

**UNIVERSIDAD DE CIENCIAS MÉDICAS  
CIEGO DE ÁVILA.**



Intervención educativa sobre Cardiopatía Isquémica en  
pacientes adultos del al área de salud de Venezuela,  
Ciego de Ávila.

**Autora:** Dra. Liennet Castilla Sevilla.

**Ciego de Ávila  
2019**

**UNIVERSIDAD DE CIENCIAS MÉDICAS**

**“DR. JOSE ASEFF YARA”**

**POLICLÍNICO DOCENTE “JUAN OLIMPIO VALCARCEL”**

**VENEZUELA, CIEGO DE ÁVILA**



Intervención educativa sobre Cardiopatía Isquémica en  
pacientes adultos del área de salud de Venezuela,  
Ciego de Ávila.

Tesis en opción al título de Especialista de 1er Grado en  
Medicina General Integral.

**Autora:** Dra. Liennet Castilla Sevilla.

Aspirante a Especialista de 1er grado en Medicina General Integral.

**Tutora:** Dra. Evelyn Sánchez Navarro.

Especialista de 1er grado en Medicina General Integral.

MSc en Salud Ambiental y Asesoramiento Genético

Profesor Auxiliar.

**Ciego de Ávila**

**2019**



## **RESUMEN**

Se realizó un estudio pre - experimental de tipo antes - después para evaluar la efectividad en la aplicación de una estrategia de intervención educativa para modificar conocimientos relacionados a factores de riesgos de Cardiopatía Isquémica en pacientes adultos pertenecientes al consultorio médico 24 del área de salud de Venezuela, Ciego de Ávila, en el período comprendido entre enero 2017 a enero 2018. El universo estuvo constituido por 100 pacientes, quedando la muestra constituida por 45 pacientes de ambos sexos mayores de 30 años que cumplieron los criterios de inclusión y exclusión. Se empleó la prueba estadísticas Mc. Nemar para hallar diferencias significativas entre el nivel de conocimiento antes y después. En el estudio predominaron el sexo femenino y los pacientes de 60 años y más. Casi la totalidad de los participantes presentaba un nivel de conocimientos insatisfactorio sobre evento cardiovascular asociado, sobre factores de riesgos no modificable y modificable de la Cardiopatía Isquémica entre la evaluación antes y después, así como las ventajas de estilos de vida saludables. Se logro una modificación significativa en la evaluación final y en la casi totalidad se elevo el nivel general de conocimientos, siendo significativa esta modificación.

**Palabras clave:** Intervención educativa, Cardiopatía Isquémica, Factores de riesgo.

## ÍNDICE

<i>Contenido</i>	<i>Páginas</i>
▪ <b>Introducción.....</b>	<b>1</b>
▪ <b>Objetivos.....</b>	<b>5</b>
▪ <b>Marco teórico.....</b>	<b>6</b>
▪ <b>Método.....</b>	<b>20</b>
▪ <b>Análisis y discusión de los resultados.....</b>	<b>28</b>
▪ <b>Conclusiones.....</b>	<b>33</b>
▪ <b>Recomendaciones.....</b>	<b>34</b>
▪ <b>Referencias bibliográficas.</b>	
▪ <b>Anexos.</b>	

## *Pensamiento:*

*Solo se es dignamente médico con la idea elevada en el corazón de que trabajamos con instrumentos y con medios de utilidad inseguros, pero con la conciencia cierta de que hasta donde no pudo llegar el saber llega siempre el Amor.*

*G. Marañón.*

## **AGRADECIMIENTOS**

Siéntense incluidas en estas páginas de sincero agradecimiento todas aquellas personas que han sido capaces de merecer mi respeto y admiración por su labor en mi formación, aquellas de quienes siempre guardaré inolvidables enseñanzas y experiencia para toda la vida.

En especial quiero agradecer:

A la MsC. Evelyn Sánchez Navarro a quien admiro por su calidad humana, sencillez, humildad y sabiduría, quien con su amor, ejemplo y experiencia ha estado ahí para aconsejarme y ha puesto tanto empeño en la realización de este trabajo.

A mi familia tan abnegada y sacrificada.

A mi novio y su familia, por su apoyo incondicional y estar siempre a mi lado.

En fin a todos los que no por mencionar no olvido.

A todos infinitas Gracias.

## **DEDICATORIA.**

No hay personas más importante en este mundo que mi madre y mi padre, quienes siempre han estado conmigo, cuando nadie más lo ha estado, ellos que me han enseñado todo lo que soy, y que siempre han querido lo mejor para mi, quiero decirles y dejar plasmado con estas sencillas palabras que todo lo que soy es gracias a ustedes, y este trabajo está dedicado a ustedes.

Gracias por su esfuerzo, por su dedicación, por su sacrificio y por tanto amor.

## INTRODUCCION

Aisladamente, embarazo y adolescencia son términos que se asocian a alegría, esperanza y futuro, pero cuando estos coinciden, son motivos de preocupación, ya que, por lo general, la alegría se opaca y se transforma en un problema. (1)

El embarazo menoscaba las posibilidades que tienen las adolescentes de ejercer los derechos a la educación, la salud y la autonomía, garantizados en tratados internacionales, como la Convención sobre los Derechos del Niño. Para casi 200 niñas adolescentes por día, el resultado del embarazo a temprana edad es la máxima violación de sus derechos: la muerte. (2)

Muchos países han adoptado la opción de prevenir el embarazo en adolescentes, en general, mediante medidas orientadas a modificar el comportamiento de las niñas. En esas intervenciones está implícita la creencia de que la niña es responsable de prevenir el embarazo y la presunción de que, si queda embarazada, es ella la que está en falta. El embarazo en adolescentes está entrelazado con problemas de derechos humanos. A una niña embarazada presionada o forzada a dejar la escuela, por ejemplo, se le niega su derecho a la educación. A una niña a la que se le prohíbe acceder a métodos anticonceptivos o incluso a información sobre la prevención de embarazos se le niega su derecho a la salud. (2)

El embarazo y el parto son unas de las principales causas de muerte de adolescentes en países en desarrollo. En el mundo alrededor de 20.000 adolescentes dan a luz todos los días; en torno a 70.000 muertes en adolescentes por complicaciones del embarazo y del parto son registradas todos los años y se estima que ocurren 3,2 millones de abortos inseguros entre adolescentes cada año (2). La expectativa social de la adolescencia es que esta es una etapa en la que los individuos se preparan para la vida y adquieren habilidades para desarrollarse con plenitud. (3)

El embarazo y el parto son procesos más desconocidos en este tiempo comparado con los antepasados lo que facilita el miedo a lo desconocido, que no puede separarse de la ilusión que se tiene por conocer al hijo y de la preocupación por si éste será normal y sano que se solucionará actualmente con las técnicas de diagnóstico prenatal, creándose una situación de ambivalencia amor-temor,

atracción-rechazo que favorece inestabilidad psicológica que supone el embarazo en sí. Todo esto se agrava en el caso de las gestaciones en adolescentes debido a su inmadurez psicológica para enfrentarse a la maternidad junto con una inestabilidad social ya que sus parejas normalmente suelen tener su misma edad y tampoco están en condiciones de afrontar la responsabilidad de ser padres.(1)

El embarazo en la adolescencia se presenta como un momento de ruptura, partiendo en antes y después la vida y cotidianidad de las jóvenes marcada por un acontecimiento significativo, donde la noticia resulta ser traumática y estresante tanto para quienes estén asumiendo el rol de madres y las que están viviendo su embarazo, como para los padres de las adolescentes y la familia en general, ante un cambio repentino en el estilo de vida. (5)

Las edades extremas de la vida reproductiva se acompañan de un peor resultado perinatal. El embarazo en la adolescencia se asocia con una mayor frecuencia de problemas médicos y nacimiento pretérmino; generalmente continúan con la gestación las adolescentes pertenecientes a clases trabajadoras y ciertas minorías étnicas, siendo elevada la incidencia de interrupción voluntaria de la gestación en las adolescentes de clases sociales medias o altas (30-60%). Son particularmente sensibles a deficiencias nutricionales, anemia, infección por HIV y otras enfermedades de transmisión sexual, además, tienen una mayor frecuencia de hipertensión inducida por la gestación. (6)

El factor más importante que condiciona el resultado de la gestación en la adolescente no es la edad de la misma, sino el control prenatal que ello produce; el inicio del control de la gestación se retrasa, el 40% de las gestantes adolescentes inician su control en el segundo trimestre gestacional, y además, son menos constantes, de tal forma que realizan un menor número de controles posteriores. En relación con el parto, no presentan una mayor incidencia de periodos de dilatación prolongados ni una tasa incrementada de cesáreas. (6)

La Organización Mundial de la Salud ha señalado el embarazo como una de las prioridades en la atención de las adolescentes ya que repercute tanto en la salud de la madre como en la del niño. La mortalidad materna del grupo de 15 a 19 años en los países en desarrollo se duplica al compararla con la tasa de mortalidad con el

grupo de 20 a 34 años; en México, la mortalidad en madres menores de 24 años corresponde al 33% del total aumentando además los riesgos médicos asociados con el embarazo de las madres adolescentes, como patología hipertensiva, anemia, bajo peso al nacer, parto prematuro, así como la nutrición materna y un aumento estimado de 2 a 3 veces en la mortalidad infantil al compararse con los grupos de edades entre 20 y 29 años.(7)

El embarazo en adolescentes es de alto riesgo por las complicaciones maternas no controladas durante el embarazo y en algunos casos por deficiencia en el control prenatal, el nivel socioeconómico y las patologías de base. Presenta gran repercusión tanto física como psicológica en la adolescente al tener que enfrentarse a eventos que mayormente no han sido planificados y para los cuales no está preparada.

