

Universidad de Ciencias Médicas Ciego de Ávila
Filial de Ciencias Médicas "Arley Hernández Moreira"
Policlínico Universitario Docente "José Agustín Más Naranjo"
Primero de Enero

Título: Intervención educativa para el control del Riesgo
Preconcepcional en mujeres en edad fértil del CMF 23 de Pedro
Ballester.

Autor: Dra. Dayana Alonso Boschs

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

Año 63 de la Revolución

Universidad de Ciencias Médicas Ciego de Ávila
Filial de Ciencias Médicas "Arley Hernández Moreira"
Policlínico Universitario Docente "José Agustín Más Naranjo"
Primero de Enero

Título: Intervención educativas para el control del Riesgo Preconcepcional
en mujeres en edad fértil del CMF 23 de Pedro Ballester.

Tesis en opción a especialista de Primer Grado en Medicina General Integral.

Autora: Dra. Dayana Alonso Boschs

Residente de tercer año en MGI

Aspirante a especialista de Primer Grado en Medicina General Integral.

Tutora: Hiromis Rodríguez Cabello.

Especialista en Ginecobstetricia.

AGRADECIMIENTO

A mi familia por el apoyo incondicional que siempre me han dado. Al personal del Joven Club de área de Pedro Ballester que me brindaron su apoyo y su contribución en la búsqueda de información actualizada en esta investigación. A todo aquel que de una forma u otra aportaron su granito de arena para realizar esta bonita investigación.

DEDICATORIA

Dedicada a mis padres que con mucho amor, sacrificio y humildad me apoyaron durante todos estos años de estudio para lograr ser la profesional que soy. Gracias por la educación y los valores inculcados.

RESUMEN

Se realizó un estudio pre-experimental antes y después con el objetivo de implementar un sistema de intervenciones para mejorar el nivel de conocimiento sobre el riesgo preconcepcional del consultorio 23 de Pedro Ballester de Municipio de Primero de Enero en el periodo comprendido entre Enero del 2020 a Junio del 2022 y con ello dar respuesta al problema científico consistente en como disminuir los factores de riesgo preconcepcionales en estas féminas, de la población de mujeres con ese tipo de riesgo. **La muestra de estudio fue de 12 a partir de** los criterios de exclusión y el consentimiento informado. Metodológicamente se utilizaron métodos nivel teórico, del empírico y estadístico para el análisis de la información obtenida a partir de la aplicación de instrumentos, la revisión de registros médicos, encuestas de conocimientos validas, previamente utilizadas como edad, escolaridad, factor de riesgo y conocimiento del tema que permitió a la investigación el diseño y la valoración de la estrategia. Con los resultados obtenidos se confeccionó una base de datos que posteriormente se analizó en el sofwer .. obteniéndose de esta formas **medias de** resúmenes como distribución de frecuencias que se plantearon en tablas , los resultados condujeron a un predominio de diferentes factores de riesgo como la edad, enfermedades crónicas y un desconocimiento de la población sobre diferentes aspectos del riesgo preconcepcional , una vez implementadas las acciones el resultado se revierte favorablemente y mejora la preparación de las mismas sobre el tema, por lo que fue considerada la intervención educativa como efectiva.

Palabras claves: Factor de Riesgo, Edad Fértil, Acciones Educativas.

ÍNDICE:

Contenido	Páginas
I. Introducción...	6
II. Marco teórico...	7
III. Materiales y métodos...	11
IV. Análisis y discusión de los resultados...	20
V. Conclusiones...	30
VI. Referencias Bibliográficas...	31
VII. Anexos...	33

INTRODUCCIÓN

En la primera mitad del siglo xx, existió gran desarrollo en el arte de los partos sin dejar de constituir un alto riesgo para la mujer embarazada, lo que determinaba un elevado número de muertes maternas.¹

Ya en 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. A partir de ese momento comienza la tendencia de reducir el número de hijos y al mismo tiempo el deseo de no perder ninguno.¹

El médico actual, al realizar el estudio de riesgo en la atención primaria, entiende que determinados individuos, familias, grupos, colectivos o comunidades, tienen una mayor probabilidad de presentar problemas de salud, sufrir accidentes o morir. Esta mayor probabilidad se debe a la existencia de determinadas características llamadas factores de riesgo.²

El riesgo reproductivo preconcepcional es la probabilidad que tiene la mujer de sufrir daño a la salud, ella o el producto de la concepción durante el proceso reproductivo; se estima que entre el 15 y 25 % de las mujeres en edad fértil presentan elementos capaces de condicionar o desencadenar morbilidad y mortalidad durante el proceso reproductivo, bien para los cónyuges o el producto del embarazo.³

Se conoce que una de las formas de evitar complicaciones maternas durante el embarazo, como el bajo peso al nacer y las malformaciones congénitas, entre otras, es lograr que la mujer en edad fértil llegue al embarazo en buen estado de salud; con la reducción al mínimo posible de los diferentes factores de riesgo presentes en la pareja desde la etapa preconcepcional. La mujer debe estar informada de su estado de salud.

La atención al riesgo preconcepcional debe permitirle a la mujer o pareja la información necesaria para conocer que el embarazo no es un riesgo, pero que existen factores en la familia, la pareja o la descendencia que pueden ensombrecer el buen pronóstico del embarazo y que para reducir los mismos, es necesario asistir a una consulta médica con el equipo de salud mucho antes de la concepción; es la forma en que este equipo pueda actuar sobre los factores de riesgos presentes y se ofrezca una orientación nutricional adecuada, los resultados del embarazo serán mejores y los defectos congénitos y hereditarios reducidos.^{4,5}

Todos desean tener hijos sanos a partir de embarazos normales y nacimientos felices. Sin embargo, ¿qué se hace para lograrlo?, o mejor aún, ¿qué no se hace para facilitar las cosas?

La existencia de riesgos antes de la concepción se encuentra debidamente documentada por numerosos estudios realizados en el mundo, así como la posibilidad de prevenirlos o, al menos, disminuir sus efectos en la madre y el hijo. Pese a que es un tema de interés general, no son muchas las personas que conocen los riesgos, aparte de los profesionales de la salud (y algunos de

estos de manera muy parcial), ni la forma más efectiva de protegerse. La salud materno-infantil es uno de los indicadores que se utilizan para medir el nivel de desarrollo de un país. Tiene como objetivo conseguir el óptimo estado de salud para las madres y los niños; se trata de obtener recién nacidos sanos, sin que las madres sufran complicaciones durante el embarazo, parto y puerperio, y también, que durante toda la vida infantil los niños tengan un crecimiento y desarrollo adecuados, con el mínimo posible de enfermedades y defunciones.¹⁴

Es muy importante el papel del médico y enfermera de la familia en el control del riesgo preconcepcional ya que se han hecho accesibles a gran parte de la población cubana y posee una posición privilegiada que le permite, debido al conocimiento de su comunidad, detectar el riesgo de toda su población femenina apta para la reproducción y consecuentemente con esto poner en práctica medidas de educación sexual y planificación familiar.¹¹

Dentro de los lineamientos principales del trabajo del Ministerio de Salud Pública con relación a la salud materno infantil se encuentra:

Trabajar en función de lograr que las mujeres que conciban lo hagan en las mejores condiciones biológicas, sociológicas y sociales, con el fin de que tengan el hijo deseado en condiciones favorables y en el momento oportuno. Es decir: Incidir y modificar el riesgo reproductivo existente antes del embarazo (riesgo preconcepcional)¹²

