

AREA DE SALUD BELKYS
MUNICIPIO CIEGO DE ÁVILA

Título: Intervención educativa sobre Riesgo Reproductivo Preconcepcional en mujeres en edad fértil del CMF No 22 del Policlínico Belkys.

Autor: Dra. Ohilda López Sánchez.

Tesis para optar por el Título de Especialista de 1er Grado en
Medicina General Integral.

Ciego de Ávila
2019



Universidad de Ciencias Médicas “Dr. José Assef Yara”.

Ciego de Ávila

Policlínico Docente “Belkys Sotomayor”.

Ciego de Ávila

Intervención educativa sobre Riesgo Reproductivo
Preconcepcional en mujeres en edad fértil del CMF No 22
del Policlínico Belkys.

Autor: Dra. Ohilda López Sánchez.

Aspirante a especialista de Primer Grado en Medicina General
Integral.

Tutora: Dra. Nerelys Pérez Hermidas.

Especialista en primer grado en Medicina General Integral.
Profesor Instructor.

Tesis para optar por el Título de Especialista de 1er Grado en
Medicina General Integral.

Ciego de Ávila
2019

PENSAMIENTO:

Si tuviera el privilegio de vivir otra vez mi propia vida, muchas cosas haría diferentes de cómo las haría hasta hoy. Pero puedo asegurarles que toda mi vida lucharía con idéntica pasión por los mismos objetivos por los que he luchado hasta hoy.

Fidel Castro.

DEDICATORIA:

Quiero dedicar este trabajo investigativo a mi mamá, por darme la vida, educarme como una mujer de bien y ayudarme a crecer. Por todos los sacrificios que hizo por mi, por apoyarme siempre en cada sueño y a mi hijo que es el regalo más grande que me dio la vida.

AGRADECIMIENTOS

A mi mamá, ya que gracias a su sacrificio he logrado realizar mi sueño, quien sin importar la distancia me han brindado su apoyo incondicional y todo su amor.

Quien me recuerda cada día que se puede comenzar de nuevo y me incentiva a sembrar las semillas de mis sueños.

RESUMEN

Se realizó un estudio pre-experimental de tipo antes-después para evaluar la efectividad en la aplicación de un programa de intervención educativa para modificar conocimientos relacionados con el riesgo preconcepcional en mujeres en edad fértil del consultorio # 22 del área Belkys del municipio de Ciego de Ávila en el período comprendido entre abril del 2018 a enero de 2019. La muestra de estudio estuvo constituida por 50 mujeres en edades comprendidas entre 15 y 49 años. Se empleó la prueba estadísticas Mc. Nemar para hallar diferencias significativas entre el nivel de conocimiento antes y después. Predominaron las edades entre la tercera y cuarta década de la vida, el nivel de escolaridad secundario, estado civil acompañadas y la mayoría de las mujeres eran ama de casas. Se aplicó una encuesta inicial, se realizó la intervención educativa y se reportó una modificación positiva en el nivel de conocimientos sobre riesgo preconcepcional en temas como enfermedades crónicas de riesgo para un futuro embarazo, factores de riesgo preconcepcional, así como los métodos anticonceptivos para prevenir un embarazo no deseado. Se llegó a la conclusión de que las mujeres incrementaron el nivel de conocimiento después de la aplicación de intervención educativa sobre el riesgo reproductivo preconcepcional.

Palabras claves: Intervención educativa, riesgo preconcepcional, nivel de conocimiento.

ÍNDICE

Contenido	Pág.
INTRODUCCIÓN.....	1
OBJETIVOS.....	5
MARCO TEÓRICO.....	6
MATERIAL Y MÉTODO.....	17
ANÁLISIS Y DISCUSIÓN DE LOS RESULTADOS.....	24
CONCLUSIONES.....	34
RECOMENDACIONES.....	35
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	36
ANEXOS.....	43

INTRODUCCIÓN

En el mundo de hoy la gestión de la información resulta imprescindible para el desarrollo de la sociedad, la información es la base del conocimiento, es un símbolo del poder y sin ella no puede efectuarse con éxito ninguna actividad, es un elemento esencial para el bienestar y el progreso. Es necesaria para la toma de decisiones, el acceso y uso de ella ha dividido a los ciudadanos en pobres y ricos en información, unos que no tienen acceso a ella, y otros que, si tienen acceso y la pueden usar para la toma de decisiones acertadas y satisfactorias, pero la explosión de la información ocurrida en el pasado siglo XX hace cada vez más difícil la gestión de la información y por tanto la gestión del conocimiento ⁽¹⁻⁵⁾

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. ⁽⁶⁾

La tasa global de fecundidad es alrededor de 3.5 hijos por mujer al final de los años 90, pero en países como Bolivia, Nicaragua, Guatemala, Honduras y Haití sigue siendo más de 4.8. Los problemas de salud materno-infantil se ven acentuados por el rápido crecimiento urbano en las regiones marginales, pues se estima que más de 93 millones de latinoamericanos viven en la pobreza. ⁽⁷⁾

De la población rural 200 millones, el 70% viven en la pobreza y el 30% en la indigencia, sin acceso a los servicios de salud ni a una adecuada orientación para esta problemática, lo cual deriva en que las complicaciones del embarazo, parto y puerperio aparecen entre las principales causas de muerte de la mujer en edad fértil. ⁽⁸⁾

Según un informe de la Instancia Coordinadora de Acciones Políticas por la Salud y Desarrollo de la Mujer, cada año se presentan víctimas, por causas relacionadas con la maternidad en mujeres que presentaban factores de riesgo, lo cual coincidentemente ubica estos como principales causas de muerte en mujeres en edad reproductiva. ⁽⁹⁾

Debido a las políticas de salud establecidas por la Revolución en nuestro país, Cuba muestra hoy indicadores de salud comparables con países desarrollados, por lo que se considera enfocar este estudio hacia la situación que actualmente acontece en el municipio Ciego de Ávila con difícil situación de salud.⁽⁷⁾ Con excepción de Cuba, donde contamos con un programa integral de salud con enfoque preventivo comunitario, en el resto de Latinoamérica, a pesar de los esfuerzos realizados en materia de salud comunitaria, la atención médica no es integral y está limitada en un gran por ciento a la labor asistencial. Se han comenzado a dar grandes pasos en las labores de promoción y prevención, pero aún queda mucho por hacer para dar un enfoque de riesgo a un problema tan serio y urgente como el Riesgo Reproductivo Preconcepcional (RRP) y garantizar así una maternidad sin riesgos.⁽¹⁰⁾

Esta problemática se agudiza en las zonas rurales, pequeñas comunidades o aldeas, donde la natalidad es muy elevada pues la pareja desconoce la importancia de la planificación familiar, sobre todo en los casos en que en la mujer está presente algún riesgo de tipo biológico, psicológico o socioeconómico para la reproducción, los cuales deben ser puestos en conocimiento de la pareja para planificar adecuadamente sus embarazos y poder eliminar o atenuar las consecuencias de los mismos.⁽¹¹⁾

En este sentido el Riesgo Reproductivo Preconcepcional es definido como la probabilidad que tiene una gestante de sufrir daño, ella o su producto, de involucrarse en el proceso reproductivo.⁽¹²⁾

Lugones B y colaboradores, plantean que en toda sociedad existen individuos con vidas evaluadas como vulnerables, cuya probabilidad de enfermar o morir es mayor que otros. Esto sucede debido a que existen un conjunto de elementos o circunstancias llamados Factores de Riesgo. Estos factores pueden ser: biológicos, antecedentes obstétricos, enfermedades asociadas o factores socio ambientales.⁽¹³⁾

Estos a su vez no intervienen de la misma forma en cada paciente, es decir la magnitud del riesgo es individual y así debemos considerarlo.⁽¹³⁾

Conociendo la importancia que tiene la medicina en la comunidad para la prevención de estos grupos vulnerables, se hace necesario brindarle a la

población con algún factor de riesgo el método para controlar la fecundidad hasta que sea solucionada o atenuada la condición que motivó dicho factor de riesgo. (13), (14)

Surge así la actividad de planificación familiar y de anticoncepción como instrumentos fundamentales de trabajo en el programa de atención al RRP. En el Programa de planificación de la Familia, la Organización Mundial de la Salud señala el derecho de la pareja de decidir cuándo tener los hijos y cuantos quiere, de manera que la gestación ocurra en el momento más favorable para la madre, el niño y la familia, lo que proporcionará que existan las condiciones apropiadas para su desarrollo integral. ^{14), (15), (16), (17)}

En general, se suele defender el carácter preventivo frente al mero tratamiento. La función preventiva es un concepto estrechamente relacionado a la intervención, hasta tal punto que se puede decir que uno justifica al otro, y muchos autores identifican como única función de la intervención la prevención. Sin embargo, actualmente, se concibe y defiende que la intervención no sólo debe dirigirse a reducir el riesgo futuro sino también a optimizar o mejorar todos los ámbitos personales susceptibles de mejora (función de desarrollo), y a no percibir solo el déficit en los individuos que lo padecen sino en los contextos que los provocan (intervención social) ⁽¹⁸⁾

En la provincia de Ciego de Ávila en estudios anteriores se demostró que existió una alta incidencia de bajo peso al nacer y en su mayoría fueron producto de un embarazo de riesgo donde fue deficiente su control como es el caso del embarazo en la adolescencia y los riesgos sociales constituyendo un serio problema para la sociedad por lo que se han tomado medidas para su prevención en los diferentes Consultorios Médicos de Familia (CMF). ⁽¹⁹⁾

En el municipio de Ciego de Ávila entre el año 2014 y lo que va de año ha existido un total de 1368 embarazos de ellos 560 fueron en mujeres menores de 19 años representando un 41%, observándose que, en la medida en la que disminuye la capacidad intelectual se incrementa el riesgo de gestación en edades que no suelen ser ideales para la reproducción. ^(20,21)

Según las estadísticas del municipio Ciego de Ávila en el 2018 fueron atendidas en la consulta de planificación familiar 972 mujeres en edad fértil, de las cuales 230 eran menores de 19 años; 190 representaron de 20 a 29 años; 368 de 30 a 39 años y 184 de 40 a 49 años, donde 368 mujeres fueron catalogadas como riesgo preconcepcional no controlado.

