

POLICLINICO NORTE "DIEGO DEL ROSARIO"

MORÓN, CIEGO DE ÁVILA

Título: Intervención educativa sobre riesgo reproductivo preconceptual en mujeres de edad fértil del Consejo Popular el Vaquerito.

Autora: Dra. Daylé Caridad Hernández Campos.

Aspirante a especialista en Primer Grado en Medicina General Integral

Tutora: Dra. Celia María López Reyes

Especialista de Primer Grado en Ginecología y Obstetricia

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

Ciego de Ávila

2018

POLICLINICO NORTE "DIEGO DEL ROSARIO"

MORÓN, CIEGO DE ÁVILA

Título Intervención educativa sobre riesgo reproductivo preconcepcional en mujeres de edad fértil del Consejo Popular el Vaquerito.

Autora: Dra. Daylé Caridad Hernández Campos.

Aspirante a especialista en Primer Grado en Medicina General Integral.

Tutora: Dra. Celia María López Reyes

Especialista de Primer Grado en Ginecología y Obstetricia.

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 antes y después para evaluar la efectividad en la aplicación de un programa de intervención educativa para elevar conocimientos relacionados con riesgo reproductivo preconcepcional en mujeres en edad fértil pertenecientes al Consejo Popular el Vaquerito de Morón, Ciego de Ávila; en el periodo comprendido entre septiembre 2017 a mayo 2018. La muestra fue conformada por 304 féminas para un 33% del universo de estudio, con edades comprendidas entre 15 y 49 años. Para el análisis de la efectividad de la intervención educativa se empleó la prueba estadísticas M c. Nemar para hallar diferencias significativas entre el nivel de conocimiento sobre el riesgo preconcepcional, antes y después de la aplicación del programa educativo. Predominaron las féminas de 35-49 años de edad y nivel de escolaridad secundaria. Se logró una modificación positiva y significativa respecto al nivel de conocimientos de las participantes sobre aspectos generales del riesgo reproductivo preconcepcional, repercusión del riesgo preconcepcional, factores de riesgo y nivel general de conocimientos.

Palabras claves: Intervención comunitaria, factores de riesgo.

ÍNDICE

Contenido	Páginas
▪ Introducción	1
▪ Objetivos	6
▪ Marco teórico	7
▪ Método	21
▪ Análisis y discusión de los resultados	25
▪ Conclusiones	31
▪ Referencias bibliográficas	32
▪ Anexos	39

INTRODUCCIÓN

Los primeros vestigios de la actividad de asistencia preconcepcional podemos encontrarlos, cuatro mil años atrás, en la antigua civilización China. A partir de 1950 se logra en el mundo una tasa de mortalidad materna de 8,5 por cada 1 000 nacidos vivos, por lo que es a partir de ese año que se abre camino a una nueva preocupación universal, el riesgo de vida fetal (1).

El nacimiento de un niño sano es un acontecimiento que tradicionalmente se celebra en todas las sociedades del mundo, sin embargo, el proceso de reproducción puede ser un acontecimiento sombrío y peligroso, con morbilidad, secuelas y la muerte de la madre, del producto o de ambos (1,2). La salud sexual y reproductiva se ha definido como "un estado general de bienestar físico, mental y social, y no de mera ausencia de enfermedades o dolencias, en todos los aspectos relacionados con el sistema reproductivo y sus funciones y procesos. La prevención de las complicaciones y la muerte durante el proceso de reproducción es uno de los pilares para el desarrollo de la salud reproductiva. El principal instrumento para lograr este fin es el control del riesgo reproductivo preconcepcional. Se considera mujer con Riesgo Reproductivo Preconcepcional (RRPC), aquella que se encuentre en edad fértil (entre 15 y 49 años) y presente elementos preconcepcionales condicionantes o desencadenantes de daño a la madre o al producto de la concepción, si se involucra en el proceso reproductivo (3,4).

El riesgo puede ser de carácter biológico:

Enfermedades crónicas (HTA, asma, endocrinopatías, epilepsia, sicklemias, neuropatías, cardiopatías).

Edad es elevado en adolescentes y luego de los 30 años tiene q estar asociado a otros riesgos.

Estado nutricional (anemia desnutrición u obesidad).

Afecciones psiquiátricas.

Patologías ginecológicas.

Talla inferior a 1.50cm.

Antecedentes obstétricos desfavorables (abortos a repetición, multiparidad, periodo intergenésico corto, defunciones neonatales, defunciones fetales, bajo peso al nacer, Rh sensibilizado, cesárea anterior menos de dos años).

Psíquico (poca cooperación con las orientaciones médicas, trastornos de la personalidad).

Social (alcoholismo, drogadicción, tabaquismo, hacinamiento, baja escolaridad, bajo nivel socioeconómico y relaciones sexuales inestables).

Ambiental (atmósfera enrarecida, fuentes de abasto de agua insegura, convivencia con algunos animales transmisores de enfermedades a los hombres, poca higiene y otras condiciones del medio).

Todos estos riesgos pueden influir entre ellos. Esta probabilidad está dada por factores condicionantes, bien sea enfermedades o circunstancias que interfieran durante el embarazo, parto o puerperio. Dicha probabilidad no es igual para todas las mujeres, aunque sea lo mismo, es decir, que la magnitud del riesgo es individual y así se debe considerar. No existe una condición de riesgo que sea medible por igual en cada mujer o pareja. Al tener en cuenta los diversos factores que pueden conceptualizarse, se debe aplicar un enfoque integral, analítico e individualizado en cada caso (5-8).

Para disminuir el riesgo de enfermedad o muerte de la madre o el producto y que como principal condicionamiento haya existido un factor de riesgo desde antes del embarazo, susceptible de modificarse (atenuarse o eliminarse) y para esto debe ser aplicado un adecuado enfoque para la prevención del riesgo (9,10).

La evaluación preconcepcional, es el control médico que recibe la mujer y su pareja antes de la concepción y por consiguiente antes que se inicie el desarrollo de un nuevo ser (11).

El hombre y la mujer tienen derecho a obtener información y acceso a métodos seguros, eficaces, asequibles y aceptables de su elección para la regulación de la fecundidad, así como el derecho a recibir servicios adecuados de la atención de la salud que permitan los embarazos y los partos sin riesgo (12).

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. La tasa global de fecundidad es alrededor de 13,14 hijos por mujer al final de los años 90, pero en países como Bolivia, Nicaragua, Guatemala, Honduras, Perú 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. 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.

En los países subdesarrollados la mortalidad materna es cien veces más alta que en los países desarrollados, lo cual afecta, principalmente, a las mujeres pobres y más vulnerables. Estos índices reflejan la poca capacidad de negociación y autodeterminación de las mujeres (15). Asimismo, ponen en evidencia las diferencias existentes entre las residentes de zonas urbanas y rurales, se calcula que más de medio millón de mujeres, una mujer por minuto aproximadamente, mueren al año como resultado de las complicaciones durante el embarazo o el parto. También cada minuto muere más de una mujer en el mundo a consecuencias del parto o complicaciones durante el embarazo, pero en el 2008 disminuyeron estas muertes al estimarse unas 358 000 fallecidas, para una razón de muerte materna (RMM) de 260 x 100 000 nacidos vivos (16-18).

Aproximadamente el 99% de todas las muertes por causas derivadas de la maternidad se producen en los países con subdesarrollo, y más del 90% en África y Asia. En 2002, dos tercios de las muertes derivadas de la maternidad se produjeron en 13 de los países más pobres del mundo. Ese mismo año, ya sólo la mortalidad materna de la India representó la cuarta parte de toda la mortalidad materna mundial. Una de cada 16 mujeres de África Subsahariana morirá como consecuencia del embarazo o el parto, mientras que en los países industrializados la razón es de una de cada 4.000. Por otra parte, los recién nacidos que se quedan sin madre tienen de 3 a 10 veces más probabilidades de morir que los recién nacidos cuyas madres han sobrevivido al parto. Muchas de las vidas de estas mujeres se podrían salvar si tuvieran acceso a una atención básica de la salud que incluya personal preparado en todos los partos y atención obstétrica de urgencia para mujeres que presenten complicaciones (19).

