o síndrome de flujo vaginal es un proceso infeccioso de la vagina caracterizado por uno o más de los siguientes síntomas: flujo, prurito vulvar, ardor, irritación, disuria, dispareunia y fetidez vaginal, determinados por la invasión y multiplicación de cualquier microorganismo en la vagina y como resultado de un desbalance ambiental en el ecosistema vaginal, estos síntomas se presentan en las mujeres cuando tienen infección en la vagina, (también llamada vaginitis) o en el cuello del útero (cervicitis), siendo esta última más severa y que puede ocasionar complicaciones graves. (1,2)

Entre los factores que pueden explicar la mayor frecuencia de estas infecciones se incluyen: el aborto provocado que en los países en vías de desarrollo constituye una causa importante de graves y mortales cuadros infecciosos; el aumento de las exploraciones diagnósticas ginecobstétricas, fomentadas por los avances tecnológicos y el aumento de las intervenciones quirúrgicas abdominales y vaginales. En todos estos procedimientos se altera el ecosistema natural del aparato reproductor femenino o se produce la introducción de gérmenes patógenos externos. Otro factor importante lo constituye el explosivo aumento de las infecciones de transmisión sexual, principal fuente de infecciones exógenas. El uso de dispositivos intrauterinos y de duchas vaginales, la conducta sexual promiscua, el embarazo, los tratamientos hormonales y el padecimiento de enfermedades que produzcan depresión del sistema inmunológico, como la diabetes mellitus descompensada y el síndrome de inmunodeficiencia adquirida, constituyen otros factores que predisponen a la mujer a estas infecciones (7-10).

Investigaciones científicas han demostrado que, en mujeres con infecciones vaginales frecuentes no tratadas o mal manejadas, pueden aparecer complicaciones serias durante el embarazo como son: abortos, parto pre-término que resulta en bebés con bajo peso al nacer y rotura prematura de membranas, enfermedad pélvica inflamatoria (EPI), infertilidad o esterilidad. Es por ello que

Celsam hace hincapié en la importancia de acudir a un profesional de la salud que evalúe los signos, los síntomas y determine un tratamiento completo potente y efectivo para aliviar las molestias de la mujer infectada sin tener que esperar los resultados del examen de laboratorio (15,16).

Esta alteración de la flora se asocia con endometritis posparto y enfermedad pélvica inflamatoria posterior. El tratamiento adecuado de las infecciones vaginales en el embarazo requiere de un adecuado análisis clínico y de laboratorio para determinar otras etiologías menos frecuentes y que ello evite el uso de medicamentos innecesarios o se produzca recidiva por falla terapéutica (17,18).

### **Etiología de la infección vaginal en embarazada.**

Los profesionales de salud deben considerar que las causas más comunes de alteraciones del flujo vaginal son: Vaginosis Bacteriana, Candidiasis y Trichomoniasis Vaginal, pero también deben considerarse otras causas no infecciosas y las ITS (19).

Entre las causas de vulvovaginitis, sólo la producida por *Trichomona vaginalis* puede considerarse de transmisión sexual. Otras, como la Vaginosis bacteriana (*Gardnerella vaginalis*) o la Candidiásica no suelen serlo. Con menor frecuencia, la vaginitis puede producirse por retención de cuerpos extraños (tampones, esponjas, preservativos), fístulas entero vaginal y/o déficit de estrógenos (20).

Vaginosis bacteriana: Es un síndrome que puede ser diagnosticado clínica y microbiológicamente. Los criterios diagnósticos son los mismos para mujeres embarazadas y no embarazadas. Es la causa más común de flujo vaginal anormal en mujeres en edades reproductivas y embarazadas. La prevalencia varía y puede ser influenciada por el comportamiento de los factores sociodemográficos (21,22).

Este es un trastorno frecuente caracterizado por cambios en la flora vaginal en la que normalmente predominan especies de lactobacilos que son reemplazadas por agentes patógenos, que incluyen la *Gardnerella vaginalis*, *Mycoplasma genital*, *Peptostreptocci*, *Mobiluncus* spp y otras bacterias anaerobias que cambian el pH vaginal. En el embarazo, la Vaginosis Bacteriana se asocia con

aborto espontáneo tardío, ruptura prematura de membranas, parto pretérmino y endometritis posparto (15,16).

Puede remitir espontáneamente y se caracteriza por un crecimiento excesivo de organismos anaerobios mixtos que sustituyen a los lactobacilos normales, dando lugar a un aumento del pH vaginal (mayor a 4,5). Los signos y síntomas típicos se presentan de manera variable (21).

La *Gardnerella Vaginalis* se encuentra comúnmente en las mujeres con Vaginosis Bacteriana, pero la presencia de este microorganismo solo es insuficiente para constituir un diagnóstico ya que se encuentra en el 30% a 40% de forma asintomática. En las gestantes, los estudios han documentado tasas de prevalencia similares a los observados en poblaciones que no gestantes, que van del 6% al 32% (23,24).

La Vaginosis Bacteriana en el embarazo es más común entre las mujeres afroamericanas, mujeres de bajo nivel socioeconómico y mujeres multíparas (24-26).

En embarazadas, la Vaginosis Bacteriana y la Trichomoniasis pueden presentar complicaciones como ruptura prematura de membranas y parto pretérmino. Las mujeres en riesgo de padecer estas afecciones deben ser evaluadas independientemente de sus síntomas (26).

Candidiasis Vulvovaginal: La colonización vaginal por *Cándida* es relativamente frecuente entre mujeres atendidas en clínicas de infecciones de transmisión sexual (ITS), presentando muchas de ellas extensión a la zona ano-rectal.

Son levaduras que se producen por germinación y, entre otros cuadros, provocan vulvovaginitis, que pueden no ser transmitidas por contacto sexual. Es causada por un sobre crecimiento de las levaduras *Cándida albicans* es la que se presenta en el 70%-90% de los casos; otras especies no *albicans* representan el resto de la infección (20, 27,28).

La presencia de *Cándida* en la zona vulvovaginal no requiere necesariamente tratamiento, a no ser que sea sintomática. Esto ocurre entre 10% y 20% de las mujeres que tienen colonización vulvovaginal (20,23).

Trichomoniasis vaginal: La vaginitis por trichomonas está causada por *Trichomonas vaginalis*, un protozoo flagelado unicelular que se contagia fundamentalmente por transmisión sexual. Habitualmente es asintomática en el hombre y supone el 20% de todas las vulvovaginitis (29,30).

La infección por *Trichomonas vaginalis* constituye una de las ITS más frecuentes en el mundo; en la embarazada, se asocia a parto pretérmino, recién nacido de bajo peso y ruptura prematura de membranas (RPM). Esta asociación es importante en mujeres sintomáticas (27, 29,30).

Es necesario realizar estudios adicionales para demostrar el efecto del tratamiento de la trichomoniasis en la prevención de los resultados adversos en el embarazo (29,30,31).

