

UNIVERSIDAD DE CIENCIAS MÉDICAS  
DE CIEGO DE ÁVILA  
POLICLÍNICO DOCENTE ÁREA NORTE  
CIEGO DE AVILA



Medicina General

**Título:** Intervención educativa sobre riesgo preconcepcional en mujeres en edad fértil en el consultorio no.15 en el área Norte del municipio de Ciego de Ávila.

**Autora:** Dra. Lisandra Mendoza Aguiar.

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

Ciego de Ávila

2016

UNIVERSIDAD DE CIENCIAS MÉDICAS  
DE CIEGO DE ÁVILA  
POLICLÍNICO DOCENTE ÁREA NORTE  
CIEGO DE AVILA

**Título:** Intervención educativa sobre riesgo preconcepcional en mujeres en edad fértil en el consultorio no.15 en el área Norte del municipio de Ciego de Ávila.

**Autora:** Dra. Lisandra Mendoza Aguiar.

Aspirante a Médico Especialista de Primer Grado en Medicina General Integral.

**Tutora:** Dra. Yonaisy Vega Lorenzo.

Especialista primer grado de Medicina General Integral  
Profesora Asistente

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

Ciego de Ávila  
2016

## **RESUMEN**

Se realizó un estudio pre-experimental de tipo pre-test y pos-test para evaluar la efectividad de la aplicación de un programa de intervención para modificar conocimientos relacionados a riesgo preconcepcional en mujeres en edad fértil en el consultorio no.15 del área de salud norte del municipio de Ciego de Ávila, en el periodo comprendido entre junio 2015 a mayo 2016. La muestra de estudio estuvo constituida por 30 mujeres en edad fértil, con edades comprendidas entre 15 y 49 años. Se empleó la prueba estadísticas Mc. Nemar para hallar diferencias significativas entre el nivel de conocimiento sobre el riesgo preconcepcional, antes y después de la aplicación del programa educativo. Predominaron las edades entre la segunda y tercera décadas de la vida y el nivel de escolaridad de técnico medio. Predominó el nivel de adquisición monetaria entre medio alto y medio. Se encontraron diferencias significativas y se reportó una modificación positiva en el nivel de conocimientos sobre riesgo preconcepcional en mujeres en edad concepcional en temas sobre enfermedades crónicas de riesgo para el embarazo, uso del condón durante el embarazo, ventajas de los métodos anticonceptivos, factores de riesgo preconcepcional, riesgos que presentan las embarazadas con riesgo preconcepcional así como riesgos durante el embarazo, resultando en un cambio significativo en forma de mejoría.

**Palabras claves:** Factores de riesgo, embarazo de riesgo, edad preconcepcional.

# ÍNDICE

| <b>Contenido</b>                              | <b>Páginas</b> |
|---|----------------|
| + Introducción.....                           | 1              |
| + Objetivos.....                              | 6              |
| + Marco teórico.....                          | 7              |
| + Métodos .....                               | 19             |
| + Análisis y discusión de los resultados..... | 25             |
| + Conclusiones.....                           | 38             |
| + Recomendaciones .....                       | 39             |
| + Referencias bibliográficas.....             | 40             |
| + Anexos.....                                 | 48             |

## **DEDICATORIA**

A mis padres por el esfuerzo, la dedicación y el apoyo que me han brindado durante mi vida en mi proceso de formación, así como todos aquellos que pusieron un granito de arena para que yo pudiera llegar al final en mi vida profesional.

Dra: Lisandra Mendoza Aguiar

## **AGRADECIMIENTOS**

A la Dra. Yonaisy Vega por su confianza y entrega, por haber aceptado ser mi tutora y en su insistencia por la excelencia investigativa.

A los que percibieron mi ausencia, la justificaron con pasión y me atendieron largas horas.

A las personas encuestadas por brindar la oportunidad de intercambiar experiencias, así como, su valiosa colaboración durante la realización de la investigación.

A la Revolución por haberme permitido hacerme médico.

A todas aquellas personas que de una forma u otra han colaborado con mi trabajo.

A todos ¡muchas gracias!

## INTRODUCCIÓN

El nacimiento de un niño sano es un acontecimiento que tradicionalmente se celebra en todas las sociedades del mundo. Sin embargo, para muchas familias el proceso de reproducción puede ser un acontecimiento sombrío y peligroso, con morbilidad, secuelas y en última instancia, la muerte de la madre, del producto o de ambos <sup>(1)</sup>.

Se conoce que en toda la sociedad hay individuos cuya probabilidad de enfermar o morir es mayor que la de otros. Estos grupos, conocidos como vulnerables, pueden y deben ser identificados, en la medicina preventiva para que al conocer el riesgo, se puedan ejercer acciones de salud que tiendan a disminuir la probabilidad del daño. Son muchos los factores relacionados con el estilo de vida pueden aumentar el riesgo de posibles problemas. Las gestantes de riesgo, constituyen del 20 al 30 % del total de embarazadas y son responsables de un 70 a un 80 % de mortalidad perinatal. <sup>(2,3,4)</sup>

Los factores que afectan el embarazo son múltiples y muchos pueden ser identificados en la primera consulta, sin embargo, otros requieren un control constante durante el embarazo. Con frecuencia se disminuye al mínimo el riesgo al identificar esos factores y modificar la conducta. Algunos factores afectan el bienestar de la mujer durante el embarazo, mientras que otros son específicos del mismo.

El riesgo preconcepcional se aplica a mujeres en edad reproductiva no embarazadas, que de acuerdo con la presencia de condiciones o factores de riesgo, tienen incremento en la probabilidad de sufrir daños a su salud o a la de su futuro hijo si se involucran en el proceso reproductivo. Por lo que se tienen en cuenta diversos factores que influyen de manera significativa sobre el binomio. <sup>(5)</sup>

El riesgo preconcepcional es aquel que afecta a mujeres en edad fértil que planean tener un embarazo. La identificación de condiciones potencialmente dañinas presupone la implementación de acciones de salud, interdisciplinarias y multisectoriales, dirigidas a la prevención y control de las enfermedades, lo que

incluye el asesoramiento genético para brindar orientación y educación con fines de promoción que permita la toma de decisiones informadas por parte de los individuos, la familia y la comunidad. <sup>(6,7)</sup>

Estudios en otros países han reportado que el 40 % de todas las malformaciones letales tenían opciones potenciales de prevención. <sup>(8)</sup> La identificación del riesgo en el nivel primario es, por tanto, un elemento central en las políticas sanitarias relacionadas con la atención materno infantil. <sup>(9)</sup>

Varios son los riesgos reproductivos que existen dentro de los que podemos encontrar la desnutrición, la baja talla, las edades como <18 años y mayores de 35 años, la multiparidad, espacio intergenésico corto, bajo peso al nacer, muerte fetal, RH sensibilizado, cesárea anterior, Asma Bronquial, HTA, Diabetes Mellitus, Enfermedades del colágeno. Una vez establecidos estos factores de riesgo pueden traer consecuencias graves tanto para la madre como para el feto, sin embargo identificados estos factores de riesgo, es más fácil modificarlos y lograr un mejor control prenatal. <sup>(9)</sup>

Actuar sobre un factor de riesgo es difícil y debe apoyarse en la promoción de salud y la prevención. Según la organización mundial de la salud el 35 % de las familias en América Latina viven en extrema pobreza por lo que las condiciones de vida son pésimas no cuentan con medios de difusión que les permitan informarse, además de no contar con recursos para prevenir un embarazo donde en la mayoría de los casos se ven afectados 20 % de los recién nacidos, el 10 % de las madres sufren graves consecuencias, las cuales podrían haber sido evitadas. En el mundo de 226 millones de mujeres cerca del 40 % sufre algún factor de riesgo que pone en peligro la vida del binomio. <sup>(8,9)</sup>

Luego de la segunda guerra mundial se produjo una rápida evolución de los enfoques aplicados a la salud materna infantil.

Sin embargo en Cuba, con el Triunfo de la Revolución, la mejoría de las condiciones de vida y alimentación y la implantación de un sistema de salud gratuito, accesible a todos equitativamente, se logró disminuir la prevalencia de

dichos factores. En nuestro país se realizan a diario numerosas investigaciones para tratar de identificar y modificar estos factores de riesgo. <sup>(10)</sup>

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, las que reunidas confieren un riesgo particular de sufrir una enfermedad en el futuro. <sup>(10)</sup>

Teniendo en cuenta estos factores, comenzó hace varios años a aplicarse lo que se conoció como el Programa de Profilaxis de Riesgo Materno y Perinatal, que constituyó desde su comienzo uno de los más importantes en la atención primaria, pues ha contribuido notablemente a disminuir las tasas de mortalidad materna y perinatal. <sup>(10)</sup>

Las gestantes de riesgo, constituyen del 20 al 30 % del total de embarazadas y son responsables de un 70 a un 80 % de mortalidad perinatal. <sup>(3)</sup> En Cuba en la Atención Primaria de Salud (APS), existe un programa para el control del riesgo preconcepcional que se desarrolla en los Consultorios Médicos de Familia, se centraliza a nivel del policlínico y tiene como objetivo fundamental, incidir y modificar positivamente el riesgo existente antes de que la mujer se embarace, con el fin de lograr que la concepción ocurra en las mejores condiciones posibles. Este programa establece una negociación entre la pareja o la mujer, sobre sus factores de riesgo <sup>(4)</sup>, o sea en la Atención Primaria de Salud se trabaja en el perfeccionamiento de la atención, en la calidad de los procesos y de los servicios en función del riesgo reproductivo. <sup>(4)</sup> Desde el año 1984 se involucró la atención a este programa, desde los consultorios médicos y enfermeras de la familia, luego, a partir del 1991 se desarrolló un plan de consulta especializada para la planificación de la familia, a través de la cual se ha podido trabajar en función de controlar esta actividad. Los factores que afectan el embarazo son múltiples y muchos pueden ser identificados en la primera consulta, sin embargo, otros requieren un control constante durante el embarazo. Con frecuencia se disminuye

al mínimo el riesgo al identificar esos factores y modificar la conducta. Algunos factores afectan el bienestar de la mujer durante el parto entre embarazo, mientras que otros son específicos del mismo. <sup>(5)</sup>