Cuba no se encuentra exenta a esta problemática mundial que compromete no solo la adolescencia en las féminas sino que constituye a largo plazo un impedimento para que estas puedan desarrollarse en las diferentes esferas que pudieran haber consolidado de no haber interrumpido precozmente su propio desarrollo, influyendo además en el desarrollo de la sociedad. Disminuir el embarazo adolescente es un gran desafío y una meta sanitaria comprometida por el país, por lo que estrategias de prevención resultan prioritarias. Problema: ¿Cuáles serían las características clínico-epidemiológicas y resultados perinatales del embarazo en adolescentes de Ciego de Ávila?

## **OBJETIVOS**

### **Objetivo General**

Describir las características clínico epidemiológicas y resultados perinatales del embarazo en adolescentes de Ciego de Ávila de septiembre 2016 a septiembre 2018.

### **Objetivos Específicos**

1. Distribuir los nacimientos en adolescentes según grupo de edad, paridad y término de la gestación.
2. Describir la morbilidad relacionadas con la gestación y puerperio
3. Identificar el modo de nacimiento y las indicaciones más frecuentes de cesárea según método de Robson.
4. Describir la morbilidad perinatal y las complicaciones en el recién nacido.

## **MARCO TEORICO**

El desarrollo humano se entiende como una sucesión evolutiva de momentos por donde el individuo va transitando, inmerso en un proceso histórico dinámico y a menudo contradictorio y uno de estos momentos es precisamente la adolescencia palabra que deriva de la palabra latina “adolescere”, que nos remite al verbo adolecer y que en lengua castellana tiene dos significados: tener cierta imperfección o defecto y crecer. El diccionario de la Real Academia de la Lengua Española, define adolescencia como “la edad que sucede a la niñez y que transcurre desde la pubertad hasta el completo desarrollo del organismo”. Así su comienzo tiene lugar con la aparición de los caracteres sexuales secundarios y termina cuando cesa el crecimiento somático. (6)

Siempre se ha considerado una época de los individuos a medio camino entre la infancia y la edad adulta, por ello muchas tribus y pueblos establecieron una serie de ritos de iniciación para marcar y favorecer el paso entre una y otra. El progreso tecnológico, las comunicaciones, las multinacionales de la moda, la música y la imagen, los cambios de valores provocados por el contacto con otras culturas debidos a la migración, el turismo y los medios de comunicación, son algunos de los factores que influyen en los hábitos, costumbres y formas de vida de la adolescencia y juventud. (6)

La adolescente se encuentra en la búsqueda de su identidad adulta, en su recorrido se ve obligada a renunciar a su identidad de niña. En este recorrido la sexualidad tiene un papel esencial. El ser humano nace sexuado biológicamente, pero su sexualidad se irá construyendo a lo largo de toda la vida y se mostrará de diferentes maneras en cada edad o momento de su evolución. La sexualidad y su expresión tendrán mucho que ver con la universalidad de la persona, y no solamente con el compromiso genital. Hay pocas dudas de que la vivencia y expresión de la sexualidad es una de las cuestiones más trascendentales de la etapa adolescente. (6)

La OMS delimita la adolescencia cronológicamente entre los 10 y 19 años, aunque actualmente diferencia tres períodos, que la extienden hasta los 24 años. La pre-adolescencia o temprana de 10 a 14 años, correspondiente a la pubertad. Esta etapa

presenta poca morbilidad biológica. Durante este período por lo general se produce la menarquia, por lo que los principales motivos de consulta en esta etapa están relacionados con el desarrollo puberal y sus alteraciones, así como con leucorreas que en muchas ocasiones son funcionales y predicen la menarquia, pero que pueden ser interpretadas erróneamente como vulvovaginitis. (1)

La adolescencia media de 14 a 18 años. Esta es la etapa trascendental de las adolescentes dado al inicio de sus relaciones sexuales coitales. Son, por tanto, frecuentes motivos de consulta la búsqueda de orientación anticonceptiva, las infecciones genitales y las infecciones de transmisión sexual, la sospecha de embarazo y abortos. La adolescencia tardía de 19 a 24 años confronta un menor riesgo que los anteriores. Presenta gran similitud en su comportamiento y morbilidad con la adulta joven y tiene a su favor una más clara definición del proyecto de vida, así como la culminación del desarrollo biológico que facilita, la selección de los métodos anticonceptivos. (1)

Se define como embarazo en la adolescencia a aquella gestación que tiene lugar durante la etapa de la adolescencia, o lo que es igual, en mujeres menores de 20 años de edad, con independencia de la edad ginecológica. Para autores como Tomas Silber, consideran que es "aquella gestación que ocurre durante los dos primeros años de edad ginecológica de la mujer y/o cuando la adolescente mantiene una dependencia económica total". (1)

El riesgo asociado al embarazo en adolescentes se relaciona, con el grado de madurez del aparato reproductor, al no haber completado su madurez biológica se incrementa el riesgo de complicaciones, señalando que muchos de los riesgos del embarazo a estas edades se asocian más a su inmadurez psicosocial que a la biológica. La inmadurez del organismo está dada fundamentalmente al completamiento del crecimiento y desarrollo del útero y el desarrollo adecuado de la pelvis ósea, que forma parte del canal del parto a través del cual debe pasar el feto en el momento del parto. La madurez biológica óptima para la concepción se alcanza entre 2 y 3 años posteriores a la menarquia. (1)

El embarazo irrumpe en la vida de las adolescentes en momentos en que todavía no alcanzan la madurez física y mental, a veces con carencias nutricionales u otras

enfermedades, y en un medio familiar poco receptivo para aceptarlo y protegerlo. Este es más vulnerable a mayor cercanía de la menarquia. Después de 5 años de edad ginecológica, la joven alcanza su madurez reproductiva, por esta razón los embarazos que se inician en los primeros 5 años posteriores a la menarquia adquieren especial prioridad por los mayores riesgos maternos y perinatales que traen aparejados. El momento o la edad óptima de la vida para asumir la maternidad depende de haber completado la madurez biológica y psicosocial, y esta no tiene un patrón general de medida, es individual para cada persona. (1)

Existe una diferencia marcada en el comportamiento de la patología obstétrica en las adolescentes. También se acepta el incremento de la morbilidad del embarazo en adolescentes con 15 años o menos o edad ginecológica menor de 3 años. Para las adolescentes intermedias y tardías, los riesgos serán menores y van a estar relacionados con los factores psicosociales, ambientales y familiares. (1)

El embarazo en la adolescencia en América por lo general es no deseado, en su gran mayoría se produce en jóvenes solteras y en aquellas con pareja estable se describe una alta incidencia de separaciones durante el transcurso de la gestación. En los países que cuentan con suficientes recursos de salud para ofrecer, a mujeres de todas las edades, niveles adecuados de atención prenatal y durante el parto, es imposible reducir la mayoría de los efectos adversos relacionados con el proceso gestacional en las adolescentes embarazadas. (1)

La fecundidad presenta mayores riesgos, tanto para la madre, como para su producto, cuando se ejerce en las edades extremas de la vida reproductiva de la mujer. La mortalidad relacionada con la reproducción (materna, perinatal, infantil) presenta tasas más elevadas en las madres menores de 20 años, así como en las mayores de 35 años. Los riesgos médicos asociados al embarazo en las madres adolescentes, tales como la patología hipertensiva, la anemia, el bajo peso al nacer, el parto prematuro, la nutrición insuficiente, determinan elevación de la morbimortalidad materna y un aumento estimado de 2 a 3 veces en la mortalidad infantil, en comparación con los grupos de edades entre 20 y 29 años. (1)

De forma global se describe mayor morbilidad en la gestación de la adolescente, en tanto que de forma reducida se puede clasificar por períodos de la gestación. En la

primera mitad se destacan el aborto, la anemia, las infecciones urinarias y la bacteriuria asintomática; en la segunda mitad, los cuadros hipertensivos, las hemorragias asociadas a patologías placentarias, la escasa ganancia de peso con malnutrición asociada, síntomas de parto prematuro (contractilidad anormal) y rotura prematura de las membranas ovulares. En relación con el producto se destaca el bajo peso al nacer, tanto por nacimiento pretérmino, como por recién nacido de bajo peso para la edad gestacional. (1)

En el parto, los problemas más frecuentes son las alteraciones en la presentación y posición del feto, las que se han relacionado con un desarrollo incompleto de la pelvis materna. Esto determina una incapacidad del "canal del parto" para permitir el paso del polo cefálico. Estas distocias provocan aumento de los partos operatorios (fórceps y cesáreas). Además el incompleto desarrollo del aparato genital de la madre adolescente es la estrechez del "canal blando", que favorece las complicaciones traumáticas del tracto vaginal. Este hallazgo implica alto riesgo de lesiones anatómicas (desgarros), así como mayor probabilidad de hemorragias e infecciones en un terreno materno que puede estar comprometido por la desnutrición y las anemias previas. La estrechez de cualquiera de ambas porciones del canal del parto (ósea o blanda) implica un mayor peligro de parto traumático para el feto, que presenta amplia variedad y grado de severidad. (1)

Los factores de riesgo para el hijo de madre adolescente están fuertemente interrelacionados con aspectos sociales, económicos y culturales, entre los que resaltan: baja escolaridad y bajo coeficiente intelectual de la madre adolescente, estado civil soltera e ilegitimidad del hijo, baja edad del progenitor, bajo nivel socioeconómico, prácticas alimenticias inadecuadas de la embarazada, abandono del progenitor, determinadas características del hogar, falta de apoyo familiar, bajos ingresos obtenidos en la actividad laboral de la madre adolescente y otras carencias que en la mayoría de los casos, interfieren con las mejores intervenciones técnicas. (1)