### **Signos y síntomas de infección vaginal según etiología (14-16).**

| Signos y síntomas                 | Vaginosis bacteriana                               | Candidiasis Vulvovaginal                                   | Trichomoniasis  |
|-----------------------------------|--|--|---|
| Secreción                         | Escasa, Amarilla-verdosa.                          | Blanco, con grumos como leche cortada.                     | Fluida, incolora, espumosa.   |
| Olor                              | Fétido.  | Inodora.   | Fétido.   |
| Prurito                           | Generalmente no.                                   | Prurito vulvar.  | Prurito vulvar.   |
| Otros síntomas posibles           | Irritación y molestias leves.                      | Dolor, dispareunia, Disuria.                               | Ardor y dispareunia.  |
| Signos visibles al examen físico. | Leucorrea poco densa, turbia, homogénea, grisácea. | Enrojecimiento vulvar, edema, fisuras, lesiones satélites. | Enrojecimiento vaginal con punteado petequirial, vagina "fresa", edematosa. |

### **Prevención y detección de factores de riesgo de la infección vaginal en embarazada:**

La prevención primaria de las infecciones vaginales en el embarazo es la meta principal; sin embargo, esta aún no es efectiva. Por ello, se deben tomar en cuenta la siguiente recomendación:

En toda infección vaginal que pueda relacionarse con ITS se debe cumplir con las siguientes cuatro actividades (según la OMS) (31,32):

1. Educación de los individuos en riesgo sobre las modalidades de transmisión de la enfermedad y los medios para reducir el riesgo de transmisión.

2. Detección de infección en sujetos asintomáticos y en sujetos que presentan síntomas, pero que probablemente no consulten servicios diagnósticos y terapéuticos.

3. Tratamiento efectivo de los individuos infectados que acuden a consulta.

4. Tratamiento y educación de las parejas sexuales de individuos infectados.

-En infección por Gardnerella vaginalis (14,15).

Germen aerobio gramnegativo que forma parte de la flora normal de la vagina y del cuello, que puede provocar infecciones locales y ascender al tracto vaginal superior, favorecido por factores como el parto, aborto y procedimientos quirúrgicos que dañen la superficie de la mucosa. En la actualidad, la demostración microbiológica de Gardnerella se denomina Vaginosis Bacteriana.

Esta es la causa más común de secreción vaginal. Se caracteriza por una alteración en la flora habitual de la vagina, con una leucorrea maloliente con olor a rancio, irritación y molestias leves. Al examen físico se constata una leucorrea poco densa, homogénea, grisácea, con un pH elevado (de 5 a 5,5). Su prevalencia se sitúa entre 15-25% de las consultas por ITS entre mujeres (20).

Entre los factores predisponentes se han descrito factores endógenos como cambios hormonales, factores exógenos como el tratamiento con antibióticos, duchas intravaginales o uso de espumas que contengan nonoxinol-9. No se considera una ITS, ya que no se ha encontrado ningún patógeno de transmisión sexual y la tasa de recidivas no se modifica con el tratamiento de las parejas. El cultivo vaginal de Gardnerella vaginalis como método de diagnóstico no está indicado, ya que en mujeres sanas se encuentran cultivos positivos hasta en un 50% de los casos (20,22).

Las vulvovaginitis son una de las causas más habituales de consulta en mujeres. La presencia de variaciones del flujo vaginal en cuanto a cantidad, color y olor, así como prurito o sensación ardiente vulvar es altamente indicativa de infección vaginal. (31,33)

-En infección por Cándida albicans:

Los factores de riesgo inherentes al huésped son Diabetes Mellitus no controlada, Inmunodeficiencia, Hiperestrogenismo y alteración de la flora vaginal normal secundaria al uso de antibióticos de amplio espectro. En pacientes con Candidiasis vulvovaginal severa o recurrente, se debe investigar la presencia de factores de riesgo inherentes al huésped incluida la detección específica de diabetes mellitus. Las mujeres que experimentan flujo vaginal deben ser advertidas de evitar las duchas vaginales y los irritantes locales como parte de la higiene personal. (14,15)

La infección causada por cándidas no se considera de transmisión sexual, dado que las cándidas forman parte de la flora habitual de la vagina (entre el 20 y el 50% de las mujeres tienen cándidas como parte de su flora vaginal normal). La Vulvovaginitis candidiásica se puede presentar en un 50-75% de las mujeres a lo largo de su vida, siendo más frecuente durante la edad fértil y menos en la pubertad y la menopausia. Entre los factores de riesgo aceptados destacan el uso de antibióticos, el embarazo y la diabetes mellitus mal controlada; entre los posibles hay que señalar la toma de anticonceptivos, la mayor actividad sexual, el sexo oral y el uso de ropas ajustadas. No hay evidencia sobre la contribución del uso de tampones, toallitas íntimas o duchas vaginales (20,28).

Entre el 5 y el 15% de las mujeres atendidas en clínicas de ITS o planificación familiar, presentan vulvovaginitis por cándida, y esta es la causa de, aproximadamente, uno de cada tres casos de secreción vaginal anormal (20).

Cándida albicans es la levadura más frecuentemente implicada (80-90% de los casos). Ocasionalmente, hay otras: C. glabrata (5% de los casos), C. tropicalis, C. parapsilosis, C. krusei, C. kefyr, C. guilliermondi y Saccharomyces cerviciae (20,22,30).

### **Clasificación de la Candidiasis vulvovaginal:**

#### No complicada:

- ✓ Esporádica o infrecuente.
- ✓ De gravedad leve a moderada.
- ✓ Debida a Cándida albicans (80-92% de los casos).

- ✓ No está asociada a factores de riesgo, tales como embarazo, mal control de la diabetes o inmunodepresión.

#### Complicada:

- ✓ Infección recurrente (4 o más episodios en un año).
- ✓ Infección severa (extenso eritema vulvar, edema, excoriación y fisura).
- ✓ Infección probablemente por levaduras diferentes a *C. albicans*.
- ✓ Suele producirse infección durante el embarazo y en mujeres inmunodeprimidas (diabetes, corticoides).

#### -En infección por *Trichomona vaginalis*:

Aunque se presenta a cualquier edad, es más frecuente en la etapa de mayor actividad sexual. Con gran frecuencia se asocia a otras enfermedades venéreas, por lo que se debe investigar, siempre que esté presente, el gonococo, al que se asocia en el 40%, y la gardnerella, asociada en el 30%.

Se consideran como factores de alto riesgo para el desarrollo de vulvovaginitis por *Trichomonas* a la embarazada con historia sexual de cambio de pareja, con más de una pareja sexual en el último año o un diagnóstico de infección por clamidia en los últimos 12 meses. Esta puede ser asintomática pero generalmente da una leucorrea espumosa, fétida, con intenso prurito vulvar, ardor y dispareunia. Se recomienda la abstinencia sexual durante el tratamiento a la pareja o de lo contrario se debe sugerir el uso de condón y se debe tratar a la pareja o parejas de los últimos seis meses (20, 28,30).

#### **Tratamiento de las infecciones vaginales en el embarazo:**

Siempre hay que recordar al paciente que debe abstenerse de tener relaciones sexuales durante todo el tiempo que dure el tratamiento o, en caso de no hacerlo utilizar siempre preservativo para todas las prácticas sexuales (16, 19, 32,33).

##### ➤ Candidiasis:

- Cremas vaginales de Clotrimazol de 0,2gr diario por 10 días.
- Óvulos de Clotrimazol (500mg) por 3 días.
- Nistatina 2 veces al día por 10 días.

#### Regímenes alternativos:

- Embrocaciones vaginales con agua oxigenada, violeta de genciana al 2%, bicarbonato o acriflavina.

- Trichomoniasis:

- Metronidazol: 2 g, dosis única.

- Tinidazol: 2 g, dosis única.

#### Régimen alternativo-

- Metronidazol: 500 mg, dos veces al día durante 7 días.

- Vaginosis Bacteriana:

- Metronidazol: 500 mg, dos veces al día durante 7 días.

- Metronidazol: gel 0.75%, una vez al día durante 5 días.

- Clindamicina: crema 5%, una vez al día durante 7 días.

#### Regímenes alternativos-

- Clindamicina: 300 mg, dos veces al día durante 7 días.