Dentro del programa de atención materno infantil, existen un grupo de mujeres que por diferentes factores biológicos, psicológicos y o ambientales, se le recomiendan diferentes acciones para eliminar o modificar positivamente su riesgo. Son estas las mujeres dispensarizadas en el programa de riesgo reproductivo preconcepcional, definido como la probabilidad que tiene una mujer no gestante y un hombre o su producto de un sufrir daño a la salud si se involucra en el proceso reproductivo. <sup>(11)</sup>

La necesidad de introducir medidas para reducir las muertes de niños y madres, así como para mejorar las condiciones de vida de éstos en el mundo, mediante diversas acciones de desarrollo, incluyen a la planificación familiar como uno de los aspectos de gran importancia. Ella está inspirada en las consideraciones de la Organización Mundial de la Salud cuando afirma que la planificación familiar "ejerce una influencia favorable en la salud, en el desarrollo y bienestar de la familia y tiene efectos muy importantes en las madres y en los niños". <sup>(11)</sup>

En este marco de referencia y con la consideración de la planificación familiar como estrategia de salud, consideramos importante incluir en estos conceptos el programa de riesgo preconcepcional como una estrategia también que asume su valor al permitir el proceso metodológico correcto para el desarrollo de la planificación en el mejor momento para la reproducción. <sup>(12)</sup>

Con la dispensarización de los casos de riesgo, puede tenerse controlado y hacerse además un análisis de probabilidad de aquellos que más pueden contribuir a afectar la salud materno infantil. Aunque no todos los casos tienen la misma predicción, con su control se logra un mejoramiento de los patrones de referencia y también mejorar éstos. <sup>(12)</sup>

Contamos en la actualidad con herramientas fundamentales aplicables a los aspectos preventivos de la atención de salud. El papel del médico y la enfermera

de la familia es fundamental en este programa y en esta estrategia, pues tienen la responsabilidad de proteger y mejorar la salud de la familia y la comunidad.

**Problema Científico:** ¿Cuál es el nivel de conocimiento sobre riesgo preconcepcional en mujeres en edad fértil en el consultorio no.15 en el área Norte del municipio de Ciego de Ávila?

## **OBJETIVO GENERAL:**

Evaluar la efectividad de la aplicación de un programa de intervención para modificar conocimientos relacionados sobre riesgo preconcepcional en mujeres en edad fértil en el consultorio no.15 del área de salud Norte del municipio de Ciego de Ávila.

## **Objetivos específicos:**

1. Caracterizar la muestra según algunas variables sociodemográficas en la población de estudio.
2. Identificar el nivel de conocimientos de las mujeres en edad fértil sobre riesgo preconcepcional.
3. Diseñar una estrategia de intervención diseñada al efecto.
4. Aplicar una estrategia de intervención sobre Riesgo Preconcepcional.
5. Evaluar el nivel de conocimientos después de la intervención.

**Hipótesis de investigación:** El diseño y aplicación de una propuesta de intervención educativa, pudiera modificar el nivel de conocimientos sobre riesgo preconcepcional en mujeres en edad fértil del consultorio no.15 en el área de salud Norte del municipio de Ciego de Ávila.

## MARCO TEÓRICO

### 1. Conceptualización y antecedentes

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. <sup>(13)</sup>

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. <sup>(14)</sup>

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 <sup>(15,16)</sup>. 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. <sup>(17)</sup>

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. <sup>(18)</sup>

El riesgo puede ser de carácter biológico, psíquico, social o ambiental e incluso interactuar entre ellos. En la mayoría de los países de América y el Caribe, hasta hace muy poco, la muerte materna era considerada como un problema poco importante para la salud pública, hasta que en 1980 se le denominó “epidemia

silenciosa”, sólo era atendida como resultado de las reivindicaciones sociales de organismos internacionales en su lucha por un trato más justo para las mujeres y a favor de la infancia. <sup>(19,20)</sup> Una dispensarización adecuada de la población femenina permite identificar los riesgos colectivos o individuales y al actuar sobre ellos se logra un embarazo satisfactorio, un parto feliz y un recién nacido sano. El control del riesgo preconcepcional no es un elemento determinante en la disminución, sino en la erradicación de la morbimortalidad general de la población femenina y la posibilidad real de disminuir o evitar el daño que desde el punto de vista bio-psico-social y ambiental pueda sufrir una madre y/o su hijo. <sup>(21,22)</sup>

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” <sup>(23-26)</sup>. 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 preconcepcional real. Al tomar en consideración que en nuestro medio la identificación del riesgo constituye un problema de salud al incrementar, si no se efectúa, la morbimortalidad materno fetal. <sup>(27)</sup>

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. <sup>(28)</sup>

## **2. Epidemiología. Factores de riesgo**

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. <sup>(28)</sup>

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. <sup>(27,28)</sup>

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. <sup>(28)</sup>.

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. <sup>(12)</sup>

Por otra parte, las actividades relacionadas con la planificación familiar, que están muy vinculadas con este programa, han adquirido singular relevancia en los últimos años, no solamente en Cuba, sino en muchas partes del mundo. <sup>(12)</sup>

Esto es evidente, pues la planificación familiar significa, como primer aspecto, una toma de conciencia y control del individuo sobre sus procesos y capacidades reproductivas, lo que contribuye a una participación más efectiva en su propio destino, su función en la familia, en la comunidad y en las estructuras de la

sociedad. Por tanto, es una actuación consciente, que se hace con sentido de responsabilidad. Ello implica que para llevarla adelante se necesita de una buena información y educación y necesariamente hay que modificar costumbres y actitudes. <sup>(12)</sup>

De este modo, podríamos considerar que la planificación familiar puede ser usada como instrumento de una política de población. En este aspecto podemos señalar como ejemplo, el caso de China, país con miles de millones de habitantes, donde el programa de planificación familiar del Estado es un instrumento de la política de "cero crecimiento". También podría suceder lo contrario, donde otros países necesitan incentivar el nacimiento de más hijos por familias, como ocurre en Francia. <sup>(12)</sup>

Otro enfoque de la planificación familiar es como política de salud. Ella está inspirada en las consideraciones de la Organización Mundial de la Salud cuando afirma que la planificación familiar "ejerce una influencia favorable en la salud, en el desarrollo y bienestar de la familia y tiene efectos muy importantes en las madres y en los niños" <sup>(12)</sup>.

En los últimos años, los estudios médicos han revelado que la planificación familiar es un componente esencial en las estrategias de salud, de una forma tan importante, que en la actualidad ningún programa de salud puede ser considerado completo si no ofrece a todas las parejas el acceso fácil y total a los medios de planificación familiar adecuados. <sup>(12)</sup>

## 2.1 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 rubeola durante el primer trimestre del embarazo causa malformaciones congénitas.
- 2. Relación favorecedora.** En ella existe una franca relación entre el factor de riesgo y la evolución del proceso (pero no es la causa directa). Ej.: la gran

multiparidad favorece la situación transversa y ésta el prolapso del cordón umbilical.

3. **Relación predictiva o asociativa.** Se expresa en sentido estadístico, pero no se conoce la naturaleza de esa relación. Ej.: la mujer que ha perdido ya un feto o un recién nacido corre más peligro de perder su próximo hijo.

No todos los factores de riesgo son causales. Los hechos que preceden a otros hechos no necesariamente los causan. <sup>(29)</sup>

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. <sup>(27)</sup>

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.

| <b>Factores de Riesgo</b>    | <b>Resultado intermedio</b>   | <b>Resultado perinatal</b>     |
|------------------------------|-------------------------------|--------------------------------|
| <b>Biológico</b>             |                               |                                |
| 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                |
| <b>Infecciones asociadas</b> |                               |                                |
| Asma bronquial               |                               |                                |
| Hipertensión arterial        |                               |                                |
| Disfunción tiroidea          |                               |                                |
| Epilepsia                    |                               |                                |
| Diabetes mellitus            |                               |                                |
| Cardiopatías                 |                               |                                |
| Nefropatías                  |                               |                                |
| Aumento de peso              | Parto pre-término             | Hemorragia pulmonar            |
| <b>Socioambientales</b>      |                               |                                |
| Hábitos tóxicos              |                               | Hemorragia intraventricular    |
| Relaciones sexuales          |                               |                                |

|   |  |  |
|---|--|--|
| inestables                                |  |  |
| Condiciones de vida /y o trabajo adversas |  |  |

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. <sup>(29)</sup>

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. <sup>(29)</sup>

#### **4. Educación y promoción de salud**

La consejería preconcepcional es un proceso de comunicación personal y de análisis conjunto entre la o el prestador de salud y la pareja o la mujer u hombre, usuarios / as potenciales y activos / as, mediante el cual se les ofrece los elementos que les ayuden a tomar una decisión voluntaria, consciente e informada acerca de la conveniencia, desde el punto de vista de su estado de salud, acerca de los hijos e hijas que desean procrear. <sup>(30-35)</sup>

Así mismo, informarles cómo puede aplazar este proyecto de vida, si las condiciones de salud no son las mejores en el momento de la consejería. La consejería u orientación debe ser aplicada adecuándose a las características de la población a la que va dirigida, tomando en cuenta el enfoque de género, etnia, cultura, etapa del ciclo de vida y condiciones socioeconómicas. <sup>(30-35)</sup>

El cuidado Preconcepcional debe iniciarse en las edades más tempranas de la mujer. La mujer debe saber que ciertos aspectos nutricionales y del cuidado de su

salud impactarán en la evolución de un futuro embarazo, en el desarrollo intrauterino de su bebe y en el desarrollo de su hijo después del nacimiento. El cuidado y asesoramiento preconcepcional debe evaluar e informar acerca de los riesgos del estilo de vida, genéticos, médicos y psicológicos. <sup>(30-35)</sup>

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 la reproducción. <sup>(30-35)</sup>

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. <sup>(30-35)</sup>

El riesgo puede ser de carácter biológico, psicológico, social, ambiental y económico, 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 debemos hacer un enfoque y análisis individualizado en cada caso. <sup>(30-35)</sup>

No existe una clasificación esquemática del riesgo preconcepcional, pero si se tiene en cuenta una serie de criterios principales que nos ayuden a su identificación.