Situación problemática

El municipio Primero de Enero no se encuentra ajeno a este problema donde las cifras de embarazo en pacientes con riesgo reproductivo son altas, según las estadísticas de años pasados (2018 - 2019) uno de los municipios que termino con las más altas tasas de morbimortalidad materno infantil fue este municipio. Evidencias de esto se encontraron realizando revisión documental de las estadísticas del último quinquenio donde los embarazos concebidos constituyeron el 28% de pacientes con riesgo reproductivo. Al igual que en el CMF#23 del poblado Pedro Ballester el cual también sufre esta afectación; se recoge la información de que el año pasado hubo 10 gestantes que durante el parto presentaron complicaciones durante el parto y para sus bebés, dichas gestantes presentaban riesgos reproductivos mal controlados. Actualmente hay 152 mujeres en edad fértil de las cuales 47 se clasifican como riesgo preconcepcional, razón para intensificar las intervenciones y el seguimiento estricto del médico de la familia y la enfermera para prevenir complicaciones perinatales, durante el parto y posparto.

El objetivo principal de la atención preconcepcional es promover intervenciones de salud para la mujer y de su descendencia. Si la familia está planificando un embarazo existe una especial predisposición a efectuar cambios de conducta saludables. Por todo lo antes expuesto es lo que motivó a identificar los riesgos

preconcepcionales en las mujeres en edad fértil y contribuir a la promoción, protección y recuperación de la salud de la mujer y su pareja antes del comienzo del embarazo.¹³

Problema científico.

¿Cómo contribuir a la disminución de los factores de riesgos preconcepcionales en mujeres en edad fértil??

Hipótesis.

Si se diseñan e implementan intervenciones basadas en los principios de la Promoción y la Educación para la Salud entonces se estará contribuyendo con el control del riesgo preconcepcional en mujeres en edad fértil.

Objetivo General: Evaluar la efectividad del sistema de intervención educativa para el mejoramiento del control del riesgo reproductivo preconcepcional en mujeres en edad fértil, del área de salud de Pedro Ballester.

Objetivos Específicos:

1. Fundamentar los sustentos teóricos sobre el riesgo preconcepcional en mujeres en edad fértil.
2. Caracterizar la muestra de estudio según variables sociodemográficas.
3. Diagnosticar el nivel de información relacionado con el riesgo preconcepcional en las féminas del estudio.
4. Elaborar una intervención educativa para mejorar el control del riesgo preconcepcional.
5. Valorar resultados de la intervención educativa aplicada.

“La palabra riesgo es tan antigua como la propia existencia humana. Con ella se describe, desde el sentido común, la posibilidad de perder algo (o alguien) o de tener un resultado no deseado, negativo o peligroso. El riesgo de una actividad puede tener dos componentes: la posibilidad o probabilidad de que un resultado negativo ocurra y el tamaño de ese resultado. Por lo tanto, mientras mayor sea la probabilidad y la pérdida potencial, mayor será el riesgo.”

“Un factor de riesgo es un eslabón de una cadena de asociaciones que da lugar a una enfermedad, la cual puede llevar a la muerte o dejar secuelas que comprometen la calidad de vida en el futuro.”¹⁷

De esta manera se puede interrumpir la secuencia de acontecimientos actuando en uno de los eslabones.

Consideramos como riesgo preconcepcional entonces a la existencia de factores de diversa índole, que constituyen un peligro potencial para la salud reproductiva, identificados en mujeres comprendidas en edad fértil no gestantes. 18

“Se conoce como riesgo preconcepcional a la probabilidad que tiene una mujer no gestante de sufrir daño (ella o su producto) durante el proceso de reproducción. Esto está condicionado por una serie de factores, enfermedades o circunstancias únicas o asociadas que pueden repercutir desfavorablemente en el binomio, durante el embarazo, parto o puerperio.” “Esto está condicionado por una serie de factores, enfermedades o circunstancias únicas o asociadas que pueden repercutir desfavorablemente en el binomio, durante el embarazo, parto o puerperio.” “El riesgo puede ser de carácter biológico, psicológico, social, y no es valorado por igual en cada caso; es decir, que la misma condición de riesgo no repercute de forma igual en cada mujer o pareja, por lo que se debe hacer un enfoque y análisis individualizado en cada caso. No existe una clasificación esquemática del riesgo preconcepcional, pero si se tiene en cuenta una serie de criterios principales que ayuden a su identificación.” 19

MARCO TEORICO

La definición de salud reproductiva, según la Organización Mundial de la Salud (OMS), concibe la capacidad de disfrutar procrear y la libertad para decidir hacerlo o no y con qué frecuencia. Reconoce el derecho de la pareja a recibir servicios adecuados de atención a la salud sexual y reproductiva que permitan los embarazos y los partos sin riesgos y den a la pareja las máximas posibilidades de tener hijos sanos.¹⁵

La prevención de la enfermedad y la muerte durante el proceso de reproducción es uno de los pilares fundamentales para el desarrollo de la salud reproductiva. El enfoque de riesgo reproductivo debe empezar antes de la concepción y es a esta etapa la que se denomina preconcepcional.¹⁶

La situación de salud en América Latina no ha mejorado sustancialmente en los últimos 5 años. El análisis epidemiológico del estado de salud de la población revela que uno de los grupos más vulnerables continúa siendo el de la mujer en especial en edad fértil, en quienes se considera existe mayor riesgo de enfermar y morir por causas relacionadas con la gestación. La tasa global de fecundidad es alrededor de 3.5 hijos por mujer al final de los años 90, pero en países como Bolivia, Nicaragua, Guatemala, Honduras y Haití sigue siendo más de 4.8. Los problemas de salud materno-infantil se ven acentuados por el rápido crecimiento urbano en las regiones marginales. 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.⁶

Al analizar estas circunstancias se encuentra correlación entre el nivel de desarrollo del área o país estudiado, y el comportamiento del indicador de salud materno-infantil, de esta forma se registran altas cifras de muertes de mujeres en edad fértil en los países subdesarrollados, y con compleja situación económico-social, cuyas causas de muertes estuvieron relacionadas con el proceso de gestación. Se recogen las siguientes estadísticas: en África, 1 de cada 21 mujeres tiene riesgo de muerte materna, en Asia 1 de cada 56 y en Norteamérica, 1 de cada 366. En correspondencia con esto, se comportan los indicadores referentes a la mortalidad infantil, así como los parámetros de crecimiento y desarrollo durante la vida infantil.⁷

En Venezuela, luego de comenzar con la implementación y puesta en marcha de la Misión Médica Cubana, se ha evidenciado una alta incidencia de mujeres en edad reproductiva, registradas como riesgo preconcepcional.⁷

Cuba cuenta con un Amplio programa integral de salud con enfoque preventivo comunitario, en el resto de Latinoamérica, a pesar de los esfuerzos realizados en materia de salud comunitaria; según un informe de la Institución Coordinadora de Acciones Políticas por la Salud y Desarrollo de la Mujer, cada año se presentan víctimas, por causas relacionadas con la maternidad en mujeres que presentaban factores de riesgo.