En el área Belkys del municipio Ciego de Ávila, en el año 2018 se registraron 834 mujeres en edad fértil, de ellas 580 fueron clasificadas como riesgo reproductivo preconcepcional, de las cuales solo 71 se encontraban controladas con algún método anticonceptivo, el resto presentaban más de un riesgo reproductivo preconcepcional ya sea por edad, la historia obstétrica o por patologías crónicas asociadas. Cuando se refiere que estaban controladas solo se tenían en cuenta el factor método anticonceptivo no control de su enfermedad de base. La mayoría de ellas no conocía que es un Riesgo Reproductivo Preconcepcional (RRPC) ni existía convenio con el Médico de Familia sobre momento más idóneo para la gestación.

A partir de lo anterior, se propone el siguiente problema científico:

Problema: ¿Cómo elevar el nivel de conocimiento sobre el riesgo reproductivo preconcepcional en las mujeres en edad fértil del consultorio #22 del área Belkys del municipio ciego de Ávila?

Hipótesis de investigación: El diseño y aplicación de una propuesta de intervención educativa, pudiera elevar el nivel de conocimientos de mujeres en edad fértil del CMF No 22 del área de salud Belkys.

OBJETIVOS

Objetivo general: Evaluar la efectividad de la aplicación de un programa de intervención para modificar conocimientos relacionados sobre riesgo preconcepcional en un grupo de mujeres en edad fértil del CMF No 22 del área de salud Belkys.

Objetivos específicos:

1. Caracterizar la muestra según algunas variables sociodemográficas en la población de estudio.
2. Determinar el nivel de conocimientos de mujeres en edad fértil sobre Riesgo Reproductivo Preconcepcional
3. Aplicar una estrategia de intervención diseñada para elevar el nivel de conocimiento sobre riesgo reproductivo preconcepcional.
4. Evaluar el nivel de conocimientos después de la intervención

MARCO TEÓRICO:

El objetivo del cuidado de la mujer en edad fértil y hacerle conocer los riesgos reproductivos que pueda tener asociados para poder planificar una adecuada concepción es importantísimo para poder minimizar el riesgo de morbilidad y mortalidad materno y fetal que el proceso gestacional lleva implícito.

Riesgo es la probabilidad de sufrir daño. La noción cualitativa inicial, es decir, la ausencia o presencia de riesgo, ha avanzado hacia otra cuantitativa: riesgo bajo y riesgo alto. ⁽²²⁾

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. ^(22,23,24)

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. ⁽²⁴⁾

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. ⁽²⁵⁾

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

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. ⁽²⁶⁾

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.

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. (27,28,29)

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

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. (30)

Se define la intervención educativa como: “una labor que contribuye a dar soluciones a determinados problemas y a prevenir que aparezcan otros, al mismo tiempo que supone colaborar con los centros o instituciones, con fines educativos y/o sociales, para que la enseñanza o las actuaciones que desde ellos se generan estén cada vez más adaptadas a las necesidades reales de las personas y de la sociedad en general”. (31)

La salud materna infantil es uno de los indicadores que se utiliza para medir el nivel de desarrollo de un país, debido a que persigue como objetivo el óptimo estado de la madre, así como el del producto de la gestación evitando las posibles complicaciones. Cuba muestra hoy indicadores comparables con países desarrollados. El análisis epidemiológico del estado de salud de la población revela que uno de los grupos más vulnerables continúa siendo el de las mujeres en edad fértil, donde existen mayores riesgos relacionados con la gestación. (32)

El riesgo reproductivo preconcepcional se aplica a mujeres en edad reproductiva no embarazadas, que por la presencia de condiciones o factores de riesgo tienen la probabilidad de sufrir daños a su salud o la de su futuro hijo. (33)

El riesgo puede ser de carácter biológico, psíquico, social o ambiental e incluso interactuar entre ellos. En la mayoría de los países de América y el Caribe, hasta hace muy poco, la muerte materna era considerada como un problema poco importante para la salud pública, hasta que en 1980 se le denominó “epidemia silenciosa”, sólo era atendida como resultado de las reivindicaciones sociales de organismos internacionales en su lucha por un trato más justo para las mujeres y a favor de la infancia. (34,35)

Una dispensarización adecuada de la población femenina permite identificar los riesgos colectivos o individuales y al actuar sobre ellos se logra un embarazo satisfactorio, un parto feliz y un recién nacido sano. El control del riesgo 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. (36,37)

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. (38)

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. (39)

Clasificación del riesgo preconcepcional

Loyola Rodríguez califica los factores de riesgo preconcepcional al considerar el factor de riesgo como un eslabón de una cadena de asociaciones que da lugar a

una enfermedad, la cual puede llevar a la muerte o dejar secuelas que comprometan la calidad de vida en el futuro. (40)

El consenso de procederes considera que es importante que la intervención se haga antes de la concepción, para eliminar, modificar o, cuando menos, controlar estos factores de riesgo sin violentar la voluntad de la pareja.

Los elementos fundamentales a tener en cuenta, en esta etapa, son:

- ❖ **Edad:** Una gestación tiene mayor riesgo cuando la mujer tiene menos de 18 o más de 35 años. La edad óptima para la procreación varía según diferentes criterios de 20 a 29, de 20 a 24 y de 25 a 29 años.¹⁷ Se consideran de riesgo las mujeres muy jóvenes menores de 18 pero igualmente no existe coincidencia de sus rangos y las mayores de 35 años. En el caso de las adolescentes; el organismo no está maduro; La madures biológica no la alcanzan todas las mujeres a la misma edad, depende de un conjunto de factores, no tienen una independencia económica, no han concluido sus estudios, no han alcanzado la madures psicológica. En el caso de las mayores de 35 años. Se encuentra una disminución de la fertilidad debido al envejecimiento del ovario lo cual reduce el número y la calidad de los ovocitos, y a un ambiente hormonal alterado que lleva a una disminución ovulatoria y mayor frecuencia de enfermedades crónicas. (40,41)
- ❖ **El riesgo es mayor en la primera gestación o después de la cuarta:** Hay consenso en que la multiparidad es un factor de riesgo; 5 embarazos o más donde se fundamenta mediante el desgaste del aparato reproductor donde; el riesgo aumenta en relación al número de nacimientos. (40,41)
- ❖ **Espacio intergenésico:** cuando el intervalo entre las gestaciones es menor de 1 año se incrementa el riesgo. La consideración de riesgo varía según los diferentes autores: menores de 2 años menos de 3 a 4 años de 2 a 5 años. (40,41)

El organismo materno necesita recuperarse de una gestación donde normalmente durante la gestación la madre disminuye sus propios recursos biológicos y nutritivos a causa del crecimiento del feto, después del parto se necesita recuperar lo perdido y prepararse para el nuevo embarazo. Estas necesidades

aumentan cuando se lacta; durante la gestación ocurren modificaciones del órgano materno que afectan a todos los organismos y sistemas, estos necesitan volver a su estado basal para estar en condiciones óptimas. El hijo producto de ese embarazo necesita la atención y dedicación de la madre para su adecuado desarrollo psicomotor y su proceso de socialización. (40)

- ❖ Embarazo no deseado: el embarazo no deseado por lo común termina en aborto con todos los riesgos que este tiene; cuando continua, en algunos casos puede no ser atendido o cuidado por la gestante como debe. (40)
- ❖ Estado nutricional de la madre: la desnutrición proteica y anemias nutricionales que se encuentran con un Índice de Masa Corporal ≤ 18.8 . Presentes en más de 30% de las gestantes la cual constituye un factor de riesgo importante para el embarazo. (40,41)

Cortes F. y colaboradores, recomiendan requerimientos nutricionales especiales (frutas, verduras, leche y/o derivados, cereales y pocas carnes magras) y deben entre otras cosas, consumir cantidades suficientes de calcio y de vitamina D, para prevenir la osteoporosis futura, así como cuantías suficientes de vitamina C, hierro, zinc y yodo, entre otros, y por ultimo llevar una dieta baja en grasas saturadas y colesterol (disminuir las grasas, sobre todo las de origen animal).

- ❖ Baja talla: menor de 150 cm, se establece una relación entre la baja talla con el embarazo como el bajo peso.
- ❖ Estado civil: las solteras, lo que algunos llaman producción independiente, embarazos que no son reconocidos o respaldados por el padre, caso en que la mujer enfrenta sola el embarazo, el cuidado y la atención del futuro niño. Afecta el sistema neuropsíquico, lo que influye sobre la evolución del embarazo y posterior al desarrollo del niño. (40,41)

El no tener una pareja estable al iniciar un embarazo, implica directamente una crisis en la mujer, que se ve reflejada en su autoestima y como consecuencia, repercute en su capacidad de auto cuidado, pudiendo incidir en el desarrollo adecuado de un embarazo.