- Clindamicina: óvulos vaginales 100 mg, uno diario durante 3 días.

- Tinidazol: 2 g, una vez al día durante 2 días.

Se recomienda realizar un control post-tratamiento, a las 3-5 semanas de haberlo completado, en las siguientes situaciones:

- Cuando el paciente permanece sintomático.

- Si el tratamiento no es el adecuado.

- Si se aísla un patógeno resistente en el cultivo.

- Si existe posibilidad de reinfección.

- Otras circunstancias: tratamiento de embarazadas o en localizaciones anatómicas más difíciles de erradicar, como por ejemplo la faringe.

## **Educación para la salud y promoción del sexo seguro.**

A largo plazo, la mejor estrategia de prevención de las infecciones vaginales es la educación para la salud y la promoción del sexo seguro. En estas actividades el personal sanitario, tanto si trabajan en consultas de ITS como si lo hacen en las de planificación familiar, ginecología, urología, medicina interna o atención primaria tienen un papel central. En este contexto, es importante que se refleje la historia sexual del paciente en la historia clínica (32-35).

Aunque parece obvio que la abstinencia sexual y las relaciones sexuales mutuamente monógamas con una pareja no infectada evitarían el riesgo de contraer una infección vaginal o ITS, la experiencia muestra que la eficacia de estas estrategias es limitada (36-39).

El preservativo de látex es muy efectivo para prevenir las infecciones vaginales y las ITS (36). Su tasa de rotura o deslizamiento durante el coito está en torno al 2%, por lo que los fallos en la prevención suelen ser debido al uso inadecuado. Para ser efectivos han de usarse de forma regular, siguiendo algunas normas básicas:(35,42)

1. Usar siempre condones homologados, y utilizar uno para cada acto sexual, vaginal, oral o anal.
2. Evitar daños con las uñas, los dientes o cualquier objeto afilado al manejar el condón.
3. Colocar el condón con el pene en erección, antes del acto sexual y de cualquier contacto genital, oral, vaginal o anal con la pareja.
4. Conseguir una lubricación adecuada durante el acto sexual, sea vaginal o anal, utilizando lubricantes si es preciso.
5. Cuando se utilicen condones de látex, usar únicamente lubricantes de base acuosa, puesto que los de base oleosa pueden dañarlos.
6. Para evitar el deslizamiento del condón al retirarlo tras el coito, realizar esta maniobra con el pene todavía erecto, sujetando el condón sobre la base del pene.

El diagnóstico precoz de las ITS es importante tanto para los enfermos como para la salud pública. Hay muchos pacientes que, aun siendo infecciosos, son

asintomáticos, y otros que, siendo sintomáticos, en ocasiones no buscan asistencia adecuada por temor al estigma o por no tener una percepción clara del riesgo de padecer una ITS (37,38).

El cribaje de las infecciones vaginales y/o ITS durante el embarazo se ha de basar en la historia sexual de cada paciente (orientación sexual, prácticas sexuales de riesgo). A partir de ella se puede orientar hacia la necesidad de hacer revisiones periódicas.

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” (40,43).

### **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 (31-35).

### **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 la organización, asumiendo la complejidad de la misma.
- El nivel de acción de amplio espectro, dirigido a instituciones, comunidad, macro contextos, cultura, etcétera (36,40).

### **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. (35)

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 déficits en los individuos que los padecen sino en los contextos que los provocan.

### **Agentes de la intervención**

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

- Entre profesionales.
- Para profesional (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 la Dra.Ochandategui Camejo 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%.(43)

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. (40)

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).
- 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 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. (43)
- 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 (40,43).

- **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 o falsar 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 METODO**

Se realizó un estudio pre-experimental de tipo pre y post-prueba para evaluar la efectividad en la aplicación de un programa de intervención educativa para elevar el nivel de conocimiento sobre la infección cervicovaginal en gestantes pertenecientes a los consultorios 77, 78, 79 y 80 del área de salud Rolando Monterrey Municipio Moa, Holguín; en el periodo comprendido entre abril 2016 a enero 2017.

Dada las características de búsqueda de información rápida y económica se aplicó el cuestionario de preguntas (ver anexo II) inicialmente, luego se aplicó la estrategia de intervención educativa (ver anexo III), diseñada para elevar el nivel de conocimiento relacionados con la Infección cervico-vaginal en la muestra de estudio; luego de esto se aplicó en un segundo momento el cuestionario, una semana después de concluida la intervención, para de esta forma dar salida a los objetivos específicos.

### **Universo y muestra**

El Universo de estudio estuvo constituido por un total de 30 gestantes, con edades comprendidas entre 20 y 30 años pertenecientes a dichos consultorios del área de salud Rolando Monterrey, Municipio Moa, Holguín. La muestra fue conformada finalmente por la totalidad del universo por cumplir con los criterios de inclusión.

### **Criterios de inclusión:**

1. Mujeres que aceptaron participar en el estudio y firmaron 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.

2. Mujeres que tuvieron 3 ausencias o más durante el tiempo de la investigación.

### **Métodos de obtención de información**

Los datos fueron recogidos a través de un cuestionario (ver anexo II), fuente de información primaria de la investigación, aplicado antes y después; creado por la autora y aprobada por criterio de expertos del servicio de Medicina General Integral de la policlínica “Rolando Monterrey” Municipio Moa, Holguín.

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 conocimiento relacionados con infección vaginal en la muestra de estudio; luego de esto se aplicó en un segundo momento la encuesta, después de concluida la intervención, para de esta forma dar salida a los objetivos específicos.

Aplicación de la estrategia educativa, constó de las siguientes etapas: diagnóstica, intervención propiamente dicha y de evaluación.

*Etapa diagnóstica:* los conocimientos sobre riesgo de infección cervicovaginal fueron identificados utilizando un cuestionario, y sobre las necesidades educativas se elaboró el Programa de Intervención Educativa.

*Etapa de intervención propiamente dicha:* la muestra fue conformada por un grupo de 30 mujeres embarazadas. La intervención se planificó para impartirla en un período de 2 meses, y para ello se desarrollaron 6 sesiones de trabajo, con una frecuencia de una vez por semana. Cada encuentro incluyó conferencias, charlas educativas y técnicas participativas con una duración de 50 minutos.

*Etapa evaluación:* se aplicó la misma encuesta inicial y se evaluaron bajo los principios que la inicial, una semana después de finalizada la intervención educativa. Se basa en el juicio con que culmina el análisis del logro de los objetivos. La evaluación del aprendizaje es una parte esencial del proceso de enseñanza-aprendizaje que posibilita su propia dirección, así como el control y la valoración de los modos de actuación que el auditorio, en este caso las mujeres, adquieren en el transcurso de la estrategia, al comprobar el grado con el que se alcanzan los objetivos propuestos.

### **Métodos del nivel teórico:**

- **Histórico-Lógico:** Se utilizó para conocer el desarrollo histórico del tema de investigación y así poder argumentar acerca del estado actual del mismo. Además, para lograr un acercamiento al conocimiento sobre el tema en el grupo de estudio del Área de salud del policlínico Rolando Monterrey, y cómo se ha comportado el desarrollo del riesgo de infección cervicovaginal en los últimos años en el mundo, Cuba y Holguín.
- **Analítico-Sintético:** Se analizó y comparó las diferentes literaturas existentes relacionadas con el problema científico. Mediante el análisis se pudo conocer que existen factores que condicionan el desconocimiento de las sobre las infecciones cervicovaginales.
- **Inductivo-Deductivo:** En función de realizar un razonamiento orientado de lo general a lo particular en los diferentes momentos de la investigación o viceversa.
- **Modelación:** Este permitió modelar, a partir de los elementos teóricos, metodológicos y los datos empíricos obtenidos durante el proceso investigativo, la propuesta de intervención educativa con acciones dirigidas a capacitar a las gestantes en el área de salud del policlínico Rolando Monterrey en Moa, Holguín.