De manera global e independientemente de los riesgos biológicos del hijo de madre adolescente, es por todos aceptado que son los factores sociales los que más van a incidir en la morbimortalidad de estos niños. (1)

El pronóstico del hijo de madre adolescente estará en dependencia de 2 elementos fundamentales: la presencia y participación del progenitor en el cuidado y crianza y la actitud de la familia de la madre y aceptación de este hijo. La madre adolescente que cuenta con el apoyo del progenitor y una familia que acepta su maternidad y colabora en la crianza de su hijo, asumirá en condiciones mucho más favorables su rol de madre y, en la mayoría de los casos, los riesgos de morbimortalidad de su descendencia serán similares a los de las madres adultas. Sin embargo, la madre soltera o abandonada por su pareja, rechazada por su familia y frustrada en su proyecto de vida presentará condiciones psicosociales que acentuarán los riesgos, tanto para ella, como para su hijo. (1)

A nivel mundial cada año hay más de mil millones de adolescentes, 85% en los países en desarrollo. El 10% de los partos acontece en adolescentes. La mortalidad materna es de 2 a 5 veces más alta en las mujeres menores de 18 años que en las de 20 a 29 años. Hay 4,4 millones de abortos inducidos, la mayoría en condiciones de riesgo. Un tercio de las hospitalizaciones son por complicaciones de aborto. Cada 5 minutos se produce un suicidio por problemas inherentes a su salud sexual y reproductiva. (8)

En Colombia se identificó que el 78 % de mujeres embarazadas están en un rango de edad entre 16 y 20 años. En el momento de los controles prenatales, solo un 3 % de las embarazadas no se realizaron ningún control, y un 15,5% se realizaron 5 controles (9). Señalar que en el sistema de salud cubano es 10 consultas el mínimo de controles prenatales prediseñados constituyendo esto último como un factor de riesgo.

Las adolescentes precoces tienen mayor prevalencia de enfermedad hipertensiva gestacional, anemia, infecciones génito-urinarias, hemorragia post-parto y rotura prematura de membrana. Los recién nacidos tienen mayor prevalencia al bajo peso, retardo de crecimiento intrauterino, parto prematuro y óbito neonatal. (10) Al mismo tiempo en publicaciones del mismo país donde se analizó datos de 2.557 nacimientos, se constató que las madres adolescentes estuvieron, de forma sistemática, en desventaja con relación a las demás madres, tanto en lo que se

refiere a las características socioeconómicas en cuanto a la asistencia recibida durante la gestación y el parto.(11)

La adolescencia puede convertirse en un factor de riesgo de bajo peso al nacer entre las madres sin pareja, fumadoras, consumidoras de drogas y con trastornos alimenticios. En estudios realizados en ciudad de México se evidencia que, durante el parto, muchas adolescentes se sienten vulnerables por la situación de la hospitalización y no actúan como protagonistas del nacimiento de sus hijos además mostró que el riesgo de muerte materna en adolescentes es el doble que en el resto de las mujeres de edad fértil, y cuatro veces mayor cuando se trata de menores de 15 años. (12, 13,14)

En cuanto al bebé se mostró que se encontraron bajo peso en un 24 % cuando la madre pertenecía a la categoría de edad de 10-14 años y de 10% cuando la madre fue de entre 15 y 19 años, cada año mueren 70000 jóvenes en países en desarrollo por causas relacionadas con la maternidad temprana. De las adolescentes nunca embarazadas, 84.1% son solteras, mientras que 83.1% de las adolescentes con antecedente de embarazo está o ha estado unida. (14) El 80% de los niños hospitalizados por desnutrición grave son hijos de madres adolescentes. (7)

Para el periodo de análisis 2008-2012, en números absolutos de nacimientos, entre el primer y último año estudiado se aprecia, en el grupo de 10 a 14 años, un incremento de 26.3%, para el grupo de 15 a 19 años un aumento de 16.2%, mientras que para el total de 10 a 19 años el incremento fue de 16.6%. El grupo de 20 a 49 años aumentó en 10.7% durante el mismo lapso. (15)

La elevada incidencia de embarazos en adolescentes en Latinoamérica, solo superada por África, no solo persiste sino que tiene una tendencia al incremento, lo que supone un freno para el desarrollo de la región. Mientras los índices de maternidad tienden a disminuir en todos los grupos de edades, existe una clara tendencia a su aumento en el grupo de adolescentes entre 15 y 19 años. Cuba aunque con una situación menos desfavorable no escapa a esta realidad. (2)

Cuba se encuentra en una fase avanzada de su transición demográfica con bajos niveles de mortalidad y fecundidad. El descenso de la fecundidad ha sido sostenido, situándose en niveles por debajo del reemplazo desde el año 1978. Es por tanto,

contradictorio y alarmante el continuo incremento de la fecundidad adolescente en los últimos años, transitando desde 44,9 nacimientos por cada 1 000 mujeres entre 15 y 19 años en el 2005, hasta 57,3 en el 2011, llegó a representar el 16 % de la fecundidad total, es además la única tasa que ha aumentado su peso relativo. (16)

Lo más preocupante y llamativo es que también se ha incrementado la tasa de aborto, la cual llegó a ser superior a la de todas las mujeres en edad reproductiva. De manera que, no son solo los nacimientos, sino los embarazos en general los que están aumentando en las adolescentes. Dentro de la problemática del embarazo precoz y sus consecuencias, el aborto tiene un sitio especial, las razones están en el orden biológico, psicológico y social. Por un inicio precoz de las relaciones sexuales y un bajo nivel de utilización de los métodos anticonceptivos, todo esto enmarcado en una sociedad permisiva que por lo general acepta y en ocasiones favorece este tipo de comportamiento. (16)

Estudios en diferentes instituciones y provincias del país, estiman que, incluidas las regulaciones menstruales el 25 % de los abortos, tiene lugar en una menor de 20 años, con prevalencia en algunas provincias orientales que se ha llegado a cifras tan alarmantes como el 45 %.(16)

La población de adolescentes embarazadas en Cuba se comporta como un grupo intervenido, pues se encuentra priorizada su atención en los lineamientos del programa nacional materno infantil, cuyo pilar fundamental es la atención basada en el enfoque de riesgo y su núcleo básico es el médico y la enfermera de la familia. Es por esto que cuando se estudia la morbimortalidad en la gestante adolescente y su producto, se ha encontrado un comportamiento similar, e incluso, en muchos casos, inferior al que se reporta en madres entre 20 y 35 años. (1)

Solo indicadores que miden más desarrollo social que complicaciones médicas se observan con mayor frecuencia en las adolescentes y son estos el bajo peso al nacer y la prematuridad, por lo general, secuelas de trastornos nutricionales en la madre, en especial la malnutrición por defecto. (1)

En la provincia de Granma se constató en estudio realizado en 2015 que el 80% fueron incluidas en alto riesgo porque además de estar embarazadas en una edad en la que no están preparadas biológica ni psicológicamente, tienen asociados

problemas de desnutrición, asma y riesgo de prematuridad por baja talla y bajo peso. En Camagüey se mostró que el bajo peso materno estuvo presente en el 59,8 %, el 78 % de estas gestantes presentó alguna enfermedad durante el embarazo además mayor frecuencia de complicaciones posparto para la madre (17,18). Todo lo realizado en este sentido hasta hoy no ha logrado revertir esta problemática, por lo que se impone una profunda reflexión y elaboración de nuevas estrategias que incluyan la activa participación de todos los sectores de la sociedad, con vistas a enfrentar con efectividad esta crucial problemática y lograr que la reducción del embarazo en la adolescencia deje de ser una asignatura pendiente. (16)

## **MATERIAL Y METODO**

Se realizó un estudio observacional descriptivo longitudinal prospectivo con el objetivo de describir las características clínico epidemiológicas y el comportamiento de los resultados perinatales del embarazo en la adolescencia en el Servicio de Ginecología del Hospital General Docente Dr. Antonio Luaces Iraola de Ciego de Ávila, en el periodo comprendido entre septiembre del 2016 y septiembre 2018. El universo estuvo constituido por 5780 nacimientos ocurridos durante el periodo de estudio atendidas en el Servicio de Ginecología del Hospital Provincial de Ciego de Ávila, se tomó una muestra de 717 gestantes adolescentes que cumplieron con los criterios de inclusión, exclusión y salida.

### Criterios de inclusión

- Gestantes atendidas por el servicio de ginecología del Hospital General Docente Dr. Antonio Luaces Iraola.
- Edad menor de 20 años.

### Criterios de exclusión

- Interrupción del seguimiento entre la captación y el puerperio en el área sur de la provincia.

### Criterios de salida

- Que la gestante se traslade a otro lugar de residencia fuera de la provincia.

Para dar salida a los objetivos del estudio se elaboró una planilla de recolección de datos que facilitará la recogida de variables de interés para el estudio como fuente de información primaria (la entrevista: Es un método de recogida de información cara a cara que permitió identificar los factores que estaban influyendo en la incidencia del embarazo en estas pacientes). Como fuente de información secundaria se utilizó la historia clínica, así como de la base datos estadísticos de la institución. En correspondencia al problema de investigación que se pretende generalizar, a continuación se estructuró la presente investigación desde una perspectiva cuantitativa. Se procesaron estadísticamente los datos obtenidos buscando generalizar la información que describe los principales resultados perinatales

constatados. Por último se procedió al análisis de los resultados dando salida a los objetivos a través de las conclusiones.

Principales variables de medición de respuesta.