En Cuba desde el surgimiento del policlínico, en el año 1963, las actividades realizadas en el país respecto a la atención ambulatoria se han organizado en forma de programas. Así, los primeros programas de salud estaban encaminados a erradicar o controlar diferentes enfermedades o daños. Posteriormente, surgieron los programas priorizados para la atención a grupos de personas con mayor riesgo, como la madre y el niño menor de un año. De esta forma surge, en 1970, el Programa de Atención Materno Infantil (PAMI), que tiene como objetivo la promoción, prevención, recuperación y rehabilitación de la salud de la mujer en edad fértil y del niño menor de un año (23,24).

En Cuba, a pesar de tener uno de los mejores indicadores de la Región de las Américas, existe un aplanamiento de la curva de la RMM, donde su nivel se ha comportado sin modificación por más de 20 años, la RMM (directa) oscila por encima de 30 x 100 000 nacidos vivos. En el 2014 el total de muertes maternas fue de 43, para una tasa de 35.1 por 100 000 nacidos vivos, lo que en la práctica tiene un comportamiento similar en los últimos 10 años (25,26).

Los Objetivos de Desarrollo del Milenio (ODM) solicitan disminuir en tres cuartas partes la razón de muerte materna (directa más indirecta), lo que supone que debíamos alcanzar una razón de mortalidad materna de 10,5 x 100 000 nacidos vivos al arribar al año 2015, compromiso que no se pudo cumplir pues incrementó el número de fallecidas a 52 y la tasa a 41.6 por 100 000 nacidos vivos (25,26).

A pesar de la gratuidad y accesibilidad de los servicios médicos y elevado nivel de instrucción de la población cubana muchas mujeres se embarazan cuando sobre ellas influyen factores biológicos, psicológicos, sociales y ambientales potencialmente negativos para las mismas y el producto de su concepción, lo que deriva que las complicaciones del embarazo, parto y puerperio aparezcan entre las principales causas de muerte de la mujer en edad fértil (26).

En la Provincia Ciego de Ávila en el año 2014 alcanzó una tasa de muerte materna de 42.5 con dos fallecidas y el Municipio Morón a pesar de no tener muertes maternas en los últimos 5 años, ha mantenido tasas de mortalidad infantil por encima de 5 por cada mil nacidos y una elevada morbilidad materna por lo que no se encuentra exento de este fenómeno médico-social cuyos resultados se traducen en indicadores de salud desfavorables si no se realiza un adecuado seguimiento y control del riesgo preconcepcional en cada área de salud.

Problema: ¿Cuál sería el nivel de conocimiento sobre riesgo reproductivo preconcepcional, luego de una intervención comunitaria, en mujeres de edad fértil pertenecientes al Consejo Popular el Vaquerito de Morón?

O B J E T I V O S

Objetivo general: Evaluar la efectividad en la aplicación de un programa de intervención comunitaria para elevar conocimientos relacionados con el riesgo reproductivo preconcepcional en mujeres en edad fértil pertenecientes al Consejo Popular Vaquerito.

Objetivos específicos:

1. Caracterizar la muestra según edad y nivel de escolaridad en la población de estudio.
2. Determinar el nivel de conocimientos de las féminas del estudio sobre riesgo reproductivo preconcepcional.
3. Aplicar una estrategia de intervención educativa sobre riesgo reproductivo preconcepcional diseñada al efecto.
4. Evaluar la modificación del nivel de conocimientos después de la intervención.

Hipótesis de investigación: La aplicación de una intervención educativa, pudiera elevar el nivel de conocimientos sobre riesgo reproductivo preconcepcional en mujeres en edad fértil pertenecientes al Consejo Popular el Vaquerito.

M A R C O T E Ó R I C O

1. Conceptualización

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 (28).

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 (29).

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 (30,31). 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. 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 (32).

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 (33).

El riesgo puede ser de carácter biológico, psíquico, social o ambiental e incluso interactuar entre ellos. 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. El objetivo principal es disminuir el riesgo de enfermedad o muerte de la madre o el producto, y que como principal condicionamiento 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. 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 (34,35). 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 reproductivo preconcepcional no es un elemento determinante en la disminución, sino en la erradicación de la morbilidad 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 (36,37).

Los principales criterios generales para ubicar a una mujer en estado fértil o a parejas dentro de la clasificación de riesgo preconcepcional real son: antecedentes de mortinatos o mortineonatos, antecedentes de embarazos catalogados como de riesgo obstétrico o perinatal incrementado, antecedentes de nacimientos de niños con bajo peso, mujeres con niños que hayan tenido o tengan una afección o morbilidad importante (malformación congénita, retraso mental, endocrinopatías y otras), mujeres con afecciones biológicas conocidas que representen riesgo perinatal (las cardiópatas, diabéticas, sicklémicas, anémicas, hipertensas, nefrópatas, asmáticas y otras que presenten afecciones psiquiátricas y en el estado nutricional), mujeres o pareja cuya conducta personal y social constituyan un riesgo evidente para su salud y la del producto si concibieran en el presente período, mujeres menores de 20 años con deseo o no de tener hijos o aquellas que por su conducta tengan que realizarse interrupción del embarazo, mujeres a las que se les han realizado la cesárea, espacio intergenésico de 18 meses a dos años. La edad óptima para la procreación varía según los diferentes autores: 20-29; 20-24 y 25-29 años; se consideran de riesgo para el embarazo las muy jóvenes, pero igualmente no existen coincidencia en sus rangos (menor de 12 años, menor de 18 años y menor de 20 años), y las mayores de 35 años. Todos los autores coinciden en que la multiparidad es un factor de riesgo, dado por el desgaste del aparato reproductivo y porque el riesgo aumenta proporcionalmente al número de nacimientos. El embarazo no deseado generalmente termina en aborto, con todo los riesgo que éste tiene; cuando continúa pueden en algunos casos no ser atendido o cuidado debidamente por la gestante.

La desnutrición constituye otro factor de riesgo para el embarazo debido a que se establece una relación entre la masa corporal de la madre y el desarrollo de la masa corporal del producto, ésta puede causar: mortalidad del feto, bajo peso, CIUR, mortalidad materna, anemia entre otros; en cuanto al estado civil: las solteras, los que algunos llaman producción independiente, embarazos que no son reconocidos y/o respaldados por el padre, la mujer enfrenta sola el embarazo y el cuidado y atención del futuro niño, lo que afecta el sistema neuropsíquico e influye sobre el desarrollo del embarazo y posterior desarrollo del niño. El hábito de fumar constituye un factor de riesgo importante relacionado con el riesgo materno perinatal, al igual que la ingestión de alcohol o drogas, los cuales pueden ser causantes de prematuridad, mortalidad fetal, CIUR, y enfermedades psíquicas en las madres. Los antecedentes obstétricos desfavorables como son las muertes perinatales o infantiles, bajo peso al nacer, malformaciones congénitas e hijo con alguna enfermedad genética importante tienen un mayor riesgo de repetirse. Las enfermedades crónicas constituyen un riesgo importante para la madre ya que en el embarazo tienen mayor probabilidad de descompensarse por constituir una sobrecarga para el organismo, afectando todos los sistemas (38,39).

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" (40-43).

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. 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 reproductivo 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 morbilidad materno fetal (44).

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 (45).

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.

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 (45).

Se habla de utilización del enfoque de riesgo con fines preventivos cuando es conocida la probabilidad y se trata de una enfermedad, un accidente o la muerte evitables o reducibles si se emprenden acciones antes de que ocurran.