### **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.

Se procesaron estadísticamente los datos buscando generalizar la información que describió cada uno de los encuestados.

### Operacionalización de las variables:

| Variable  | Tipo                           | Operacionalización   |   | Indicador                        |
|---|--------------------------------|--|---|----------------------------------|
|   |                                | Escala   | Descripción                                   |                                  |
| Nivel de conocimiento sobre causas más frecuentes de infección vaginal.   | Cualitativa nominal dicotómica | Satisfactorio 70-100% de respuestas correctas.<br>Insatisfactorio menos del 70% de respuestas correctas. | Causas más frecuentes de infección vaginal.   | Satisfactorio<br>Insatisfactorio |
| Nivel de conocimiento sobre síntomas más frecuentes de infección vaginal. | Cualitativa nominal dicotómica | Satisfactorio 70-100% de respuestas correctas.<br>Insatisfactorio menos del 70% de respuestas correctas. | Síntomas más frecuentes de infección vaginal. | Satisfactorio<br>Insatisfactorio |
| Nivel de conocimiento sobre las complicaciones de infección vaginal.      | Cualitativa nominal dicotómica | Satisfactorio 70-100% de respuestas correctas.<br>Insatisfactorio menos del 70% de respuestas correctas. | Complicaciones de infección vaginal.          | Satisfactorio<br>Insatisfactorio |
| Nivel de conocimiento sobre medidas de prevención de infección vaginal.   | Cualitativa nominal dicotómica | Satisfactorio 70-100% de respuestas correctas.<br>Insatisfactorio menos del 70% de respuestas correctas. | Medidas de prevención de infección vaginal    | Satisfactorio<br>Insatisfactorio |
| Nivel de conocimiento sobre las ventajas del uso del condón.              | Cualitativa nominal dicotómica | Satisfactorio 70-100% de respuestas correctas.<br>Insatisfactorio menos del 70% de respuestas correctas. | Ventajas del uso del condón                   | Satisfactorio<br>Insatisfactorio |

|  |                                |  |   |                                  |
|--|--------------------------------|--|---|----------------------------------|
| Nivel de conocimiento general sobre infección vaginal. | Cualitativa nominal dicotómica | Satisfactorio 70-100% de respuestas correctas.<br>Insatisfactorio menos del 70% de respuestas correctas. | Conocimiento general sobre infección vaginal. | Satisfactorio<br>Insatisfactorio |
|--|--------------------------------|--|---|----------------------------------|

### **Plan de análisis de los resultados**

Se confeccionó una base de datos en el programa Excel para sintetizar toda la información y será 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 los datos se utilizó la técnica de independencia basada en la distribución de Chi cuadrado para determinar la presencia de asociación estadística entre variables categóricas. 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 el riesgo preconcepcional, antes y después de la aplicación del programa educativo.

Procesamiento estadístico:

Se aplicó la técnica de McNemar la cual consistió en comparar el nivel de conocimiento que poseían las gestantes antes y después de la intervención educativa.

Esta prueba estadística es utilizada cuando estamos en presencia de datos binarios (0-1). Se utiliza normalmente en una situación de medidas repetidas, en la que la respuesta de cada sujeto se obtiene dos veces, una antes y otra después de que ocurra un evento especificado.

Se aplicará la prueba McNemar para analizar si la tasa de respuesta inicial es igual a la tasa de respuesta final. Para ello se clasifica el conocimiento de las personas de los cuatro variables en estudio, es decir satisfactorio (1) e insatisfactorio (0). Esto facilita la manipulación estadística de los resultados por persona para cada variable en el SPSS.

Objetivo: Determinar si la tasa de respuesta inicial (antes del evento) es igual a la tasa de respuesta final (después del evento).

Esto conlleva al planteamiento de las siguientes hipótesis:

Ho: La metodología de intervención no es efectiva.

H1: La metodología de intervención es efectiva.

Esta prueba nos permite detectar cambios en las respuestas causadas por la metodología de intervención en nuestro diseño del tipo antes y después.

Con la utilización del SPSS podemos aplicar adecuadamente esta prueba para cada una de las variables estudiadas obteniendo como resultado una probabilidad p. En caso de que  $p \leq 0.05$  entonces existe significación y rechazo la hipótesis Ho.

Si Chi-cuadrado calculada ( $X^2$ ) es mayor que la chi-Cuadrado Tabulado ( $X^2 (0.95) (n - 1) (k - 1)$ ) entonces rechazamos Ho y aceptamos H1.

Proporción de cambios:

Región crítica:

$$X^2 = \frac{(A-D)^2}{A+D}$$

$$A+D$$

$$X^2(0.95) (1) = 3.84$$

Se rechaza Ho, por lo que la intervención educativa es efectiva.

### **Aspectos éticos**

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 las participantes, con el uso de códigos de identificación. La autonomía se mantuvo desde la decisión individual de participar o no en la investigación, el sujeto 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.

## ANÁLISIS Y DISCUSIÓN DE LOS RESULTADOS.

TITULO: Intervención Educativa sobre Infección Cervicovaginal en gestantes pertenecientes al área de salud Rolando Monterrey, Municipio Moa, Holguín.

Tabla 1. Nivel de conocimiento sobre causas más frecuentes de la infección vaginal.

| Nivel de conocimiento | Causas más frecuentes de la infección vaginal |       |         |       |
|-----------------------|---|-------|---------|-------|
|                       | Antes   |       | Después |       |
|                       | No.   | %     | No.     | %     |
| Satisfactorio         | 21  | 70,0  | 23      | 76,7  |
| Insatisfactorio       | 9   | 30,0  | 7       | 23,3  |
| Total                 | 30  | 100,0 | 30      | 100,0 |

Fuente: Cuestionario.

Prueba de McNemar  $p = 0,774$

La tabla 1 muestra el nivel de conocimiento satisfactorio o insatisfactorio sobre infecciones vaginales de las participantes en el estudio, evaluado antes y después de realizar las actividades de capacitación.

Se puede observar que antes de la intervención, un 70% del total, presentaban un nivel de conocimiento calificado como satisfactorio y solo 30,0%, fueron evaluados con conocimiento insuficiente sobre la materia en cuestión.

Al terminar las actividades educativas con el grupo, la cifra final de personas con nivel de conocimientos adecuado, se elevó apenas a 76,7% mientras que el 23,3% de ellos permanecían con deficiencias en el dominio de la pregunta elaborada y evaluada.

El análisis realizado con la prueba de McNemar, indicó que la modificación porcentual observada, no resultó significativa en la evaluación final del estudio.

Tabla 2. Nivel de conocimientos sobre síntomas más frecuentes.

| Nivel de conocimiento | Síntomas más frecuentes |       |         |       |
|-----------------------|-------------------------|-------|---------|-------|
|                       | Antes                   |       | Después |       |
|                       | No.                     | %     | No.     | %     |
| Satisfactorio         | 13                      | 43,3  | 21      | 70,0  |
| Insatisfactorio       | 17                      | 56,7  | 9       | 30,0  |
| Total                 | 30                      | 100,0 | 30      | 100,0 |

Prueba de McNemar  $p = 0,008$

La tabla 2 muestra la distribución de participantes según la evaluación de conocimiento sobre síntomas más frecuentes, en respuestas antes y después de la intervención realizada.