Stusser y Col. llevaron a cabo un estudio de casos y controles en la Habana, Cuba, en el que mediante análisis de la varianza y regresión logística investigaron el riesgo relativo correspondiente a 107 factores de riesgos hipotéticos. Hallaron que el 13% de los nacimientos que ocurrían, eran en madres adolescentes y 35% en las de bajo nivel educacional. 8'9

Debido a las políticas de salud establecidas por la Revolución en nuestro país. Cuba muestra hoy indicadores de salud comparables con países desarrollados cerrando el país con una tasa de 4.0 por cada mil nacidos vivos la más baja de la historia.

En nuestro país, con el triunfo de la Revolución, se dio prioridad al Programa de atención Infantil, que ha sido perfeccionado a través de los años, así vemos que el comienzo de esta tasa de mortalidad infantil se encontraba entre 60 y 70 por cada 1000 nacidos vivos y se ha ido reduciendo esta cifra hasta alcanzar valores entre 5 y 6 en los últimos años. 9

La obtención de buenos resultados en el PAMI depende, en gran medida, de aquellas acciones que se realicen para la reducción del riesgo reproductivo preconcepcional (RRPC) por lo que resulta imprescindible que el embarazo se produzca de forma planificada, deseada y que la madre tenga condiciones biológicas, psicológicas y socioeconómicas adecuadas para enfrentarlo. 10

Cuba cuenta con diversos programas encaminados a promover la salud sexual y reproductiva, que incluyen lo relativo a la atención y a la prevención. Entre estos se destacan el Programa de Planificación Familiar y Riesgo Reproductivo, entre otros. 11

Existen varios factores desencadenantes entre estos están:

Factores biológicos preconcepcionales

Edad: La edad siendo es un factor frecuente y de importancia en nuestro país, si bien es cierto en varios estudios a edades extremas existieron mayores complicaciones, ésta influye tanto fisiológica o psicológicamente; se considera a la edad como factor de riesgo preconcepcional a mujeres menores de 19 años y mayores 35 años. A las mujeres demasiado jóvenes es frecuente que su embarazo no complete las 38 a 40 semanas de gestación, presentándose abortos, partos inmaduros o prematuros, malformaciones congénitas y algunas complicaciones como distocia de partos, toxemia, inserción baja placentaria, muerte fetal. (22) Las gestantes adolescentes presentan con mayor frecuencia hijos de bajo peso, prematuros y tasas de morbimortalidad infantil más elevadas. Frecuentemente se trata de embarazos no deseados, con un estatus social bajo, cuidados perinatales inadecuados, mal estado nutricional y conductas inadecuadas. En las mujeres a edades extremas es decir mayores de 35 años también son frecuentes las complicaciones antes mencionadas y puede ser intensificado si se suman otros factores de riesgo preconcepcional como la multiparidad, hábitos tóxicos, enfermedades crónicas, entre otros; El 2% de todos los nacimientos en Latinoamérica son por mujeres mayores de 39 años y el 40% de estos recién nacidos vivos tienen Síndrome de Down. 20

Índice de masa corporal:

El índice de masa corporal o IMC debe ser evaluado en toda mujer en edad fértil durante la consulta preconcepcional, se encuentra determinado por el peso en Kg y la talla en m², a través de una fórmula matemática:

$$\text{IMC} = \text{Peso} / \text{Talla}^2$$

$$\text{IMC} = \text{Kg} / \text{m}^2$$

Peso: Es frecuente asociar a mujeres con bajo peso a toxemia y partos prematuros, al contrario, en pacientes con mucho peso están asociadas a hipertensión arterial, toxemia, bajo peso y prematuridad. **Talla:** Aquellas mujeres que miden menos de 1.50cm constituyen un factor de complicación obstétrica, terminando su embarazo en cesárea.

IMC: El IMC pre gestacional es el mejor indicador para el diagnóstico, el control y el seguimiento del estado nutricional de la mujer desde la condición pre gestacional, siendo importante desde el inicio de la gestación ya que permite actuar individualmente en el peso en caso de ser necesario.

Clasificación del IMC

Peso deficiente $\leq 18,8$

Peso adecuado $> 18,8 < 25,6$

Sobrepeso $\geq 25,6 < 28,6$

Obesidad $\geq 28,6$

En mujeres con índice de masa corporal menor de 18,5 kg/ m² se ha asociado con osteoporosis, amenorrea e infertilidad e incluso con un exceso de mortalidad en la población. Durante el embarazo se ha asociado con bajo peso al nacer, prematuras y un incremento de gastrosquisis. 21

Un IMC $< 18,8$ antes del embarazo es un predictor de peso bajo al nacer y de retraso del crecimiento intrauterino (RCIU) cuando la mujer se embaraza. Es recomendable que antes de embarazarse se corrija cualquier desviación en el estado nutricional. 22

Un (IMC) igual o mayor de 28,6 kg/ m², en la embarazada se asocia con resultados maternos y perinatales adversos como abortos, muerte fetal, defecto del tubo neural, prematuridad, diabetes gestacional, hipertensión, desordenes tromboembólicos, macrosomía, bajo puntaje de Apgar, anemia, cesárea y distocia de hombros, en la obesidad mórbida aumenta el riesgo de diabetes gestacional, preeclampsia, enfermedad trombotica y parto obstruido. Desde el punto de vista perinatal, hay mayor riesgo de macrosomía fetal. 23

Antecedentes patológicos personales: son enfermedades que vienen algunas veces desde la infancia o adolescencia y que pueden estar presente hasta la actualidad.

Entre las principales enfermedades crónicas de gran importancia por presentar repercusión sobre la vida del binomio son: la diabetes mellitus, hipertensión arterial, cardiopatías, hepatopatías y nefropatías, seguidas de las anemias y asma bronquial. Cuando estos factores se asocian el riesgo incrementa y si el problema es detectado y el grado del mismo, se debe actuar para disminuir, eliminar o controlar el riesgo, y así tomar una conducta sobre anticoncepción temporal o definitiva y posibilitar el embarazo en el caso que se desee. 24

Hipertensión arterial:

La hipertensión arterial se relaciona con restricción de crecimiento intrauterino, bajo peso al nacer, prematuridad y alta mortalidad perinatal. El riesgo fetal aumenta cuando existe proteinuria. Los embarazos en mujeres hipertensas, más aún en casos severos, se asocian con pre eclampsia, hemorragia cerebral, descompensación cardíaca y falla renal. Se presentan además nacimientos pretérmino, restricción del crecimiento intrauterino, alteraciones placentarias y muerte fetal. 25

Diabetes mellitus:

Uno de los objetivos terapéuticos primarios es el mantenimiento de niveles de glucosa normales, fundamentalmente en el período preconcepcional, de lo contrario aumenta el riesgo de muerte, prematuridad y morbilidad fetal. El efecto teratogénico depende del momento del desarrollo en que actúa: en el primer trimestre de gestación la diabetes induce la embriopatía diabética y produce malformaciones y aborto espontáneo, por un mecanismo multifactorial. Más adelante en el embarazo se produce la fetopatía diabética expresada en hipoglucemia neonatal y macrostomía. La hiperglucemia aumenta 3-5 veces las malformaciones congénitas. 26

La consulta preconcepcional en la paciente con diabetes pre gestacional es la estrategia más costo-efectiva para mejorar los resultados perinatales. "Cuando la diabetes se asocia a obesidad incrementa las malformaciones congénitas (MFC) hasta en seis veces, por lo cual en toda paciente diabética se debe:

- Clasificar el tipo de diabetes.
- Evaluar la existencia o no de complicaciones (retinopatía, nefropatía, neuropatía, microangiopatía y patologías asociadas)
- Optimizar la terapéutica para el control de la glicemia y llevar la hemoglobina Glicosilada lo más cerca posible a la normalidad (6,2 %). 27

Cardiopatías

Estas pacientes deberán ser controladas en un mayor nivel (3er nivel), ya que si desearía quedar embarazada los anticoagulantes orales serán suspendidos por su efecto teratogénico, cambiando a un anticoagulante parenteral con heparinas de bajo peso molecular. 28

Enfermedad tiroidea

Brown y colaboradores reportaron asociación en pacientes con enfermedad Tiroidea y uso de tiroxina preconcepcional con la presencia de defectos congénitos seleccionados como: hidrocefalia. 29

Epilepsia

Casi todos los medicamentos anticonvulsivantes son teratogénicos. El fenobarbital, la hidantoína y el ácido valproico se asocian con paladar hendido y labio leporino. 30

Nefropatías:

Teniendo en cuenta que la gestación representa una importante sobrecarga para la función renal, el desarrollo de un embarazo en una neurópata ensombrece el pronóstico materno fetal, especialmente si existe insuficiencia renal. Esto se pone de manifiesto no sólo durante la gestación sino también después de ella, por cuanto el embarazo puede desencadenar un agravamiento irreversible de la enfermedad renal, como consecuencia de lo cual la supervivencia materna disminuye. 31

En la madre se incrementa la probabilidad de preeclampsia, anemia, hipertensión crónica y de finalización del embarazo por cesárea. En el feto, existe mayor incidencia de aborto, restricción del crecimiento intrauterino, prematuros y muerte.

Asma Bronquial:

Las complicaciones asociadas con asma no controlada durante el embarazo son: En la madre: preeclampsia, hipertensión e hiperémesis gravídica. En el feto: prematuras, restricción del crecimiento intrauterino, hipoxia fetal y muerte. 32

Antecedentes Gineceo-Obstétricos

1. Paridad: es más riesgosa la primera gestación (sobre todo si concomitan otros factores), así como en mujeres con más de tres partos. La gran multiparidad se define como la paridad mayor o igual a cinco, lo que incrementa la mortalidad materna y es un factor de riesgo para morbilidad materna y neonatal. Se ha descrito como asociada a pobre cuidado prenatal

Las grandes multiparas tienen un índice de masa corporal (IMC) más alto, tasas mayores de diabetes gestacional insulina – dependiente, hay más riesgo de muerte intrauterina y muerte perinatal, anomalías placentarias y alto peso al nacer. 33

2. Intervalo intergenésico: Se considera corto cuando es menor de 1 año, no así para la cesárea anterior que se considera hasta 2 años. Esta condición se asocia, con más frecuencia, a nacimientos pre términos y anemias durante el embarazo y la no atención adecuada al hijo existente.

3. Abortos espontáneos, malformaciones congénitas y muertes perinatales: pudieran estar relacionados con factores orgánicos y genéticos que deben ser estudiados antes del embarazo.

4. Recién nacidos de bajo peso y pre términos: pueden repetirse en próximas alguna causa previa que lo favorezca: enfermedades crónicas, hábito de fumar, malformaciones uterinas, miomas, etc.

5. Pre eclampsia: puede repetirse debido al mal control de los hábitos higiénicos-dietéticos y a otros factores.

6. Cesárea anterior: como toda intervención sobre el útero debe considerarse hasta los 2 años para una nueva gestación, ya que es un factor que no se puede modificar. El aumento de número de cesáreas incrementa el riesgo de placenta previa, placenta ácrata e histerectomía para futuros embarazos.

7. Rh negativo sensibilizado: constituye un importante riesgo aunque no es frecuente. Debe estudiarse cuando han existido múltiples gestaciones.

Factores psicosociales

Las condiciones sociales desfavorables o conductas personales (o de pareja) inadecuadas también constituyen un factor de riesgo para el embarazo y el producto. Entre ellas se encuentran: alcoholismo, promiscuidad, pareja inestable, madre soltera, hacinamiento, intento suicida, no solvencia económica, maltrato y violencia intrafamiliar. 34

Hábitos tóxicos

“Alcohol, tabaco y malformaciones congénitas labio alveolo palatinas” indican que el consumo de alcohol y tabaco durante el embarazo aumenta el riesgo de malformaciones congénitas labio alveolo palatinas en neonatos, además de ser teratogénico para el desarrollo del sistema nervioso central, otros resultados asociados a la exposición del alcohol son el aborto, restricción del crecimiento intrauterino y retardo mental, aunque es el síndrome del feto alcohólico uno de los resultados más comunes. En el feto, el hábito del tabaco se asocia con restricción del crecimiento intrauterino, prematuridad, bajo peso al nacer y muerte súbita del lactante. Otras complicaciones maternas son la ruptura prematura de membranas, placenta previa, desprendimiento de placenta, aborto y embarazo ectópico. Los efectos por la exposición prenatal mantenida al tabaco son el aborto, bajo peso al nacer, insuficiencia placentaria y embarazo ectópico.35

Factores ambientales:

1 Atmósfera enrarecida.

2 Fuentes de abasto de agua inseguras.

3 Convivencia con algunos animales transmisores de enfermedades al hombre.

Trastornos de la personalidad

El cuidado preconcepcional debe iniciarse en las edades tempranas de la mujer. La mujer en edad fértil debe saber que los aspectos nutricionales y el cuidado de su salud impactarán en la evolución de su futuro embarazo, en el desarrollo intrauterino y desarrollo de su hijo. El cuidado y asesoramiento preconcepcional debe evaluar e informar acerca de los riesgos del estilo de vida, genéticos, médicos y psicosociales. Esta etapa es considerada como un período preparatorio para el embarazo, ya que condiciona la salud de la madre y de su futuro hijo. Además de elegir el momento oportuno para el embarazo, a partir de la decisión responsable, la mujer debe informarse sobre los aspectos psicológicos y biológicos para asumir un embarazo seguro. 36

Desconocer las características del riesgo reproductivo preconcepcional dificulta definir las estrategias que contribuyan a eliminar, compensar y controlar las pacientes con factores de riesgo. Es importante lograr la participación de la pareja y la familia en el proceso de dispensarización y control sistemático de estas pacientes en actividades de consulta y terreno y con una atención especializada por el equipo multidisciplinario en la Consulta de Atención al RRPC

El manejo y control del riesgo reproductivo preconcepcional es multidisciplinario e intersectorial. El papel más importante lo desempeña el médico de la familia, pero cada parte debe cumplir sus funciones

Se debe llegar a un acuerdo con la pareja de que es lo que se necesita hacer para eliminar, atenuar o modificar él o los factores de riesgo, para valorar cual es el mejor momento para el embarazo y qué método anticonceptivo van a utilizar para espaciar.

Pero el médico no está solo en este proceso. En él se implica también el grupo básico de trabajo, la consulta de planificación familiar, las unidades de segundo y tercer nivel en la atención; así como grupos interdisciplinarios.