—Consejo sobre la ventaja de planificar los embarazos (o evitarlo si procede), información sobre anticoncepción y prácticas sexuales seguras en aquellas pacientes con especial riesgo. <sup>(36-41)</sup>

- Mujeres menores de 15 años y mayores de 35.
- Mujeres con enfermedades y medicación crónica o uso de drogas ilegales.
- Parejas pertenecientes a etnias de alto riesgo; además solicitar estudio genético.
- Entorno familiar desfavorable; solicitando además la cooperación del trabajador social para controlar en lo posible el riesgo psicosocial y valorar en la familia problemas como violencia doméstica, dificultades económicas, vivienda. <sup>(41,42)</sup>.

—Educación de la población sobre la importancia de solicitar asistencia prenatal temprana.

—Ante la sospecha de infertilidad de una pareja solicitar el estudio de la mujer y del varón en un centro de infertilidad.

—Recomendar los cambios de comportamiento que sean necesarios para evitar las infecciones cribadas con las serologías indicadas previamente.

Nutrición equilibrada y consejo sobre suplementos con ácido fólico <sup>(42,43)</sup> desde al menos un mes antes de la concepción y durante las 10-12 primeras semanas de gestación, en toma diaria continuada. Ha demostrado disminuir el riesgo de defectos del tubo neural hasta en un 60% <sup>(36)</sup>. Debe acompañarse de dieta equilibrada. Se recomiendan las siguientes dosis:

- 0,8 mg/día en mujeres de bajo riesgo.
- 4 mg/día en mujeres de alto riesgo.

No se recomienda el uso de preparados multivitamínicos pues la dosis para lograr el aporte de ácido fólico necesario puede suponer un riesgo por exceso de vitamina A y D. <sup>(42,43)</sup>.

—Consejos sobre sustancias tóxicas:

- Consejo antitabaco.
- Evitar el consumo de alcohol y drogas.
- Evitar el uso de fármacos sin la consulta previa a su médico.
- Valoración de riesgos ambientales y laborales: pesticidas, plomo y mercurio, etc. y evitar la manipulación o inhalación de estas sustancias tóxicas en el lugar de trabajo o en el hogar.

—Ejercicio: se aconseja la realización rutinaria de ejercicio suave o moderado evitando, en periodo perigestacional, el ejercicio enérgico ya que está asociado a nacimiento de niños de bajo peso.

Es importante evitar la exposición al calor, tipo sauna, pues al igual que la fiebre en el primer trimestre de embarazo, se asocia a defectos en el tubo neural <sup>(42,43)</sup>.

#### 4.1. Control de mujer dispensarizada

Mejorar la condición de riesgo existente ya sea biológico, psicológico o social.

Espaciar por anticoncepción apropiada, un posible embarazo hasta el momento oportuno para el nacimiento, sobre la base del plan individual conveniado con la paciente o pareja. <sup>(44)</sup>

Existen factores desencadenantes de la morbimortalidad dentro del riesgo reproductivo preconcepcional y entre ellos se encuentran la edad, multiparidad, estado nutricional de la madre, los antecedentes obstétricos, enfermedades crónicas, condiciones socioculturales, el hábito de fumar, entre otros. <sup>(44-46)</sup>

El programa del riesgo reproductivo preconcepcional contribuye a la disminución de la tasa de morbimortalidad infantil y perinatal y brinda una forma efectiva de ayudar a las pacientes a evitar embarazos no deseados, disminuye el índice de recién nacidos bajo peso, el parto pretérmino, las malformaciones congénitas y las muertes fetales. <sup>(38,46)</sup>

El médico y la enfermera de la familia en su contexto laboral ocupan una posición privilegiada que les permite detectar el riesgo de la población en edad fértil y poner en práctica medidas para actuar sobre ellas con la cooperación interactiva de la comunidad, la evaluación de sus necesidades sentidas y la gestión intersectorial. <sup>(38)</sup>

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 y una atención priorizada a través del profesional de la salud. 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. <sup>(38)</sup>

En los antecedentes personales y familiares patológicos tenemos a las enfermedades maternas crónicas no transmisibles, las cuales afectan a una de cada 20 mujeres embarazadas, lo que corresponde al 5% de la población femenina en edad reproductiva. Se presentan en la mujer previos a la gestación y pueden afectar al feto por alteraciones de la fisiología materna, así como por la

medicación que recibe, intrincándose ambas etiologías. Se describirán las más relevantes, tanto por su frecuencia como por las consecuencias sobre el feto. <sup>(38)</sup>

- Hipertensión arterial: La hipertensión arterial sistémica se relaciona con restricción de crecimiento intrauterino, bajo peso al nacer, prematuridad y alta perinatal. El riesgo fetal es máximo cuando existe proteinuria.
- Diabetes mellitus: Uno de los objetivos terapéuticos primarios es el mantenimiento de niveles de glucosa normales, fundamentalmente en el período periconcepcional, 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 macrosomía.
- Cardiopatías: Las mujeres que presentan una cardiopatía que requiere uso de anticoagulantes orales, durante el embarazo, no podrán usarlos por su efecto teratogénico. Estas pacientes deberán ser controladas en el 3er nivel y deberán cambiar para anticoagulación parenteral con heparinas de bajo peso molecular.
- Nefropatías: Teniendo en cuenta que la gestación representa una importante sobrecarga para la función renal, el desarrollo de un embarazo en una nefrópata 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.

También las enfermedades maternas transmisibles, la mayoría de las enfermedades de origen infeccioso que se presentan a continuación son teratogénicas porque interfieren en el desarrollo embrionario. También puede ocurrir que el patógeno en cuestión, pueda continuar su acción luego del período embrionario y en algunas ocasiones aún hasta después del nacimiento. <sup>(38)</sup>

Por este motivo, es que se debe primariamente evitar su ocurrencia durante la gestación y de ocurrir ésta se debe tratar al feto o al recién nacido (si el beneficio es mayor que el riesgo).<sup>(38)</sup>

- Rubeola: Se recomienda evaluar la susceptibilidad a la Rubéola, descartando por la historia clínica que la mujer no haya padecido la enfermedad, o que no haya recibido la vacuna. En caso de dudas se justifica efectuar serología para rubéola a toda mujer en edad de procrear. Todas las mujeres no embarazadas, susceptibles, deberán ser vacunadas antes del embarazo o después del parto.<sup>18</sup>
- Varicela: Se recomienda evaluar la susceptibilidad a la Varicela, descartando por la historia clínica que la mujer no haya padecido la enfermedad, o que no haya recibido la vacuna. A pesar de que las mujeres adultas tengan una historia negativa o incierta de haber padecido varicela, más del 85% son inmunes a ella.
- Citomegalovirus: El Citomegalovirus (CMV) es la infección congénita más frecuente y es la principal responsable por los casos de sordera neuro-sensorial y retardo mental de etiología viral. El Citomegalovirus pertenece al grupo de los virus herpes y es relativamente poco contagioso, necesitando contactos estrechos y prolongados. La infección en adultos no tiene consecuencias clínicas graves excepto en pacientes inmunodeprimidas. Esta infección ocurre en 1% de los nacimientos (80% son asintomáticos).
- Toxoplasmosis: Se deberá advertir a toda mujer que desea embarazarse, acerca de las formas para evitar contraer una toxoplasmosis en el embarazo y los riesgos que la misma puede ocasionar. En aquellos países en donde se efectúe el tamizaje para toxoplasmosis se podrá advertir a las mujeres con anticuerpos anti toxoplasma que la madre portadora de infección crónica excepcionalmente transmite el parásito al feto (reactivación). A toda mujer se le debe dar los consejos generales de prevención para toxoplasmosis.
- Sífilis: Conocer el estado serológico para sífilis antes del embarazo, contribuye a efectuar el tratamiento de la mujer y sus contactos en un momento ideal. Las

mujeres con sífilis deberán ser informadas sobre los riesgos de transmisión vertical de esta infección de transmisión sexual.

- Hepatitis B: La infección fetal por hepatitis B se asocia a prematuridad y niños pequeños para la edad gestacional. Se deben identificar mujeres no vacunadas y/ o susceptibles a contraer la enfermedad. Toda la población y especialmente los adolescentes y mujeres en edad fértil deberían recibir la vacuna contra la hepatitis B cuando no tienen anticuerpos.

Toda mujer en edad fértil debe encontrarse en un estado de salud adecuado previo a una gestación para evitar posibles patologías que puedan alterar la evolución normal de su futuro embarazo o exponerla al riesgo de muerte. En este orden, identificar los factores de riesgo en una etapa preconcepcional, permitirá brindar un diagnóstico y tratamiento adecuado y oportuno a la mujer. <sup>(38,46)</sup>

Así mismo, es fundamental comunicar y educar a las mujeres en edad fértil sobre la diversidad de factores de riesgo materno-perinatal que pueden ser identificados y controlados en esta etapa; siendo la atención preconcepcional el conjunto de actividades de salud sexual y salud reproductiva que reciben las mujeres en edad fértil, donde si bien se brinda información sobre la salud de la mujer, más aún se favorecen los cambios de comportamientos que sean necesarios para mejorar su salud sexual y su salud reproductiva. <sup>(38,46)</sup>

## **METODOLOGÍA**

Se realizó un estudio pre-experimental de tipo antes-después con el objetivo de implementar una intervención educativa para elevar el nivel de conocimiento sobre el riesgo preconcepcional en mujeres en edad fértil en el consultorio no.15 del área de salud norte del municipio de Ciego de Ávila, en el periodo comprendido entre junio 2015 a mayo 2016.