Se pudo observar que antes de la actividad educativa, el 43,3% respondieron la pregunta de referencia de forma satisfactoria, mientras que el 56,7%, indicaban las respuestas insatisfactorias en la encuesta.

Al concluir el programa capacitante, la cifra de personas con dominio de la temática evaluada se elevó a un 70,0%, quedando solo el 30,0% con nivel inadecuado de conocimiento según validación de la encuesta aplicada.

La prueba de McNemar presentó un valor de la  $p$  calculada muy inferior a 0,05, por lo que las diferencias porcentuales encontradas resultaron significativas en las evaluaciones antes y después.

Tabla 3. Nivel de conocimiento sobre complicaciones de la infección vaginal durante el embarazo.

| Nivel de conocimiento | Complicaciones de la infección vaginal |       |         |       |
|-----------------------|--|-------|---------|-------|
|                       | Antes                                  |       | Después |       |
|                       | No.                                    | %     | No.     | %     |
| Satisfactorio         | 15                                     | 50,0  | 21      | 70,0  |
| Insatisfactorio       | 15                                     | 50,0  | 9       | 30,0  |
| Total                 | 30                                     | 100,0 | 30      | 100,0 |

Prueba de McNemar  $p = 0,021$

La tabla 3 muestra la distribución de participantes antes y después de la intervención educativa realizada, con respecto al nivel de conocimiento mostrado sobre complicaciones de la infección vaginal durante el embarazo.

Se pudo observar que el 50,0% de las gestantes pudieron identificar de forma satisfactoria las complicaciones de la infección vaginal en la encuesta inicial realizada mientras que el otro 50,0% no eran capaces de demostrar conocimiento adecuado sobre el tema.

Al terminar las actividades con el objetivo de elevar el nivel de conocimiento sobre el tema el 70,0% presentaron dominio sobre la temática cuestionada y solo el 30,0% mantenían deficiencias en el dominio del tema.

La prueba de McNemar presentó un valor de la p calculada muy inferior a 0,05, por lo que las diferencias porcentuales encontradas resultaron significativas en las evaluaciones antes y después.

Tabla 4. Nivel de conocimiento sobre medidas de prevención de la infección vaginal.

| Nivel de conocimiento | Medidas de prevención de la infección vaginal |       |         |       |
|-----------------------|---|-------|---------|-------|
|                       | Antes   |       | Después |       |
|                       | No.   | %     | No.     | %     |
| Satisfactorio         | 25  | 83,3  | 29      | 96,7  |
| Insatisfactorio       | 5   | 16,7  | 1       | 3,3   |
| Total                 | 30  | 100,0 | 30      | 100,0 |

Prueba de McNemar  $p = 0,219$

La tabla 4 muestra la distribución de participantes según el nivel de conocimiento mostrado sobre medidas de prevención de la infección vaginal.

Antes de iniciar las sesiones de capacitación sobre las diferentes temáticas de la investigación se comprobó que el 83,3% de las participantes en el presente trabajo poseían un correcto nivel de conocimiento sobre medidas de prevención de la infección vaginal y solo el 16,7% no dominaban a profundidad este tema.

En la evaluación final de las participantes, el grupo con nivel adecuado de conocimiento se elevó hasta el 96,7% del total y solo el 3,3% no demostró un nivel de competencia aceptable en este acápite.

A pesar de encontrar en este caso, una modificación, más importante desde el punto de vista porcentual que en las interrogantes expuestas con anterioridad, la modificación lograda, si bien fue positiva, continua sin ser significativa, aunque el porcentaje inicial de dominio del tema pudiera estar incidiendo en esto.

En su estudio la MsC. Coralia Espinosa encontró que el aseo incorrecto de los genitales estuvo representado por 36 embarazadas, estos resultados fueron muy similares al de esta investigación (39,40).

Álvarez Rodríguez y colaboradores en su estudio apreciaron que no se aplicaban las técnicas correctas para el tratamiento del agua, lo cual, sumado a la alta contaminación por diferentes bacterias y otros microorganismos presentes en las aguas de consumo de la comunidad, favorece la elevada incidencia de la infección vaginal en las mujeres en general (41).

Tabla 5. Nivel de conocimiento sobre ventajas de usar el condón.

| Nivel de conocimiento | Ventajas de usar el condón |       |         |       |
|-----------------------|----------------------------|-------|---------|-------|
|                       | Antes                      |       | Después |       |
|                       | No.                        | %     | No.     | %     |
| Satisfactorio         | 12                         | 40,0  | 20      | 66,7  |
| Insatisfactorio       | 18                         | 60,0  | 10      | 33,3  |
| Total                 | 30                         | 100,0 | 30      | 100,0 |

Prueba de McNemar  $p = 0,008$

La tabla 5 muestra la distribución de participantes según el nivel de conocimiento sobre las ventajas de usar el condón, evaluada antes y después de la intervención.

Se observó que, en la encuesta inicial, solo el 40,0% de las participantes respondieron de forma satisfactoria la pregunta sobre los beneficios del condón como barrera protectora de gérmenes transmitidos por esta vía, mientras que el 60,0% de ellas presentaban carencias de conocimiento en este tema.

Al terminar el programa capacitante y repetir la encuesta, la cifra de participantes con respuestas satisfactorias se elevó hasta un 66,7%, dejando a solo un 33,3% sin elementos para identificar los beneficios del uso del condón.

La prueba estadística utilizada avaló la modificación porcentual observada en el nivel de conocimiento antes y después, como un aumento significativo con su resultado de la p calculada inferior a 0,05.

Al realizarse el análisis de este estudio más de la mitad de las embarazadas respondieron mal el acápite sobre el uso y beneficio del condón, lo que coincide con reportes llevados a cabo por Rodríguez Batista y colaboradores donde llegaron a la conclusión que el no uso del preservativo favorece la aparición de estas entidades (42).

Sin embargo, en una investigación realizada por la Dra. Lourdes Llanes y colaboradores de intervención educativa en mujeres en edad fértil se evidencia un nivel de conocimiento alto sobre el uso del condón en sus encuestados, no coincidiendo con nuestro estudio (43).

Tabla 6. Nivel de conocimiento general sobre infección vaginal.

| Nivel de conocimiento | Conocimiento general |       |         |       |
|-----------------------|----------------------|-------|---------|-------|
|                       | Antes                |       | Después |       |
|                       | No.                  | %     | No.     | %     |
| Satisfactorio         | 10                   | 33,3  | 20      | 66,7  |
| Insatisfactorio       | 20                   | 66,7  | 10      | 33,3  |
| Total                 | 30                   | 100,0 | 30      | 100,0 |

Prueba de McNemar  $p = 0,013$

La tabla 7 muestra la distribución de participantes según la percepción general sobre los riesgos que implica la infección vaginal, evaluada antes y después de la intervención.

Llama la atención que solo el 33,3% en la encuesta inicial, indicaron las respuestas satisfactorias sobre el conocimiento general de la infección vaginal en las relaciones de parejas mientras que el 66,7% de ellas mostraron un nivel inadecuado de conocimiento.

Estos porcentajes se invirtieron al terminar la investigación con un 66,7% respondiendo de forma satisfactoria las preguntas de referencia y el 33,3% que aún no fueron capaces de indicar conocimiento de forma general sobre infección vaginal y sus riesgos.

-La modificación de conocimiento observada en los cambios de porcentajes, se vio avalada con la prueba empleada demostrando un nivel de conocimiento significativamente mayor en la encuesta final con relación al diagnóstico inicial.

En la investigación se valora el nivel de conocimiento que poseían las embarazadas sobre infección vaginal y la efectividad de la implementación de un programa de intervención educativa para elevar este concepto, lo que demuestra que la labor educativa es sumamente importante para transmitir conocimiento.