La Consulta Preconcepcional

Existe la consulta preconcepcional que se define como la entrevista programada entre una mujer y/o pareja con el equipo de salud, previo al embarazo, con el objetivo de corregir eliminar o disminuir factores o conductas de riesgo reproductivo y/o tratar enfermedades que puedan alterar la evolución normal de un futuro embarazo. La meta del asesoramiento preconcepcional es que la pareja reciba toda la información necesaria para tomar decisiones conscientes sobre su futuro reproductivo. El momento ideal para el asesoramiento es previo a la gestación, más de la mitad de las gestaciones no son programadas y la identificación del embarazo ocurre una o dos semanas luego del retraso menstrual, cuando ya ocurrió una etapa crítica del desarrollo embrionario. De esta forma el embrión puede haber estado expuesto a agentes ambientales nocivos, por lo que se pierde la oportunidad de promoción de la

salud y de prevención de defectos congénitos, algunas, específicamente acuden en búsqueda de asesoramiento, pero generalmente éste no está pautado o es limitado. Por todo ello, es necesario comunicar y educar a las mujeres en edad fértil sobre una importante lista de factores que aumentan el riesgo materno-perinatal y que pueden ser reducidos y/o reconocidos en esta etapa. (40)

La consulta preconcepcional forma parte de la asistencia perinatal, ya que la salud durante el embarazo depende en gran medida del estado de salud o enfermedad, nutrición, hábitos personales, estilo de vida e influencias ambientales de la mujer antes de concebir. El consejo preconcepcional debería incluir la valoración del riesgo preconcepcional junto con actividades preventivas y de educación y promoción para la salud. La mejor fuente de información será una historia clínica completa que incluya la valoración de rasgos demográficos, historia gestacional previa, historia familiar, antecedentes de enfermedades crónicas e infecciones y la medicación utilizada para su control, así como factores psicosociales y de estilos de vida. Una visión conjunta, biosocial, nos puede dar la clave para un buen control y promoción de la salud preconcepcional, adaptando las recomendaciones a las condiciones particulares de cada mujer. 38

DISEÑO METODOLÓGICO :

Se realizó un estudio pre-experimental, variante antes y después con el objetivo de evaluar intervenciones educativas para el control del riesgo preconcepcional en mujeres en edad fértil del consultorio 23, del área de Pedro Ballester en el período comprendido desde febrero de 2020 a febrero 2022

Población objeto de estudio y muestra:

La población usada fue las 152 mujeres en edad fértil con y la muestrea del estudio quedó constituida por 45 mujeres con riesgo preconcepcional de ellas según los criterios de exclusión y el consentimiento informado en el consultorio 23 del área de Pedro Ballester en el periodo referido anteriormente.

Criterios de inclusión:

Pacientes en edad fértil dispensarizadas como riesgo preconcepcional.

Criterios de exclusión:

- Pacientes que se niegan a participar en el estudio.
- Pacientes que no están aptos físicos ni mentalmente para participar.
- Pacientes que en el momento del estudio se encontraban fuera del área de residencia.

Criterios de salida:

Mujeres con riesgos preconcepcional que por su voluntad propia desean abandonar el estudio.

Mujeres con riesgo preconcepcional que se trasladen del consultorio.

En la presente investigación se emplearon los siguientes métodos:

Nivel teórico:

- Histórico-lógico:

Contribuyó para estudiar el fenómeno en su devenir histórico, pues a través de diferentes fuentes de información, se investiga la evolución, los antecedentes y la marcha progresiva de las teorías fundamentales sobre las cuales se realiza la investigación.

- Analítico-sintético:

Se realizó un análisis de las ideas derivadas de este estudio y se sintetizaron los elementos que resultaron útiles para la aplicación de esta estrategia en cualquier localidad.

- Inductivo-deductivo:

La deducción permitió, en unión de los anteriores métodos teóricos, determinar el problema científico para ejecutar el trabajo, y deducir los resultados; así como el razonamiento de lo general a lo particular.

Métodos del nivel empírico: Para la recolección de información se realiza la técnica de la encuesta la cual fue validada anteriormente por otra investigación y adaptada al medio mediante criterios de expertos y actualizaciones del tema, la misma se utilizó para precisar la información que poseían estos pacientes sobre conocimientos del riesgo preconcepcional y evaluar la efectividad de las acciones de salud aplicadas se le otorgó una calificación a cada opción de respuestas y teniendo en cuenta la puntuación final se evaluaron los pacientes. (anexo 2)

Análisis de documentos: Se utilizó para explorar en las fuentes de conocimiento toda la información que existe sobre el objeto de estudio, con el propósito de analizar la metodología sugerida y lograr una mayor efectividad en el dominio de los componentes del contenido.

Métodos de nivel matemático y/o estadístico: Una vez recogido el dato primario se creó una base de datos utilizando el programa Microsoft office Excel, con las variables seleccionadas en el estudio. El procesamiento se realizó mediante el paquete estadístico SPSS vs 20, en microcomputadora Pentium V. Se estimaron las frecuencias absolutas y relativas, Los resultados obtenidos fueron llevados a cuadros y gráficos estadísticos.

Variables en estudio:

Variable independiente:

Intervenciones Educativas: Ejercicio de la facultad de actuar, el efecto de hacer para enseñar, instruir e inculcar. Medidas que se toman para evitar riesgos o conocimiento que se trasmite para evitar efectos negativos.

Variable dependiente:

Nivel de conocimiento sobre el Riesgo preconcepcional: Comprensión de las féminas para la acción o efecto de controlar o prevenir. Conjunto de precauciones y medidas tomadas para anticiparse, evitar o disminuir el riesgo. Promover la salud significa educar, es decir instaurar en la población comportamientos que hayan probado ser realmente efectivos para una salud óptima. Esto requiere formar nuevas conductas, modificar actitudes, fomentar creencias favorables con el fin de reducir el riesgo de enfermarse, o aumentar la salud y el bienestar para alcanzar el objetivo común de las diferentes concepciones de la salud pública.

En la investigación, además se utilizaron otras variables como edad, escolaridad, factores de riesgo, conocimientos y efectividad de las intervenciones.

Operacionalización de variables.

VARIABLES	TIPO DE VARIABLE	OPERACIONALIZACIÓN		ESCALA
		ESCALA	DESCRIPCIÓN	
Edad	Cuantitativa continua	15-19 20-24 25-29 30-34 35-39 40-44 45-49	Edad en Años según en carnet de identidad	Frecuencias absolutas y relativas
Escolaridad	Cualitativa ordinal	-Primaria terminada -Secundaria Terminada -Técnico medio terminado -Pre universitario terminado -Universitario	Según máximo nivel alcanzado	Frecuencias absolutas y relativas
Factores de riesgo	Cualitativa nominal Politómica	Características y atributos variables que se presentan asociados con la Entidad o el evento estudiado, los mismos no son necesariamente las causas, sino que están asociadas con el evento	Biológicos Psicológicos Sociales	Frecuencias absolutas y relativas
Conocimiento	Cualitativa nominal	Efectiva	Validación de los resultados una vez	Frecuencias absolutas y relativas

		No efectiva	aplicadas las acciones educativas	
Resultados de la propuesta	Cualitativa nominal	Efectiva No efectiva	Validación de los resultados una vez aplicadas las acciones educativas	Frecuencias absolutas y relativas

Estandarización de valores:

Para la variable:

Se tomó en cuenta la escala de percentil utilizando como corte el percentil 60. Conocimiento: Según puntuación obtenida del instrumento aplicado: Pregunta 1, 2, 3, 4: relacionadas con conocimiento general. Se otorga 1 punto por respuesta correcta se califica de adecuada por encima de 6 puntos, e inadecuado por debajo de 6 punto.