### **Universo y muestra**

El Universo de estudio estuvo constituido por 30 mujeres en edad fértil, con edades comprendidas entre 15 y 49 años dispenzarizadas en CMF15 del área de Salud Norte del municipio de Ciego de Ávila, en el periodo antes referido. La muestra la conformaron todas las mujeres del universo que cumplieron con los criterios de inclusión.

#### Criterios de inclusión:

1. Mujeres que dieron su consentimiento de participar en el estudio (en el caso de las menores, el consentimiento del tutor legal) (ver anexo I).
3. Que residan en el área de salud en el momento del estudio.

#### Criterios de exclusión:

1. Tener alguna discapacidad mental que impidiera responder el cuestionario.
2. Mujeres que no se encontraran en edad reproductiva.
3. Mujeres que no desean embarazo con certeza.

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

Las fuentes de recolección de la información fueron la encuesta (ver anexo II), fuente de información primaria de la investigación, aplicada un antes y después; creada por la autora y revisado por Especialistas del servicio de Medicina General Integral de la policlínica Norte de Ciego de Ávila, además se utilizó la Historia de Salud familiar (HSF) con el propósito de recopilar información acerca de las pacientes del estudio.

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

Etapas de la Investigación: diagnóstica, intervención propiamente dicha y de evaluación.

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

*Etapa de intervención propiamente dicha:* la muestra fue conformada en 1 grupos de  $\pm$  30 féminas, a través de un muestreo simple aleatorio. La intervención se planificó para impartirla en un período de 2 meses, y para ello se desarrollaron 7 sesiones de trabajo, con una frecuencia de una vez por semana para cada grupo. Cada encuentro incluyó conferencias, charlas y técnicas participativas.

*Etapa evaluación:* se aplicó la misma encuesta inicial y se evaluarán bajo los mismos principios que la inicial, una semana 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 teórico:**

- **Histórico-Lógico:** Se utilizó para conocer el desarrollo histórico del tema de investigación y así poder argumentar acerca del estado actual del mismo. Además para lograr un acercamiento al conocimiento sobre el tema en el grupo de estudio del Área de salud de norte del Municipio de Ciego de Ávila, y cómo se han comportado las estadísticas de este problema de salud en los últimos años en el mundo, Cuba y Ciego de Ávila.

- **Analítico-Sintético:** Se analizan, comparan y confrontan las diferentes literaturas

existentes relacionadas con el problema científico. Mediante el análisis se puede conocer que existen factores que condicionan la poca orientación de la familia, la escuela y de los servicios de personal especializado en diferentes temas relacionados con el riesgo preconcepcional y su prevención en la comunidad. En la síntesis se unifican los resultados obtenidos de las diferentes fuentes para llegar a conclusiones.

- Inductivo-Deductivo: En función de realizar un razonamiento orientado de lo general a lo particular en los diferentes momentos de la investigación o viceversa.
- Modelación: Este permitió modelar, a partir de los elementos teóricos, metodológicos y los datos empíricos obtenidos durante el proceso investigativo, la propuesta de intervención educativa con acciones preventivas para la familia, la escuela y del individuo mismo, dirigida por el equipo básico de salud para prevenir y orientar a mujeres en edad fértil en el área de salud.

### **Métodos del nivel empírico:**

#### Técnica de recolección de la información

**La Entrevista:** Es un método de recogida de información cara a cara que permitió identificar los factores que estaban influyendo en la incidencia de las ITS en la comunidad estudiada.

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

La encuesta es un procedimiento utilizado en la investigación de mercados para obtener información mediante preguntas dirigidas a una muestra de individuos representativa de la población o universo de forma que las conclusiones que se obtengan puedan generalizarse al conjunto de la población siguiendo los principios básicos de la inferencia estadística, ya que la encuesta se basa en el método inductivo, es decir, a partir de un número suficiente de datos podemos obtener conclusiones a nivel general.

La principal ventaja de la encuesta frente a otras técnicas es su versatilidad o capacidad para recoger datos sobre una amplia gama de necesidades de información. Sin embargo, también presenta ciertas limitaciones o inconvenientes como son:

- La posible renuncia del encuestado a suministrar la información que se desea obtener.
- El encuestado puede ser incapaz de aportar la información requerida por múltiples motivos (que no recuerde hechos, no los conozca, no distinga entre diferentes situaciones, etc.)
- El propio proceso de interrogación puede influir en las respuestas del encuestado por cansancio en el interrogatorio cuando se trata de encuestas excesivamente largas, por dar respuestas socialmente aceptadas, etc.

Estas limitaciones o inconvenientes de la encuesta se pueden evitar o reducir a través de un exhaustivo control del instrumento de recopilación de la información, es decir, mediante un adecuado diseño del cuestionario.

## Operacionalización de las variables

| Variable                              | Tipo                           | Operacionalización   |  | Indicador                                      |
|---------------------------------------|--------------------------------|--|--|--|
|                                       |                                | Escala   | Descripción  |  |
| Edad                                  | Cuantitativa continua          | De 15 a 20 años<br>De 21 a 30 años<br>De 31 a 40 años<br>De 41 a 49 años.    | Según años cumplidos.  | Número y porcentaje según grupo de pertenencia |
| Nivel de escolaridad                  |                                | Primaria<br>secundaria<br>Preuniversitario<br>Técnico medio<br>Universitario | Según el grado de escolaridad terminado.   | Número y porcentaje según grupo de pertenencia |
| Nivel de ingreso monetario familiar * | Cualitativa ordinal            | Alto.<br>Medio alto.<br>Medio.<br>Bajo.                                      | Total de ingreso monetario en el hogar, dividido entre el total de personas en el mismo. | Número y porcentaje según grupos de edades     |
| Nivel de conocimientos                | Cualitativa nominal dicotómica | Satisfactorio<br>Insatisfactorio   | Según aplicación del cuestionario antes y después (ver anexo II)                         | Número y porcentaje según grupo de pertenencia |

### \* Según ingreso monetario en el hogar

Alto (más de 500 pesos m.n)

Medio alto (entre 300-500 pesos m.n)

Medio (entre 100-300 pesos m.n)

Bajo (menos de 100 pesos m.n)

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

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

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

### **Aspectos éticos**

Este estudio de intervención 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 los participantes, con el uso de códigos de identificación. La autonomía se mantuvo desde la decisión individual de participar o no en la investigación, por lo que cada fémina leyó, en presencia del investigador, la información necesaria y oportuna sobre el estudio, para posteriormente ambos firmar el acta de consentimiento informado.

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

## ANÁLISIS Y DISCUSIÓN DE LOS RESULTADOS.

Intervención educativa sobre riesgo preconcepcional en mujeres en edad fértil en el consultorio no.15 en el área Norte del municipio de Ciego de Ávila.

Tabla 1. Distribución según edad y nivel de escolaridad. Ciego de Ávila. 2016.

| Nivel de Escolaridad | N  | Edad |       |            |        |        |
|----------------------|----|------|-------|------------|--------|--------|
|                      |    | %    | Media | Desv. típ. | Mínimo | Máximo |
| Primaria             | 2  | 6,7  | 26,5  | 19,0       | 13     | 40     |
| Secundario           | 5  | 16,7 | 18,8  | 3,2        | 15     | 24     |
| Preuniversitario     | 5  | 16,7 | 24,4  | 8,2        | 20     | 39     |
| Técnico Medio        | 10 | 33,3 | 27,1  | 4,9        | 19     | 35     |
| Universitario        | 8  | 26,7 | 29,6  | 3,7        | 25     | 36     |
| Total                | 30 | 100  | 25,9  | 6,9        | 13     | 40     |

La tabla 1 muestra la distribución de participantes según el nivel de escolaridad vencido y las medidas de tendencia central y de dispersión de la edad, así como sus valores extremos.

Se observó que la mayoría de los participantes pertenecían al nivel de técnico medio (10) para un 33,3% del total seguido por el nivel universitario con 8 participantes (26,7%) y por los niveles el secundario y preuniversitario con 5 cada uno para un 16,7% respectivamente.

La media general de edades de la serie fue de 25,9 años y las observaciones de desviación típica se alejaron de su media en 6,9 años como promedio, con valores mínimos y máximos de 13 y 40 años respectivamente, la distribución de medias de edades entre las categorías de la variable nivel de escolaridad, resultó acorde al orden ascendente de las mismas, así la de menor media de edades resultó el nivel secundario con 18,8 años mientras el universitario con 29,6 años, resultaba con la media de edades más elevada.

Mainegra Reyes y col. en un estudio publicado en Sancti Spiritus en el año 2011, en el cual se observó que entre las edades de 31 a 40 años se encontraba el 59,6% de las féminas que se embarazan en este periodo, seguido por las edades

de 21 a 30 años con el 25,5% y solo el 4,2% se ubicaba en las edades de 40 o más años. <sup>(47- 48)</sup>

Tabla 2. Distribución según edad y Nivel de ingreso monetario familiar.

| Nivel de ingreso monetario familiar | N  | Edad |       |            |        |        |
|-------------------------------------|----|------|-------|------------|--------|--------|
|                                     |    | %    | Media | Desv. típ. | Mínimo | Máximo |
| Alto                                | 6  | 20,0 | 26,5  | 19,0       | 13     | 40     |
| Medio alto                          | 10 | 33,3 | 18,8  | 3,2        | 15     | 24     |
| Medio                               | 10 | 33,3 | 24,4  | 8,2        | 20     | 39     |
| Bajo                                | 4  | 13,3 | 27,1  | 4,9        | 19     | 35     |
| Total                               | 30 | 100  | 25,9  | 6,9        | 13     | 40     |

La tabla 2 muestra la distribución de participantes según el Nivel de ingreso monetario familiar y las medidas de tendencia central y de dispersión de la edad, así como sus valores extremos.