- ❖ Nivel cultural e intelectual: la instrucción deficiente o insuficiente desarrollo intelectual, tiene influencia indirecta de la comprensión y seguimiento de las orientaciones médicas.
- ❖ Condiciones de trabajo: la ocupación donde exista contacto con productos químicos y radioactivos, donde estos productos pueden afectar el desarrollo adecuado del feto; donde influyen desfavorablemente pudiendo producir malformaciones congénitas y mortalidad fetal.

La mujer que trabaja fuera de la casa muestra mayor riesgo reproductivo, incluyendo sub fertilidad, abortos y malformaciones, que de ama de casa; observación inexplicada en la que coinciden los resultados de varios autores. (41)

- ❖ Hábitos nocivos: alcohol, tabaco, drogas.
- Hábito de fumar: algunos autores lo consideran factor de riesgo solo cuando se fuma más de 10 cigarrillos, para otros no importa la cantidad. Aumenta la contractilidad uterina, vasoconstricción que produce disminución del aporte de oxígeno y nutrientes al feto; efectos tóxicos directos de los derivados del tabaco y del dióxido de carbono.

Olsen, citado por Castilla y colaboradores, en 1957 demostró la disminución del peso fetal con el uso del cigarrillo en la gestación. La disminución del peso fetal es de 200 g. a 250 g. en media cuando las madres fuman de 10 a 20 cigarrillos por día y los recién nacidos son pequeños para la edad gestacional. Este retraso en el crecimiento intrauterino es proporcional al número de cigarrillos, al contenido de nicotina por cigarrillo y ocurre en todos los trimestres de la gestación. (42, 43)

- Alcohol: factor de riesgo sumamente importante porque afecta un gran porcentaje de la población y porque el daño mental causado al niño por nacer es irrecuperable.
- ❖ Consumo de drogas: se les atribuye efectos tóxicos a los embarazos de madres con adicción al alcohol u otras drogas como; prematuridad, Crecimiento Intrauterino Retardado, esquizofrenia u otras enfermedades psíquicas.19 Blanco 22 señala que muchas embarazadas son advertidas de evitar todo tipo de

medicación, lo cual no siempre es posible debido a que hay patologías en la cual la medicación se vuelve indispensable ya que existe un compromiso vital ya sea con la madre o con el feto. Del 2 al 3 % de los bebés que nacen pueden tener algún tipo de afección congénita. Un 25% de estas afecciones son de origen genético, un 65% son de origen desconocido y de un 2 a un 3 % de estos últimos puede asociarse con drogas. (42)

- ❖ Antecedentes obstétricos desfavorables: el riesgo es mayor cuando existen antecedentes de abortos, nacidos muertos, cesáreas o pre-eclampsia o eclampsia. Donde existe mayor riesgo de repetirse muertes perinatales o infantiles. Donde se puede señalar el bajo peso al nacer, macrofeto, malformaciones congénitas e hijos con enfermedad genética importante. (40,43)
- ❖ Antecedentes de complicaciones en embarazos anteriores: preeclampsia y diabetes gestacional. Mujeres con afecciones biológicas conocidas que constituyan riesgos: El embarazo constituye una sobrecarga para el organismo que afecta todos los sistemas, de ahí que exista una mayor probabilidad de descompensación de las enfermedades. (40,43)

Castilla y colaboradores, señalan que el conjunto de las enfermedades no transmisibles constituye la llamada patología crónica común del adulto, que afecta a 1/20 mujeres embarazadas, pudiendo afectar al producto del embarazo no por contagio, sino por alteraciones de la fisiología materna, así como por la medicación, siendo el efecto de ambas etiologías de difícil distinción en la mayoría de los casos. (42)

- ❖ Antecedentes de enfermedades crónicas:
 - Diabetes mellitus: es un factor de riesgo frecuente y severo para los defectos congénitos variados y graves, que puede prevenirse mediante el adecuado control de la enfermedad. La diabetes materna no gestacional, por ser preconcepcional, afecta al embrión en gestación, produciendo defectos congénitos, específicamente malformaciones blastogénicas, cardiopatías y cuadros polimalformativos. Además, las alteraciones metabólicas aumentan marcadamente la probabilidad de muerte pre y perinatal. (41,43)

- Hipertensión arterial: es frecuente y se relaciona estrechamente con la pre eclampsia y eclampsia, causando retardo del crecimiento intrauterino, parto pretérmino y alta mortalidad perinatal.^{11, 18, 21}
- Epilepsia: afecta a 1/300 mujeres en edad reproductiva, asociándose a un moderado riesgo para microcefalia y retardo de crecimiento intrauterino. En tanto que la microcefalia parece ser causada por la propia epilepsia, el retardo del crecimiento intrauterino resulta de la interacción de la epilepsia con la medicación anticonvulsivante utilizada. citado por Castilla y colaboradores ⁽⁴²⁾

Según Orem, ⁴¹ el autocuidado no es innato, se debe aprender, y depende de las costumbres, creencias y prácticas habituales del grupo social al cual el individuo pertenece. Esta actividad de enseñanza constituye una responsabilidad de todo profesional de la salud, donde la educación juega un papel importante, en la medida que permite a las personas hacer frente a sus problemas de salud.

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. ⁽⁴³⁾

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. ⁽⁴³⁾

Objetivos de la intervención

La intervención educativa se define como una ciencia social, cuyo ámbito de competencia se refiere a variables sociales y nunca a variables biológicas. Las variables objeto de la intervención, por tanto, serían las que deben tomarse como

criterio último para observar el cambio producido, y están referidas tanto al ámbito puramente individual como a los ambientes o contextos. Las acciones se suelen dirigir a completar la intervención básica (educativa y social), innovar esa intervención y optimizar recursos.

Contenido de la intervención

Constituye la esencia de la intervención y viene condicionado por los objetivos, los que a su vez vienen dados por el análisis de necesidades.

Es importante que se parta de la conciencia de necesidad de cambio. Para ello se debe analizar la actual forma de actuación y lograr que los implicados en ellas se conciencien de la posibilidad de mejora de las mismas. Está demostrado que las personas no cambian sus pautas de actuación, y menos aceptan sugerencias sobre otras nuevas, si no son conscientes de la inadecuación de las mismas. ^(44,46)

Contexto de desarrollo

Se identifican dos tipos de escenarios:

-Contexto artificial: la intervención se realiza en lugares especiales preparados para tal fin.

- Contexto natural: la intervención se desarrolla en los espacios donde se sitúan los individuos o los grupos a los que va destinada la intervención. Siempre, debe adquirir una especial relevancia la representatividad ecológica de los diseños, aunque estos se desarrollen en una situación artificial. ^(47,49)

Destinatarios de la intervención

A pesar de que se ha aceptado que una acción individualizada supone también una forma de intervención, se defiende la intervención colectiva frente a tratamientos exclusivamente individuales. La intervención, por tanto, ha de requerir un marco comunitario amplio de acción, entendiendo que las acciones puntuales en situaciones artificiales no pueden formar parte del ámbito estricto de la intervención, sin embargo, sí se considera intervención a los asesoramientos individuales, siempre que estén insertados en un proyecto de intervención más amplio.

Se pueden identificar los siguientes niveles de actuación:

- El nivel individual, entendido como tratamiento individualizado.
- El nivel de pequeño grupo, referido a la actuación en un conjunto de individuos situados dentro o fuera de una organización.
- El nivel de la organización, asumiendo la complejidad de la misma.
- El nivel de acción de amplio espectro, dirigido a instituciones, comunidad, macro contextos, cultura, etcétera. ^(51,52)

Funciones de la intervención

Se pueden contemplar cuatro funciones:

- Terapéutica: desarrolla actividades de tipo correctivo ya que pretende dar soluciones a determinados problemas que ya se han manifestado.
- Preventiva: está dirigida a evitar la aparición de dificultades. Se trabaja, por tanto, en la detección precoz de los problemas para diseñar la ayuda necesaria. Este planteamiento se basa, entre otros aspectos, en el menor coste en recursos humanos y económicos de los programas preventivos frente a los programas de intervención en la crisis. Conlleva conocer los factores de riesgo mediante análisis previos. Estos análisis pueden estar insertos también en el diagnóstico de necesidades.
- Desarrollo: no pretende cubrir déficit ni evitar una previsible aparición de los mismos. Se trata de una concepción de la intervención a la que subyace un enfoque “no problemático”, que pretende promover el crecimiento y la madurez individual y social.
- Intervención Social: desde esta perspectiva se toma el contexto, no solo como posible causa o como fuente y origen de los hechos, sino, como medio en el que el profesional promueve directa o indirectamente cambios, hasta el punto de ser ‘instrumento-agente’ de cambio social. ^(54,55)

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.

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

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.

En muchas mujeres la atención al riesgo y su modificación viene desde su clasificación en la consulta de atención pre-concepcional, con el mismo equipo de salud, línea de desarrollo que se pretende generalizar como atención de calidad para el mediano y alto riesgo obstétrico.⁽⁵⁶⁾

Condiciones a vigilar en el consultorio: Edad < de 15 ó \geq 39 años, Paridad > 3, Intervalo intergenésico < 1 año, Déficit socio cultural, Déficit nutricional II, Hábitos tóxicos, Aborto habitual y abortos voluntarios a repetición, Recién nacido anterior con más de 4 200 gramos de peso, Citología vaginal anormal, Malformación anterior o trastornos genéticos, Retraso mental, Estatura < 150 cm, Presión arterial de 120/80 en la primera mitad del embarazo, Retinopatía (corresponde habitualmente a diabetes o hipertensión), Trastornos circulatorios periféricos, Infecciones cérvico-vaginales⁽⁵⁶⁾

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

Hipótesis de investigación: El diseño y aplicación de una propuesta de intervención educativa, pudiera elevar el nivel de conocimientos de mujeres en edad fértil del CMF No 22 del área de salud Belkys.