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 (44,45).

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 (45).

1.1 Caracterización epidemiológica

La relación de un factor de riesgo determinado con un daño concreto puede ser de tres tipos:

1. Relación causal. El factor de riesgo desencadena el proceso morboso. Ej.: la placenta previa origina la muerte fetal por anoxia; la rubéola 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 (46).

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 (44).

El diseño del ejercicio de diagnóstico de salud en cada consultorio toma en cuenta una gestante que, en el momento de la captación, no tiene seguimiento continuo pre-concepcional o pre-gravídico.

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	Abruptio placentae	Anoxia
Toxemia gravídica		
Incompetencia cervical		
Aborto del segundo semestre		
Retardo del crecimiento uterino		
Socio ambientales		
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 (46).

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 (46).

2. Diagnóstico

El diagnóstico de alto o bajo riesgo puede comenzar antes de la gestación y se sigue haciendo hasta después del parto, incluso previene complicaciones en el puerperio (47-49).

En muchas gestantes la atención al riesgo y su modificación viene desde su clasificación en la consulta de atención pre-concepcional, con el mismo equipo de salud, línea de desarrollo que se pretende generalizar como atención de calidad para el mediano y alto riesgo obstétrico (47).

Las consultas ulteriores, en el caso del grupo de alto riesgo, deben incluir todo lo necesario para mejorar el ambiente materno y fetal y realizar un control cuidadoso del bienestar de ambos (48).

Luego del examen inicial y la clasificación de los factores de riesgo, las consultas posteriores servirán, entre otros objetivos, para controlar la aparición de los factores de riesgo que no fueron evidentes en la primera consulta o que, por su carácter, son de aparición más tardía durante el embarazo.

Mientras dura el embarazo se está haciendo el diagnóstico de riesgo. Así pues, continúa la detección de éste o su complementación diagnóstica durante toda la gestación, el trabajo de parto y el parto e, inclusive, durante el puerperio (49).

2.1 Detección del alto riesgo durante las consultas pre-natales.

Guía para la clasificación del riesgo en las consultas pre-natales y en los principales momentos de la atención obstétrica y para la reclasificación en gestantes con riesgo pre-concepcional (50).

Bajo riesgo

1. Déficit nutricional III y IV.
2. Antecedente de muerte perinatal.
3. Incompetencia ístmico-cervical.
4. Parto pre-término y/o bajo peso previos.
5. Parto previo con isoimmunización.
6. Antecedentes de pre-eclampsia-eclampsia.
7. Antecedentes de desprendimiento prematuro de la placenta.
8. Cesárea anterior u operación uterina.

Alto riesgo

1. Tumor de ovario.
2. Hipertensión arterial.
3. Enfermedad renal.

4. Diabetes mellitus.
5. Cardiopatía.
6. Procesos malignos.
7. Anemia por hematíes falciformes.
8. Neumopatías.
9. Enfermedad del tiroides.
10. Hepatopatías.
11. Epilepsia.

2.2 Condiciones a vigilar en el consultorio.

Cada visita pre-natal es una oportunidad para descubrir una anomalía que puede originar dificultad para la madre, el producto o ambos y constituir un factor de riesgo (49).

1. Edad < de 18 ó \geq 35 años.
2. Paridad > 3.
3. Intervalo inter-genésico < 1 año.
4. Déficit socio cultural.
5. Déficit nutricional II.
6. Hábitos tóxicos.
7. Aborto habitual y abortos voluntarios a repetición.
8. Recién nacido anterior con más de 4 200 gramos de peso.
9. Citología vaginal anormal.
10. Malformación anterior o trastornos genéticos.
11. Retraso mental.
12. Estatura < 150 cm.
13. Presión arterial de 120/80 en la primera mitad del embarazo.
14. Retinopatía (corresponde habitualmente a diabetes o hipertensión).
15. Trastornos circulatorios periféricos.
16. Infecciones cérvico-vaginales.

Evaluación durante el embarazo.

Bajo riesgo

1. Infecciones virales.
2. Ganancia de peso inadecuada.
3. Tabaquismo y alcoholismo.
4. Útero grande con relación a la edad gestacional.
5. Anemia (Hb < 110 g/L).

Alto riesgo

1. Trastornos hipertensivos del embarazo.
2. Infección urinaria.
3. Enfermedad hemolítica perinatal.
4. Diabetes mellitus pre-gestacional y gestacional.
5. Gestorragias.
6. Polihidramnios u oligoamnios.
7. Enfermedad tromboembólica.
8. Embarazo múltiple.
9. Rotura prematura de las membranas ovulares.
10. Infección ovular o genital.
11. Discordancia AU/EG con signo de menos.
12. Gestación de 41 semanas o más.
13. Problemas quirúrgicos agudos.
14. Resultados patológicos de las Pruebas de Bienestar Fetal.

3. Prevención

3.1 Niveles de atención según riesgo en el parto.

Los trastornos que se señalan a continuación aumentan el riesgo en el trabajo de parto, deben establecerse los niveles de atención siguientes (49-51):

Nivel I (sin riesgo aparente).

1. Gestación de 37 a 42 semanas.
2. Progresión normal del parto.
3. Edad > 16 años.
4. Presentación cefálica.
5. Líquido amniótico claro.

Asistencia en el nivel I

Objetivos: Identificación de la paciente de alto riesgo. Proveer control prenatal a las pacientes de bajo riesgo. Integración funcional con niveles de atención prenatal de mayor complejidad. Iniciar el proceso de captación de información perinatal (52).

Recursos humanos: Médico con entrenamiento obstétrico básico. Personal de enfermería. Personal administrativo.

Recursos técnicos: Un tensiómetro. Un aparato para peso y talla. Un aparato Doppler para escuchar ruidos cardiacos fetales. Laboratorio clínico de apoyo.

Dirigido: Todas las embarazadas del área de influencia.

Nivel II

1. Enfermedad hipertensiva de la gestación sin signos de agravamiento.
2. Enfermedad materna compensada.
3. Macrosomía fetal.
4. Edad gestacional ≥ 42 semanas, líquido claro.
5. Embarazo pre término, entre 32 y 35 semanas.
6. Primigrávida \leq de 16 años.
7. Edad gestacional dudosa, líquido claro.
8. Meconio fluido.

Nivel III

1. Dos o más condiciones del nivel II.
2. Alteraciones de la frecuencia cardiaca fetal.
3. Meconio con alteraciones de la frecuencia cardiaca fetal.
4. Trabajo de parto prolongado.
5. Fiebre intraparto.
6. Pretérmino $<$ de 32 semanas.
7. Presentación pelviana.
8. Restricción del crecimiento intrauterino.
9. Enfermedad materna asociada al embarazo, descompensada.
10. Gestorragias.
11. Trastornos hipertensivos del embarazo con signos de agravamiento.
12. Óbito fetal.
13. Inducción o conducción del parto.
14. Prueba de trabajo de parto.

Los niveles I y II pueden ser atendidos por médicos residentes, siempre supervisados por especialistas y el nivel III por especialistas o por quien designe el Jefe del Grupo Básico de Trabajo.

Riesgo materno en el parto.

Generalmente está relacionado con la analgesia y la anestesia (52,53).

1. Perfusión placentaria insuficiente por hipotensión debida a anestesia regional.
2. Síndrome de hipotensión supina.

3. Choque por hipovolemia o descompensación cardiaca.
4. Sobre-dosificación de anestesia general, ventilación u oxigenación pulmonar inadecuada.
5. Administración de medicamentos que afectan de forma adversa al feto o al recién nacido.
6. Traumatismos: por parto podálico, instrumentado y distocia de hombros.
7. Intervalo prolongado entre el diagnóstico de estado fetal intranquilizante y la cesárea (≥ 30 minutos), cuando se emplea la reanimación intra-uterina.

Riesgo materno después del parto.