Se pudo observar que la mayoría de los participantes (20) indican un nivel de ingreso monetario entre medio alto y medio, para un elevado 66,6% de las participantes con estos niveles, seguido el nivel de adquisición alto con 6 de ellos para un 20,0% mientras que solo 4 de las encuestadas (13,3%), señalan un nivel de adquisición bajo.

Las participantes que indicaron un nivel de adquisición medio y medio alto, presentaron una media de edades entre 18,8 y 24,4 años, comparativamente inferior con los que señalaban el nivel de adquisición económico alto (26,5 años) y bajo (27,1 años), lo que puede guardar relación con el nivel de escolaridad adquirido reflejado en la tabla 1.

En un estudio realizado por Torres García J, González Rancel refiere que la mala situación económica se asocia al riesgo de tener recién nacidos bajo peso y/o pretérmino, con o sin afectación del desarrollo fetal. Un salario pobre impide a la mujer compensar en calidad y cantidad sus requerimientos, ocasiona trastornos en la nutrición materna, desarrollo inadecuado del embarazo y parto antes de tiempo.

(49).

Tabla 3. Participantes según nivel de conocimientos sobre enfermedades crónicas que constituyen una causa para incluirlas dentro del riesgo preconcepcional. Evaluado antes y después de la intervención.

| Nivel de conocimientos | Evaluación |      |         |      |
|------------------------|------------|------|---------|------|
|                        | Antes      |      | Después |      |
|                        | No.        | %    | No.     | %    |
| Satisfactorio          | 10         | 33,3 | 24      | 80,0 |
| Insatisfactorio        | 20         | 66,7 | 6       | 20,0 |
| Total                  | 30         | 100  | 30      | 100  |

Prueba de McNemar

P =0,001

La tabla 3 muestra la distribución de pacientes según el nivel de conocimientos sobre sobre enfermedades crónicas de riesgo para el embarazo, evaluado antes y después de desarrollar el programa capacitante.

Se pudo observar que antes de comenzar la intervención, 20/30 de los participantes presentaron un nivel de conocimientos insatisfactorio sobre las enfermedades de riesgo y que deben presentar un control prenatal sistemático por parte de la consulta de riesgo prenatal para un elevado 66,7% del total, mientras que solo 10 (33,3%), respondían correctamente los ítems consignados en el cuestionario.

Una vez finalizada la capacitación, el nivel de conocimientos adecuados, con respuestas satisfactorias aumentó a 24 féminas (80,0%), mientras que solo 6 (20,0%) de las féminas encuestadas finalmente respondieron insatisfactoriamente; la modificación de conocimientos resultó significativa por los buenos resultados observados en la encuesta inicial.

Las enfermedades crónicas y entre ellas la obesidad y la Hipertensión Arterial constituyeron las dos enfermedades de mayor incidencia en el riesgo reproductivo preconcepcional, otras con menor frecuencia fueron el Asma Bronquial, afecciones ginecológicas crónicas, Diabetes Mellitus, Cardiopatías y en menor proporción las enfermedades del tiroides, hematológicas, epilepsia y nefropatías. <sup>(50)</sup>

Esta fundamentación encuentra similitud en términos de resultados en los autores Nelson SM, Fleming RF, que clasificaron el mayor número de pacientes añosas como principal causa de riesgo preconcepcional. Sin embargo, se aleja de Rayburn WF y Phelan ST que encontraron el asma bronquial y la hipertensión arterial, así como de Chuang CH y colaboradores que diagnosticaron la obesidad, seguida de las cardiopatías y la diabetes mellitus. <sup>(54-55-56)</sup>

Tabla 4. Participantes según nivel de conocimientos sobre ventajas de los métodos anticonceptivos, evaluado antes y después de la intervención.

| Nivel de conocimientos | Evaluación |      |         |      |
|------------------------|------------|------|---------|------|
|                        | Antes      |      | Después |      |
|                        | No.        | %    | No.     | %    |
| Satisfactorio          | 3          | 10,0 | 28      | 93,3 |
| Insatisfactorio        | 27         | 90,0 | 2       | 6,7  |
| Total                  | 30         | 100  | 30      | 100  |

Prueba de McNemar

$P = 0,000$

La tabla 4, muestra la distribución de pacientes según el nivel de conocimientos sobre las ventajas de los métodos anticonceptivos en las relaciones sexuales, evaluado antes y después de desarrollar la intervención comunitaria.

Se pudo observar que en la evaluación inicial, 3 de las participantes presentaban un satisfactorio nivel de conocimientos para un 10,0% de la muestra mientras que 27 de ellos (90,0%), no lograban identificar las respuestas correctas de los ítems consignados en la encuesta.

Una vez finalizado el programa educativo y reaplicado el cuestionario, el número de participantes con conocimientos adecuados se elevó a 28 (93,3%), siendo esta modificación, positiva y significativa en base al resultado de la prueba estadística con un valor de la p calculada muy inferior a 0,05.

Asumir un embarazo sin el apoyo de la pareja puede resultar difícil para la mujer ya que su estado emocional se modifica, de ahí que sea un aspecto importante la puesta en práctica del programa de Maternidad y Paternidad Responsable en el cual se trabaja para involucrar no sólo a los futuros padres, sino también a la familia en este paso tan trascendental, en la vida de cualquier individuo. <sup>(51,52)</sup>

Respecto a este elemento en un estudio realizado por Lugones Botell M refiere que son pocas las parejas que consideran que controlar los embarazos no es sólo responsabilidad de la mujer, por lo tanto en aquellos casos en los que aún no se ha decidido la esterilización femenina y resulta incompatible la utilización de otro método femenino los hombres pueden apelar al uso de los dispositivos propios

para su sexo, con el propósito de ayudar también desde su género al control del riesgo preconcepcional, la mayoría de las mujeres refieren no asistir a ninguna consulta de planificación familiar, desestimando el posible peligro o gravedad para un futuro. (51,52)

Tabla 5. Participantes según nivel de conocimientos sobre factores de riesgo en la etapa reproductiva preconcepcional. Evaluado antes y después de la intervención.

| Nivel de conocimientos | Evaluación |      |         |      |
|------------------------|------------|------|---------|------|
|                        | Antes      |      | Después |      |
|                        | No.        | %    | No.     | %    |
| Satisfactorio          | 3          | 10,0 | 28      | 93,3 |
| Insatisfactorio        | 27         | 90,0 | 2       | 6,7  |
| Total                  | 30         | 100  | 30      | 100  |

Prueba de McNemar

$P = 0,000$

La tabla 5 muestra la distribución de féminas según el nivel de conocimientos sobre los principales factores de riesgo preconcepcional, evaluado antes y después de desarrollar la intervención comunitaria.

Se observó que antes de la aplicación de la intervención capacitante, solo 3 de los participantes presentaban un nivel de conocimientos satisfactorio para el 10,0% del total, mientras que 27 (90,0%) de ellas no calificaban con respuestas correctas en este acápite del cuestionario.

Al aplicar por segunda vez la encuesta, ya un tiempo prudencial de terminar con la intervención comunitaria, las participantes con respuestas consideradas adecuadas aumentaron a 28 para un 93,3% el cual resultó en un aumento porcentual considerable, resultando suficiente para ser considerado significativo por la prueba de McNemar.

El servicio de planificación familiar y riesgo preconcepcional tiene dentro de sus funciones las de asesorar la organización de diferentes actividades relacionadas con la atención integral a la mujer, para ello cuenta con un área funcional responsabilizada con diseñar, orientar controlar y evaluar la estrategia de atención integral al riesgo reproductivo preconcepcional, la coordinación y planificación con los proveedores de los aseguramientos logísticos relacionados con la anticoncepción y el perfeccionamiento centralizado, dirigido a especialistas de Ginecología, Medicina y Enfermería de la familia y los GBT que dan

seguimiento a investigaciones y temas específicos relacionados con la salud sexual y reproductiva y en especial al riesgo reproductivo preconcepcional. <sup>(51-53)</sup>

Esta fundamentación encuentra similitud en términos de resultados en los autores Nelson SM, Fleming RF, que clasificaron el mayor número de pacientes añosas como principal causa de riesgo preconcepcional. <sup>(54)</sup>

Tabla 6. Conocimientos sobre las condiciones relacionadas con afecciones de la madre y posibles daños al niño. Evaluado antes y después de la intervención.

| Nivel de conocimientos | Evaluación |      |         |      |
|------------------------|------------|------|---------|------|
|                        | Antes      |      | Después |      |
|                        | No.        | %    | No.     | %    |
| Satisfactorio          | 5          | 16,7 | 26      | 86,7 |
| Insatisfactorio        | 25         | 83,3 | 4       | 13,3 |
| Total                  | 30         | 100  | 30      | 100  |

Prueba de McNemar  $p = 0,000$

La tabla 6, muestra la distribución de pacientes según el nivel de conocimientos sobre las condiciones relacionadas con afecciones de la madre y posibles daños al niño en la etapa preconcepcional, evaluado antes y después de desarrollar la intervención comunitaria.

Se observó que en la encuesta diagnóstica realizada al comienzo de la investigación, solo 5 de las participantes presentaban un nivel de conocimientos satisfactorio para el 16,7% de la muestra, y 25 personas (83,3%) no marcaban los ítems correctos de la encuesta.

Una vez terminado el proceso de intervención y aplicada la encuesta nuevamente, las cifras se invirtieron y las respuestas correctas se elevaron a 26 de las participantes para un 86,7% lo que resultó en una modificación significativa y positiva.

En un estudio realizado por Mainegra R.M esta refirió que la clasificación del riesgo reproductivo preconcepcional evidenció las pacientes añosas como principal causa debido a que en estas edades se asocian factores biológicos, psicológicos y sociales los cuales influyen de forma negativa para la concepción. Esta fundamentación encuentra similitud en términos de resultados en los autores Nelson SM, Fleming RF, que clasificaron el mayor número de pacientes como añosas. Sin embargo, se aleja de Rayburn WF y Phelan ST, que encontraron el asma bronquial y la hipertensión arterial, así como de Chuang CH y colaboradores

que diagnosticaron la obesidad, seguida de las cardiopatías y la diabetes mellitus.