MATERIAL Y MÉTODO:

Se realizó un estudio pre-experimental de tipo antes-después para evaluar la efectividad en la aplicación de un programa de intervención educativa para elevar el nivel conocimientos relacionado con el riesgo reproductivo preconcepcional de abril del 2018 a enero de 2019.

Universo y muestra

El Universo de estudio estuvo constituido por 130 mujeres en edad fértil con edades comprendidas entre 15 y 49 años y la muestra quedó constituida por 50 mujeres que cumplieron con los criterios de inclusión.

Criterios de inclusión:

1. Mujeres que aceptaron participar en el estudio previo consentimiento informado (ver anexo I).
2. Mujeres que permanecieron el tiempo requerido para el estudio sin que se limitaran sus actividades cotidianas.

Criterios de exclusión:

1. Mujeres que presentaron algún impedimento ya sea profesional o personal que les imposibilitara participar de las actividades que se desarrollaron en el estudio en el tiempo definido para este.

Criterios de Salida:

1. Abandono por decisión propia.
2. Mujeres que tengan tres ausencias o más durante el tiempo que se lleve a cabo el estudio

Métodos de obtención de información

Los datos fueron recogidos a través del cuestionario, fuente de información primaria de la investigación, aplicada antes y después; creada por el autor y aprobada por criterio de expertos del servicio de Medicina General Integral del área de salud del policlínico Belkys, municipio 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 el cuestionario de preguntas (ver anexo II) inicialmente, luego se aplicó la estrategia de intervención educativa (ver anexo III), diseñada para elevar el nivel de conocimientos relacionados con el riesgo reproductivo preconcepcional en la muestra de estudio; luego de esto se aplicó en un segundo momento el cuestionario, una semana después de concluida la intervención, para de esta forma dar salida a los objetivos específicos.

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

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

Etapas de intervención propiamente dicha: la muestra fue conformada por 50 mujeres que se dividieron en dos grupos con 25 integrantes en cada uno. La intervención se planificó para impartirla en un período de 2 meses, y para ello se desarrollaron 8 sesiones de trabajo, con una frecuencia de una vez por semana para cada grupo. Cada encuentro incluyó conferencias y técnicas participativas, con una duración de 60 minutos.

Etapas evaluación y análisis de resultados: se aplicó la misma encuesta inicial y evaluaron bajo los principios que la primera, 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 del policlínico Belkys, 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 analizó y comparó las diferentes literaturas existentes relacionadas con el problema científico. Mediante el análisis se pudo 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 dirigidas a capacitar a las mujeres en edad fértil en el Área de salud del policlínico Belkys, Ciego de Ávila.

Métodos del nivel empírico:

Técnica de recolección de la información

La encuesta: 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.

En correspondencia al problema de investigación se estructuró la presente investigación desde una perspectiva cuantitativa. Se procesaron estadísticamente los datos obtenidos buscando generalizar la información que describe los planteamientos de cada uno de los encuestados.

Para distribuir la población objeto de estudio y evaluar el nivel de conocimiento, actitud y práctica sobre riesgo reproductivo preconcepcional en mujeres en edad fértil se les aplicó un cuestionario y se operacionalizaron las variables de la siguiente forma:

Operacionalización de las variables

Variables	T Tipo	Operacionalización		Indicador
		Escala	Descripción	
Edad	Cuantitativa Continua.	<20 20-29 30-39 40-49	Edad en años según carné de Identidad	Número y porcentaje según grupo de edad.
Nivel de escolaridad	Cualitativa nominal	Secundaria Preuniversitario Técnico medio Universitario	Según nivel de escolaridad alcanzado	Número y porcentaje según grupo de pertenencia.
Ocupación	Cualitativa polimorfa	Estudiante Trabajadora Ama de casa	Según operación laboral	Número y porcentaje según grupo de pertenencia
Estado civil	Cualitativa polimorfa	Soltera Casada Acompañada Divorciada	Según el registro civil	Número y porcentaje según grupo de pertenencia

<p style="text-align: center;">Nivel de Conocimientos (*)</p>	<p>Cualitativa nominal dicotómica</p>	<p>Adecuado Inadecuado</p>	<p>Según aplicación del cuestionario antes y después (ver anexo II)</p>	<p>Número y porcentaje según grupo de pertenencia</p>
--	---	-------------------------------------	---	---

***Escala de evaluación del nivel de conocimientos global:**

Adecuado: Cuando responden las respuestas correctas del cuestionario.

Inadecuado: Cuando responden las respuestas incorrectas del cuestionario.

Plan de análisis de los resultados:

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

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 reproductivo preconcepcional, antes y después de la aplicación del programa educativo.

Aspectos éticos

Se pidió a todos los encuestados seleccionados 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 mujer 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 colaboradores. Siguiendo de esta forma los principios de Autonomía, Beneficencia, No Maleficencia y Justicia.

ANÁLISIS Y DISCUSIÓN DE LOS RESULTADOS.

Título: Intervención educativa sobre Riesgo Preconcepcional en mujeres en edad fértil en el CMF No 22 del Policlínico Belkys.

Tabla No.1: Distribución de mujeres según edad.

N=100

EIDADES	Femenino	
	No.	%
<20 años	9	18%
20- 29 años	13	26%
30-39años	20	40%
40- 49 años	8	16%
Total	50	100

Fuente: encuestas.

En la tabla podemos apreciar que el universo de estudio quedó constituido por 50 mujeres representando el 100% distribuidas por edad, las mujeres menores de 20 años tuvieron una participación del 18% en la intervención comunitaria, de 20 a 29 años tuvieron una participación del 26%. Las más interesadas en aprender sobre el tema fueron las mujeres entre 30 a 39 años representando al 40 % y las de 40 a 49 años tuvieron poca participación con el 16%. En el presente trabajo se observa que las mujeres que más participaron fueron las de edades comprendidas entre 30-39 años 20/50 (40%).

Sardiñas del Risco.²⁹ Observó que el mayor número de mujeres en riesgo preconcepcional se encuentra en el grupo de edad entre 25 y 29 años. Lo cual difiere con otros estudios realizados y también con el autor.

Estudios realizados por Labra Claros JL coinciden con nuestro trabajo donde las mujeres que más participaron en la intervención fueron las de edades entre 30 y 39 años.

Rojas Riera JM en su estudio realizado en 2017 observó que el grupo predominante en la intervención fue la edad entre 15 a 19 años con 19/65(29,2%) que no coincide con nuestro trabajo.

Tabla No. 2: Distribución de mujeres en edad fértil según el nivel de escolaridad. Consultorio # 22 del policlínico Belkys.

Nivel de escolaridad	Femenino	
	No.	%
Secundaria	18	36%
Preuniversitario	12	24%
Técnico medio	12	24%
Universitario	8	16%
Total	50	100

Mc Nemar:

En la tabla No 2 podemos apreciar que la mayoría de las participantes pertenecían al nivel secundario (18) para un 36% del total, seguidos por los niveles preuniversitario y técnico medio con 12 cada uno para un 24% respectivamente y solo el 16% se encuentra en el nivel universitario.

De la tabla anterior se puede deducir que la mayor parte de la población en Cuba se encuentra con un nivel educacional secundario gracias al Triunfo de la Revolución, donde hoy en día es de absoluta obligación terminar de estudiar hasta la enseñanza Secundaria Básica para una mejor preparación de la población.

Sardiñas del Risco. Encontró que el nivel secundario con el 43.97% ocupó el primer lugar, seguido del preuniversitario (Bachiller) con el 25.89%. Donde señala que las jovencitas de la secundaria presentaban mayor riesgo por falta

de conocimiento sobre riesgo reproductivo. El cual concuerda con nuestro estudio que la mayor parte de las mujeres en estudio solo llega a tener el nivel secundario.

Labra Claros JL al estudiar la variable de nivel de escolaridad encontró que el mayor porcentaje de mujeres que participaron solo tenían nivel secundario con un 57.5 %, seguido de las del preuniversitarias con un 27.5 % y solo el 15 % se encuentran en el nivel universitario. Lo que se relaciona con el estudio realizado por el autor.

Tabla No. 3 Distribución de mujeres en edad fértil según estado civil. Consultorio # 22 del Policlínico Belkys.

Estado civil	Femenino	
	No.	%
Soltera	10	20%
Casada	10	20%
Acompañada	22	44%
Divorciada	8	16%
Total	50	100

Mc Nemar

En esta tabla podemos apreciar que el estado civil de las mujeres estudiadas que predomina son las acompañadas para un 44%, seguido de las solteras y casadas con un 20% respectivamente y las divorciadas solo representaron un 16%. Dada la globalización y la modificación del estilo de vida en estos tiempos podemos o deducir que la mayor parte de la población en estos días no quiere tener el compromiso a través del matrimonio, el pensamiento es diferente y la mayor parte de la población desea estar acompañada.

Toledo Fernández y colaboradores 33 al estudiar la variable de estado civil observó que el mayor por ciento son mujeres casadas en el 40.0 %, seguidas de las que tienen unión estable 33.3 % y el menor por ciento lo ocupan las

mujeres solteras con 26.7 %. Este estudio difiere con el autor donde la mayor parte de las mujeres están acompañadas y no casadas.