Prevenir las complicaciones siguientes:

1. Hemorragias.
2. Inversión uterina.
3. Infección puerperal.
4. Convulsiones.

Factores de riesgo neo-natal inmediato

1. Índice de Apgar < 7 .
2. Peso al nacer $< 2\,500$ g o $\geq 4\,200$ g.
3. Anomalías congénitas importantes, incluyendo arteria umbilical única.
4. Palidez (anemia o choque).
5. Hipotermia.
6. Escalofríos.
7. Infección fetal manifestada por hepatomegalia, ictericia y petequias.
8. Diátesis hemorrágica fetal (petequias o equimosis).
9. Hipoglucemia ($< 3,6$ mmol/L). A menudo hay temblores, apnea, cianosis y convulsiones.
10. Síndrome de insuficiencia respiratoria (taquipnea, retracción intercostal, jadeo, gruñido).
11. Características dismórficas.

Consultas especializadas para gestantes de riesgo obstétrico elevado en el nivel primario y / o secundario de atención.

Estas consultas pueden ser realizadas tanto en el nivel primario como en el secundario de atención. Lo que debe tenerse en cuenta es que sean ofrecidas por personal calificado y que se cuente con los recursos materiales necesarios que garanticen el máximo de seguridad en la toma de conductas acertadas (49-53).

1. Hipertensión arterial en el embarazo.
2. Factor Rh negativo sensibilizado.
3. Diabetes o endocrinopatías en el embarazo.
4. Malnutrición.
5. Restricción del crecimiento intrauterino.
6. Cardiopatías.
7. Hemoglobinopatías.

4. Educación y promoción de salud:

1. Promover el hábito de asistir regularmente al control prenatal.
2. Aprendizaje de signos sospechosos (malestar general, cefalea, trastornos visuales, dolor epigástrico o en hipocondrio derecho, edema matinal, facial o de las manos).
3. Instrucción acerca de la necesidad de evaluación inmediata por un obstetra cuando se presenten los signos sospechosos.
4. Evaluación por nutricionista y establecimiento de una dieta balanceada en su contenido calórico y proteico.

4.1 Control prenatal de la paciente de alto riesgo.

Mujeres con enfermedad subyacente y con embarazos múltiples deben tener control prenatal cada dos semanas. Mujeres con otros factores de riesgo deben tener control prenatal cada cuatro semanas, hasta la semana 32; luego cada 15 días hasta la semana 36 y posteriormente semanalmente hasta la semana 40. Ecografía cada trimestre del embarazo. Exámenes de laboratorio: las mujeres con enfermedad subyacente deben tener, además del laboratorio prenatal básico, exámenes complementarios para hacer una evaluación de base de los órganos o sistemas comprometidos por dicha patología. Mujeres con otros factores de riesgo deben tener únicamente el laboratorio prenatal básico (54).

La fecundidad, además de ser un fenómeno biológico, tiene mucho que ver con lo social y lo cultural. Como se sabe, el comportamiento de los individuos está determinado, en gran medida, por la sociedad en que viven, y su conducta guarda estrecha relación con los aspectos culturales, los valores sociales y otras normas de conducta. Así, puede comprenderse cómo puede influir la sociedad en el matrimonio, la descendencia, el número de hijos, el uso o no de métodos anticonceptivos, la frecuencia de las relaciones sexuales, etcétera. (55).

El deseo o no de limitar el número de hijos y cuándo tenerlos, no cuenta a veces con la motivación suficiente de la pareja para llevar a cabo este propósito, y por ello, la anticoncepción se usa a veces de forma inadecuada; no obstante, existen métodos anticonceptivos de bajo costo y fácil acceso que pueden vencer actitudes ambivalentes y de poco control en determinados grupos (55).

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 (55).

M E T O D O L O G Í A

Se realizó un estudio pre-experimental de tipo antes y después para evaluar la efectividad en la aplicación de un programa de intervención educativa para elevar conocimientos relacionados con riesgo reproductivo preconcepcional en mujeres en edad fértil pertenecientes al del Consejo Popular el Vaquerito de Morón, en el periodo comprendido entre septiembre 2017 a mayo 2018.

U n i v e r s o y m u e s t r a

El Universo de estudio estuvo constituido por un total de 920 mujeres, con edades comprendidas entre 15 y 49 años pertenecientes al Consejo Popular el Vaquerito. La muestra fue conformada por 304 féminas para un 33,3% del universo de estudio mediante un muestreo aleatorio simple, que cumplieron con los criterios de inclusión y exclusión.

C r i t e r i o s d e i n c l u s i ó n :

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

C r i t e r i o s d e e x c l u s i ó n :

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.

C r i t e r i o s d e S a l i d a :

1. Abandono por decisión propia.

Métodos de obtención de información

Los datos fueron recogidos a través de una encuesta (ver anexo II), fuente de información primaria de la investigación, aplicada un antes y después; creada por la autora.

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 reproductivo preconcepcional en la muestra de estudio, se aplica nuevamente 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.

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

Etap a de intervención propiamente dicha: la muestra fue conformada por un grupo de 304 mujeres. La intervención se planificó para impartirla en un período de 2 meses, y para ello se desarrollaron 5 sesiones de trabajo, con una frecuencia de 3 veces por semana. Cada encuentro incluyó conferencias y técnicas participativas.

Etap a evaluación: se aplicó la misma encuesta inicial 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.

Métodos del nivel empírico:

- La Entrevista: Es un método de recogida de información cara a cara que permitió identificar los factores que están influyendo en el desconocimiento y riesgo de concepción en edades precoces en la comunidad estudiada.
- La encuesta: Es un método empírico 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.

Métodos del nivel teórico

- > Análisis y síntesis: Permite separar lo esencial de lo secundario, determinar lo importante a partir de la bibliografía revisada y extraer lo necesario para solución del problema.
- > Análisis histórico-lógico: Permite organizar cronológicamente la evolución del conocimiento sobre riesgo reproductivo preconcepcional.
- > Inducción-deducción: Para concretar los supuestos teóricos.

Variable independiente: Intervención educativa: Sistema de actividades educativas efectivas para lograr elevar el nivel de conocimientos en sectores de la población. Debe estar centrado en el sujeto, implicándolo afectivamente, con una comunicación horizontal.

Operacionalización de las variables

Variable	Tipo	Operacionalización		Indicador
		Escala	Descripción	
Edad	Cuantitativa continúa.	15-19 20-34 35-49	Según años cumplidos.	Número y porcentaje según grupo de pertenencia.
Nivel de escolaridad.	Cualitativa nominal politómica.	Primario. Secundario. Preuniversitario Universitario.	Según nivel de escolaridad alcanzado.	Número y porcentaje según grupo de pertenencia.
Nivel de conocimientos. (*)	Cualitativa nominal dicotómica.	Adecuado. Inadecuado.	Según aplicación del cuestionario antes y después (ver anexo II)	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 y será resumida en frecuencias absolutas y porcentajes.

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. Para el análisis de la efectividad de la intervención educativa se empleó la prueba estadísticas M.c. Nemar para hallar diferencias significativas entre el nivel de conocimiento sobre el riesgo reproductivo preconcepcional, antes y después de la aplicación del programa educativo.

Aspectos éticos

Este trabajo se realizó en correspondencia con las regulaciones establecidas en la declaración de Helsinki (Somerset West, República de Sudáfrica; octubre de 1996).

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, por lo que 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.

Tabla 1. Distribución de las participantes según edad y nivel de escolaridad.

Nivel de escolaridad	Edad						Total	
	15-19 años		20-34 años		35-49			
	No	%	No	%	No	%	No	%
Primaria	-	-	3	0,9	10	3,2	13	4,3
Secundaria	43	14,1	67	22,0	58	19,0	168	55,3
Pre-universitario	13	4,2	38	12,5	35	11,5	86	28,3
Universitario	-	-	13	4,3	24	7,8	37	12,1
Total	56	18,3	121	39,7	127	41,5	304	100,0

Fuente: encuesta.