Pregunta 5 relacionada con factores de riesgo. se otorga 1 punto por respuesta correcta se califica de adecuada por encima de 10 puntos, e inadecuado por debajo de 10 punto. Evaluación general Por encima de 16 Puntos se evalúa de conocimiento adecuado Por debajo de 16 Puntos se evalúa de conocimiento inadecuado.

Procedimiento

En un inicio se realizó un estudio observacional descriptivo para caracterizar los pacientes en estudio según variables sociodemográficas (edad, escolaridad factores de riesgo presentes) y se aplicó una encuesta para indagar la información que poseen los involucrados en el estudio lo cual fue necesario para diseñar la propuesta educativa.

En una segunda etapa se realizaron las acciones educativas y se aplicó nuevamente la encuesta para ver los resultados y se considera efectiva la propuesta si más del 70% de los encuestados alcanzaron conocimientos adecuados.

Aspectos Éticos:

La investigación médica está sujeta a normas éticas que sirven para promover el respeto a todos los seres humanos y para proteger su salud y sus derechos individuales. Algunas poblaciones sometidas a la investigación son vulnerables y necesitan protección especial. Esta investigación ha cumplido con los principios básicos de la bioética médica. A pesar de que no habrá acciones

invasivas, se pedirá a todos los pacientes seleccionados su consentimiento para la encuesta. Se explicará el carácter voluntario de declarar aquellos aspectos que no dañen su dignidad, se insistirá en el carácter confidencial de los datos y el manejo anónimo de los participantes, con el uso de códigos de identificación. La autonomía se mantendrá desde la decisión individual de participar o no en la investigación, por lo que cada paciente leerá, en presencia del investigador, la información necesaria y oportuna sobre el estudio, para posteriormente ambos firmar el acta; del mismo modo, se sostendrá una interacción justa y benéfica con los pacientes.

Respeto a la vida humana: donde se exige que para cualquier investigación en un paciente sea necesario el consentimiento informado del mismo a ser sometido a la investigación. Así como la finalidad de los resultados, que serán utilizados con principios éticos y fines puramente científicos.

Justicia: todos los beneficios que de desprenderse de nuestra investigación serán puestos en función de mejorar el conocimiento sobre la prevención de los riesgos preconceptionales.

A los participantes del estudio se les brindó la información sobre la investigación. Se les solicitó su consentimiento informado y su cooperación para responder el cuestionario. Se les explicó la importancia del estudio y por tanto los beneficios que los resultados del mismo representarán para ellos y la sociedad. Todo lo anterior quedó plasmado en el acta de consentimiento informado (Anexo 1).

ANÁLISIS Y DISCUSIÓN DE LOS RESULTADOS

En este acápite se realizó una descripción de los principales resultados encontrados a partir de los instrumentos aplicados, primeramente describiendo variables de interés y después valorando el nivel de conocimiento de los encuestados antes y después de la implementación de las intervenciones educativas.

Tabla No. 1: Distribución de pacientes por grupos de edades, CMF 23 perteneciente al Policlínico Docente José Agustín Más Naranjo, 2020-2022.

Grupos de Edades	No	%
15-19 años	6	
20-24 años	2	
25-29 años	2	
30-34 años	1	
35-39 año	4	
40-44 año	1	
45-49 año	1	
Total	17	

Fuente: Historia clínica individual

Tabla No. 2: Distribución de pacientes según grado de escolaridad.

Nivel d escolaridad	No	%
Secundaria term inada	5	
Técnico medio term inado	6	
Pre universitario term inado	4	
Universitario	2	
Total	17	

Fuente: Historia clínica individual

Tabla No. 3: Distribución de pacientes según factores de riesgo predominantes.

N = 38

Fuente: Historio clínica individual

Factores Riesgo	No	%
Edad > 35 años	6	
Hipertensión arteria	2	
Adolescentes	4	
Obesidad	1	
Diabetes Mellitus	2	
Hábito de fumar	4	
Antecedentes Obstétricos	2	
Periodo intergenésico corto	1	
Riesgo socio ambiental	2	
Retraso mental	1	

Tabla No. 4: Información general sobre el riesgo preconcepcional.

Información sobre Riesgo preconcepcional	Antes		Después	
	No	%	No	%
Adecuado	3		15	
Inadecuado	14		2	

Fuente: Encuesta de conocimiento.

Tabla No. 5: Información sobre los factores de riesgo.

Información sobre factores de riesgo	Antes		Después	
	No	%	No	%
Adecuado	7		16	
Inadecuado	10		1	

Fuente: Encuesta de conocimiento.

Tabla No. 6: Resultados de las acciones educativas implementadas.

Información General	Antes		Después	
	No	%	No	%

Adecuado	3		16	
Inadecuado	14		1	

Fuente: Encuesta de conocimiento.

CONCLUSIONES

Quedó demostrada la efectividad del programa para elevar el nivel de conocimiento sobre el tema, lo que favorecerá a un comportamiento responsable en este sentido de las mujeres del consultorio 23 del Área de Pedro Ballester.

RECOMENDACIONES

Se recomienda extender la implementación del programa educativo confeccionado para esta investigación en las diferentes áreas de salud, en aras de mantener un trabajo sistemático con el grupo de riesgo preconcepcional para la correcta planificación de un embarazo.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Botella Llusia J, Núñez Clavero A. Tratado de ginecología. 10 ed. La Habana: Editorial Científico-Técnica, 1987;t1:597.
2. 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
3. Leyva Ramírez Niolisday, Sosa Zamora Mariela, Guerra Cuba Delia, Mojena Orúe Dulce, Gómez Pérez Nora. Modificación de conocimientos sobre salud reproductiva en adolescentes con riesgo preconcepcional. MEDISAN (revista en la Internet). 2011 Mar (citado 2012 Ene 30) ; 15(3): 323-329
4. Organización Mundial de la Salud. Salud Reproductiva[Internet]. Ginebra: OMS; 2004[citado 6/5/2019]. Disponible en: https://apps.who.int/gb/archive/pdf_files/EB113/seb11315a1.pdf
5. Carrillo Alfonso TM, Fernández Cárdenas EJ, Santamaría Machin W. Influencia del riesgo preconcepcional en la salud materna. Medicentro[Internet]. 2021[citado 25/5/2021];25(1):[aprox. 9 p.]. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1029-30432021000100107&lng=es.Epub01-Ene-2021
6. González Portales A, Rodríguez Cabrera A, Jiménez Ricardo M. El riesgo preconcepcional y su vínculo con la salud materna. Rev Cubana Med Gen Integr [Internet]. 2016[citado 27/5/2021];32(3):[aprox. 7 p.]. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-21252016000300013&lng=es.
7. Álvarez Fumero R, Arman Alexadrini G, Piloto Padrón M, Breto García A, Cruz Sánchez F, Sosa Merín M, et al. Guía de actuación para los servicios de planificación familiar. La Habana: Editorial de Ciencias Médicas; 2018.
8. Zetina-Hernández E, Gerónimo-Carrillo R, Herrera-Castillo Y, de los Santos-Córdoba L, Mirón-Hernández G. Factores de riesgo reproductivo preconcepcional en mujeres en edad fértil de una comunidad de Tabasco. Salud Quintana Roo [Internet]. 2018[citado 2/5/2021];11(40):[aprox. 4 p.]. Disponible en: <https://www.medigraphic.com/pdfs/salquintanaroo/sqr-2018/sqr1840b.pdf>
9. Caracterización de mujeres con riesgo preconcepcional en un ... <https://www.medigraphic.com/pdfs/ump-2020>
10. Garrido RC. Riesgo reproductivo. En: Álvarez Sintés O. Temas de Medicina General Integral. La Habana: Editorial Ciencias Médicas; 2001.
11. Álvarez Fumero R, Arman Alexadrini G, Piloto Padrón M, Breto García A, Cruz Sánchez F, Sosa Merín M, et al. Guía de actuación para los servicios de planificación familiar. La Habana: Editorial de Ciencias Médicas; 2018.