Variable	Tipo	Operacionalización		Indicador
		Escala	Descripción	
Edad	Cuantitativa continua	De 10 a 15 Años. De 16 a 19 Años.	Según años cumplidos.	Número y porciento según grupos de edades.
Paridad	Cuantitativa discreta	Nulíparas. Con paridad anterior.	Según antecedentes de partos anteriores presentados.	Número y porciento según grupo de pertenencia.
Edad Gestacional	Cualitativa ordinal politómica	Pretérmino. A término. Postérmino.	Pretérmino: De 22 a 36.6 semanas de gestación. A término: De 37 a 41.6 semanas de gestación. Postérmino: Mayor o igual a de 42 semanas de gestación.	Número y porcentaje según grupo de pertenencia.

Enfermedades relacionadas con la gestación y puerperio.	Cualitativa ordinal politómica	Enfermedad hipertensiva gestacional. Anemia. Infección urinaria. Rotura prematura de membranas. Diabetes gestacional. Sangramiento postparto. Infección de la herida quirúrgica. Muerte.	Según las enfermedades relacionadas con la gestación presentes durante el embarazo, parto y puerperio.	Número y porcentaje según grupo de pertenencia.
Modo de nacimiento	Cualitativa ordinal dicotómica	Eutócico. Distócico.	Según modo de nacimiento.	Número y porcentaje según grupo de pertenencia.

Indicaciones de cesárea del método de Robson	Cualitativa ordinal politómica	<p>1- Estado fetal intranquilizante /pérdida del bienestar fetal.</p> <p>2-Fallo de inducción</p> <p>3-Detención del progreso del trabajo de parto</p> <p>4- Desproporción céfalo-pélvica</p> <p>5-Miscelánea Electivas</p>	<p>Grupo1: Por estado fetal intranquilizante o pérdida del bienestar fetal.</p> <p>Grupo 2: Fallo de inducción.</p> <p>Grupo 3: Detención del progreso del trabajo de parto.</p> <p>Grupo 4: Desproporción céfalo-pélvica.</p> <p>Grupo 5: Miscelánea Presentaciones de frente.</p> <p>–Cara (mento posteriores).</p> <p>– Prolapso del cordón.</p> <p>– Hemorragia vaginal activa durante el proceso de dilatación.</p> <p>– Sospecha de patología placentaria o que compromete el estado materno.</p> <p>– Eclampsia con indicación de extracción fetal inmediata después de un periodo de 5 min a 15 min y patrón</p>	
--	--------------------------------	---	--	--

Peso fetal al nacer	Cualitativa ordinal politómica	Bajo peso Normo peso Macrosomía	Bajo peso: Peso inferior a 2500g Normo peso: Peso entre 2500g y 4000g. Macrosomía: Peso superior a 4000g.	Número y porcentaje según grupo de pertenencia
Morbilidad neonatal	Cualitativa ordinal politómica	Bajo peso al nacer Bronco aspiración de líquido amniótico meconial. Patrón de succión desordenado. Isoinmunización ABO Traumatismos	Según las complicaciones presentes en el neonato	Número y porcentaje según grupo de pertenencia

Métodos de procesamiento de la información y técnicas a utilizar.

Se elaborará una base de datos con la utilización del programa Microsoft Excel, previo al procesamiento de los mismos y la obtención de los resultados a través del programa de análisis estadístico SPSS 15.0. La información obtenida se procesará en un computador tipo AMD con instalación del sistema Windows 7. Los resultados obtenidos se presentarán en tablas, en las que se resumirá la información con el fin de abordar cada objetivo específico planteado.

## Aspectos éticos

Este estudio se realizó teniendo en cuenta el parámetro ético de acuerdo con sus cuatro principios éticos básicos: el respeto a las personas, la beneficencia, la no maleficencia y el de justicia. Para proteger las identidades de las pacientes y su privacidad se han excluido datos comprometedores del estudio que pudieran implicar algún perjuicio para las mismas.

## RESULTADOS Y DISCUSION

Características clínico-epidemiológicas y resultados perinatales del embarazo en la adolescencia en Ciego de Ávila. 2016-2018.

Tabla 1. Distribución de los nacimientos según paridad y grupo de edad en adolescentes de Ciego de Ávila. 2016-2018.

Paridad	Grupo de edad					
	10 a 15		16 a 19		Total	
	no	%	no	%	no	%
Nulípara	79	11.01	560	78.11	639	89.12
Con paridad anterior	1	0.15	77	10.73	78	10.88
Total	80	11.16	637	88.84	717	100

Fuente: Registro de partos e historia clínica hospitalaria.

La tabla1: muestra la distribución de los nacimientos en adolescentes según paridad y grupo de edad, donde de las 717 adolescentes embarazadas, el 88.84% se corresponde con el grupo de edad entre 16 a 19 años, mientras que el 11.16% representó la edad de 10-15 años; coincidiendo con resultados constatados en estudios realizados en Pinar del Rio donde predominó la incidencia entre 15 -19 años con un 82.6% y en Granma el 76% de las gestantes presentaron edades entre 17-19 años(9,17); Avala Lucas en estudio realizado en Guayaquil, Ecuador; planteó que el mayor porcentaje de incidencia se encontraba en las adolescentes mayores de 16 años en un 62%(19).

Así como Gálvez y colaboradores determinaron en estudio realizado en Venezuela predominio de la incidencia en un 60% en las mayores de 16 años de edad (20).Siendo las edades menores de 16 años menos incidentes tanto en los resultados del presente estudio como en la literatura.

Por otra parte se refleja la distribución de gestantes según paridad donde se constató mayor porcentaje de adolescentes nulíparas en un 89.12% siendo el grupo de 16 -19 años el 78.11%, sin embargo solo un 10.88% tuvieron el antecedente de paridad anterior, en este caso las de 10-15 años resultaron ser menos incidentes. Hallazgo que no se corresponde con lo descrito por Gálvez y colaboradores en estudio realizado en Venezuela, donde constataron en un 97.8% el antecedente de paridad anterior y en algunos casos ya tenían de 3 a 4 hijos (20).

Por otra parte Jacome Ramírez encontró en el Hospital Materno Infantil de Guayaquil un 80% de nuliparidad con respecto a un 20 % de paridad anterior (22); resultados similares a la presente investigación.

Tabla 2. Término de la gestación y edad materna.

Término de gestación	Total	
	no	%
Pretérmino	100	13.95
A término	601	83.82
Postérmino	16	2.23
Total	717	100

Fuente: Registro de partos e historia clínica hospitalaria.

En la tabla 2, se muestra la distribución según término de la gestación donde el 83.82% de las gestaciones llegaron al término; seguido del pretérmino 13.95% y en menor proporción 2.23% en el pos término.

Los datos obtenidos se corresponden con la literatura revisada, donde según los resultados obtenidos en Jaruco el mayor porcentaje lo presentaron embarazos que fueron a término en el momento del parto 71.4% (21). Por otra parte en Brasil el número de nacimientos prematuros fue superior en el grupo de 10 a 14 años de edad (13,6%) en comparación con los otros dos grupos de edad maternas: 15-19 años de edad (9,2%) y  $\geq 20$  años (8,5%). (23)

Tabla 3. Morbimortalidad relacionadas con la gestación y puerperio

Morbimortalidad relacionadas con la gestación y puerperio	Total	
	no	%
Anemia	258	35.98
Infección urinaria	72	10.04
Rotura prematura de membranas	36	5.02
Enfermedad hipertensiva gestacional	30	4.18
Infecciones cérvico-vaginales	23	3.21
Diabetes gestacional	11	1.54
Infección de la herida quirúrgica	5	0.70
Sangramiento Post parto	1	0.14
Muerte materna	1	0.14
Sin morbilidad relacionadas con la gestación y puerperio	280	39.05
Total	717	100

Tabla 3. Morbimortalidad relacionadas con la gestación y puerperio

La tabla numero 3 muestra la distribución según la morbilidad relacionada con la gestación y puerperio en la que predominó la anemia con 35.98%, infección urinaria en el 10.04%, rotura prematura de membranas con 5.02% respectivamente y una muerte materna (Causa desconocida) 0.14% con un 39.05% de gestantes que no presentaron morbilidad relacionadas con la gestación y puerperio.

Resultados similares fueron encontrados en Granma, donde del total, 51,5 % presentaron morbilidad, con predominio general de la anemia y las infecciones vaginales (9). También se identifica igualdad en el porcentaje de la ruptura prematura de membranas, con un 6 %, con incidencia de preeclampsia en un 26% y la eclampsia, con un 19 % lo que no se corresponde con los resultados obtenidos. Gálvez constató predominio de las infecciones vaginales, en específico la vaginosis

con 31,1 %, seguido de la infección urinaria con 22,2 % a continuación, la hipertensión arterial transitoria 20 %. (20)

Tabla 4. Modo de nacimiento.

Modo de nacimiento	Total	
	no	%
Eutócico	610	85.07
Cesárea	87	12.13
Instrumentaciones	20	2.8
Total	717	100

Fuente: Registro de partos e historia clínica hospitalaria

En cuanto a la distribución según modo de nacimiento, según muestra la tabla número 4, globalmente existió un predominio en un 85.08% de los partos eutócicos seguido de un 12.13% de cesáreas y 2.8% de instrumentaciones, siendo más frecuente su incidencia en el grupo de edad comprendido entre 16 a 19 años. Distribuyéndose a su vez 12.13% en cesáreas realizadas y 2.79% de instrumentaciones con respecto al total.

En Granma del total de adolescentes, el 72% presentaron parto eutócico y 28% tuvieron parto por cesárea (9). Se evidenció que en el momento del parto, las pautas que más se relacionan son la inducción y la conducción. Guerra Machado et al en estudio realizado en Jaruco 52.4% de partos eutócicos, 4.8% de partos instrumentados y 42.9% de cesáreas con menor porcentaje de presentación en adolescentes que en mayores de 20 años a excepción de la cesárea primitiva (21).