La tabla 1 muestra la distribución de participantes según edades y nivel de escolaridad al momento de la investigación.

El nivel de escolaridad más frecuentemente referido resultó el de secundaria, con 168 de las participantes para el 55,3% del total, le siguió en orden de frecuencia el nivel de escolaridad pre-universitario con 79 representando el 28,3%, luego el universitario con 37 participantes para un 12,1% y por último nivel de escolaridad primaria con 13 participantes representando un 4,3%.

En un estudio similar realizado por Quintana González (56), este refiere que al analizar la distribución de las pacientes según grupos de edad, observó que existe predominio del grupo de 35-39 años, lo cual está en correspondencia con las bibliografías revisadas en las que predominan los grupos etáreos superiores a los 35 años, influido fundamentalmente porque el hecho de contar con una edad superior a la recomendada las hace portadoras de riesgo a lo que se suman otros factores como son la multiparidad, enfermedades asociadas y antecedentes de embarazos de riesgo, factores frecuentes en las féminas de Ouanamente.

Tabla 2. Distribución de las participantes según nivel de conocimientos sobre generalidades del riesgo reproductivo preconcepcional, evaluado antes y después.

Nivel de conocimientos	Evaluación			
	Antes		Después	
	No.	%	No.	%
Adecuado	121	39,8	213	70,1
Inadecuado	183	60,2	91	29,9
Total	304	100,0	304	100,0

Prueba de McNemar

$p = 0,000$

La tabla 2 muestra la distribución de pacientes según el nivel de conocimientos sobre la noción que tenían del riesgo reproductivo preconcepcional, evaluado antes y después de desarrollar el programa capacitante.

Se pudo observar que antes de comenzar la intervención, 183 de las participantes presentaron un nivel de conocimientos inadecuados sobre generalidades del riesgo reproductivo preconcepcional, para un 60,2% del total, mientras que 121 (39,8%), respondieron los ítems consignados en el cuestionario.

Una vez finalizada la capacitación, el nivel de conocimientos adecuados aumentó hasta 213 pacientes (70,1%), lo que la modificación de conocimientos resultó significativa según los resultados de la prueba estadística empleada.

Tabla 3. Distribución de las participantes según nivel de conocimientos sobre factores de riesgo, evaluado antes y después.

Nivel de Conocimientos	Evaluación			
	Antes		Después	
	No.	%	No.	%
Adecuado	76	25,0	254	83,6
Inadecuado	228	75,0	50	16,4
Total	304	100,0	304	100,0

Prueba de McNemar

$p = 0,000$

La tabla 3 muestra la distribución de pacientes según el nivel de conocimientos sobre factores de riesgo, evaluado antes y después de desarrollar la intervención educativa.

Se pudo observar que, en la evaluación inicial, solo 76 de las participantes presentaban un conocimiento adecuado para identificar los factores señalados, que representaron un 25,0% del total mientras que 228 de ellas (75,0%) no lograban responder adecuadamente las preguntas del cuestionario para este fin.

Al terminar la aplicación del programa y esperar un tiempo prudencial, se repite la aplicación del cuestionario con un total de 254 participantes respondiendo adecuadamente este acápite y elevando el porcentaje de respuestas correctas hasta 83,6%. Esta modificación positiva del nivel de conocimiento, resultó significativa según la interpretación del resultado de la prueba estadística utilizada.

Tabla 4. Distribución de las participantes según nivel de conocimientos sobre repercusión del riesgo preconcepcional, evaluado antes y después.

Nivel de Conocimientos	Evaluación			
	Antes		Después	
	No.	%	No.	%
Adecuado	157	51,6	272	89,5
Inadecuado	147	48,4	32	10,5
Total	304	100,0	304	100,0

Prueba de McNemar

$p = 0,002$

La tabla 4 muestra la distribución de participantes según el nivel de conocimientos sobre la repercusión del riesgo reproductivo preconcepcional durante el embarazo y el producto de la concepción, evaluado antes y después de desarrollar la intervención comunitaria.

Se observó que antes de la aplicación de la intervención capacitante, 157 de las participantes presentaban un nivel de conocimientos adecuado sobre las repercusiones del riesgo en estudio para el 51,6% del total mientras que 147 de ellas (48,4%) no calificaban con respuestas correctas en este acápite del cuestionario.

Al aplicar por segunda vez la encuesta, y a un tiempo prudencial de terminar con la intervención comunitaria, las participantes con respuestas consideradas adecuadas aumentaron a 276 para un 89,5% resultando en un aumento porcentual suficiente para ser considerado significativo por la prueba de McNemar.

Tabla 5. Distribución de las participantes según nivel de conocimientos general, evaluado antes y después.

Nivel de Conocimientos	Evaluación			
	Antes		Después	
	No.	%	No.	%
Adecuado	58	19,1	234	77,0
Inadecuado	246	80,9	70	23,0
Total	304	100,0	304	100,0

Prueba de McNemar

p = 0,002

La tabla 5 muestra la distribución de participantes según el nivel de conocimientos general sobre el riesgo reproductivo preconcepcional, evaluado antes y después de desarrollar la intervención comunitaria.

Se pudo observar que, en la evaluación inicial, aplicada como evaluación diagnóstica para identificar las necesidades sentidas de la muestra en esta materia y a su vez como punto de comparación evaluativo, solo 58 (19,1%) de las participantes presentaban un nivel de conocimientos adecuado sobre los diferentes elementos analizados en referencia al riesgo preconcepcional.

Ya pasado un tiempo prudencial de terminado el programa de intervención aplicado y evaluada la encuesta por segunda vez, las respuestas correctas aumentaron y 234 (77,0%) participantes fueron evaluados con un nivel de conocimientos general adecuado, logrando de esta forma una modificación positiva y significativa según la interpretación de la prueba empleada.

Por lo que hace necesario incrementar el trabajo en la consulta de planificación para lograr elevar la calidad de vida de las mujeres con factores negativos para obtener el fruto de la concepción sin presentar dificultades (57).

Según Quintana González (56), El inicio temprano de la procreación se asocia con la edad igualmente temprana de la primera unión, bajos niveles de escolaridad, y ciertas normas culturales que promueven el papel de esposa y madre como el más legítimo (58,59). La unión a edad temprana se asocia con abandono precoz de la escuela o el no tener esta oportunidad (61).

Está demostrado que el riesgo de tener un hijo afectado con una cromosomopatía se incrementa con la edad materna avanzada, en especial, después de los 35 años y en

segundo lugar se encuentra la adolescencia. Es materia de creciente preocupación social, por constituir un evidente factor de riesgo obstétrico y pediátrico (61,62). En el campo de la medicina preventiva el diagnóstico prenatal es efectuado en la mayoría de los países a mujeres mayores de 35 o 37 años por ser las que tienen un mayor riesgo. En el país se les realiza a todas las gestantes la búsqueda de marcadores bioquímicos y sonográficos que permitan la sospecha de un embarazo afectado y posteriormente ofrecer el diagnóstico prenatal (63).

La prevención es y será el mejor enfoque para evitar el embarazo e incluye la educación de la población en general y el empleo de medidas individuales, como el uso del preservativo; otro elemento importante es la detección temprana que conduce a evitar consecuencias fatales.

Atendiendo a que la labor fundamental del médico de la familia es promover salud y prevenir complicaciones dentro de nuestras comunidades, hay que realizar un nuevo enfoque del riesgo reproductivo preconcepcional que implica cambios en los procesos de atención a grupos específicos, prevenir los embarazos en menores de 20 años, así como favorecer los mismos en grupos de 20-30 años, proporcionar seguridad a embarazos en mujeres mayores de 30 años y atenuar o eliminar los riesgos con celeridad, mientras tanto sugerir un método anticonceptivo transitorio. (65-66).