12. Zetina-Hernández E, Gerónimo-Carrillo R, Herrera-Castillo Y, de los Santos-Córdoba L, Mirón-Hernández G. Factores de riesgo reproductivo preconcepcional en mujeres en edad fértil de una comunidad de Tabasco. Salud Quintana Roo [Internet]. 2018[citado 2/5/2021];11(40):[aprox. 4 p.]. Disponible en: <https://www.medigraphic.com/pdfs/salquintanaroo/sqr-2018/sqr1840b.pdf>

14. Fescina RH. Vigilancia antenatal del crecimiento fetal. En: Belitzky R, editor. Tecnologías perinatales. Centro latinoamericano de perinatología y desarrollo humano 1992; 1255. p. 117-34.

15. Santana Espinosa MC, Esquivel Lauzurique M, Herrera Alcazar VR, Castro Pacheco BL, Machado Lubian MC, Cintra Cala D, et al. Atención a la salud Materno-infantil en Cuba: logros y desafíos. Rev Panam Salud Pública [Internet]. 2018 [citado 21 May 2020];42. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6386201/>. doi: 10.26633/RPSP.2018.27 [[Links](#)]

16. Pérez Rodríguez LA, Jiménez Pérez PM, Poza Ravelo A. Comportamiento del Riesgo Reproductivo Preconcepcional en el nivel primario de salud. Santo Domingo. Villa Clara. III Congreso de Medicina Familiar [Internet]. 2020 [citado 21 May 2020]:[aprox. 8 p.]. Disponible en: <http://www.medicinafamiliar2020.sld.cu/index.php/medfamiliar/2019/paper/view/506/267> [[Links](#)]

17. Tocabens MBE. Definiciones acerca del riesgo y sus implicaciones. Actualización. Habana: Instituto Nacional de Higiene, Epidemiología y Microbiología (INHEM), Epidemiología; 2013.

18. **Comportamiento del riesgo preconcepcional - SciELO Cuba**
<http://scielo.sld.cu/sciel>

19. Alcázar VH. Riesgo Reproductivo. In Ferrán MTS, editor. Obstetricia y Ginecología. 3rd ed. La Habana: Ciencias Médicas; 2014. p. 23.

20. Santisteban R. Obstetricia y Ginecología. Tercera ed. Ferrán MTS, editor. Habana: Ciencias Médicas; 2014. 23. Lauren AMJ. Factores de riesgo en la etapa preconcepcional en usuarias de los consultorios de planificación familiar del Instituto Nacional Materno Perinatal. Febrero 2015. Tesis para Obtención de Título Profesional. Lima: UNIVERSIDAD NACIONAL MAYOR DE SAN MARCOS, Obstetricia; 2015. 24. L. EIO. Protocolo de Atención Preconcepcional. [Online].; 2014 [cited 2017 noviembre 4. Available from: <http://unfpa.org.co/wpcontent/uploads/2014/08/SM-Protocoloatenci%C3%B3npreconcepcional.pdf>.

21. Rojas AEC. Guía de Consulta Preconcepcional. [Online].; 2013 [cited 2017 diciembre 15. Available

http://fappd.saludcapital.gov.co/moodle/pluginfile.php/10845/mod_resource/content/4/GUIA%20DE%20CONSULTA%20PRECONCEPCIONAL.pdf.

22. Fuenzalida C, Javiera VPGCCJ. Revista chilena de obstetricia y ginecología. [Online].; 2013 [cited 2016 diciembre 15]. Available from: http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-

23. 75262013000600012.SALUD OMDL. ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD. [Online].; 2016 [cited 2017 Diciembre 15]. Available from: <http://www.who.int/mediacentre/news/releases/2016/stillbirthsneonataldeaths/es>

24. Villagas EEA. Mujeres con riesgo preconcepcionalatendidas en el hospital IESS AMBATO. 2015. Repositorio.

25. OMS. Salud Reproductiva. [Online].; 2016 [cited 2017 diciembre 1]. Available from: http://www.who.int/topics/reproductive_health/es/. 30. MSP. Ministerio de Salud Pública. [Online].; 2016 [cited 2016 Septiembre 15]. Available from: <http://www.salud.gob.ec/ecuador-sin-muertesmaternas/>.

26. Fescina RH DMBDRJMGSSDP. Cuidado Preconcepcional. In CLAP/SMRO PdIS. Salud Sexual y Reproductiva. Guías para el continuo de atención de la mujer y el recién nacido focalizadas en APS.; 2013. p. 19.

27. Alcázar VH. Riesgo Reproductivo. In Ferrán MTS, editor. Obstetricia y Ginecología. 3rd ed. La Habana: Ciencias Médicas; 2014. p. 23.

28. Palacios E, Cárdenas K. Epilepsia y embarazo. Repert med cir. 2015;24(4):246-253.

29. Dra. Marvelis Mainegra DNPRDTC,DOB. Riesgo reproductivo preconcepcional. Policlínico Docente "Miguel Montesino Rodríguez". Fomento. Sancti Spiritus. Gaceta Médica Espirituana. 2011; 13(2).

30. Roviralta Puente Cristina RVSVGJLVAG,RHWJ,LdCF. La consulta preconcepcional en el Área de Salud de Toledo. Revista clínica de Medicina. 36. Obstetricia SEdGy. ProSEGO. [Online].; 2010 [cited 2017 octubre 16]. Available from: [https://www.elpartoesnuestro.es/sites/default/files/recursos/documentos](https://www.elpartoesnuestro.es/sites/default/files/recursos/documentos/sego_protocolo_control_prenatal_2010.pdf)

[/sego_protocolo_control_prenatal_2010.pdf](https://www.elpartoesnuestro.es/sites/default/files/recursos/documentos/sego_protocolo_control_prenatal_2010.pdf).

31. Cisneros Domínguez GBNAL. Alcohol, tabaco y malformaciones congénitas labioalveolopalatinas. [Online].; 2014 [cited 2017 noviembre 15]. Available

from: <http://www.redalyc.org:9081/articulo.oa?id=368445167015>.

Araceli Mombiela Guillén LLVMMCMASCCE. ATENCIÓN PRECONCEPCIONAL: PREVENCIÓN PRIMARIA. Revista de Investigación en Mujer, Salud y Sociedad. 2016; 1(1).

32. Prendes Labrada MC, Guibert Reyes W, González Gómez I, Serrano Borges E. Riesgo preconcepcional en la consulta de planificación familiar. Rev Cubana Med Gen Integr. 2001;17(4):360-66.