(47, 54, 55, 56)

Es sabido que en Cuba al igual que en países desarrollados, se ha creado el grupo de trabajo con el objetivo de aumentar la vigilancia sobre el elevado número de asmáticas y prevenir los resultados negativos que esta enfermedad provoca durante el embarazo, lo mismo sucede en otros reportes con la hipertensión arterial asociada al embarazo y su secuela de retraso en el crecimiento intrauterino y morbilidad materna, la diabetes mellitus con las malformaciones fetales, el parto pretérmino, la macrosomía y el óbito, la infección urinaria tan común en el embarazo, (entre un siete a un 15 %), con frecuencia relacionada a la hipertensión arterial, la infección ovular, la rotura prematura de membrana, el parto pretérmino, la muerte fetal y/o materna y la edad en la que todos coinciden en adjudicar un papel preponderante a la hora de concebir un embarazo, y en afirmar el incremento de las afecciones inducidas o asociadas al mismo en los llamados “extremos del período fértil” donde la complicación para la madre y su hijo es más elevada cuando el embarazo se produce antes de los 18 años y después de los 35. (57-60)

Tabla 9. Participantes según nivel de conocimientos general, evaluado antes y después de la intervención.

| Nivel de conocimientos | Evaluación |       |         |      |
|------------------------|------------|-------|---------|------|
|                        | Antes      |       | Después |      |
|                        | No.        | %     | No.     | %    |
| Satisfactorio          | 0          | 0,0   | 29      | 96,7 |
| Insatisfactorio        | 30         | 100,0 | 1       | 3,3  |
| Total                  | 30         | 100   | 30      | 100  |

Prueba de McNemar  $p = 0,000$

La tabla 8 muestra la distribución de pacientes según el nivel de conocimientos general, 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, ninguna de las participantes obtuvo una respuesta satisfactoria en la materia evaluada (0,0%) todas presentaban un nivel de conocimientos general como insatisfactorio sobre elementos referentes al tema investigado.

Ya pasado un tiempo prudencial de terminado el programa de intervención aplicado y evaluada la encuesta por segunda vez, esta cifra se elevó a 29 participantes evaluados con conocimientos generales satisfactorios sobre riesgo preconcepcional y logrando de esta forma una modificación del nivel de conocimientos de forma positiva y significativa según la interpretación de la prueba empleada.

El éxito de cualquier medida preventiva depende en gran parte del conocimiento de los factores de riesgo y del impacto que su modificación pueda tener sobre la progresión de la enfermedad. En el caso del riesgo preconcepcional conocemos un buen número de factores de riesgo existentes en nuestras féminas y afortunadamente muchos pueden ser modificables.

Las intervenciones educativas para la riesgo reproductivo son una metodología que se ha comenzado a incorporar como estrategia de prevención en los últimos

años, debido a su bajo requerimiento de recursos (humanos y materiales), como la necesidad de aumentar el nivel educacional en la población objetivo, a sabiendas que una población educada en salud mejora sus conductas preventivas, nuestro resultado coincide con los expuestos por diferentes autores donde reafirman que con los actuales avances tecnológicos se podría pensar que las estrategias apuntan a la utilización de dichas tecnologías a la hora de educar a la población sobre un tema en particular. Sin embargo, es importante considerar los recursos con los cuales se cuenta, las características de la población a intervenir (ej, nivel educacional) y la factibilidad de la aplicación de la tecnología sobre el tema que se desea educar. Las sesiones de discusión y los folletos educativos parecen ser las estrategias más ampliamente utilizadas, debido probablemente a que su bajo costo las hace accesibles y asegura la entrega de la información necesaria. No obstante, es de considerar que su utilización suele no ser la única metodología a emplear, considerando la combinación de éstas entre sí o con otras metodologías, según los recursos disponibles. La importancia final radica en la elección de una metodología que garantice la retención de los contenidos entregados en la población beneficiada. <sup>(61,62)</sup>

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

## **CONCLUSIONES**

En nuestro trabajo predominaron las edades entre la segunda y tercera décadas de la vida y el nivel de escolaridad de técnico medio. Predominó el nivel de adquisición monetaria entre medio alto y medio. Se encontraron diferencias significativas y se reportó una modificación positiva en el nivel de conocimientos sobre riesgo preconcepcional en mujeres en edad concepcional en temas sobre enfermedades crónicas de riesgo para el embarazo, uso de medios anticonceptivos para evitar el embarazo no deseado, sobre afecciones de la madre y posibles daños al niño, factor de riesgo en la etapa preconcepcional, así como riesgos que tienen las embarazadas con riesgo preconcepcional, resultando en un cambio significativo en forma de mejoría.

## **RECOMENDACIONES**

Perfeccionar los mecanismos de dispensarización del riesgo reproductivo preconcepcional sobre la base del análisis de la situación de salud del área atendida por el Médico y la Enfermera de Familia así mejorar la competencia y el desempeño del personal relacionado con el tema, y promover la información, orientación y servicios a grupos de adolescentes y jóvenes dirigidos a incrementar la motivación y los cambios de actitudes y conductas hacia la planificación familiar.

## BIBLIOGRAFÍA

1. Rubens CE, Gravett MG, Victora CG, Nunes TM, and the GAPPS Review Group: Global report on preterm birth and stillbirth (7 of 7): mobilizing resources to accelerate innovative interventions BMC Pregnancy and Childbirth 2010, 10 (Suppl 1):S7
2. Cuba, MINSAP. Riesgo Reproductivo Programa para la reducción del bajo peso al nacer de Atención Primaria. Ciudad de la Habana, Editorial Ciencias Médicas, 1998, pág. 18-22.
3. Cabezas E; Herrera, V; Ortega, M; Santiesteban, S, Riesgo Preconcepcional en: Procederes de Obstetricia y Ginecología para el Médico de la Familia, La Habana, Editorial Ciencias Médicas, 1998, pág.5-7.
4. Kelley MK, Rubens CE, and the GAPPS Review Group: Global report on preterm birth and stillbirth (6 of 7): ethical considerations BMC Pregnancy and Childbirth 2010, 10 (Suppl 1):S6
5. Lazdam M, De la Horra A, Pitcher A, et al. Elevated blood pressure in offspring born premature to hypertensive pregnancy: is endothelial dysfunction the underlying vascular mechanism? Hypertension. 2010;56(1):159–165
6. Ghosh JKC, Wilhelm MH, Dunkel-Schetter C, Lombardi CA, Ritz BR. Paternal support and preterm birth, and the moderation of effects of chronic stress: a study in Los Angeles County mothers. *Arch Womens Ment Health*. 2010;13(4):327–338.
7. Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia. Consulta Preconcepcional. Protocolos Asistenciales en Ginecología y Obstetricia. Tomo I. Protocolo nº 2 bis 1997. Disponible en: URL: <http://www.sego.es/protoA1/proto02bis.htm>.
8. Engmann C, Walega P, Aborigo RA, et al. Stillbirths and early neonatal mortality in rural Northern Ghana. *Trop Med Int Health*. 2012;17(3):272–282
9. Bolajoko O, Olusany A. Full-term newborns with congenital microcephaly and macrocephaly in Southwest Nigeria. *Int Health*. 2012;4(2):128–134
10. Rodríguez R, Hernández Y, Gómez L. Caracterización de las mujeres con riesgo preconcepcional controladas con anticoncepción hormonal. *Rev Cubana Obstet Ginecol*. 26(2):82-6.

11. Lanza Aguila M, Bimbibre Taboada R, Soto Cantero A, Martín Llamas G. Impacto del programa crecer en la adolescencia. *Rev Cubana de Medicina General Integral* 2001 15 (1) 32-5.
12. Organización Panamericana de la Salud. Manual sobre el enfoque de riesgo en la atención maternoinfantil. Serie Paltex No.7, 1986:5-45.
13. Del Monte E, Viñas C, González N, Lantigua A. Reflexiones sobre la atención a personas con defectos genéticos en el nivel primario de salud. *Rev Cubana Med Gen Integr.* 2000; 16 (2):194-7. Disponible en: [http://bvs.sld.cu/revistas/mgi/vol16\\_2\\_00/mgi15200.htm](http://bvs.sld.cu/revistas/mgi/vol16_2_00/mgi15200.htm)
14. Cabrera Y, Ortega M, Orsay MC, Sanz L. Riesgo reproductivo preconcepcional: análisis de su comportamiento en tres consultorios médicos. *Rev Cubana Med Gen Integr.* 2005; 21(3-4).
15. Shrestha S, Dangol SS, Shrestha M, Shrestha RP. Outcome of preterm babies and associated risk factors in a hospital. *J Nepal Med Assoc.* 2010;50(180):286–290.
16. 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.
17. 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.
18. Ministerio de Salud Pública. Manual de diagnóstico y tratamiento en Obstetricia y Perinatología. La Habana Editorial Ciencias Médicas 2006: p17-21.
19. Garrido Riquenes C. Riesgo Reproductivo. En Álvarez Sintés R. Temas de Medicina General Integral. Vol. I La Habana Editorial Ciencias Médicas 2001: p273-8.
20. Durán Santos M, González Teijeiro M. Estudio de educación preconcepcional de mujeres en edad fértil en dos centros de salud. *Rev Med Gener Sociedad Española Med Gener.* 2006; 43:252-62.