Labra Claros JL apreció que el estado civil de las mujeres estudiadas que predominó fueron las acompañadas con un 47.5 %, seguido por las solteras con un 30 % de asistencia, las casadas que participaron con un 17.5 % ,lo que se relaciona con el estudio realizado por el autor.

Tabla No. 4: Distribución de mujeres en edad fértil según ocupación. Consultorio # 22 del Policlínico Belkys.

Ocupación	femeninas	
	No	%
Ama de casa	25	50%
Estudiante	10	20%
Trabajadora	15	30%
Total	50	100%

Mc Nemar

Atendiendo a la ocupación de las mujeres que participaron en el estudio se pudo observar que 25 (50%) son amas de casa, seguido de 15 (20%) que son trabajadoras y solo el 10 (20 %) se encuentra estudiando para poder mejorar su preparación personal.

Labra Claros JL en su estudio realizado en 2016 pudo observar que el 21(52.5 %) trabajan como ama de casa, seguido de un 12(30 %) que trabaja fuera del hogar y el 7(17.5 %) se encuentra estudiando. El cual concuerda con estudio realizado por el autor.

Duartes Wahl señaló que el grupo de mujeres estudiadas, no forman parte de la fuerza laboral de la comuna. El 61,6% trabaja dentro del hogar (3,3% son < 18 años y 58,2% son > 19 años) lo que se relaciona con el estudio realizado por el autor.

Tabla No. 5: Nivel de conocimiento sobre el riesgo reproductivo preconcepcional. Consultorio # 22 del Policlínico Belkys.

Nivel de conocimiento	Antes		Después	
	No.	%	No.	%
Adecuado	5	10	41	82
Inadecuado	45	90	9	18
Total	50	100	50	100

Mc Nemar

En esta tabla logramos estimar que el nivel de conocimientos sobre riesgo reproductivo preconcepcional antes de la intervención era errado, dudoso e inseguro representado por un 10%. Luego de concluida la intervención pudimos apreciar que todavía un 18% presentaba un conocimiento inadecuado y que un 82% comprendió sobre riesgo preconcepcional.

Análogos resultados se apreciaron en el Hospital Gineco-Obstétrico Dr. Eusebio Hernández del Municipio de Marianao en el año 2014- 2015, donde un 19.54% se mantenía con un conocimiento inadecuado después de la intervención. ⁽²⁾

Tabla No.6: Nivel de conocimiento sobre la identificación de los factores de riesgo. Consultorio Médico de Familia # 22 del policlínico Belkys.

Nivel de conocimiento	Antes		Después	
	No.	%	No.	%
Adecuado	15	30	45	90
Inadecuado	35	70	5	10
Total	50	100	50	100

Mc Nemar

Los datos revelan las insuficientes acciones de promoción de salud realizadas

con este grupo de mujeres hasta el momento de aplicar el cuestionario inicial. Podemos observar que después de la intervención educativa se elevó el nivel de conocimientos del 90% de las mujeres en estudio. Considerándolo satisfactorio al lograr los objetivos propuestos.

En el presente estudio se obtuvo resultados similares a los estudios realizados por Cortes F. y colaboradores, Loyola Rodríguez M que es importante la identificación de los factores de riesgo para poder controlarlos o modificarlos para evitar complicaciones durante la gestación y recién nacidos sano.

Tabla No.7: Nivel de conocimiento general de la totalidad de la muestra sobre enfermedades crónicas no transmisibles que pudieran afectar un futuro embarazo. Consultorio Médico de Familia # 22 de Policlínico Belkys.

Nivel de Conocimiento	Antes		Después	
	No.	%	No.	%
Adecuado	10	20	45	90
Inadecuado	40	80	5	10
Total	50	100	50	100

Mc Nemar

La mayoría de las mujeres tenían un conocimiento inadecuado con un 80% antes de la intervención y posterior a la intervención se elevó el nivel de conocimiento a un 90% en las mujeres de estudio. Considerándose satisfactorio al lograr los objetivos propuestos.

Díaz Ortiz A al analizar las enfermedades crónicas, encontró una incidencia del 38.65% representadas por 92 mujeres del total de 238 de las mujeres de edad fértil encuestada; dentro de ellas, la hipertensión arterial es la que mayormente padecen estas mujeres, con un 41.31%, seguido por la diabetes mellitas con un 29.35%. Luego el asma bronquial con un 19.56% y un grupo de enfermedades con menor incidencia que fueron que se ubicaron en otras con un porcentaje 9.78%.

Tabla No.8: Nivel de conocimiento sobre el hábito de fumar. Consultorio Médico de Familia # 22 del Policlínico Belkys.

Nivel de Conocimiento	Antes		Después	
	No.	%	No.	%
Adecuado	12	24	50	100
Inadecuado	38	76	0	0
Total	50	100	50	100

Mc Nemar

De acuerdo al conocimiento sobre del hábito de fumar antes de la intervención solo 12 mujeres (24%) identificaban que el mal hábito de fumar podría traer consecuencias dañinas al futuro bebé. Al concluir el estudio se observó un cambio significativo cuando el total de las mujeres que participaron en la intervención comprendieron que el hábito de fumar es dañino para la salud.

Labra Claros JL en su estudio observó que De acuerdo al conocimiento sobre del hábito de fumar antes de la intervención solo 9 mujeres con riesgo reproductivo (22.5%) identificaban que el mal hábito de fumar podría producir bajo peso al nacer, al final de las actividades aumento la identificación a 23 mujeres para un 57.5% de la población en estudio. Quedaron en la categoría de regular de 19(47.5%) solo 17(42.5%) y las evaluadas de mal en la identificación que eran 12(30%) lograron aprender luego de la intervención que el mal hábito de fumar repercute sobre la vida y más sobre un futuro embarazó y el peso del recién nacido.lo que se asemeja al estudio realizado por el autor.

Tabla No.9: Nivel de conocimiento general de la totalidad de la muestra sobre el uso excesivo de bebidas alcohólicas. Consultorio Médico de Familia # 22 del Policlínico Belkys.

Nivel de Conocimiento	Antes	Después
-----------------------	-------	---------

	No.	%	No.	%
Adecuado	15	30	48	96
Inadecuado	35	70	2	4
Total	50	100	50	100

Mc Nemar

En la tabla anterior donde se evaluó el nivel de conocimiento de las mujeres participantes en el estudio sobre consumo excesivo del alcohol se pudo apreciar que en un principio solo un 15% conocía los riesgos del alcoholismo y luego de concluida la actividad un 96% elevó sus conocimientos lográndose el objetivo fundamental de este trabajo, que las mujeres conozcan los riesgos y puedan modificarlos.

Tabla No.10: Nivel de conocimiento sobre métodos anticonceptivos. Consultorio Médico de Familia # 22 del policlínico Belkys.

Nivel de Conocimiento	Antes		Después	
	No.	%	No.	%
Adecuado	3	6	40	80
Inadecuado	47	94	10	20
Total	50	100	40	100

Mc Nemar

La tabla 10 muestra la distribución de féminas según el nivel de conocimientos sobre métodos anticonceptivos, evaluado antes y después de desarrollar la intervención comunitaria.

Se observó que antes de la aplicación de la intervención solo 3 de los participantes presentaban un nivel de conocimientos satisfactorio para el 6% del total, mientras que 47 (94%) 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 40 para un 80% el cual resultó en un aumento porcentual considerable, resultando suficiente para ser considerado significativo por la prueba de McNemar

Morales Torres D. En una intervención educativa en salud reproductiva en el área de Morón observo que el conocimiento y uso de métodos anticonceptivos fueron Preservativo (41.1%), Tabletillas (27.7%); T de cobre (20.3%) y métodos biológicos (10.9%) el cual concuerda con otros estudios realizados por Prendes Labrada,² Peláez Mendoza Jy los menos conocidos son la jaleas espermicidas (6.3%), el diafragma (10.1%), y el condón femenino (13.9%), después de la intervención educativa se logra igualar el conocimiento sobre los diferentes métodos anticonceptivos.

Cueca A. y colaboradores, 43 en lo referente al conocimiento de métodos anticonceptivos, vieron que la mayor parte manifestó conocerlos (86,8%). Los más conocidos resultaron ser el dispositivo intrauterino, el preservativo y el ritmo. A pesar de ello, sólo 42.1% de las encuestadas manifestó haberlos utilizado en alguna oportunidad, Llamó la atención que, de las usuarias, 50% utilizaron métodos naturales, especialmente el ritmo, de las cuales 41% lo conocía en forma inadecuada.

Tabla No.11: Nivel de conocimiento general de la totalidad de la muestra sobre estilo de vida saludable. Consultorio Médico de Familia # 22 del policlínico Belkys.

Nivel de Conocimiento	Antes		Después	
	No.	%	No.	%
Adecuado	12	24	43	86
Inadecuado	38	76	7	14

Total	50	100	50	100
-------	----	-----	----	-----

Mc Nemar

De acuerdo a la encuesta realizada sobre el conocimiento del estilo vida en un primer momento solo el 12% de las mujeres tuvieron un conocimiento adecuado pero posterior a las actividades realizadas se apreció que un 86% de las mujeres aprendieron acerca de estilo de vida y solo 7 mujeres para un 14% no lograban identificar las respuestas correctas de los ítems consignados en la encuesta.