En Brasil respecto al tipo de parto, el porcentaje de operaciones cesáreas entre aquellas entre 10-14 años y entre 15-19 años fue semejante con 43,2% y 42,1%, respectivamente. En comparación, fue encontrado mayor porcentaje entre madres  $\geq 20$  años de edad 59,7%, con menor probabilidad de operación cesárea entre las

madres adolescentes en comparación con el grupo superior, con significancia estadística. (23)

Tabla 5 Indicaciones de cesárea según método de Robson

Indicaciones de cesárea método de Robson	Total	
	no	%
EFI/ pérdida del bienestar fetal	6	6.89
Fallo de inducción	17	19.54
Detención del progreso del trabajo de parto	7	8.04
Desproporción céfalo-pélvica	9	10.34
Miscelánea	2	2.32
Electivas	46	52.87
Total	87	100

Fuente: Registro de partos e historia clínica hospitalaria

La tabla 5, muestra la distribución según indicaciones más frecuentes de cesárea según clasificación de Robson donde se constata globalmente una mayor incidencia de cesáreas electivas (macrosomías, presentaciones viciosas, cesárea anterior).

No se recoge en la literatura nacional ni internacional la presencia de los datos estadísticos en estudios realizados según la clasificación de Robson específicos para adolescentes. No obstante en estudio realizado en Corrientes, Argentina 2004 fue presentado que el 31.1% de las cesáreas realizadas fue por cesárea anterior, seguidos por sufrimiento fetal agudo en un 20.1% y falta de la progresión de la presentación en un 16%; además constataron que en un 56% la decisión de realización de la cesárea se realizó previo al trabajo de parto o sea de forma electiva (25).

Tabla 6. Distribución según peso fetal al nacer.

Peso fetal al nacer	Total	
	no	%
Normopeso	625	87.17
Bajo peso	71	9.90
Macrosómico	21	2.93
Total	717	100

Fuente: Registro de partos e historia clínica hospitalaria.

La tabla numero 6 muestra la distribución según peso al nacer constatándose un predominio de recién nacidos normopeso en un 87.17%, seguido en frecuencia por un 9.90% de bajo peso al nacer y 2.93% de macrosomia siendo esta la menos frecuente.

La literatura revisada muestra respecto al parto de un bebé con bajo peso al nacer, las embarazadas entre 10 y 14 años de edad tenían una mayor probabilidad de un bebé con peso <2500g al nacer (OR: 1,53; 95% IC: 1,40-1,68; valor de p: <0,001) en estudio realizado en Brasil (23).

Mientras que en Jalisco, México se constató prevalencia de recién nacido normo peso en un 87.04%, bajo peso en 10,69% y 2,27% macrosómicos resultados muy similares a los constatados en el presente. (24)

Tabla 7. Morbilidad neonatal.

Morbilidad neonatal	Total	
	no	%
Bajo peso al nacer	71	9.90
BALAM	26	3.63
Patrón de succión desordenado	11	1.53
Asfixia neonatal	9	1.26
Isoinmunización ABO	4	0.55
Traumatismo de cráneo	2	0.27
Sin complicaciones	594	82.87
Total	717	100

Fuente: Registro de morbilidad neonatológica e historia clínica individual del recién nacido.

En la tabla número 7 se muestra la distribución según morbilidad neonatal encontrada donde globalmente es notable la supremacía de bajo peso al nacer en ambos grupos de edades, para un 9.9% del total. Le sigue en frecuencia la broncoaspiración de líquido meconial con un 3.63% del total. Cabe señalar que el resto de las complicaciones encontradas presentaron similar comportamiento con predominio de la aparición de las mismas en el grupo de edad correspondiente a 10 a 15 años.

En Jaruco dentro de las complicaciones neonatales más frecuentemente encontradas distress respiratorio 31%, asfixia neonatal 9.5%, íctero patológico 4.8% e hipoglicemias en un 9.5% y ausencia de complicaciones en un 45.2% (21). Según Avala Lucas en Guayaquil, los datos revelaron que de los hijos nacidos de madres adolescentes durante este periodo también mostraron unas series de complicaciones

como sepsis neonatal con el 41%, bajo peso al nacer con el 35%, complicaciones respiratorias el 21% y problemas del SNC 3% de los casos registrados dentro de nuestro estudio de 100 pacientes. (19)

## **CONCLUSIONES**

Se constató mayor distribución de nacimientos en adolescentes en edades entre 16 y 19 años. Siento el antecedente de nuliparidad el más frecuentemente encontrado así como las gestaciones que llegaron al término.

Dentro de la morbimortalidad relacionada con la gestación y puerperio se halló la anemia, infección urinaria, rotura prematura de membranas, enfermedad hipertensiva gestacional y un caso de muerte materna.

Superioridad del parto eutócico y de recién nacidos normopesos. En cuanto a las cesáreas realizadas predominaron las electivas, seguidas por el fallo de inducción.

Las comorbilidades neonatales del recién nacido más frecuentes fueron el bajo peso al nacer y broncoaspiración de líquido amniótico meconial.

## REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. Peláez Mendoza J. Ginecología pediátrica y de la adolescente: Temas para el médico de la familia. Ciudad de La Habana: Editorial científico técnica; 2007
2. Williamson N. Maternidad en la niñez: Enfrentar el reto del embarazo en adolescentes [Internet]. New York: UNFPA; 2013 [citado 15 de jul de 2016]. [aprox. 132p]. Disponible en: <http://www.unfpa.org/sites/default/files/pub-pdf/ES-SWOP2013.pdf#overlay-context=>
3. Villalobos A, Campero L, Suárez L, Atienzo EE, Estrada F, De la Vara E. Embarazo adolescente y rezago educativo: análisis de una encuesta nacional en México. *Sal públMéx* [Internet]. 2015 [citado 16 Ene 2016]; 57(2): [aprox. 9p]. Disponible en: [http://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0036-36342015000200008&lng=en](http://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0036-36342015000200008&lng=en).
4. Bajo Arenas JM, Melchor Marcos JC, Mercé LT, Fundamentos de Obstetricia (SEGO). Madrid: Gráficas Marte; 2007.
5. Quintero AP, Rojas HM. El embarazo a temprana edad, un análisis desde la perspectiva de madres adolescentes. *Rev Virt Univer Cat Nort* [Internet] 2015 [citado 20 Feb 2016]; 68(44) 222-237. Disponible en <http://revista.virtual.ucn.edu.co/index.php/RevistaUCN/article/view/626/1161>
6. Álvarez JD, Aragón J, Barranco E, Bernabeu S, Blanco S, Orense C y otros. Manual de Salud Reproductiva en la Adolescencia. 2nd ed. Zaragoza: Wyeth-Lederle; 2001.
7. Mora AM, Hernández M. Embarazo en la adolescencia: cómo ocurre en la sociedad actual. *Perinatol Reprod Hum* [Internet]. 2015 [citado 16 May 2016]; 29(2): [aprox. 7p]. Disponible en: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0187533715000175>
8. Távara-Orozco L. Contribución de las adolescentes a la muerte materna en el Perú. *Ginecol Ostet* [Internet]. 2004 [citado 15 May 2016]; 50 (2) : 111 – 122; Disponible en: [http://sisbib.unmsm.edu.pe/bvrevistas/ginecologia/Vol50\\_N2/a06.htm](http://sisbib.unmsm.edu.pe/bvrevistas/ginecologia/Vol50_N2/a06.htm)
9. Ramírez Ladino KE, Medina Franco LA, Arias Olarte NA, Jiménez Barbosa WG. Características ginecobstétricas de adolescentes que tuvieron su parto en el periodo julio-diciembre del 2012 en una institución de salud. *Cien Tecnol Salud Vis*

Ocul[Internet]. 2014[citado el 16 de Jun 2016]; 12(2): [aprox.7p]. Disponible en: <http://revistas.lasalle.edu.co/index.php/sv/article/view/3294/2621>

10. Bouzas ICS, Cader SA, Leão L. Embarazo en la adolescencia: una revisión sistemática del impacto de la edad materna en las complicaciones clínicas, obstétricas y neonatales en la primera fase de la adolescencia. *Adolesc Saude*. [Internet] 2015[citado 15 Feb 2016]; 12(2):58-72. Disponible en: [http://www.adolescenciaesaude.com/detalhe\\_artigo.asp?id=515&idioma=Espanhol](http://www.adolescenciaesaude.com/detalhe_artigo.asp?id=515&idioma=Espanhol)

11. Cesar JA, Mendoza-Sassi RA, Gonzalez-Chia DA, Mano OS, Goulart-Filha SM. Características sociodemográficas e de assistência à gestação e ao parto no extremo sul do Brasil. *Cad Saúde Pública*. 2011; 27(5):985-94.

12. Guimarães AMDN, Bettiol H, Souza L, Gurgel RQ, Almeida MLD, Ribeiro ERRO, et al. Is adolescent pregnancy a risk factor for low birth weight? .*Rev Saúde Pública*. 2013; 47(1):11-9.

13. Castro A, Leite ÁJ, Vieira Bruno Z; Gomes B. Filho J, Ferreira da Silva C. Gravidez na adolescência e baixo peso ao nascer: existe associação?. *Rev Paul Pediatr*, 2011; 29(4):489-94.

14. Martínez HT, Silva AI, Cabrera P, Mendoza AJ. Perfil obstétrico de adolescentes embarazadas en un hospital público: riesgo al inicio del trabajo de parto, parto, posparto y puerperio. *Rev Latino-Am Enfermagem* [Internet]. 2015 [citado 16 Jul 2016]; 23 (5): 829-836. Disponible en: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0104-11692015000500829&lng=en](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692015000500829&lng=en)

15. Reyes AE, Navarrete-Hernández E, Canún-Serrano S, Valdés-Hernández J. Porcentaje de nacimientos y tasas de fecundidad en adolescentes de México (2008-2012): estratificación y priorización de municipios con alto riesgo. *Ginecol Obstet Mex*. 2012; 83, 760-769.