CONCLUSIONES

Predominaron las féminas entre la tercera y cuarta década de la vida y nivel de escolaridad de secundario. Se logró una modificación positiva y significativa respecto al nivel de conocimientos de las participantes sobre aspectos generales del riesgo reproductivo preconcepcional, factores de riesgo, repercusión del riesgo reproductivo preconcepcional, y nivel general de conocimientos.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.

1. Colectivo de Autores: Manual de diagnóstico y tratamiento en Obstetricia y Perinatología. 2000. Pág. 17-21.
2. Pérez Rivero J L, Cardoso Vidal J C, Regueira Naranjo J L, M E Bermúdez Rodríguez. Riesgo Preconcepcional. Trabajo presentado en el VIII Seminario internacional de Atención Primaria de Salud. Versión Virtual. 2002.
3. 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.
4. Ministerio de Salud Pública. Manual de diagnóstico y tratamiento en Obstetricia y Perinatología. La Habana Editorial Ciencias Médicas 2006: p17-21.
5. Chuang CH, Hillemeier MM, Dyer AM, Weisman CS, Rayburn WF. The relationship between pregnancy intention and preconception health behaviors. Prev Med. 2011 [citado 8 febrero 2017]; 53 (1-2):85-8. Disponible en: <http://www.womenshealthcoe.psu.edu/documents/The%20relationship%20between%20pregnancy%20intention%20and%20preconception%20health%20behaviors.pdf>
6. Chamý V, Cardemil F, Betancour P, Ríos M, Leighton L. Riesgo obstétrico y perinatal en embarazadas mayores de 35 años. Rev. chil. obstet. ginecol. [revista en la Internet]. 2009 [citado 7 febrero 2017]; 74(6): 331-8. Disponible en: http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S071775262009000600003&lng=es.%20doi:%200.4067/S0717-75262009000600003 .
7. Brand T, van Haperen VW, van Vliet-Lachotzki EH, Steegers EA. Preconceptual cares should include looking at the effect of working condition on pregnancy. Ned Tijdschr Geneesk. 2009 [citado 8 febrero 2017]; 153: A363.
8. Doblado Donis NI, De la Rosa Batista I, Junco Manrique A. Aborto en la adolescencia un problema de salud. Rev Cubana Obstet Ginecol [revista en la Internet]. 2010 Sep [citado 8 febrero 2017]; 36(3):409-21. Disponible en:

http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0138-600X2010000300011&lng=es

9. Garrido Riquenes C. Riesgo Reproductivo. En Álvarez Sintés R. Temas de Medicina General Integral. Vol. I La Habana Editorial Ciencias Médicas 2001: p273-8.
10. Durán Santos M, González Teijeiro M. Estudio de educación preconcepcional de mujeres en edad fértil en dos centros de salud. RevMedGener Sociedad Española MedGener. 2006; 43:252-62.
11. Ministerio de Salud Pública. Manual de diagnóstico y tratamiento en Obstetricia y Perinatología. La Habana Editorial Ciencias Médicas 2006: p17-21.
12. Rayburn WF, Phelan ST. Promoting healthy habits in pregnancy. ObstetGynecol Clin North Am. 2008 Sep [citado 7 febrero 2017];35(3):385-400.
13. WHO; UNICEF; UNFPA; The World Bank estimates. Trends in maternal mortality: 1990 to 2010. Geneva: World Health Organization; 2012.
14. Ministerio de Salud. Plan Estratégico Nacional para la Reducción de la Mortalidad Materna y Perinatal 2009-2015 .Peru, Lima: M INSA; 2009.
15. Instituto Nacional de Estadística e Informática. [Encuesta Demográfica y de Salud Familiar 2012](#) .Perú, Lima: INEI; 2012.
16. World Health Organization. Trends in Maternal Mortality: 1990 to 2008. Estimates developed by WHO, UNICEF, UNFPA and The World Bank. Geneva: WHO Library Cataloguing-in-Publication Data; 2010 [cited 2017 Jun 26]. Available from :http://www.unfpa.org/webdav/site/global/shared/documents/publications/2010/trends_m_atmortality90-08.pdf
17. Organización Mundial de la Salud. Enfoque estratégico de la OMS para fortalecer políticas y programas de salud sexual y reproductiva. Ginebra: OMS, 2008 [citado 21 Mar 2017]. Disponible en: http://whqlibdoc.who.int/hq/2007/WHO_RHR_07.7_spa.pdf
18. World Health Organization. Antecedentes de los acuerdos internacionales claves. Geneva: WHO; 2010 [cited 2017 Jun 26]. Available from : <http://149.120.32.2/mothers/morbidity.htm>

19. Cabezas Cruz E. Evolución de la mortalidad materna en Cuba. Rev Cubana Salud Pública. 2006 [citado 22 Ago 2017]; 32(1). Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-34662006000100005&lng=es
20. Dirección Nacional de Registros Médicos y Estadísticas de Salud. Mortalidad materna según causas. 2008-2010. Anuario estadístico 2010. La Habana: MINSAP; 2011 [citado 28 Ene 2017]:88-90. Disponible en: <http://files.sld.cu/dne/files/2011/04/anuario-2010-e-sin-graficos1.pdf>
21. Determinantes del estado de salud. En: Toledo Curbelo GJ, editor. Fundamentos de salud pública. T1. La Habana: Editorial Ciencias Médicas; 2004. p. 42-9.
22. Metodología de la atención prenatal. En: Santisteban Alba S, editor. Obstetricia y perinatología. Diagnóstico y tratamiento. La Habana: Editorial Ciencias Médicas; 2012. p. 38-48.
23. Cuba. MINSAP. Programa de atención integral a la familia. La Habana: Editorial de Ciencias Médicas; 2011.
24. Organización Panamericana de la Salud. Las condiciones de salud en Las Américas. Washington: OPS; 1994. p. 2-7. MEDISAN 2014; 18(4):493
25. World Health Organization. Objetivos de desarrollo del milenio. Geneva: WHO; 2011 [cited 2016 Sep 25]. Available from: http://www.who.int/topics/millennium_development_goals/maternal_health/es/
26. Mortalidad materna según provincias. 2000-2008. Anuario estadístico 2008. La Habana: MINSAP; 2009 [citado 28 Ene 2017]:88. Disponible en: <http://bvs.sld.cu/cgi-bin/wxis/anuario/?IsisScript=anuario/iah.xis&tag5003=anuario&tag5021=e&tag6000=B&tag5013=GUEST&tag5022=2008>
27. Mortalidad materna según provincias. 2000-2015. Anuario estadístico 2016. La Habana: MINSAP; 2016. Disponible en: <http://bvs.sld.cu/cgi-bin/wxis/anuario/?IsisScript=anuario/iah.xis&tag5003=anuario&tag5021=e&tag6000=B&tag5013=GUEST&tag5022=2015>.
28. Inés Domínguez I, D. Revista habanera de ciencias médicas Universidad de ciencias médicas de la habana. Facultad de ciencias médicas general Calixto García Estudio del bajo peso al nacer en Cayo hueso. 2010(9).