CONCLUSIONES:

Al analizar a un grupo de mujeres del CMF No 22 del Área de Salud Belkys y trabajar con ellas nos dimos cuenta, la falta de información sobre lo que concierne al tema de riesgo reproductivo preconcepcional. Se implementó un programa de intervención comunitaria basado en los principios de la promoción y educación para la salud y métodos activos de enseñanza para modificar el nivel de conocimiento de las mujeres en edad fértil respecto a la salud reproductiva y se aplicó en la muestra seleccionada. 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. Esperamos que intervenciones educativas como esta sirvan para poder llegar a toda mujer en edad fértil que se este planificando un embarazo para que con toda la información adecuada pueda presentar un embarazo sin preocupaciones y poder ver la sonrisa de su bebé, que es lo más especial en el mundo.

RECOMENDACIONES

Aplicar intervenciones educativas para aumentar el nivel de conocimiento sobre el tema tratado y así disminuir las complicaciones de los embarazos, y las consecuencias que estos puedan traer sobre el producto de la concepción tratando consigo de disminuir la mortalidad materno infantil y lograr la felicidad de la familia.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Díaz Curbelo A, Aliño Santiago M, Velasco Boza A, Rodríguez Cárdenas A, Rodríguez Tahuile V. Sexualidad y reproducción en adolescentes. Rev Cubana Obstet Ginecol [Internet]. 2008 [citado 20 May 2010]; 34(3): [aprox. 8 p.]. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0138-600X2008000300006&lng=es&nrm=iso&tlng=es
2. Doblado Donis NI, De la Rosa Batista I, Junco Manrique A. Aborto en la adolescencia, un problema de salud. Rev Cubana Obstet Ginecol [Internet]. 2013 [citado 13 Ene 2014]; 36(3): 409-421. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0138600X2010000300011&lng=es&nrm=iso&tlng=es
3. Marianela de La caridad Prendes Labrada. Riesgo Preconcepcional en la consulta de planificación familiar. Editorial Ciencias Médicas Ciudad de La Habana 2014 disponible en http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S0864-21252001000400009&script=sci_arttext
4. Angel Labadí Vaitia, Deborah Bauza Rodríguez, Yamisleidis Moreno Vásquez, Rodolfo Moreno, Lilian Pérez. Eficacia del Manejo y control del Riesgo Reproductivo Preconcepcional. Comunidad de Providencia 2008-2009. III Congreso de Medicina Familiar
5. Ministerio de Salud Pública. Manual de Diagnóstico y Tratamiento en Obstetricia y perinatología. La Habana Editorial Ciencias Médicas 2006 p17-21
6. Eduardo Valdés Ramos, Lic. Isandra Blanco Rojas. Frecuencia y Factores de Riesgo Asociados con la aparición de Diabetes Mellitus y Gestación. Revista Cubana de Ginecología y Obstetricia. Ciudad de la Habana oct.-dic. 2014 disponible en http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0138-600X2011000400007&lng=es&nrm=iso.
7. Yanett Sarmiento Portal, Angelicia Crespo Campos, María Elena Portal Miranda, Ana Gloria Breto Rodríguez, Yorguis Roberto Menéndez Humaran. Morbilidad y mortalidad en neonatos hijos de madres toxémicas. Revista Cubana De Pediatría Ciudad de la Habana Julio-septiembre 2014. Disponible en <http://scielo.sld.cu/scielo.php?>

8. 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 2013.
9. Taboada N, León C, Martínez S, Díaz O, Quintero K. Comportamiento de algunos factores de riesgo para malformaciones congénitas mayores en el municipio de Ranchuelo. Rev. Cubana Obstet Ginecol. 2006;32(2). Disponible en http://bvs.sld.cu/revistas/gin/vol32_2_06/gin09206.htm
10. Rigol Ricardo O. Obstetricia y ginecología. 2 ed. La Habana: Editorial Ciencias Médicas, 2006.
11. Sans Hernández J, Corra Marzo C, Toirac Lamarque A. Indicaciones y contraindicaciones anestésicas durante la cesárea de gestantes con toxemia leve o grave. MEDISAN 2009; 13(2). http://bvs.sld.cu/revistas/san/vol13_2_09/san11209.htm
12. Bárbara María Veloso Mariño, Arelis Berroa Bonne, María Esther Mederos Ávila, Dra. Idania Santiesteban Garrido, Dra Niurka Traba Dellis. Factores de Riesgo asociados a la hipertensión inducida por el embarazo. Santiago de Cuba agosto 2011 disponible en http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1029-30192011000800012&lng=es&nrm=iso
13. Herrera V, Oliva J, Domínguez F. Riesgo reproductivo. En: Rigol Ricardo O. Obstetricia y ginecología. La Habana: Editorial Ciencias Médicas. http://bvs.sld.cu/libros_texto/libro_de_ginecologia_y_obstetricia/cap11.pdf.
14. Rosell E, Brown R, Hernández A. Factores de riesgo de la enfermedad hipertensiva del embarazo. Archivo Médico de Camagüey [Serie en Internet]. 2006;10(5). Disponible en: <http://www.amc.sld.cu/amc/2006/v10n5-2006/2114.htm>
15. Ricardo Rigor O, Pérez Carballés F, Perea Corral J, Fernández Sacasas J, Fernández Mirabal J. Medicina general integral. La Habana: Editorial Pueblo y Educación, 2013
16. Williams obstetricia. Parte I. Ciudad de la Habana. Editorial Ciencias Médicas; 2007.p.
17. Controversias en Ginecología y Obstetricia. 2006; 16:2564-94.
18. OMS. Informe sobre salud reproductiva, Sexualidad/Mujer: alerta de la OMS. [serial online] 2004 octubre. Disponible en: URL:

http://wwwnews.bbc.co.uk/hi/spanish/specials/newsid_3752000/37527033.stm.

19. Palmero Cabrera L. Intervención educativa sobre el Embarazo en la adolescencia. Tesis de especialista de 1er Grado en Medicina General Integral. Ciego de Ávila. 2014.

20. Cuadro de salud. Indicadores del Programa Materno Infantil. Ciego de Ávila. 2018.

21-Águila Setién Sonia. Obstetricia y perinatología. Diagnóstico y tratamiento. La Habana: Editorial Ciencias Médicas. 2013. p.5-7.

22- Fernández Ramos H, Crespo Estrada Y, Estrada Astral IL, Rodríguez Gutiérrez K. Impacto de una estrategia de intervención comunitaria sobre el control del riesgo reproductivo preconcepcional. AMC [serie en Internet] 2008 Jun [Consultado: 21 de febrero de 2009]; 12(3): [aprox. 9 p.]. Disponible en:http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S102502552008000300007&lng=es&nrm=iso&tlng=es.

23-Vol.6, No. Especial, 2011 VII Jornada de la Ciencia y I Encuentro de Galeno media-ELAM, 3 y 4 de febrero de 2012.

24- Álvarez Sintés, R. Temas de medicina General Integral. 2da Edición. Editorial Ciencias Médicas. La Habana. 2008. Vol. I. 514-516.

25- Rigol Ricardo, Orlando. Obstetricia y Ginecología. 2da Edición. Editorial Ciencias Médicas. La Habana. 2006.112-115.

26- Navas Ábalos, N; Castillo Fernández, F; Campos Martínez, A. Caracterización del riesgo preconcepcional. Arch. Méd. Camagüey; 10(2), mar.-abr. 2014.

27- Labori Ruiza, J; Pérez Guerra, D; Mock Hungc, S. Modificación de los conocimientos sobre la hipertensión arterial en mujeres con riesgo preconcepcional. Aten primaria; 39(10), 2015.

28-Cabrera Cao, Y. Riesgo reproductivo preconcepcional: análisis de su comportamiento en tres consultorios médicos. Rev. Cubana Med Gen Integr, Ago 2015, vol.21, no.3-4.

29- Fernández Ramos, H; Crespo Estrada, Y; Estrada Astral; Rodríguez Gutiérrez, K. Impacto de una estrategia de intervención comunitaria sobre el control del riesgo reproductivo preconcepcional Arch. Méd. Camaguey; 12(3), mayo-jun. 2015.

- 30-Cabrera Cao Y, Ortega Blanco M, Orbay Araña MC. Sanz Delgado L. Riesgo reproductivo preconcepcional: análisis de su comportamiento en tres consultorios médicos. Rev Cubana Med Gen Integr 2005; 21(3-4).
- 31-Rev. Ciencias Médicas. Julio-agosto, 2014; 17(4):54-63.
- 32- 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 2012; 15(4):378-85.
- 33- Ministerio de Salud Pública. Manual de diagnóstico y tratamiento en Obstetricia y Perinatología. La Habana Editorial Ciencias Médicas 2006: p1721.
- 34- Garrido Riquenes C. Riesgo Reproductivo. En Álvarez Sintés R. Temas de Medicina General Integral. Vol. I La Habana Editorial Ciencias Médicas 2001: p273-8.
- 35- 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. 2014; 43:252-62.
- 36-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 2013; 17(4):360-6.
- 37- Hadavi M, Alidalaki S, Abedininejad M, Akhavan S. Etiologies and contributing factors of perinatal mortality: a report from southeast of Iran. Taiwan J Obstet Gynecol. 2015;50(2):145–148
- 38- 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.
- 39- 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.

40- Loyola Rodríguez y Melva Loyola. Salud Reproductiva y Planificación Familiar. Facultad de Ciencias de la Salud. Escuela Profesional de Obstetricia. Universidad Los Ángeles. 2013

41- Garrido R. Carmen, Álvarez Sintet Volumen 2. Medicina General Integral. Riesgo Reproductivo. Capítulo 69, página 654-660. Editorial Ciencias Médicas 2014.