16. Peláez Mendoza J. Embarazo en la adolescente, una asignatura pendiente. *Rev Cubana Obstet Ginecol* [Internet]. 2012 [citado 2016 Jul 20] ; 38( 4 ): 450-451. Disponible en: [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0138-600X2012000400001&lng=es](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0138-600X2012000400001&lng=es).

17. González Sábado R, Martínez Cárdenas CA, Martínez González A, Martínez González O, Mariño Márquez E. Riesgos biopsicosociales en gestantes adolescentes, propuesta de evaluación en el nivel primario. Rev Méd Granm [Internet]. 2015 [citado 16 de Jun 2016]; 20(1): [aprox.14p]. Disponible en: <http://www.revmultimed.sld.cu/index.php/mtm/article/view/141>
18. Valdés Dacal S, Essien J, Bardales J, Saavedra Moredo D, Bardales Mitac E. Embarazo en la adolescencia. Incidencia, riesgos y complicaciones. Rev Cub Obstet Ginecol [Internet]. 2002 [citado 16 Jun 2016]; 28(2): [aprox. 7p]. Disponible en: [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0138-600X2002000200004](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0138-600X2002000200004)
19. Avala Lucas GM. Insidencia en embarazo en la adolescencia en mujeres de 12 a 18 años [tesis]. Guayaquil: Universidad de Guayaquil; 2018. [citado 29 oct 2018]. Disponible en: <http://repositorio.ug.edu.ec/bitstream/redug/30849/1/CD%202139-%20ALAVA%20LUCAS%2C%20GENESIS%20MARIA%20JOSE.pdf>
20. Gálvez Henry F, Rodríguez Sánchez BA, Lugones Botell M, Altunaga Palacio M. Características epidemiológicas del embarazo en la adolescencia. Rev Cub Obst Ginecol [Internet].2017; 43(3):15-27. Disponible en: [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=s0138-600X2017000300003&lng=es](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=s0138-600X2017000300003&lng=es).
21. Guerra Machado D, González Gutiérrez E, Hernández Núñez J, Naranjo Rodríguez JA. Resultados perinatales del embarazo en adolescentes del municipio Jaruco. Medimay [internet]. 2015 [citado 19 enero 2019];21(2):[aprox.12p.] disponible en: <http://revcmhabana.sld.cu/index.php/rcmh/view/782>.
22. Jacome Ramirez MN. Factores socioculturales en la embarazada adolescente y sus complicaciones obstétricas en el Hospital Materno Infantil Dra Matilde Hidalgo de Procel en el periodo 2017'-2018. [tesis]. Guayaquil:Universidad de Guayaquil;2018.Disponible en: <http://repositorio.ug.edu.ec/bitstream/redug/31653/1/CD-465-JACOME-RAMIREZ.pdf>

23. Souza ML, Lynn FA, Johnston L, Tavares ECT, Brüggemann OM, Botelho LJ. Fertility rates and perinatal outcomes of adolescent pregnancies: a retrospective population-based study. Rev. Latino-Am. Enfermagem[Internet]. 2017[citado 19 enero 2019]; 25:e2876.Disponible en: <http://www.scielo.br/pdf/rlae/v25/>
24. Ortiz Villalobos RC, Bañuelos Franco A, Serrano Enríquez RF, Mejía Mendoza ML, Laureano Eugenio J.Perfil Obstétrico neonatal de adolescentes atendidas en el Hospital General de Occidente de Jalisco México. Rev Cub Obst Ginecol\_[Internet]. 2015 [citado enero 2019]; 41(4). Disponible en: [http://scielo.sld.cu/scielo.php?scriptsci=sci\\_arttext&pid=S0138-600X2015000400002&lng=es](http://scielo.sld.cu/scielo.php?scriptsci=sci_arttext&pid=S0138-600X2015000400002&lng=es).
25. Ministerio de salud pública. Departamento provincial de registros médicos y estadísticas de salud. Anuario estadístico de salud. 2017 [Internet]) Ciego de Ávila, edición 2018 [citado 10 agost 2019]. 88p. Disponible en: [https://www.google.com.cu/search?ei=XJACXbO2E\\_DO5gLg1LXADA&q=anuario+estadistico+de+salud+de+ciego+de&oq=anuario+estadistico+de+salud+de+ciego+de&gs\\_l=psy-ab.3..33i160.174332.202219..203771...0.0..0.330.8046.0j24j15j1.....0....1..gws-wiz.....35i39j0i131j0i67j0i22i30j33i22i29i30.GOnIm88nW2I](https://www.google.com.cu/search?ei=XJACXbO2E_DO5gLg1LXADA&q=anuario+estadistico+de+salud+de+ciego+de&oq=anuario+estadistico+de+salud+de+ciego+de&gs_l=psy-ab.3..33i160.174332.202219..203771...0.0..0.330.8046.0j24j15j1.....0....1..gws-wiz.....35i39j0i131j0i67j0i22i30j33i22i29i30.GOnIm88nW2I)

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Cisneros Sánchez L. G., Carrazana Garcés E. Factores de riesgo de la cardiopatía isquémica Rev Cubana Med Gen Integr vol.29 no.4 Ciudad de La Habana oct.-dic. 2013
2. G Sanz Romero. Cardiopatía isquémica. En CD ROM Principios de Medicina Interna de Farreras, Rozman. 14ª Edición. Ediciones Harcourt, S. A. Velázquez, 24, 5. ° Dcha. 28001 Madrid. España. 2005.
3. Hamm C, Bassand JP, Agewall S, Bax J, Boersma E, Bueno H, et al. Guía de práctica clínica de la ESC para el manejo del síndrome coronario agudo en pacientes sin elevación persistente del segmento ST. RevEspCardiol. 2012;65(2): 1-55.
4. Jiang G; Wang D, Wei Li, Pan Y, Zheng W, Zhang H, et al. Coronary heart disease mortality in China: age, gender, and urbanrural gaps during epidemiological transition. RevPanam Salud Publica 2012(consultado 12 de mayo de 2016); 31 (4). Disponible en:<http://www.scielosp.org>
5. Peña L, Bueno A, Soto J, Yuste M, Barranco F. Síndrome coronario agudo en la mujer. Diferencias de género. MedClin (Barc). 2011; 137 (14): 623-30.
6. Beltrán J, Beltrán R, Caisedo V, García M, Mansur F, Jaramillo C, et al. Guías Colombianas de Cardiología. Revista Colombiana de Cardiología 2008 (consultado 12 de mayo de 2016); 15 (3).Disponible en:<http://www.scielo.org>.
7. Masterson R, Smeeth L, Gilman R, Miranda J. Physical activity and cardiovascular risk factors among rural and urban groups and rural-to-urban migrants in Peru: a cross-sectional study. Rev PanamSaludPublica 2014. .
8. Yusuf S, Teo K, Anderson C, Pogue J, Dyal L, Copland I, et al. Effects of the angiotensin-receptor blocker telmisartan on cardiovascular events in high-risk patients intolerant to angiotensin-converting enzyme inhibitors: a randomised controlled trial. Lancet. 2016; 372:1174-83.
9. Castelo L; Licea M. Dislipoproteinemia y diabetes mellitus. Rev Cubana CardiolCirCardiovasc 2010;16(2):140-55.
10. Dueñas HA. Cardiopatía isquémica. Su control en el nivel primario de salud. Rev Cubana Med Gen Integr 1992;8(3):202-13.
11. Cuba. Ministerio de Salud Pública. Dirección Nacional de Estadísticas. Anuario Estadístico. 2016.

12. Ochoa SR. La política del Ministerio de Salud Pública en la prevención de las enfermedades no transmisibles. *Rev Cubana Hig Epidemiol* 1991;29(1):3-9.
13. Stamler J. Coronary risk factors. Cardiovascular risk factors. *Ann Intern J* 2014; 1(1):10-9.
14. National Center for Chronic Disease Prevention and Health Promotion, CDC. Trends in ischemic heart disease mortality – United States, 1980-1988. *JAMA* 1992;268:1837-45. 2014.
15. Multiple Risk Factor Intervention Trial Research Group. Mortality rates after 10,5 years for participants in the Multiple Risk Factor Intervention Trial. *JAMA* 1990;263:1795-1801. 2014.
16. Robertson RM, Robertson D. Drugs used for the treatment of myocardial ischemia. En Harman JG: Goodman & Gilman's. *The Pharmacological Basis of Therapeutics*. 9 ed. New York: McGraw Hill, 2014:759-80.
17. Thadani U. Nitrate tolerance, rebound, and their clinical relevance in stable angina pectoris, unstable angina; and heart failure. *Cardiovasc Drugs Ther* 2014;10:735-42.
18. Velázquez O, Peralta R, Esqueda L, Hernández G, Castillo C, Attie F, et al. Prevalencia e interrelación de enfermedades crónicas no transmisibles y factores de riesgo cardiovascular en México: resultados finales de la Encuesta Nacional de Salud (ENSA) 2000. *Arch Cardiol Mex*. 2007; 73: 62-77.
19. Wikipedia. Enciclopedia libre. 2015.
20. Andrés E, León M, Cordero A, Magallón R, Magán P, Luengo E, et al. Factores de riesgo cardiovascular y estilo de vida asociados a la aparición prematura de infarto agudo de miocardio. *Rev Esp Cardiol*. 2011; 64 (6):527-529.
21. Balaguer-Vintró I. Control y prevención de las enfermedades cardiovasculares en el mundo. *RevEspCardiol* 2004; 57(6):487-94.
22. Brandão A, Magalhães M, Pozzan R, Brandão A. Síndrome metabólico en jóvenes: diagnóstico y tratamiento. *RevEspCardiol* 2005; 58 (2):3-13.
23. Santos C, Badimón J. Lipoproteínas de alta densidad y reducción de riesgo cardiovascular: ¿promesas o realidades? *RevEspCardiol*. 2014; 65 (4):305-8.
24. Guallar P, Gil M, León L, Graciani A, Bayán A, Taboada J, et al. Magnitud y manejo de la hipercolesterolemia en la población adulta de España, 2008-2010: el estudio ENRICA. *RevEspCardiol*. 2014; 65 (6):551-8.