21. Prendes Labrada M, Guibert Reyes W, González Gómez I, Serrano Borges E. Riesgo preconcepcional en la consulta de planificación familiar Rev Cubana Med Gen Integr 2004; 17(4):360-6.
22. Hadavi M, Alidalaki S, Abedininejad M, Akhavan S. Etiologies and contributing factors of perinatal mortality: a report from southeast of Iran. *Taiwan J Obstet Gynecol.* 2011;50(2):145–148
23. Lawn JE, Kerber K, Enweronu-Laryea C, Cousens S. 3.6 million neonatal deaths – what is progressing and what is not? *Semin Perinatol.* 2010;34(6):371–386
24. Regueira J, Rodríguez R, Brizuela S. Comportamiento del riesgo preconcepcional Rev Cubana Med Gen Integr 1998; 14(2):160-4.
25. Florinda Varona de la Peña, Nerys Echavarría Rodríguez. Nora M. Orive Rodríguez. Pesquisa de los Riesgos Preconcepcionales y Prenatales. Revista Cubana de Ginecológica Ciudad de la Habana octubre-diciembre 2010.
26. Eduardo Valdés Ramos, Lic. Isandra Blanco Rojas. 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. 2011 disponible en [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0138-600X2011000400007&lng=es&nrm=iso](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0138-600X2011000400007&lng=es&nrm=iso)
27. María del Carmen González, Leidys Hernández Gálvez, Carmen Maldonado. Caracterización de algunas variables en las adolescentes atendidas en la consulta de Planificación Familiar del Policlínico Belkis Sotomayor Álvarez MediCiego 2011.
28. Labadí V A, Bauza R D, Moreno V Y. Eficacia del Manejo y control del Riesgo Reproductivo Preconcepcional. Comunidad de Providencia 2009-2010. III Congreso de Medicina Familiar.
29. González F, Brito m, Maneiro P. El embarazo en adolescente: un problema de alto riesgo. Rev Obstet Venezuela 2010; 57: 13-7.
30. Leuzzi RA, Scoles KS. Preconception counseling for the primary care physician. Med Clin North Am 2010; 80 (2): 337-73.

31. Faneite P, González M, Rivera C, Linares M, Faneites J. Incidencia y factores prenatales en el embarazo de riesgo. *Rev Obstet Ginecol Venezuela* 2002; 60(4): 22-8. Kuller JA, Laifer SA. Preconceptional counseling and intervention. *Arch Intern Med* 2010; 24 (154): 2273-80.
32. Tapia Curiol A, Oropesa Casillas F. Embarazo de la adolescente y su apoyo psicosocial. *Boletín Adolescencia de la UIESSA, Guadalajara, México* 2011; 1(3): 3.
33. American Diabetes Association. Clinical Practice Recommendations 2000. Preconception care of women with diabetes. *Diabetes Care* 2010; 23 (Supl 1). Disponible en: <http://journal.diabetes.org/FullText/Supplements/DiabetesCare/Supplement100/S65.htm>.
34. Rafael TJ, Hoffman MK, Leiby BE, Berghella V. Gestational age of previous twin preterm birth as a predictor for subsequent singleton preterm birth. *Am J Obstet Gynecol.* 2012;206(2):156.e1–156.e6
35. Blencowe H, Cousens S, Oestergaard M, et al. National, regional, and worldwide estimates of preterm birth rates in the year 2010 with time trends since 1990 for selected countries: a systematic analysis and implications. *Lancet.* 2012;379(9832):2162–2172.
36. Choi YY, Song ES, Kim YH, Song TB. Analysis of high-risk infant births and their mortality: ten years' data from Chonnam National University Hospital Medical School, Gwangju, Korea. *Chonnam Med J.* 2011;47(1):31–38
37. Lawn JE, Kerber K, Enweronu-Laryea C, Cousens S. 3.6 million neonatal deaths – what is progressing and what is not? *Semin Perinatol.* 2010;34(6):371–386.
38. El nacimiento de una familia: seguimiento de la gestación desde un enfoque familiar. En: McDanie S, et al. Orientación familiar en Atención Primaria. Manual para médicos de familia y otros profesionales de la salud. 1ª ed. Springer 1998; 119-38.
39. Gupta N. Perinatal mortality: an analysis of causes and strategies. *Indian Med Assoc.* 2011;109(4):245–246, 255–257

40. Hendler I, Goldenberg RL, Mercer BM, et al. The Preterm Prediction Study: Association between maternal body mass index and spontaneous and indicated preterm birth. *Am J Obstet Gynecol* 2013;192:882–886
41. Cole TJ, Hey EN, Richmond S. The PREM score: a graphical tool for predicting survival in very preterm births. *Arch Dis Child Fetal Neonatal*. (2010) Ed 95: F14–9
42. Cabrera, C. Perinatología. Medicina Materno Fetal. *Rev Obstet. Ginecol Venez*, 67(3): 141-142. 2007.
43. Tsai HJ, Liu X, Mestan K, Yu Y, Zhang S, Fang Y, Pearson C, Ortiz K, Zuckerman B, Bauchner H et al: Maternal cigarette smoking, metabolic gene polymorphisms, and preterm delivery: new insights on GxE interactions and pathogenic pathways. *Hum Genet* 2011, 123(4):359-369
44. Stillerman KP, Mattison DR, Giudice LC, Woodruff TJ: Environmental exposures and adverse pregnancy outcomes: a review of the science. *Reprod Sci* 2011, 15(7):631-650
45. Capitán Jurado, M., Cabrera Vélez, R. Atención preconcepcional. La consulta preconcepcional en Atención Primaria. Evaluación de la futura gestante. *Medifam v.11 n.4 Madrid abr. 2010*.
46. Navas Abalos, N., Castillo Fernández, F.A., Campos Martne, A. Caracterización del riesgo preconcepcional. *Archivo Médico de Camagüey*, vol. 10, núm. 2, 2006, pp. 1-7.
47. Mainegra R. M, Pérez R. N, Dr. Cruz Á. T, Betancourt C. O. Riesgo reproductivo preconcepcional. Policlínico Docente "Miguel Montesino Rodríguez". Fomento. Sancti Spíritus. *Gaceta Médica Espirituana* 2011; 13(2).
48. Beckfort. H. V, Taureaux. D. N. Riesgo preconcepcional, en mujeres en edad fértil, consultorio no 6, policlínico plaza de la revolución, 2008. La Habana 3-7 de diciembre de 2012 ISBN 978-959-212-811-8.
49. Torres García J, González Rancel MA. Riesgo reproductivo. *Rev. Cubana Obstet Ginecol*. La Habana 2010; 27(3): 115-119.

50. Leyva S. M, Medina S. M, Carralero Z. M. Comportamiento del riesgo reproductivo preconcepcional en mujeres en edad fértil. Policlínico René Ávila Enero. Habana. 2010- 2011.
51. Lugones Botell M." El Riesgo Preconcepcional Y La Planificación Familiar. Como Estrategia De Salud Del Médico De Familia". Rev. Cubana. MGI. En Presa. 1985 29.
52. Lugones Botell M." Analisis Del Riesgo Preconcepcional En El Gbt. Polc. 19 De Abril. 2004 Trabajo Para Optar Por Título De Especialista De MGI.
53. Vazquez A, Margadel L." Morbilidad Y Mortalidad En El Embarazo Precoz". Rev. Cubana. 1998.
54. Nelson SM, Fleming RF. The preconceptual contraception paradigm: obesity and infertility. Hum Reprod. 2007 Apr; 22(4): 912-5. Disponible en: <http://humrep.oxfordjournals.org/content/22/4/912.full.pdf+html>.
55. Rayburn WF, Phelan ST. Promoting healthy habits in pregnancy. Obstet Gynecol Clin North Am. 2012 Sep;35(3):385-400.Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/18760226>.
56. Chuang CH, Hillemeier MM, Dyer AM, Weisman CS, Rayburn WF. The relationship between pregnancy intention and preconception health behaviors. Prev Med. 2011; 53 (1-2):85-8. Disponible en: <http://www.womenshealthcoe.psu.edu/documents/The%20relationship%20between%20Opregnan>.
57. Medellín Semental María O. Alanis Niño G. Influencia de la infección de vías urinarias en la amenaza de parto pretérmino. Edición Especial. RESPYN NL. México, Monterrey 2004; 4
58. Alvarado DA. Anticoncepción en México. Rev. Ginecol Obstet. México 2002; 70(5): 227-35
59. González BO. Assessment of women's perception and knowledge preconceptual risk in nine municipalities in Matanzas province, Cuba. Medic review 2003; 5(2-3): 15 -8.
60. Cuba. MINSAP Anuario Nacional de Estadística; 2003 .p.78, 295.

61. Quevedo Freitas Gilberto, Vázquez Ortiz Marta Eugenia, Zulueta Yate Morayma, Fernández Charón Eddy, Ruz Domínguez Josefa Eugenia. Comportamiento del riesgo preconcepcional en el consultorio médico El Turagual de Venezuela. Rev Cubana Med Gen Integr 2012; 28(2)
62. Tirado Armas, Y. asistencia preconcepcional, su relación con las complicaciones en el embarazo y el resultado de la gestación. Hospital Central Universitario "Dr. Antonio María Pineda" Barquisimeto. 2010.

## ANEXO I

### ACTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO

Policlínico Docente Norte de Ciego de Ávila.

Servicio MGI

Fecha: \_\_\_\_\_

Yo: \_\_\_\_\_

He recibido suficiente información sobre la investigación que se realiza en el municipio de Ciego de Ávila, sobre el programa de intervención para modificar conocimientos relacionados a riesgo preconcepcional en mujeres en edad fértil. Estoy dispuesta a participar en este estudio, responderé con honestidad todas las preguntas que me sean realizadas.

La Dra. \_\_\_\_\_

Me ha explicado que todos mis datos son confidenciales y que mi nombre no será revelado.

Comprendo que mi participación en esta actividad es voluntaria y que puedo retirarme por decisión propia cuando lo desee, sin necesidad de expresar los motivos.

\_\_\_\_\_

Firma del Paciente

\_\_\_\_\_

Firma del Investigador

## ANEXO II

### Cuestionario de recogida de información

#### Área de salud Norte

#### Municipio Ciego Ávila

1. Marca con una X las enfermedades que en caso de padecerlas constituiría causa para incluirse en el riesgo preconcepcional.