42- Castilla, E.; J. Lopez-Camelo; J. Paz; M. Orioli. 1996. Prevención primaria de los defectos congénitos. Fiocruz. Río de Janeiro, Brazil. Disponible en: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102311X2006001100016

43-Orem, D. Teorías del autocuidado. (Disponible en: http://www.uc.cl/sw_educ/enferm/ciclo/html/general/autocui.htm#a1. Consultado el: 06 de septiembre de 2015).

44-Toribio Morejón AJ, Estupiñán Hernández M, Domínguez Bofill S, Acuña Díaz A. Riesgo preconcepcional en mujeres del consultorio No.1 del Policlínico "Carlos Verdugo". Rev Médica Electrónica. [Internet]. 2008 nov- dic [citado 2 Febrero 2011]; 30(6): [aprox. 11 p.]. Disponible en: <http://www.revmatanzas.sld.cu/revista%20medica/ano%202008/vol6%202008/tema09.htm>.

45-Torres Sánchez Y, Lardoeyt Ferrer R, Lardoeyt Ferrer M. Caracterización de los factores de riesgo en gestantes con hipertensión gestacional y crónica en un área de salud. Rev Cubana Med Gen Integr [Internet]. 2009 Sep [citado 2 Febrero 2011]; 25(2). Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-21252009000200004&lng=es.

46-Quintana González JA, Fonseca Muñoz TA. Intervención educativa sobre planificación familiar en una Comuna de Haití. Rev Mediciogo. [Internet]. 2008 jun [citado 2 Febrero 2011]; 14(supl1): [aprox. 8 p.]. Disponible en: http://bvs.sld.cu/revistas/mciego/vol14_supl1_08/articulos/a8_v14_supl108.htm.

- 47-Varona de la Peña F, Hechavarría Rodríguez N, Orive Rodríguez NM. Pesquisa de los riesgos preconcepcional y prenatal. Rev Cubana Obstetricia Ginecología [Internet]. 2010 oct- dic [citado 2 Febrero 2011]; 36(4): [aprox. 9 p.]. Disponible en: http://bvs.sld.cu/revistas/gin/vol36_04_10/gin10410.htm.
- 48-Cuba. MINSAP. Anuario Estadístico. La Habana. Dirección Nacional de Estadísticas, 2013.
- 50-García I, Alemán M. Riesgos del embarazo en la edad avanzada. Rev Cubana Obstet Ginecol. [internet]. 2010 [citado 10 nov. 2012]; 36(4): [aprox. 9 p.]. Disponible en: <http://scielo.sld.cu/pdf/gin/v36n4/gin02410.pdf>.
- 51- Méndez LA, Quiñones O. Diagnóstico Prenatal Citogenético mediante cultivo de amniocitos. Rev Cubana Genet Comunit. [Internet]. 2009 [citado 10 nov. 2012]; 3 (1): [aprox. 9 p.]. Disponible en: <http://bvs.sld.cu/revistas/rcgc/v3n1/pdf/rcgc030109.pdf>.
- 52- Valls M, Safora O, Rodríguez A, López J. Comportamiento del embarazo en mujeres mayores de 40 años. Rev Cubana Obstet Ginecol [Internet]. Ene-Mar 2009 [citado 10 nov. 2012]; 35(1): [aprox. 9 p.]. Disponible en: <http://scielo.sld.cu/pdf/gin/v35n1/gin02109.pdf>.
- 53-4. Gómez Jiménez CA, Hernández Díaz M, Jiménez Cardoso J. Riesgo preconcepcional y métodos anticonceptivos de control. Gaceta Médica Espirituana [serie en Internet] 2007 [Consultado: 16 de mayo de 2009]; 9(1): [aprox. 8 p.]. Disponible en: [http://bvs.sld.cu/revistas/gme/pub/vol.9.\(1\)_18/p18.html](http://bvs.sld.cu/revistas/gme/pub/vol.9.(1)_18/p18.html).
- 54-Almarales Sarmiento G, Tamayo Peña DI, Pupo Damas H. Factores de riesgos reproductivos preconceptionales en pacientes del Centro de Salud Soibada en Timor Leste, agosto 2006-enero 2007. Corr Med Cient Holg [serie en Internet] 2008 [Consultado: 16 de mayo de 2009]; 12(3): [aprox. 10 p.]. Disponible en: <http://www.cocmed.sld.cu/no123/n123ori10.html>.
- 55- Cabrera Cao Y, Ortega Blanco M, Orbay Araña MC, Sanz Delgado L. Riesgo reproductivo preconcepcional: análisis de su comportamiento en tres consultorios médicos. Rev Cubana Med Gen Integr [serie en Internet] 2005 Ago [Consultado: 1 de mayo de 2009]; 21(3-4): [aprox. 7 p.]. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S086421252005000300012&lng=en&nrm=i&tlng=es.

56-Navas Ábalos N, Castillo Fernández FA, Campos Martínez A. Caracterización del riesgo preconcepcional. AMC [serie en Internet] 2006; mar-abr [Consultado: 21 de febrero de 2009]; 10(2): [aprox. 10 p.]. Disponible en: <http://www.amc.sld.cu/amc/2006/v10n2-2006 /2137.htm>.

ANEXOS

Anexo I

Consentimiento de participación en proyecto de investigación médica.

Policlínico Docente Belkys Sotomayor Álvarez

El que suscribe: _____ doy mi conformidad para participar en la investigación “Intervención educativa sobre Riesgo Preconcepcional en mujeres en edad fértil. Para dar este consentimiento he obtenido una explicación amplia de la utilidad de la misma por el Doctor _____ quien me ha informado que:

Esta investigación contribuirá a mejorar el grado de información en este grupo sobre como modificar muchos factores de riesgo para concebir un embarazo adecuado.

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

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

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

Participante _____ Firma _____

Médico _____ Firma _____

Anexo II

CUESTIONARIO

Policlínico Docente Belkys Sotomayor

Ciego de Ávila

Estimada colaboradora, nos encontramos realizando una investigación dirigida a un estudio para elevar el nivel de conocimiento sobre el riesgo preconcepcional en mujeres en edad fértil. Esperamos, como siempre, su colaboración. GRACIAS.

. Datos Generales:

Nombre y apellidos _____

Dirección _____

1. Edad: _____

2. Nivel de escolaridad: _____ Secundaria _____ Preuniversitario
_____ Técnico medio _____ Universitaria

3. Ocupación: ___ Ama de casa ___ Estudiante ___ Trabajadora

4. Estado civil: ___ Soltera. ___ Casada. ___ Acompañada ___ Divorciada

5. ¿Conoce usted que es el riesgo reproductivo preconcepcional?

Sí ___ No ___

6.. ¿De las siguientes condiciones cuáles Ud. Considera que constituyen factores de riesgo en la etapa preconcepcional? Marque con una X las que usted considere

a) ___ La adolescencia

f) ___ Desnutrición

b) ___ Obesidad

g) ___ Peso adecuado

c) ___ Mayor de 35 años

h) ___ Mujer de 25 años

d) ___ Talla menor de 1.50m

i) ___ Dieta balanceada

e) ___ Mujeres blancas

j) ___ Talla de 1.60m

7. De las siguientes enfermedades. ¿Cuáles usted considera pudieran afectar un futuro embarazo? Marque con una X las respuestas correctas.

- a) ___Asma Bronquial persistente
- b) ___Moniliasis
- c)___Diabetes mellitus
- d)___Catarro común.
- e) ___Hipertiroidismo
- f) ___Sacrolumbalgia
- g) ___Hipertensión arterial
- h) ___Epilepsia
- i)___ Gastritis aguda
- j) ___Amigdalitis aguda

8. ¿Conoce usted que el hábito de fumar puede traer consecuencias dañinas para el futuro bebé?

SI _____ NO _____

9. ¿Sabe usted que el uso de alcohol puede traer consecuencias dañinas para un futuro embarazo?

SI _____ NO _____

10. Mencione cinco métodos que usted conozca para evitar un embarazo no deseado.

11. ¿Cuáles de las siguientes situaciones considera que ayuda a tener un embarazo adecuado en el futuro? Marque con una X

- a) ___ Tomar muffer 3 meses antes del embarazo.
- b) ___ Dormir demasiado.
- c)___ Dieta adecuada y práctica de ejercicio físico.
- d)___ Comer piza todos los días.
- e) ___ Asistir a la consulta de planificación familiar

Escala de evaluación por preguntas:

❖ Pregunta 5. el Riesgo Reproductivo Preconcepcional es la probabilidad que tiene una mujer en edad fértil de sufrir daño, ella o su producto, de involucrarse en el proceso reproductivo.

❖ Pregunta 6.

Correctas: a, b, c, d, f.

Incorrectas: e, g, h, i, j.

❖ Pregunta 7:

Correctas: a, b, c, e, g, h

Incorrectas: d, f, i, j.

❖ Pregunta 8:

Correcta: responder si

Incorrecta: responder no

❖ Pregunta 9:

Correcta: responder si

Incorrecta: responder no

❖ Pregunta 10:

Correcta: Mencionar 3 ó más métodos anticonceptivos.

❖ Pregunta 11:

Correctas: a, c, e

Incorrectas: b, d.

Anexo III

DISEÑO DE INTERVENCIÓN EDUCATIVA

Policlínico Docente Belkys Sotomayor

Ciego de Ávila

Objetivo: Brindar conocimientos sobre riesgo reproductivo preconcepcional a las mujeres de 15-49 años del Consultorio # 22 del Policlínico Belkys.

Fundamentación: las mujeres en edad fértil del Consultorio # 22 del Policlínico Belkys poseen un nivel bajo de conocimiento sobre el riesgo reproductivo preconcepcional.

Dinámica grupal con debate de situación.