Los resultados obtenidos en el presente estudio, relacionado con el nivel de conocimiento sobre el concepto de infección vaginal coincide con estudios similares donde después de la intervención las embarazadas elevaron sus conocimientos sobre el tema (39).

El estudio permitió incrementar el nivel de conocimiento acerca del comportamiento de la infección vaginal en las embarazadas y las consecuencias que traen para la salud de ellas y el feto, lo que contribuye a concientizar sobre la importancia de una sexualidad responsable para así evitar futuras complicaciones.

## **CONCLUSIONES**

Luego de aplicada la intervención educativa se encontró un alto nivel inicial de conocimiento sobre causas más frecuentes de la infección vaginal y sobre medidas de prevención para evitar enfermedades, aspectos en los que no se logró una modificación significativa en la encuesta final. Si se alcanzó una modificación significativa y positiva del nivel de conocimiento final, sobre síntomas más frecuentes, complicaciones de la infección vaginal, ventajas de usar el condón, así como en el nivel de conocimiento general de las participantes.

## **RECOMENDACIONES**

Aplicar intervenciones educativas sobre la Infección Cervico-Vaginal en diferentes áreas de salud del municipio de Moa, para elevar el conocimiento de las gestantes sobre los factores de riesgo, causas, síntomas y medidas de prevención de las infecciones vaginales, así como el uso del condón para evitar las mismas y sus complicaciones.

## REFERENCIAS BIBLOGRÁFICAS

1. Egan M, and Lipsky M.: Diagnosis of Vaginitis. *Am.Fam.Physician*, 62:1095104, 2013.
2. Fauci AS, Braunwalde E, Isselbacher KJ, Wilson JD, Martin JB, Kasper DL, Hauser SL, Longo DL. *Harrison's Principles of Internal Medicine*. 14 Ed. New York: MacGraw; 1998.
3. Morris M, Nicoll A, Simms I, Wilson J, Catchpole M. Bacterial vaginosis: a public health review. *Br J Obstet Gynaecol* 2015;108-439-50.
4. Céspedes Gamboa LR, Ballester Real RF, Oliva Martínez L. Sepsis neonatal – sepsis vaginal materna. *Multimed. # 4*. 2014.
5. Leonard Castillo A, Hernández Salgado E. Semiología y ginecología anticonceptiva. En: *Manual de Enfermería ginecoobstétrica*. Programa, guías y temas. La Habana: Editorial Pueblo y Educación, 1999:113-30.
6. Huston WJ, Gaileen HE, King D. Preguntas usuales que las pacientes formulan durante el embarazo. *Rev Cubana Med Gen Integr* 2014; 12(1):74-6.
7. Cuba. Ministerio de Salud Pública. Infecciones cérvico-vaginales. La Habana: MINSAP; 2008. p. 1–8.
8. Alemán Mondeja LD, Almanza Martínez C, Fernández Limia O. Diagnóstico y prevalencia de infecciones vaginales. *Rev Cubana Obstet Ginecol* [Internet]. 2010 [citado 12Feb 2013]; 36(2): [aprox. 8 p.]. Disponible en: <http://scielo.sld.cu/pdf/gin/v36n2/gin08210.pdf>
9. Gutman R, Weitzen S, Blume J. Evaluation of Clinical Methods for Diagnosing Peipert J, Bacterial Vaginosis. *Obstetrics Gynecology* [Internet]. 2005 [citado 26 Oct 2016]; 105(3): [aprox. 6 p.]. Disponible en: [http://journals.lww.com/greenjournal/Fulltext/2005/03000/Evaluation\\_of\\_ClinicalMethodsforDiagnosing.18.aspx](http://journals.lww.com/greenjournal/Fulltext/2005/03000/Evaluation_of_ClinicalMethodsforDiagnosing.18.aspx)
10. Schwiert A, Taras D, Rusch K, Rusch V. Throwing the dice for the diagnosis of vaginal complaints? *Ann Clin Microbiol Antimicrob* [Internet]. 2006 [citado 26 Oct 2016]; 5(4): [aprox. 5 p.]. Disponible en: <http://www.ann-clinmicrob.com/content/5/1/4>
11. Ministerio de Salud. Comisión Nacional del Sida. Estudio Nacional de Comportamiento Sexual. 2014.

12. González del Pino M, Hernández González M. Causas de las pruebas citológicas no útiles en dos áreas de salud. Cienfuegos, 2015.
13. Morales Capote A. C. Estrategia de intervención educativa sobre ITS en adolescentes del municipio Cumanayagua, Tesis para optar por el título académico de Master en Ciencias. Cienfuegos. 2016.
14. Eckert LO. Clinical practice. Acute vulvovaginitis. *N Engl J Med*. 2016 Sep 21; 355 (12): 1244-52.
15. U.S. Preventive Services Task Force. Screening for Bacterial Vaginosis in Pregnancy to Prevent
16. Preterm Delivery: U.S. Preventive Services Task Force Recommendation Statement. *Ann Intern Med*. 2016; 148: 214-219.
17. Secretaría de Salud. Guía de Práctica Clínica. Diagnóstico y tratamiento de la vaginitis infecciosa en mujeres en edad reproductiva en el primer nivel de atención. México; 2016.
18. Gupta NK, Bowman CA. Managing sexually transmitted infections in pregnant women. *Womens Health (Lond Engl)*. 2015 May; 8 (3): 313-21.
19. Yudin MH, Money DM; Infectious Diseases Committee. Screening and management of bacterial vaginosis in pregnancy. *J Obstet Gynaecol Can*. 2016 Aug; 30 (8): 702-16.
20. Brotman RM. Vaginal microbiome and sexually transmitted infections: an epidemiologic perspective. *J Clin Invest*. 2016 Dec; 121 (12): 4610-7.
21. British Association for Sexual Health and HIV Clinical Effectiveness Group. National Guideline for the Management of Bacterial Vaginosis; 2006. <http://www.bashh.org/documents/62/62.pdf> [Accessed 7 February 2017]
22. Kenyon C, Colebunders R, Crucitti T. The global epidemiology of bacterial vaginosis: a systematic review. *Am J Obstet Gynecol*. 2015 Dec; 209 (6): 505-23.
23. Marrazzo JM. Interpreting the epidemiology and natural history of bacterial vaginosis: are we still confused? *Anaerobe*. 2015 Aug; 17 (4): 186-90.
24. Turovskiy Y, Sutyak Noll K, Chikindas ML. The aetiology of bacterial vaginosis. *J Appl Microbiol*. 2016 May; 110 (5): 1105-28.
25. Fethers K, Fairley CK, Hocking JS, Gurrin LC, Bradshaw CS. Sexual risk factors and bacterial vaginosis: a systematic review and meta-analysis. *Clin Infect Dis* 2015; 47: 1426–1435.