25. Madrazo Ríos J. M. y Madrazo Machado A. M. Actuales factores de riesgo aterogénico en la génesis de la cardiopatía isquémica: problemática epidemiológica mundial. Rev Cubana Invest Bioméd v.24 n.2 Ciudad de la Habana abr.-jun. 2005
26. Tomas LI, Balaguer Vintro I. Concepto y revisión histórica de los factores de riesgo coronario. En: Cardiología preventiva: Libro de la Sección de Cardiología Preventiva y Rehabilitación. Barcelona: Ediciones Doyma; 2015.
27. Hobbs FD, Erhardt L. Acceptance of guideline recommendations and perceived implementation of coronary heart disease prevention among primary care physicians in five European countries: the Reassessing European Attitudes about Cardiovascular Treatment (REACT) survey. Fam Pract. 2014;19(6):596-604.
28. Informe Anual de Enfermedades no Transmisibles. Vicedirección Primera del Centro Municipal de Higiene, Epidemiología y Microbiología "Dr. Carlos J. Finlay", Isla de la Juventud, 2004.
29. European Society of Hypertension. Thirteenth European Meeting on hypertension. Milan: 2003, June 13-17 [Internet]. Milán: ESH; 2003 [cited Mayo 2017]. Available from: <http://www.mgr.it/2003/esh/sundayprog.pdf>
30. Programa Nacional de Prevención, Diagnóstico, Tratamiento y Rehabilitación de la Cardiopatía Isquémica. RESUMED [Internet]. 2001 [citado mayo 2017];14(4):157-9. Disponible en: [http://bvs.sld.cu/revistas/res/vol14\\_4\\_01/res01401.htm](http://bvs.sld.cu/revistas/res/vol14_4_01/res01401.htm)
31. Ministerio de Salud Pública. Dirección Nacional de Registros Médicos y Estadísticas de Salud. Anuario Estadístico. La Habana: Editorial Ciencias Médicas; 2008.
32. Pannier BM, Avolio AP, Hoeks A, Mancia G, Takazawa K. Methods and devices for measuring arterial compliance in humans. Am J Hypertens. 2014;15(8):743-53.
33. Kearney PM, Whelton M, Reynolds K, Muntner P, Whelton PK, He J. Global burden of hypertension: analysis of worldwide data. Lancet. 2014;365(9455):217-23.
34. Assman G, Schulte H, Eckardstein A, Huang Y. High density lipoprotein cholesterol as a predictor of coronary heart disease. The PROCAM experience and pathophysiological implications for reverse cholesterol transport. Atherosclerosis. 2015;124(Suppl.):11-20.

35. Wilson PNF, Kanne BWB, Silbershalz IHT, D'Agostino RB. Clustering of metabolic risk factors and coronary heart disease. Arch Intern Med [Internet]. 1999 [cited May 2017];159(10):11049. Available from: <http://archinte.ama-assn.org/cgi/reprint/159/10/1104.pdf>
36. Graham I, Atar D, Borch-Johnsen K, Boysen G, Burell G, Cifkova R, et al. European Guidelines on Cardiovascular Disease Prevention in Clinical Practice: Fourth Joint Task Force of the European Society of Cardiology and Other Societies on Cardiovascular Disease Prevention in Clinical Practice (constituted by representatives of nine societies and by invited experts). Eur J Cardiovasc Prev Rehabil. 2014; 14 (Suppl 2):S1-S113.
37. Masiá R, Pena A, Marrugat J, Sala J, Vila J, Pavesi M, et. al. High prevalence of cardiovascular risk factors in Gerona, Spain, a province with low myocardial infarction incidence. J Epidemiol Comm Health. 1998;52(11):707-15.
38. ¿Qué es la intervención socioeducativa? [Página en Internet].UPN; 2009 [citado 29 Oct 2014] [aprox. 4 pantallas]. Disponible en: <http://upnintervencioneducativa-tere.blogspot.com/>
39. Arias Carbonell MM, Cano Pozo E, Torres Leyva JE. Estrategias de aprendizaje de los residentes en Medicina General Integral del Centro Oftalmológico "José Martí". Educ Med Super [serie en Internet]. 2012 [citado 29 Oct 2012]; 24(2): [aprox. 8 p.]. Disponible en: [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0864-21412010000200010](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-21412010000200010).
40. Integrating concepts of cognitive or learning style: a review with attention to psychometric standards. Ottawa: Canadian College of Health Service Executives; 2010.
41. Puerta E. Aprendizaje autogestionado asistido (AAA). Bogotá: Santillana; 2015.
42. Morles V, Álvarez N, Camino J, Castillo E, Manzanilla O, Nieves F, et al. Sistema nacional de educación avanzada. Caracas: Centro de Estudios e Investigaciones sobre 26. Vidal Ledo M, Durán García F, Pujal Victoria N. Gestión educativa. Educ Med Super [serie en Internet]. 2008 [citado 29 Oct 2009]; 22(2): [aprox. 8 p.]. Disponible en: [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0864-21412008000200012&lng=es](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-21412008000200012&lng=es).

43. Vidal Ledo M, Durán García F, Pujal Victoria N. Gestión educativa. Educ Med Super [serie en Internet]. 2008 [citado 29 Oct 2009]; 22(2): [aprox. 8 p.]. . Disponible en: [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0864-21412008000200012&lng=es](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-21412008000200012&lng=es).
44. Muñoz Quezada MT. Estrategias de aprendizaje en estudiantes universitarios [página en Internet]. 2007 [citado 10 Sep. 2009] [aprox. 8 pantallas]. Disponible en: <http://www.psicologiacientifica.com/autores/autor-69-maria-teresa-munozquezada-HTML>.
45. Isolina Cardozo SM, Marcelo Andino G, Brunnetti Esquivel AB, Espindola E. Efectividad de los métodos activos como estrategia de enseñanza-aprendizaje en grupos grandes y heterogéneos. Educ Med Super [serie en Internet]. 2008 [citado 29 Oct 2010]; 22(1): [aprox. 8 p.]. Disponible en: [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0864-21412008000100004&lng=es](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-21412008000100004&lng=es)
46. Cuba. Ministerio de Salud Pública. Proyecciones de la Salud Pública en Cuba para el 2015 [página en Internet]. La Habana: MINSAP; 2005. [Citado 29 Oct 2010] [aprox. 10 pantallas]. Disponible en: <http://intranet.sld.cu/areas-del-cnicm/servicios-especiales-de-informacion/departamento-de-fuentes-y-servicios-de-informacion/archivo/proyecciones-salud-hasta-2015/proyecciones-de-spc-para-2015-documento-de-trabajo.doc/view>
47. Cuba. Ministerio de Salud Pública. Carpeta Metodológica de trabajo. La Habana: MINSAP; 2005.
48. Turner C, Spinks A, McClure R, Nixon J. Intervenciones comunitarias para la prevención de quemaduras y escaldaduras en niños (Revisión Cochrane traducida). En: La Biblioteca Cochrane Plus, número 4, 2007. Oxford, Update Software Ltd. Disponible en: <http://www.update-software.com> Educación Avanzada; 2014.
49. Ríos Massabot NE, Fernández Viera RM, Jorge Pérez ER. Los registros médicos en Cuba. Rev Cubana Salud Públ [serie en Internet]. 2005 [citado 29 Oct 2009]; 31(4): [aprox. 8 p.]. Disponible en: [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0864-34662005000400013&lng=es&nrm=iso&tlng=es](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-34662005000400013&lng=es&nrm=iso&tlng=es)

50. Gil M, Martí H, Elosua R, Grau M, Sala J, Masiá R, et al. Análisis de la tendencia en la letalidad, incidencia y mortalidad por infarto de miocardio en Girona entre 1990 y 1999. Rev Esp Cardiol. 2007;60:349-56.
51. Doyle JT, Dawber TR, Kannel WB, Heslin AS, Kahn HA. Cigarette smoking and coronary heart disease: combined experience of the Albany and Framingham studies. N Engl J Med. 1962;266:796-801.
52. Lakier JB. Smoking and cardiovascular disease. Am J Med. 1992;93 Suppl 1A:A1-8.
53. Rosenberg L, Kaufman D, Helmrich S, Shapiro S. The risk of myocardial infarction after quitting smoking in men under 55 years of age. N Engl J Med. 1985;313:1511-4.
54. Rosenberg L, Palmer J, Shapiro S. Decline in the risk of myocardial infarction among women who stop smoking. N Engl J Med. 1990;322:213-7.
55. Gómez-Huelgas R, Martínez-Sellés M, Formiga F, Alemán Sánchez JJ, Camafort M, Galve E, et al. Management of vascular risk factors in patients older than 80. Med Clin (Barc). 2014;143:134e1–411e.
56. Cordova A, Villa G, Sureda A, Rodríguez J, Sánchez M. Actividad física y factores de riesgo cardiovascular de niños españoles de 11-13 años. RevEspCardiol. 2012 [citado 24 mar 2013]; 65 (7). Disponible en: <http://www.revespcardiol.org/es/actividad-fisica-factores-riesgo-cardiovascular/articulo/90141409/>
57. Pearson TA, Laurora I, Chu H, Kafonek S. The lipid treatment assessment Project (L-TAP): a multicenter survey to evaluate the percentages of dyslipemic patients receiving lipid-lowering therapy and achieving low-density lipoprotein cholesterol goals. Arch Intern Med. 2000;160:459-67.