33. Toribio Morejón MJ, Estupiñán Hernández M, Domínguez Bofill S. Riesgo preconcepcional en mujeres del consultorio No. 1 del policlínico "Carlos Verdugo". Rev Méd Electrón [serie en Internet] 2008 [Consultado: 8 de enero de 2009];30(6):[aprox. 10 p.]. Disponible en: <http://www.revmatanzas.sld.cu/revista%20medica/ano%202008/vol6%202008/tema09.htm>

34. Quintero Paredes PP, Regal Lourido I, Quintero Paredes MM. Riesgo reproductivo preconcepcional. Policlínico Universitario "Luis A. Turcios Lima". Pinar del Río. Bolet Med Gen Integral [serie en Internet] 2007 [Consultado: 8 de enero de 2009];11(1):[aprox. 10 p.]. Disponible en: <http://publicaciones.pri.sld.cu/bol-mgi/bol-mgi11/index.htm>

35. Ecuador ANRd. Constitución de la República del Ecuador. [Online].; 2008, 2015 [cited 2016 noviembre 14. Available from: <http://www.asambleanacional.gob.ec/sites/default/files/private/asambleanacional/files/asambleanacionalnameuid-20/transparencia2015/literala/a2/Const-Enmienda-2015.pdf>. 40. Pública MdS. REGLAMENTO PARA REGULAR EL ACCESO DE METODOS ANTICONCEPTIVOS. Acuerdo Ministerial. [Online].; 2013 [cited 2017 diciembre 12. Available from: <http://observatoriointernacional.com/wpcontent/uploads/2014/09/EcuadorReglamento-para-regular-acceso-am%C3%A9todos-anticonceptivos2013.pdf>. 41. Nacional C. Ley Orgánica de Salud(modificada). [Online].; 2012 [cited 2017 septiembre 2. Available from: http://www.desarrollosocial.gob.ec/wpcontent/uploads/downloads/2015/04/SALUDLEY_ORGANICA_DE_SALUD.pdf

ANEXOS

Anexo No. 1 Carta de consentimiento informado:

Yo... .. Estoy de acuerdo en formar parte de esta investigación, conociendo los beneficios que podría ofrecerme a mí y a todas las mujeres con riesgo preconcepcional pertenecientes al consultorio. Se me garantiza que toda la información que brindaré será estrictamente confidencial y solo será utilizada con fines científicos. Tengo también la posibilidad de abandonar el estudio si lo considerara oportuno, sin que por esto se puedan tomar medidas que atenten contra mí. Es por esto que doy mi disposición a responder las preguntas del cuestionario y a ser examinado para llevar a cabo la investigación que realizará el autor de este estudio.

Para que así conste voluntariamente firmo el presente día del mes del año 2021... ..

Firma del paciente

.....
Liusca Samora Anta .Firma:

ANEXO 2:

1. Marque con una (x) los aspectos que considere como el significado de riesgo preconcepcional. ___ Embarazo en edad adecuada. ___ Posibilidad de sufrir una mujer no gestante daño durante la reproducción. ___ Categoría para mujeres entre años de edad.

2. De quien es responsabilidad el embarazo Madre _____ Padre _____ Ambos _____ Las familias _____

3. Un embarazo se evita con: ___ Utilización de DIU. ___ Uso del Condón. ___ Uso de píldoras. ___ Tomando Cocimientos. ___ Asearse después de las relaciones sexuales.

4. Que aspectos debe tener en cuenta antes del embarazo para una buena salud tanto de la madre o su producto. ___ Edad Adecuada ___ Control de enfermedades asociadas. ___ Buen estado físico y mental. ___ Tiempo adecuado entre un embarazo y otro. ___ Condiciones sociales adecuadas.

5. Marque con una (X) lo que considere factor de riesgo para un embarazo. ___ Obesa ___ Añosa +35 años ___ Adolescencia

__ Diabética __ Anemia __ Afecciones Psiquiátrica __ Caso Social
 __ Desnutrida __ Asma Bronquial

__ Hipertensión Arterial

__ Epilepsia __ Fumadora __ Relaciones sexuales con parejas diferentes
 __ Alcoholismo __ Enfermedades Ginecológicas.

__ Hijos fallecidos en embarazos anteriores.

ANEXO 3:

Intervención educativa

Tema 1: Aspectos conceptuales sobre Riesgo reproductivo preconcepcional

Objetivos General

Caracterizar según sus generalidades el riesgo preconcepcional.

Específicos:

Definir riesgo preconcepcional.

Describir las características de la clasificación de riesgo.

Explicar los principales factores de riesgos entre la población femenina.

Actividades:

Introducción: se realizó por parte de la autora la presentación de la investigación

Tiempo: 1 h

Método: Elaboración Conjunta (conversación dialogada)

Forma Organización de Enseñanza: Conferencia

Medios: Humanos y Material Mimeo grafado.

Tema 2: Principales Factores de riesgo de la entidad.

Objetivos: Identificar los diferentes factores de riesgo de RPC.

Actividades: Explicar de manera didáctica e inter-activa los principales factores de riesgo de RPC, intercambiando con las féminas según las manifestaciones y presencia de éstos en ellas.

Tiempo: 1 h

Método: Elaboración Conjunta (técnica participativa)

Forma Organización de Enseñanza: Taller

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

Tema 3: Tema Manejo y control del RRPC

Objetivos:

Valorar las principales medidas de control del riesgo 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 y comentada se debatieron las principales medidas para el control para el RPC, 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: dividir 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 ilustrarle a su equipo a través de la mímica rasgo de la parte seleccionada. Útil para resaltar la importancia del lenguaje no verbal.

Tiempo: 1 h

Método: Elaboración Conjunta (técnica participativa)

Formas Organización de Enseñanza: Conferencia Audiovisual y Debate.

Medios: Humanos, Videos y Televisor.

Tema 4: Criterios para clasificar a una mujer en edad fértil o pareja como riesgo reproductivo
Objetivos:

Objetivos:

Describir como se clasifica el RPC justificando el porqué de su clasificación.

Actividades:

Actividad Principal: se inicia la sección con una conferencia por parte de la autora de la investigación

Tiempo: 1 h

Método: Elaboración Conjunta (conversación dialogada)

Forma Organización de Enseñanza: Conferencia.

Medios; Humanos, Pizarra y Tizas.

Tema 5: Importancia de modificar estilos de vida

Objetivos: Enseñar estilos de vida saludables a las pacientes.

Actividad Principal: Se realiza una panorámica de estilos de vida saludable y planificación familiar.

Tiempo: 1 h

Método: Elaboración Conjunta

Forma Organización de Enseñanza: Clase Práctica

Medios: Humanos, Preservativos, Grabadora, Pizarra, Tizas y Material Mimeo grafado.

Tema 6: Complicaciones que puede presentarse durante la gestación, parte y puerperio.

Objetivos: Evaluar la principal complicación del embarazo de riesgo

Actividad Fundamental: Se describió las principales complicaciones que pueden padecer en el embarazo parto y puerperio los pacientes RPC, se forman 4 equipos que estudian documentos sobre el tema, hacen conclusiones que exponen y debaten

Tiempo: 1 h

Método: Elaboración conjunta

Forma Organización de Enseñanza: Taller.

Se realizan las conclusiones del tema retomando las temáticas expuestas anteriormente, se aclararán dudas y se realiza un debate como actividad final.

Se implementará el PNI donde cada fémna expondrá lo positivo, negativo e interesante de las actividades desarrolladas, sus criterios servirán de base para etapas futuras.