29. Rigol Ricardo O , Pérez Carballás F, Perea Corral J, Fernández Mirabal JE .
Riesgo obstétrico o materno fetal. En: Medicina General Integral. La Habana: Editorial Ciencias Médicas, 1990; t5:455.
30. Varona de la Peña F, Hechavarría Rodríguez N, Orive Rodríguez Nora M .
Pesquisa de los riesgos preconcepcional y prenatal. Rev Cubana Obstet Ginecol.
31. Gómez Jiménez. C A, Hernández DíazM , Jiménez Cardoso J. Riesgo preconcepcional y métodos anticonceptivos de control Rev Cub Gaceta Médica Espirituana 2007; 9(1) [Serial online].
32. Alonso Prieto F. Manejo y control del RPC en 3 consultorios de ciudad de la Habana. [Serial online] 2001 abril. Disponible en: URL: www.ilustrados.com/publicaciones/EEE/FV. [Consultado 24 abr 2017].
33. González M D. Departamento El Quiché. [Internet] 2004 feb. Disponible en: <http://www.infoprensa.com/municipal/espec/politica>
34. Álvarez Sintés R, Díaz Alonso G, Salas Mainegra J, Lemus Lago ER, Batista Molinea R. Temas de Medicina General Integral. Vol.2. La Habana: Editorial Ciencias Médicas; 2001. p. 80.
35. Castro GE. Mortalidad materna y factores de riesgo. Medellín. Colombia, 2002. 3.
36. Cabrera Cao Y, Ortega Blanco M. Riesgo reproductivo preconcepcional: análisis de su comportamiento en tres consultorios médicos. Rev. Cubana Med. Gen Integ 2005; 21 (3-4): 800-10.
37. Lugones BM. Análisis del riesgo preconcepcional en un grupo básico de trabajo. Rev. Cubana Obstet Ginecol 2000; 26(2): 112-117
- 38.- Lau López S, Rodríguez Cabrera A, Pría Barros MC. Problemas de salud en gestantes y su importancia para la atención al riesgo reproductivo preconcepcional. *Rev Cubana Salud Pública* [Internet]. 2013 [citado 2017 Mar 13]; 39 (Suple 1): 836-849. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-34662013000500004&lng=es. [16 pantallas].
- 39.- Rouvier M, González Block M Á, Sesia P, Becerril Montekio V. Problemas del sistema de salud en estados de México con alta incidencia de mortalidad materna. *Salud pública Méx* [revista en la Internet]. 2013 Abr [citado 2017 Mar 13]; 55(2): 185-192. Disponible en: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0036-36342013000200010&lng=es. [14 pantallas].

40. Chaviano Quesada J, López Sosa D. Edad marena, riesgo nutricional preconcepcional y peso al nacer. Rev. Cubana Aliment. Nutr 2000; 14(2): 94-9.
41. Cunningham FG; Mc Donald PC; Gant NF. Williams Obstetricia 21ed. Madrid: Editorial Médica Panamericana; 2002.p.173-87.
42. Regueiro Naranjo J. Comportamiento del riesgo preconcepcional. Rev. Cubana Med. Gen. Integ. La Habana 1998; 14(2): 160-4.
43. Fernández Sordo T. Conocimiento de la población sobre el riesgo preconcepcional: Ciudad de la Habana; 2004 Disponible en: www.ilustrados.com.
44. Programa Nacional de planificación familiar y riesgo reproductivo. La Habana; 2001.
45. Cabrera Cao Y, Ortega Blanco M, Orbay Araña MC, Sanz Delgado L. Riesgo reproductivo preconcepcional: análisis de su comportamiento en tres consultorios médicos. 2006.
46. Labadí V A, Bauza R D, Moreno V Y. Eficacia del Manejo y control del Riesgo Reproductivo Preconcepcional. Comunidad de Providencia 2008-2009. III Congreso de Medicina Familiar.
47. González MC, Hernández Gálvez H, Maldonado C. Caracterización de algunas variables en las adolescentes atendidas en la consulta de Planificación Familiar del Policlínico Belkis Sotomayor Álvarez MediCiego. 2011.
48. Valdés Ramos E, Blanco Rojas I. Frecuencia y Factores de Riesgo Asociados con la aparición de Diabetes Mellitus y Gestación. Rvista Cubana de Ginecología y Obstetricia. Ciudad de la Habana oct.-dic. 2016 disponible en http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0138-600X2011000400007&lng=es&nrm=iso
49. Florinda Varona de la Peña, Nerys Echavarría Rodríguez. Nora M. O rive Rodríguez. Pesquisa de los Riesgos Preconcepcionales y Prenatales. Revista Cubana de Ginecológica Ciudad de la Habana octubre-diciembre 2010.
50. Herrear V, Oliva J, Domínguez F. Riesgo reproductivo. En: Rigol Ricardo O. Obstetricia y ginecología. La Habana: Editorial Ciencias Médicas. <http://bvs.sld.cu/libros_texto/libro_de_ginecologia_y_obstetricia/cap11.pdf
51. Veloso M B, Berroa B B. Mederos Á M, Santiesteban G I, Traba D N. Factores de Riesgo asociados a la hipertensión inducida por el embarazo. Santiago de Cuba agosto 2011 disponible en

http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1029-30192011000800012&lng=es&nrm=iso

52. Ricardo Rigor O , Pérez Carballés F , Perea Corral J , Fernández Sacasas J , Fernández Mirabal J. Medicina general integral. La Habana: Editorial Pueblo y Educación, 2003.

53. Williams obstetricia. Parte I. Ciudad de la Habana. Editorial Ciencias Médicas; 2007.p.

54. Alonso U ; García-Viniegra; Rodríguez A; Campo G; Monteavaro R; Sanabria R; González H. Educación a madres adolescentes para el cuidado de los hijos Rev Cubana Med Gen Integr v.24 n.3 Ciudad de La Habana jul.-sep. 2008.

56. Vital R , Sarmiento D , Almeida Á , Benítez R . Modificación de conocimientos sobre el embarazo en la adolescencia. 2014. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S102930192011000500005&script=sci_arttext&tlng=en.

57. Quintana González A. et.al. Intervención educativa sobre planificación familiar en una Comuna de Haití. Hospital rural de Ouanamthe. Departamento nord-este. Puerto Príncipe, 2006.

58. López López P. et.al. Intervención Educativa sobre Planificación Familiar. Policlínico "Leonilda Tamayo Matos". Isla de la Juventud 2012.

59.Álvarez Sintés R. Temas de Medicina General Integral. La Habana; Editorial Ciencias Médicas; 2014.

60. Organización Panamericana de la salud. Organización Mundial de la Salud. Análisis de la situación sanitaria de Haití. Puerto Príncipe: OPS; 1998.

61. Cuní González VJ, Malagón Hernández M. El riesgo preconcepcional como causa de morbimortalidad materno-infantil. Rev Cubana Obstet Ginecol. 2002; 15(4):51-9.

62. Lugones Botell M. El riesgo preconcepcional y la planificación familiar como estrategia de salud del médico de la familia. Rev Cubana Med Gen Integr. 2006; 15(4): 36–39.

63. Forcelledo Llano CR. Análisis del riesgo preconcepcional en el Consejo Popular Hermanos Barcon. Rev Cubana Med Gen Integr [Internet]. 2002 [citado 19 Mar 2017]; 6(1): [aprox. 7 p.]. Disponible en: <http://www.iah.bmn.sld.cu/cgi-bin/wxis.exe/>

64. Sand A. Formación del médico en materia de salud familiar. Actual Obstetr Ser Infor Tem át. 1979; 3(7): 27-34.

65. Manual de procedimientos para la atención a la salud sexual y reproductiva de las mujeres. Colectivo de autores editorial ciencias médicas 2015 pág 7-11.

66. Obstetricia y perinatología diagnóstico y tratamiento, colectivo de autores. Editorial ciencias médicas 2013 pág 34-37.

A N E X O S

A n e x o I

Carta de Consentimiento Informado de participación en el estudio.

Servicio Medicina General Integral

Yo: _____

Recibí respuestas satisfactorias a todas las preguntas que realicé a propósito de la investigación sobre intervención educativa del riesgo reproductivo preconcepcional, sobre la que se aportó información suficiente.

Comprendo que mi participación en el estudio es ventajosa y voluntaria.

Entiendo que puedo retirarme del estudio: cuando lo desee, sin tener que dar explicaciones y sin que afecte mi relación con el médico.

La cual me ha explicado que los resultados son confidenciales, sin que se revele nunca mi nombre, y que los datos solo se utilizarán para esta investigación.