- Debate y reflexión
- Conferencia, juego de conocimientos.

En cada una de las sesiones de trabajo se irán abordando los problemas identificados (una sesión para cada problema) y última se dedicará a precisar el conocimiento alcanzado por los colaboradores.

Primer encuentro:

Día: 2/5/18

Hora: 2:00 pm-2:50 pm (primer grupo)

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

Lugar: Policlínico docente del área de salud

Título: Inicio de la intervención.

Objetivos: 1- Presentación formal de los participantes involucrados.

2- Dar inicio a la intervención.

Duración: 50 minutos.

Recursos: 1- Médico.

2- Hojas blancas.

3- Marcador.

4- Mini boletín impreso (elaborado por la autora de la intervención).

5- Local del policlínico.

Técnica participativa: El Solapín.

Introducción: Durante este primer encuentro en primer lugar se realizará presentación formal ante los participantes del estudio, luego se procederá a la presentación de cada uno de los participante para lo cual se utilizará la técnica del solapín la cual consistirá en que cada uno de los participantes anotará su nombre, o la forma en la que le gustaría que sus compañeros lo llamen en un papel que luego se colocarán en un lugar visible como el bolsillo de la camisa y procederán a presentarse uno a uno, momento en el cual podrán contar alguna anécdota o algo que deseen compartir con el resto de los participantes.

Desarrollo: En un segundo momento se hablará sobre los objetivos del proyecto, la importancia del mismo para lograr una mejora en los servicios de salud y en la prevención de riesgo reproductivo preconcepcional, incluirá además el concepto de riesgo reproductivo preconcepcional y se dará ejemplos de programas de prevención de diferentes enfermedades que están presentes en la actualidad en nuestro país, se dará a conocer a los participantes todo lo relacionado a las actividades que se realizarán: días, horarios y lugares previstos; después de explicar todo lo referido al proyecto se les informará que si no están de acuerdo con las actividades que se realizarán podrán retirarse del grupo, o que si en algún momento durante la evolución de la intervención decidieran no participar más por

diferentes motivos también lo podrán hacer, al finalizar se entregará a cada uno de los participantes el consentimiento informado impreso, el cual se leerá para que posteriormente sea firmado por cada uno de los participantes.

Por último, como incentivo para la próxima actividad se entregará en forma de mini boletín impreso algunas curiosidades referentes al tema y se informará el día, hora, lugar, y tema de la próxima actividad.

Segundo encuentro:

Día: 9/5/18

Hora: 2:00 pm-2:50 pm (primer grupo)
3:00 pm-3:50 pm (segundo grupo)

Lugar: Policlínico docente del área de salud

Título: Concepto y estado actual sobre el riesgo reproductivo preconcepcional.

Objetivos:

- 1- Informar sobre el estado actual de este riesgo.
- 2- Analizar los factores de riesgo reproductivo.
- 3- Conocer datos más relevantes de cada una de estos factores y los daños que estos puedan traer sobre el binomio.

Tipo de actividad: Conferencia.

Duración: 50 minutos.

Recursos:

- 1- Médico.
- 2- Una computadora.
- 3- Local del policlínico.

Introducción: Previo al desarrollo de la actividad se realizará un recordatorio de la actividad anterior.

Desarrollo: Se impartirá una conferencia, apoyándose en un Power Point que se elaborará con imágenes y datos relevantes del tema que se tratará, para lograr que el encuentro sea más emotivo y dinámico. Se tratarán temas referidos al riesgo reproductivo, los datos más relevantes con respecto a la epidemiología de esta y por último lo referente al estado actual de las acciones para modificar los riesgos.

Por último, se realizarán varias preguntas, tales como ¿Saben ustedes que es riesgo reproductivo? ¿Conocen de algún riesgo modificable que pueda traer graves consecuencia sobre el feto? ¿Conocen de algunas de las labores que nuestro sistema de salud desarrolla para reducir al máximo la incidencia de dichos factores? las mismas no serán respondidas, con el objetivo de despertar el interés de los participantes de asistir a nuestro próximo encuentro y promover una cultura general a su alcance, para desarrollar una mayor cooperación por parte de todos los asistentes.

Tercer encuentro:

Día: 16/5/18

Hora: 2:00 pm-3:00 pm (primer grupo)

3:00pm- 4:00pm (segundo grupo)

Lugar: Policlínico docente del área de salud.

Título: Factores de riesgo reproductivo preconcepcional. Estilo de vida saludable.

Objetivo: - Analizar los principales factores de riesgo que pueden dañar la concepción. La importancia del estilo de vida saludable en la mujer en edad fértil.

Tipo de actividad: Conferencia.

Duración: 60 minutos.

Recursos: 1- Médico.

2- Una computadora.

3- Local del policlínico.

Técnica participativa: El Beso.

Introducción: Se comenzará dando un resumen a modo de recordatorio de los temas tratados en la primera actividad y se realizará simultáneamente preguntas de comprobación.

Desarrollo: Para dar comienzo a la actividad se utilizará la técnica de animación "El Beso" la misma consiste en explicar a los participantes la utilidad del beso, diciendo que el mismo acelera las pulsaciones del corazón de 70 a 120 latidos por minuto, provoca el bombeo de un litro suplementario de sangre, que las personas besuconas no padecen de insomnio, de mala digestión, ni de alteraciones nerviosas, que además cada beso consume de 12 a 15 calorías, el cual según donde se bese tendrá su significado:

En los ojos----- ilusión.

En la frente-----majestad.

En la mejilla-----bondad.

En los labios---- pasión.

La técnica concluirá, incitando a cada participante a que salude con un beso a su compañero del lado.

Cuarto encuentro

Día: 23/5/18

Hora: 2:00pm-3:00pm

Lugar: Policlínico docente del área de salud

Título: Riesgo Reproductivo Preconcepcional. Consolidación del tema.

Objetivos: - Integrar todos los conocimientos que se han adquirido en los encuentros anteriores.

Tipo de actividad: Clase Práctica.

.

Duración: 60 minutos.

Recursos: Pancartas, plumones, hojas de papel, lápices, pizarra y tizas. Todo lo necesario para lograr un mejor aprendizaje de todo lo anterior.

Desarrollo:

- Se realizará por parte del paciente una exposición completa de los temas que se han tratado en los anteriores encuentros abordando los aspectos más relevantes.

Quinto encuentro:

Día: 30/5/18

Hora: 2:00pm-3:00pm (primer grupo)

3:00pm-4:00pm (segundo grupo)

Lugar: Policlínico docente del área de salud

Título: Las enfermedades crónicas y las trasmisibles en la salud reproductiva.

Objetivo: Conocer acerca de las ECNT, su situación epidemiológica actual, como prevenir las ECNT y aprender la importancia del control para evitar las consecuencias en relación al embarazo

Tipo de actividad: Charla educativa

Duración: 60 minutos.

Recursos: pacientes, local, hojas de papel, lápices, pizarra.

Desarrollo:

- Se realizará por parte del médico una exposición completa acerca de cuáles son las enfermedades crónicas no transmisibles más frecuentes, sus síntomas y signos y la importancia de un control adecuado antes de la concepción.

Sexto encuentro:

Fecha: 6/6/18

Hora: 2:00pm-3:00pm (primer grupo)

3:00pm-4:00pm (segundo grupo)

Lugar: Policlínico docente del área de salud

Título: Planificación familiar. Definición de la planificación familiar. Acciones destinadas a tener un embarazo adecuado. Cuáles son los métodos anticonceptivos, confiables y no confiables.

Objetivo: Conocer el uso de los diferentes métodos anticonceptivos.

Tipo de actividad: Dinámica de grupo.

Recursos: Pancartas, plumones, hojas de papel, lápices, pizarra y tizas. Todo lo necesario para lograr un mejor aprendizaje de todo lo anterior.

Duración: 60 minutos.

Responsables: Médico.

Participantes: Mujeres en edad fértil.

Séptimo encuentro:

Fecha: 13/6/18

Hora: 2:00pm-3:00pm (primer grupo)

3:00pm-4:00pm (segundo grupo)

Lugar: Policlínico docente del área de salud.

Título: Alcoholismo y tabaquismo. Consecuencias y como erradicarlos.

Objetivo: Conocer las consecuencias del alcoholismo y el tabaquismo para la salud reproductiva.

Duración: 60 minutos.

Recursos: pacientes, local, hojas de papel, lápices, pizarra.

Tipo de actividad: Conferencia.

Responsables: Médico.

Participantes: Mujeres en edad fértil.

Octavo encuentro:

Día: 20/6/18

Hora: 2:00pm-3:00pm (primer grupo)

3:00pm-4:00pm (segundo grupo)

Lugar: Aula del Policlínico docente del área de salud .

Título: Aplicación del ensayo nuevamente sobre el Programa de Intervención educativa.

Objetivo: Evaluar los conocimientos adquiridos durante la intervención.

Tipo de actividad: Clase Práctica.

Duración: 60 minutos.

Recursos: pacientes, local, hojas de papel, lápices.

Se aplicará nuevamente el acápite de la encuesta realizada al inicio de la investigación que nos sirvió de diagnóstico para determinar el nivel de información de la muestra estudiada. Con los nuevos resultados obtenidos podemos comparar y dar a conocer los resultados del ensayo de la Intervención Educativa.

Se darán a conocer los resultados de la efectividad del programa que tendrá como elemento esencial el cuestionario aplicado.

Se dará a conocer a cada participante su evaluación especificando que la mejor es el conocimiento que han sido capaces de obtener de la misma.

Se concluirá con una actividad recreativa propuesta por las participantes