## **ANEXOS**

Anexo I

**Consentimiento de participación en proyecto de investigación médica.**

**Área de salud policlínico de Venezuela.**

**Ciego de Ávila**

El que suscribe: \_\_\_\_\_ doy  
mi conformidad para participar en la investigación “intervención educativa para

modificar conocimientos relacionados factores de riesgos de cardiopatía isquémica. Para dar este consentimiento he obtenido una explicación amplia de la utilidad de la misma por la

Doctora \_\_\_\_\_ quien me ha informado que:

Esta investigación contribuirá a mejorar el grado de información en este grupo etario sobre temas como: factores de riesgo y sus consecuencias.

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 \_\_\_\_\_

## CUESTIONARIO

Estimado paciente, nos encontramos realizando una investigación dirigida a un estudio sobre intervención educativa sobre factores de riesgo de la Cardiopatía Isquémica. Esperamos, como siempre, su colaboración. GRACIAS.

Sexo: Femenino: \_\_\_\_\_ Masculino: \_\_\_\_\_

### 1. Edad (En años)

30-44 años \_\_\_\_\_

45-59 años \_\_\_\_\_

Mayor de 60 años \_\_\_\_\_

### 2. Tiene conocimiento usted sobre que es La Cardioatía Isquemica? Señale con una x las que considere correctas.

- a) \_\_\_ cualquier padecimiento del corazón o del resto del sistema cardiovascular, relacionado con úlceras de estómago.
- b) \_\_\_ En sentido estricto se suele denominar cardiopatía a las enfermedades propias de las estructuras del corazón.
- c) \_\_\_ Se pueden agrupar en grandes grupos o categorías como angina de pecho, infarto del miocardio y cardiopatía isquémica crónica.
- d) \_\_\_ Se puede sentir dolor en el pecho al contacto sexual y/o sensación de quemazón en las manos.
- e) \_\_\_ Se muestra cuando hay presencia de falta de aire y dolor lumbar al realizar fuerza.

### 3. Señale con una x cuales sobre los factores que proporcionan la aparición de la cardiopatía isquémica.

- a) \_\_\_ Edad
- b) \_\_\_ Sexo.
- c) \_\_\_ Factores hereditarios en la familia.
- d) \_\_\_ Obesidad.
- e) \_\_\_ Lesiones en la piel.

- f)  Los niveles altos de grasa en la sangre.
- g)  Hábitos tóxicos como el tabaco.
- h)  Los anticonceptivos orales pueden estar asociados a la presencia de cardiopatía isquémica.
- i)  Alcoholismo
- j)  Las enfermedades de transmisión sexual.
- k)  Inactividad física.
- l)  La hipertensión arterial.
- m)  Diabetes Mellitus.
- n)  Existencia de Infecciones virales como el herpes-zoster.

**4. Señala con una x, según tus conocimientos. ¿Cuáles son las formas de prevención para la cardiopatía isquémica ?**

- a)  Reducción del exceso de sal en las comidas y en la mesa.
- b)  Cocinar las comidas ricas en grasa animal
- c)  Realizar ejercicios físicos aeróbicos moderados
- d)  Control estricto de la hipertensión arterial, diabetes mellitus y otras.
- e)  Evitar realizar ejercicio físico.
- f)  Abandono del hábito de fumar
- g)  Ingerir bebidas alcohólicas diariamente.
- h)  Dieta baja en grasa de origen animal.

**5. Señala con una x según sus conocimientos, cuando se encuentra en presencia de la cardiopatía isquémica.**

- a)  Dolor en el pecho q se corre al brazo izquierdo q se acompaña de piel pálida y sudoración fría, con una duración de más de 30 minutos.
- b)  Dolor en el pecho q aparece luego de realizar esfuerzo físico, q a la **palpación** presenta puntos dolorosos.
- c)  Dolor en el pecho de carácter opresivo que puede durar menos de 30 minutos luego de la administración de nitritos.

Nivel de conocimientos:

Pregunta 2:

Correctas: Contestar inciso: b y c

Incorrectas: Contestar inciso: a,d,e

Pregunta 3:

Correctas: Contestar incisos: a,b,c,d,f,g,i,k,l,m.

Incorrectas: Contestar incisos: e,h,j,n

Pregunta 4:

Correctas: Contestar incisos: a,c,d,f,h.

Incorrectas: Contestar incisos: b,c,g

Calificación Final:

Correctas: Contestar 4 preguntas.

Incorrectas: Contestar 2 preguntas.

Anexo III.

## **ESTRATEGIA DE INTERVENCIÓN EDUCATIVA**

**Título:** Estrategia de intervención educativa sobre la cardiopatía isquémica a través del desempeño profesional de médicos y enfermeros de la familia en la comunidad.

La estrategia de intervención consiste en el accionar encaminado a retribuir las necesidades educativas de los colaboradores.

Para la ejecución de este trabajo se utilizó un programa educativo para aplicar conocimientos sobre los factores de riesgo de la Cardiopatía Isquémica y sensibilizar a los profesionales de la salud y promover la realización de la misma.

- Dinámica grupal con debate de situación.
- Debate y reflexión.
- Conferencia, juego de conocimientos.

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

**Tema I:** Presentación del programa.

Sumario: 1- Presentación del proyecto.

2- Aplicación de los cuestionarios.

3- Cierre.

Objetivos: Crear un ambiente de confianza, desinhibición, establecer reglas del grupo dentro de los colaboradores a capacitar.

Tipo de actividad: Dinámica de grupo.

Recursos: Hojas, lápices y bolígrafos.

### **Objetivo general:**

Incrementar el nivel de conocimientos sobre la cardiopatía isquémica en pacientes de la comunidad.

<b>Tema</b>	<b>Título</b>	<b>Forma de docencia</b>	<b>de Hora</b>	<b>Duración</b>	<b>Lugar</b>
I	Introducción sobre la Cardiopatía Isquémica.	Conferencia	1:00 pm	1 Horas	CMF 24
II	Factores de riesgos modificables de Cardiopatía Isquémica.	Conferencia	1:00 pm	1 Horas	CMF 24
III	Factores de riesgos modificables de Cardiopatía Isquémica.	Conferencia	1:00 pm	1 Horas	CMF 24
IV	Estilos de vida sanos.	Clase práctica	1:00 pm	1 Horas	CMF 24
V	Evaluación final.	Examen	1:00 pm	30 mints.	CMF 24

## **PLAN TEMÁTICO**

### **Sesión 1**

Tema: Introducción sobre la Cardiopatía Isquémica.

FOE: Conferencia.

Objetivos:

- Presentar la estrategia de intervención
- Identificar las necesidades de aprendizaje

Técnica educativa: evaluación inicial del tema y presentación de nuevo contenido.

Desarrollo: se inicia la sesión con la presentación del promotor de salud, luego se le explica a los pacientes en que consiste la estrategia de intervención educativa, y se procede a aplicar el examen, que nos permitirá valorar de forma individual y por escrito la magnitud del problema. Se motiva a los pacientes a participar en las próximas actividades programadas.

Responsable: Autor.

## **Sesión 2**

Tema: Factores de riesgos no modificables de Cardiopatía Isquémica.

FOE: Conferencia.

Objetivo:

Caracterizar los factores de riesgos no modificables de Cardiopatía Isquémica.a través de sus conceptos, causas, características, y formas para tratarlos.

Técnica educativa: evaluación inicial del tema

Desarrollo: se informa el tema específico a tratar y se le pide que expresen sus ideas al respecto, tratando de que la mayoría lo haga, luego se procede a la demostración del tema apoyándonos en un plegable elaborado por la autora. Se motiva a los pacientes a participar en la próxima actividad.

Responsable: Autor.

## **Sesión 3**

Tema: Factores de riesgos modificables de Cardiopatía Isquémica.

FOE: Conferencia.

Objetivo:

Caracterizar los factores de riesgos modificables de Cardiopatía Isquémica.a través de sus conceptos, causas, características, y formas para modificarlos.

Técnica educativa:\_Conversación detallada.

Desarrollo: se realiza la actividad programada utilizando la conversación e intercambio de ideas con los pacientes, apropiándonos del método de elaboración conjunta para lograr mayor participación.

En un segundo momento se realiza un debate sobre el tema. Se motivan a los pacientes a participar en la próxima sesión.

Responsable: Autor

## **Sesión 4**

Tema: Estilos de vida sanos.

FOE: Clase práctica.

Objetivos:

Adiestrar a los pacientes sobre las diferentes formas de practicar estilos de vida sanos en sus proyectos de vida personales y familiares en su interacción en la vida familiar y comunitaria.

Técnica Participativa: Demostración y ejercitación.

Desarrollo: Se realiza un intercambio sobre los conocimientos que poseen los pacientes sobre qué es un estilo de vida sano y cómo ponerlos en práctica en la vida cotidiana.

Para ello se reparten tarjetas con situaciones problemáticas y se motiva a participar en la próxima actividad.

Responsable: Autor

### **Sesión 5**

Tema: Evaluación final.

FOE: Evaluación final.

Objetivos:

- 1 Evaluar los conocimientos adquiridos de los participantes a través de un examen escrito.

Técnica Participativa: Evaluación final.

Desarrolla: Se inicia la aplicación del examen para evaluar los conocimientos adquiridos y por último se les pide que emitan su criterio sobre lo positivo, lo negativo y lo interesante de la estrategia.

Se les da gracias por el tiempo dedicado y se exhortará a que pongan en práctica los conocimientos adquiridos.

Responsable: Autora