Por todo lo planteado anteriormente y para expresar libremente mi conformidad de participación, firmo este documento:

Firma del paciente: _____ Fecha: _____ (día, mes, año).

Firma del investigador: _____ Fecha: _____ (día, mes, año).

Cuestionario de riesgo preconcepcional

Área de Salud Norte de Morón

Ciego de Ávila

1. Generalidad del riesgo preconcepcional. ¿Qué es el riesgo reproductivo 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 sujetos 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. ¿Qué factores de riesgo se señalan para estar una mujer identificada en esta etapa?
 - a) ___ Mujer anémica.
 - b) ___ Mujer que use método de anticoncepción permanente.
 - c) ___ Mujer mayor de 25 años.
 - d) ___ Mujer con baja escolaridad.
 - e) ___ Mujer con desnutrición.
 - f) ___ Mujer hipertensa
 - g) ___ Mujeres que no desean embarazo y usan método anticonceptivo de larga duración.
3. Repercusión del riesgo reproductivo preconcepcional al no seguir las pautas de la

consulta de atención primaria al estar embarazada.

- a) ___ Pre-eclampsia.
- b) ___ Bajo peso.
- c) ___ Aumento de peso
- d) ___ Parto pre-término.
- e) ___ Rotura prematura de membranas.
- f) ___ Muerte fetal.
- g) ___ Caída del pelo.

Nivel de conocimientos:

Pregunta 1:

Correctas: Contestar incisos a

Incorrectas: Contestar incisos b, c, d, e.

Pregunta 2:

Correctas: Contestar inciso a, d, e, f.

Incorrectas: Contestar inciso b, c.

Pregunta 3:

Correctas: Contestar incisos a, b, c, d, e, f.

Incorrectas: Contestar inciso g

Calificación Final:

Correctas: Contestar 2 preguntas.

Incorrectas: Contestar 1 pregunta.

Programa de intervención educativa

Área de salud de Morón

Ciego de Ávila

Objetivos General:

Elevar el nivel de conocimiento de los grupos seleccionados sobre riesgo reproductivo preconcepcional por medio de una intervención educativa para motivar un cambio de conducta en la población femenina.

Específicos:

Definir el concepto de riesgo reproductivo preconcepcional.

Mencionar las características epidemiológicas del riesgo reproductivo preconcepcional.

Sección No.1

Tema: Introducción al programa Educativo.

Objetivos

- Presentar a los participantes y crear relaciones afectivas entre los mismos.
- Presentar el curso y sus objetivos.
- Motivar a la divulgación de los temas impartidos a amigas, vecinas u otras personas.

Actividades:

Introducción: Se realizó por parte de la autora la presentación de la investigación, además de la presentación de cada participante a través de la técnica: "Presentación Cruzada", esta consiste en: se le indicó al grupo que intercambiara información de pareja durante 3 ó 4 minutos. Luego cada miembro de cada pareja presenta en plenario al otro integrante de la misma.

Actividad Principal: Se abordan los temas relacionados con la investigación, se tienen en cuenta objetivos, etapas, temas a desarrollar, duración y se realizaron algunas preguntas acerca de los mismos. Se aplicó el cuestionario inicial.

Cierre: Breve resumen de la labor a realizar y de precisar cuándo será el próximo encuentro.

Tiempo: 1 h.

Método de enseñanza: Conferencia.

Medios: Humanos y Material Mimeografiado.

Sección No.2

Tema: Introducción sobre el riesgo reproductivo preconcepcional.

Objetivos:

- Mostrar aspectos del riesgo reproductivo preconcepcional.
- Definir el concepto.

Actividades:

Introducción: Se explicaron las principales características del riesgo reproductivo preconcepcional, haciéndose énfasis en su definición.

Actividad Principal: mediante la lectura dirigida se expuso la definición de riesgo reproductivo preconcepcional. Posteriormente se pidió que hicieran comentarios y presentaran sus dudas, las que fueron aclaradas por el grupo con el apoyo del moderador.

Cierre: Se aplicó la técnica: "La Mecha y la Bomba", que consistió en situar a las participantes en un círculo. Se pasan de mano en mano una pelota de izquierda a derecha y un bolo de derecha a izquierda, los que al coincidir en las manos de algunas participantes "explotan" lo cual determinó que se hicieran algunas preguntas relacionadas con el tema impartido en ese encuentro. Se precisó cuándo sería el próximo encuentro.

Tiempo: 1 h.

Métodos de enseñanza: Conferencia.

Medios: Humanos, Pancarta de cartulina, Bolo, Pelota y Material de Oficina.

Sección No. 3

Tema: Características epidemiológicas del riesgo reproductivo preconcepcional.

Objetivos:

- Explicar las principales características del riesgo reproductivo preconcepcional.
- Exponer los factores de riesgo reproductivo preconcepcional.

Actividades:

Introducción: Se hizo un breve resumen de la actividad anterior y se recordaron los términos y definiciones introducidas en el encuentro precedente.

Actividad Principal: Mediante la lectura dirigida se expusieron las principales características del riesgo reproductivo preconcepcional, posteriormente, se le mostró un vídeo, que trataba algunos aspectos del tema, aplicándose la técnica Juego de Película, adaptada por la autora, que consiste en: Se divide el grupo en dos equipos que se identifican por los colores Verdes y Blancos. Un equipo selecciona una parte del vídeo relacionado con el tema (Previamente consultado con la autora). Posteriormente se escoge al azar a un miembro del otro equipo y se le comunica en secreto la parte seleccionada. Este tiene que ilustrar a su equipo a través de la mímica rasgo de la parte seleccionada. Útil para resaltar la importancia del lenguaje no verbal.

Cierre: Se empleó una técnica de animación: dar y recibir aprecio. Todas las pacientes sentadas en círculo, de izquierda a derecha, el que le dio aprecio lo reciben, luego este se expresa en voz alta para que todos los escuchen. Al finalizar la autora enfatizó en la forma de reconocerlos con lo que concluyó dicha sección. Se precisó cuándo sería el próximo encuentro.

Tiempo: 1 h.

Métodos de enseñanza: Conferencia audiovisual.

Medios: Humanos, Vídeos y Televisor.

Sección No 5

Tema: Consecuencias de riesgo reproductivo preconcepcional.

Objetivos:

- Identificar la repercusión del riesgo reproductivo preconcepcional.

Actividades:

Introducción: Para lograr la motivación en este encuentro, se escogieron a algunas de las participantes que de forma voluntaria quisiera relatar una fábula.

Actividad principal: En los dos subgrupos se les entregó a las pacientes, de forma mimeografiada una situación, que simuló un problema de salud, para que lo lean y analicen. Lo que se trata es de reconocer consecuencias presentes en cada situación. Posteriormente se realiza una exposición detallada de las conclusiones a las que arribó cada subgrupo.

Cierre: Se aplicó una técnica de "La Papa Caliente", se formó un círculo y se entregó a una de las participantes un preservativo inflado en la mano, el cual tenía en su interior

una pregunta sobre el tema de referencia, se pidió que lo circularan al ritmo de la música. Al detenerse el sonido quien tenía el preservativo debía explotarlo, leer la pregunta en voz alta y darle respuesta, si no fue la correcta se corrige en el grupo y se entrega otro preservativo a las participantes, prolongándose el juego hasta que se terminen las preguntas. Se precisó cuándo sería el próximo encuentro.

Tiempo: 1 h.

Medios de enseñanza: Clase práctica.

Medios: Humanos, Preservativos, Grabadora, Pizarra, Tizas y Material Mimeoografiado.

E t a p a d e E v a l u a c i ó n

En la tercera etapa, se aplicó por segunda vez el mismo cuestionario una vez impartido el programa educativo, donde se pudo valorar y elevar el nivel de conocimientos de las pacientes estudiadas.