A\_\_\_\_ Cardiopatía

F\_\_\_\_ Bronquitis Aguda

B\_\_\_\_ Diabetes Mellitus

G\_\_\_\_ Hipertensión Arterial

C\_\_\_\_ Amigdalitis Aguda

H\_\_\_\_ Catarro Común

D\_\_\_\_ Sicklemia

I\_\_\_\_ Trastornos Psiquiátricos

E\_\_\_\_ Asma Bronquial

J\_\_\_\_ Anemia

2. ¿Sabe usted cómo evitar el embarazo? Marque con una X las respuestas correctas.

A\_\_\_\_ Usando métodos anticonceptivos.

B\_\_\_\_ Tomar té abortivo.

C\_\_\_\_ No relaciones sexuales.

D\_\_\_\_ Legrado.

E\_\_\_\_ Uso del condón.

F\_\_\_\_ Esterilización quirúrgica.

3. De las siguientes condiciones relacionadas con afecciones de la madre y posibles daños al niño diga V o F.

A\_\_\_\_ Las pacientes con hipertensión arterial crónica no estudiada no constituyen un riesgo de muerte para el feto durante el embarazo.

B\_\_\_\_ Las mujeres bajo peso, anemias, fumadoras tienen la posibilidad de tener hijos bajo peso.

C\_\_\_\_ Las mujeres con vaginosis bacteriana durante el embarazo tienen baja probabilidad de tener hijos con malformaciones congénitas y síndrome de Down.

D\_\_\_ Las infecciones vaginales constituyen un riesgo para el embarazo porque conllevan al aborto y el parto pretérmino.

E\_\_\_ Las mujeres que hayan adquirido una enfermedad de transmisión sexual durante el embarazo no les repercuten en el feto.

F\_\_\_ Las gestantes con diabetes mellitus descompensadas en el primer trimestre del embarazo no corren riesgo de malformaciones congénitas.

G\_\_\_ Las mujeres que padecen de insuficiencia cardíaca corren riesgo durante el embarazo y o parto.

4. De las siguientes condiciones cuales Ud. Considera que constituye un factor de riesgo en la etapa preconcepcional. Marque con una X.

A\_\_\_ Tener hijos anteriores bajo peso al nacer, retraso mental o con malformaciones congénitas.

B\_\_\_ Mujer o pareja cuya conducta personal y social constituyen un riesgo evidente para la salud (malas condiciones de vida alcoholismo, ingestión de drogas, etc.)

C\_\_\_ Abortos espontáneos sobre todo del segundo trimestre.

D\_\_\_ Mujer con ligadura o esterilización quirúrgica.

E\_\_\_ Cesárea realizada en un tiempo menor de 2 años.

5. Según tus conocimientos marca con una X. ¿Cuáles son los riesgos que tienen las mujeres en la etapa preconcepcional?

A\_\_\_ Muerte Fetal.

B\_\_\_ Recién nacido bajo peso.

C\_\_\_ Contraer infecciones respiratorias.

D\_\_\_ Embarazos múltiples

E\_\_\_ Disfunciones sexuales

Nivel de conocimientos:

Pregunta 1:

Correctas: Contestar incisos A, B, D, E, G y J.

Incorrectas: Contestar incisos C, F, H y I.

Pregunta 2:

Correctas: Contestar incisos A, C, E y F.

Incorrectas: Contestar incisos B y D.

Pregunta 3:

Correctas: Contestar incisos B, D y G.

Incorrectas: Contestar incisos A, C, E y F.

Pregunta 4:

Correctas: Contestar incisos A, B y C.

Incorrectas: Contestar inciso D y E.

Pregunta 5

Correctas: Contestar incisos A y B.

Incorrectas: C, D y E

Calificación Final:

Correctas: Contestar 4 preguntas.

Incorrectas: Contestar 2 preguntas.

## **ANEXO III**

### **Programa de intervención educativa Área de salud Norte Municipio Ciego Ávila**

Las actividades de intervención comunitaria constarán de 7 actividades que serán impartidas todos los jueves en horario de la tarde en un aula del consultorio familiar no.15 del área norte de salud de Ciego de Ávila. Impartida por médicos y enfermeras del mismo.

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

#### **Primer encuentro:**

Hora: 1:00 pm-1:50 pm (primer grupo)

2:00 pm-2:50 pm (segundo grupo)

Lugar: CMF no.15

Título: Inicio de la intervención.

Objetivos: 1- Presentación de los participantes involucrados.

2-comenzar la intervención.

Duración: 30 minutos.

Recursos: 1- Médico.

2- Hojas blancas.

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

Técnica participativa: Encuentro

Introducción: Durante este primer encuentro se procederá a la presentación de cada uno de los participantes de acuerdo a su nombre, edad y procederán a

presentarse uno a uno, momento en el cual cada uno contarán el motivo por el cual quisieran participar en cada una de las actividades.

Desarrollo: una vez concluida el primer momento se procederá a informar el horario, fechas y lugares previsto, se hablará acerca de los objetivos del proyecto para promover salud y de esta manera aumentar el conocimiento en la población. Se dará a conocer todo lo referido al proyecto y se les informará que cada cual es libre de decidir su participación en el mismo o si deciden en el transcurso del mismo abandonarlo están en absoluto derecho. En un último momento se entregará a cada uno de las participantes el consentimiento informado impreso, el cual se leerá para que posteriormente sea firmado por cada uno de los participantes. Exhortándolos a participar en el próximo encuentro.

### **Segundo encuentro:**

Hora: 1:00 pm-1:40 pm (primer grupo)

2:00 pm-2:40 pm (segundo grupo)

Lugar: CMF no.15

Título: Factores de riesgo de riesgo preconcepcional.

Objetivo: 1 - Analizar los principales factores de riesgo preconcepcional.

Tipo de actividad: Conferencia.

Duración: 30 minutos.

Recursos: 1- Médico.

2- Una computadora.

4- Sobres.

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

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

Desarrollo: Para dar comienzo a la actividad se utilizará la técnica participativa: la sorpresa, que consiste en repartir un sobre sellado a cada participante, las mismas en su interior están cargados de frases, fragmentos de poesías y refranes. Que cada participante deberá abrir y simultáneamente leer todo el contenido, esto se realizarán con el objetivo de motivar y hacer amena la actividad.

En un segundo momento se impartirá una conferencia utilizando un Power Point, donde se tratará los factores de riesgos de estas infecciones.

Al finalizar la actividad se entregará mini boletín que informaran modos y estilos de vida saludables.

### **Tercer encuentro:**

Hora: 1:00 pm-1:40 pm (primer grupo)

2:00 pm-2:40 pm (segundo grupo)

Lugar: CMF no.15

Título: Incidencia de los factores de riesgo

Objetivos: 1- identificar los factores de riesgo de las participantes  
2 –trazar medidas para prevenirlos

Duración: 40 minutos.

Recursos: 1- Médico.

### **Técnica participativa: charla de grupo**

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

Desarrollo: Comenzará explicando a las participantes en que consiste la charla de grupo; en la misma cada miembro expondrá con sus palabras que significa para ellos un factor de riesgo luego se procederá a explicar por parte del médico qué medidas tomar para evitar los mismo. Al finalizar concluiremos con una pregunta para promover la próxima actividad.

¿Sabe usted cuáles son las posibles consecuencias del riesgo preconcepcional?

**Quinto encuentro:**

Hora: 1:00 pm-1:40 pm (primer grupo)

2:00 pm-2:40 pm (segundo grupo)

Lugar: CMF no.15

Título: Orientar sobre el cuadro clínico de la embarazada con riesgo preconcepcional.

Objetivos: 1- Analizar cuadro clínico de embarazadas con riesgo.

Tipo de actividad: Conferencia.

Duración: 40 minutos.

Recursos: 1- Médico.

2- Una computadora.

***Técnica participativa:*** “¿Qué es el nacimiento de un niño?”

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

Desarrollo:

Se llevará a cabo como inicio de la actividad la técnica de animación "¿Qué crees de la vida?", la misma consistirá en que cada participante opinará que significa la vida desde su punto de vista sobre el nacimiento de un niño. En un segundo momento mostraremos una pancarta educativa con las diferentes formas de presentación del recién nacido sano. Luego impartiremos una conferencia guiada por un Power Point, que abarcará temas relacionados con las principales complicaciones durante el parto.

**Sexto encuentro:**

Hora: 1:00 pm-1:40 pm (primer grupo)

2:00 pm-2:40 pm (segundo grupo)

Lugar: CMF no.15

Título: Prevención de riesgo preconcepcional.

Objetivos: Analizaremos brevemente la conducta a seguir en mujeres identificadas con riesgo.

Tipo de actividad: Conferencia.

Duración: 40 minutos.

Recursos: 1- Médico.

2- Una computadora.

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

Desarrollo: En un segundo momento realizaremos una conferencia con un Power Point abarcando las posibilidades cambios en el estilo de vida de la mujer en riesgo, insistiendo una vez más en la importancia de evitar los factores de riesgo, lo cual no solo beneficia a la gestante sino al producto de su concepción.

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

### **Séptimo encuentro:**

Día: 15/8/14

Hora: 1:00 pm-1:50 pm (primer grupo)

2:00 pm-2:50 pm (segundo grupo)

Lugar: CMF no.15

Título: Culminación de la intervención.

Objetivo: Fortalecer los vínculos creados entre los participantes.

Duración: 30 minutos.

Recursos: 1- Médico.

Técnica Participativa: Despedida

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

Desarrollo: En esta última actividad se realizará la técnica de animación " despedida", la misma consistirá en que los participantes expresarán como se han sentido durante todas las secciones, que aprendieron de la misma, cuáles han sido su experiencia y si lograron aprender de las mismas. Al culminar la intervención se les entregará a los participantes un recuerdo de su participación durante la intervención.