26. Hainer BL, Gibson MV. Vaginitis. *Am Fam Physician*. 2015 Apr 1; 83 (7): 807-15.
27. Fethers K, Fairley CK, Morton A, Hocking JS, Hopkins C, Kennedy LJ, et al. Early sexual experiences and risk factors for bacterial vaginosis. *J Infect Dis* 2014; 200: 1662–1670.
28. Ilkit M, Guzel AB. The epidemiology, pathogenesis, and diagnosis of vulvovaginal candidosis: a mycological perspective. *Crit Rev Microbiol*. 2014 Aug; 37 (3): 250-61.
29. Brotman RM. Vaginal microbiome and sexually transmitted infections: an epidemiologic perspective. *J Clin Invest*. 2015 Dec; 121 (12): 4610-7. 26.
30. Kissinger P, Adamski A. Trichomoniasis and HIV interactions: a review. *Sex Transm Infect*. 2015 Sep; 89 (6): 426-33.
31. Organización Mundial de la Salud. Guías para el tratamiento de las infecciones de transmisión sexual. Ginebra-Suiza: OMS; 2014.
32. Workowski KA, Berman S; Centers for Disease Control and Prevention (CDC). Sexually transmitted diseases treatment guidelines, 2010. *MMWR Recomm Rep*. 2014 Dec 17; 59 (RR-12): 1-110.
33. Faculty of Family Planning and Reproductive Health Care Clinical Effectiveness Unit. The management of women of reproductive age attending non-genitourinary medicine settings complaining of vaginal discharge. *J Fam Plann Reprod Health Care* 2014; 32: 33-41.
34. Shelton J, Halperin D, Nantulya V, Potts M, Gayle H, Holmes K. Partner reduction is crucial for balanced "ABC" approach to HIV prevention. *BMJ*. 2015; 328:891-94.
35. Hawes S, Sow P, Kiviat N. Is there a role for abstinence only programmes for HIV prevention in high income countries? *BMJ*. 2015;335(7613):217-8.
36. Holmes K, Levine R, Weaver M. Effectiveness of condoms preventing sexually transmitted infections. *Bull World Health Organ*. 2012; 82:454-61.
37. Marks G, Grepaz N, Janssen R. Estimating sexual transmission of HIV from persons aware and unaware that they are infected with the virus in the USA. *AIDS*. 2016; 20:1447-50.
38. Redondo Martín S, Morquecho Gil M, Berbel Hernández C, Viña Simón M. Solicitud y realización del test de VIH en atención primaria. Estudio de médicos centinela de Castilla y León. *Gac Sanit*. 2015; 16:114-20.

39. Quintana González JA, Godoy Rivero R. Intervención educativa sobre infección vaginal en la comuna de Ouanamenthe. *Mediciego* [Internet]. 2008 [citado 14 May 2016]; 14(1). Disponible en: [http://bvs.sld.cu/revistas/mciego/vol14\\_01\\_08/articulos/a3\\_v14\\_0108.htm](http://bvs.sld.cu/revistas/mciego/vol14_01_08/articulos/a3_v14_0108.htm).
40. Espinosa Nieto CN, Rodríguez Barroso X, Sánchez Quesada S, Alba Martínez D. Intervención educativa a embarazadas con síndrome de flujo vaginal. *Rev Digital Buenos Aires* [Internet]. 2012[citado 2016 May 16]; 19(201). Disponible en: <http://www.efdeportes.com/efd201/embarazadas-con-sindrome-de-flujo-vaginal.htm>.
41. Álvarez Rodríguez JM, Méndez Hernández A, García Verdecia O, Rodríguez Fernández I, Ramos Mustelier F. Epidemiología de la infección vaginal en gestantes diabéticas. *MEDISAN* [Internet]. 2012 Ene [citado 02 Feb 2016]; 18(1): 84-9. Disponible en: [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1029-30192014000100012&lng=es](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1029-30192014000100012&lng=es).
42. Rodríguez Batista MS, Becerra Licor M, Alfonso Martínez PA, Reyes Ramírez W. Evaluación del conocimiento sobre infección vaginal en gestantes del municipio Ciego de Ávila. *Mediciego* [Internet]. 2010; [citado 02 Feb 2015]; 19(Supl.1). Disponible en: [http://bvs.sld.cu/revistas/mciego/vol19\\_supl1\\_2013/articulos/t-5.html](http://bvs.sld.cu/revistas/mciego/vol19_supl1_2013/articulos/t-5.html).
43. Llanes Delgado L, Romay BuchanánM, González AL, Jiménez F. Intervención educativa sobre síndrome de flujo vaginal en un grupo de mujeres en edad fértil. *Mediocentro* [Internet]. 2011[citado 2015 Feb 02]; 15(1). Disponible en: <http://www.medicentro.sld.cu/index.php/medicentro/article/viewFile/73/102>.

## **ANEXOS**

Anexo I

### **ACTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO**

El que suscribe\_\_\_\_\_

Hago constar por este medio, mi disposición y consentimiento a participar en el estudio, declaro que he sido informada del objetivo del estudio, por lo cual se me aplicará una encuesta, así mismo se me explicó las ventajas para nuestra Salud Pública y para la familia.

Doy mi consentimiento para que realice la encuesta de acuerdo a la valoración médica y criterios de inclusión para la admisión de esta investigación y para constancia de lo antes expuesto firmo este documento.

En Rolo Monterrey a los\_\_\_\_\_ del mes de \_\_\_\_\_del año 2016.

Firma del sujeto

Firma del investigador

## Anexo II

### **Cuestionario de recogida de información**

1. ¿Conoce usted cuales son las causas más frecuentes de la infección vaginal?

Marque con una x las que considere correcta.

- a\_\_\_ Cuando estamos en presencia de Bacterias.
- b\_\_\_ Cuando estamos en presencia de un Virus.
- c\_\_\_ Cuando estamos en presencia de Trichomonas, Clamidia, Micoplasma.
- d\_\_\_ Cuando existe intercambio de fluido entre las parejas.
- e\_\_\_ Cuando consumimos poca agua durante el día.
- f\_\_\_ Cuando ingerimos alimentos irritantes.

2. ¿Conoce usted cuales son síntomas más frecuentes de la infección vaginal?

Marque con una x las que considere correcta.

- a\_\_\_ Presencia de secreciones.
- b\_\_\_ Presencia de dolor durante las relaciones sexuales
- c\_\_\_ Presencia de picazón vaginal.
- d\_\_\_ Crecimiento de la vulva.
- e\_\_\_ Enrojecimiento de la vulva.
- f\_\_\_ Disminución del deseo sexual.
- g\_\_\_ Mal olor.

3. ¿Conoce usted cuales son las las complicaciones de la infección vaginal durante el embarazo? Marque con una x las que considere correcta.

- a\_\_\_ Rotura de bolsas antes de tiempo.
- b\_\_\_ Partos antes de tiempo.
- c\_\_\_ Anemia en el embarazo.
- d\_\_\_ Presencia de neumonía al nacer el bebé.
- e\_\_\_ Inflamación del útero
- f\_\_\_ Malformación del bebé.
- g\_\_\_ Hipertensión arterial.
- h\_\_\_ Vómitos.

4. Señala con una x, según tu conocimiento. ¿Cuáles son las medidas de prevención de la infección vaginal que usted conoce?

a\_\_\_ Practica sexuales protegidas durante el embarazo.

b\_\_\_ No tener relaciones sexuales hasta la curación.

c\_\_\_ La práctica de una adecuada técnica de la higiene vulvo-vaginal.

d\_\_\_ Asistir regularmente a las consultas en cada trimestre durante el embarazo.

e\_\_\_ No realizar sexo durante el embarazo.

5. Señala con una x, según tu conocimiento. ¿Cuáles son las ventajas de usar el condón?

a\_\_\_ Evitar el embarazo.

b\_\_\_ Evitar la sepsis vaginal durante el embarazo

c\_\_\_ Protegerse de las Infecciones de Transmisión Sexual.

d\_\_\_ Complacer a la pareja.

e\_\_\_ Garantiza seguridad y confianza durante el acto sexual.

**Nivel de conocimiento:**

**Pregunta 1:**

Satisfactoria: Contestar incisos: a,c,d

Insatisfactoria: Contestar incisos: b,e,f

**Pregunta 2:**

Satisfactoria: Contestar incisos: a,b,c,g

Insatisfactoria: Contestar incisos: d,e,f

**Pregunta 3:**

Satisfactoria: Contestar incisos: a,b,e

Insatisfactoria: Contestar incisos: c,d,f,g,h

**Pregunta 4:**

Satisfactoria: Contestar incisos: a,c

Insatisfactoria: Contestar incisos: b,d,e

**Pregunta 5:**

Satisfactoria: Contestar incisos: b,c,e

Insatisfactoria: Contestar incisos: a,d

**Calificación Final:**

Satisfactorio: Contestar correctamente 4 preguntas.

Insatisfactorio: Contestar incorrectamente 3 preguntas.

## Anexo III

### **Programa de intervención educativa**

Las actividades de intervención educativa constarán de 6 actividades que serán una vez por semana. Impartidas por médicos y enfermeras de los consultorios 77, 78, 79 y 80 del área de salud de Rolo Monterrey.

#### **Primer encuentro:**

Título: Inicio de la intervención.

Objetivos:

1. Realizar presentación del grupo mediante técnica participativa.
2. Realizar una breve introducción del curso y los objetivos que este persigue. 3. Explicar de manera breve aspectos relacionados con la fisiología de la vagina, abordando el concepto de flora vaginal y sus principales características
4. Explicar los cambios fisiológicos y patológicos de la vagina en las diferentes edades.

Duración: 50 minutos.

Recursos: 1- Hojas blancas.

2- Pancarta educativa (será elaborado por la autora de la Intervención).

Técnica participativa:

-Técnicas participativas.

-Conferencia Debate.

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

Desarrollo: una vez concluida el primer momento se procederá a informar el horario, fechas y lugares previsto, se hablará acerca de los objetivos del proyecto

para promover salud y de esta manera aumentar el conocimiento en la población. Se dará a conocer todo lo referido al proyecto y se les informará que cada cual es libre de decidir su participación en el mismo o si deciden en el transcurso del mismo abandonarlo están en absoluto derecho. En un último momento se entregará a cada uno de los participantes el consentimiento informado impreso, el cual se leerá para que posteriormente sea firmado por cada uno de los participantes.

Se precedió luego a dar una conferencia debate sobre los objetivos de la sesión.

### **Segundo encuentro:**

Título: Factores de riesgo de las infecciones cervico-vaginales.

Objetivo:

1. Explicar brevemente aspectos esenciales relacionados con la sepsis vaginal, para ello se deben abordar el concepto de la misma, la clasificación, el cuadro clínico y el modo de diagnosticar la enfermedad.
2. Debatir sobre las principales formas de adquisición de las infecciones vaginales.
3. Valorar el papel individual en la prevención de la sepsis vaginal.
4. Reflexionar en la necesidad de lograr un accionar preventivo entorno a esta temática para evitar las complicaciones biológicas, psicológicas y sociales que ocasionan estas enfermedades

Tipo de actividad:

- Conferencia- debate.
- Técnicas participativas.

Duración: 50 minutos.

Recursos: 1- Hojas blancas.

- 2- Pancarta educativa (será elaborado por la autora de la Intervención).

### **Técnica participativa: “La sorpresa”.**

Introducción: Se comenzará realizando un recordatorio de los temas tratados en la primera actividad y se realizarán preguntas de comprobación.

Desarrollo: Para dar comienzo a la actividad se utilizará la técnica participativa: “la sorpresa” que consiste en repartir un sobre sellado a cada participante, los mismos 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 realizaran 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 temas acerca de los objetivos del encuentro.

### **Tercer encuentro:**

Título: Incidencia de los factores de riesgos.

Objetivos:

1. Debatir sobre los factores de riesgos que traen para la mujer en edad fértil, el contraer una enfermedad de tipo vaginal.
2. Conocer las complicaciones más frecuentes que pueden aparecer en la mujer al padecer una enfermedad de infección vaginal:
  - Enfermedad pélvica inflamatoria.
  - Cervicitis.
  - Vaginitis.
  - Infertilidad.
  - Cáncer del cuello uterino.
  - Embarazo ectópico.
  - Rotura prematura de membranas.
  - Parto prematuro.
  - Bajo peso al nacer.

3. Realizar una valoración reflexiva sobre las conductas que debe mantener la mujer y su pareja con el objetivo de evitar contraer una infección vaginal.

4. Reflexionar en la necesidad de lograr conductas responsables, en cuanto a relaciones sexuales se trate, con el propósito de evitar contraer una enfermedad de este tipo.

Duración: 50 minutos.

Tipo de actividad:

- Conferencia
- Lluvia de ideas
- Técnica participativa.

Recursos:

- 1- Hojas blancas.
- 2- Pancarta educativa (será elaborado por la autora de la Intervención).
- 3- 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 los 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. Al finalizar concluiremos con una pregunta para promover la próxima actividad.

Se abordará el tema mediante una pregunta hecha al grupo: ¿Sabe usted cuáles son las posibles complicaciones clínicas de las infecciones vaginales y como pueden prevenirse a través de conductas sexuales responsables?

### **Quinto encuentro:**

Título: Orientar sobre las principales manifestaciones y diagnóstico de las infecciones de transmisión sexual.

Objetivos:

1. Explicar brevemente en que consiste la sexualidad responsable, haciendo referencia a los peligros que puede traer consigo, para las mujeres en edad fértil, practicar conductas sexuales riesgosas.
2. Debatir sobre los factores de riesgo reproductivo y la importancia de la consulta de seguimiento programada en Atención Primaria para detectar estos riesgos y su modificación.
3. Comentar sobre métodos anticonceptivos eficaces, haciendo referencia a qué son los métodos anticonceptivos y en qué consisten.
4. Debatir sobre la importancia del uso del condón como método anticonceptivo y como barrera para evitar las infecciones de transmisión sexual.
5. Comentar y debatir sobre la técnica correcta de colocación del preservativo.
6. Explicar la conducta a seguir por la mujer, luego que sospeche tener una infección vaginal.
7. Reflexionar sobre los riesgos que trae consigo la automedicación, así como el uso de tratamientos de manera prolongada.

Tipo de actividad:

- Conferencia.
- Lluvia de ideas
- Debate

Duración: 50 minutos.

Recursos:

- 1- Hojas blancas.
- 2- Pancarta educativa (será elaborado por la autora de la Intervención).
- 3- Computadora.

***Técnica participativa:*** “¿Qué crees de la vida?”

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 y porque es importante vivir. En un segundo momento mostraremos una pancarta educativa con las diferentes formas de presentación de las infecciones vaginales y de transmisión sexual. Luego impartiremos una conferencia guiada por un Power Point, que abarcará temas relacionados con los objetivos de la clase y se realizará una demostración de la correcta colocación del condón.

Al finalizar daremos una breve introducción sobre la importancia de realizar un diagnóstico precoz de las infecciones de transmisión sexual y así lograremos un tratamiento eficaz de las mismas.

### **Sexto encuentro:**

Título: Culminación de la intervención.

Objetivo:

1. Fortalecer los vínculos creados entre los participantes.
2. Evaluación del conocimiento adquirido por las mujeres en edad fértil durante la estrategia, así como la satisfacción de las mismas.

Duración: 50 minutos.

Recursos:

- 1- Hojas blancas.
- 2- Pancarta educativa (será elaborado por la autora de la Intervención).

Técnica Participativa:

- Mesa redonda.
- 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 los 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 los participantes un recuerdo de su participación durante la intervención.

Al finalizar se volverá aplicar la encuesta inicial para evaluación del conocimiento.