

**REPÚBLICA DE CUBA
UNIVERSIDAD DE CIENCIAS MÉDICAS
CIEGO DE ÁVILA**

**TÍTULO: Intervención comunitaria a las mujeres en edad fértil sobre riesgo
preconcepcional del consultorio 27 Orlando González - Majagua**

AUTOR: Dr. José Luis Labra Claros

CIEGO DE ÁVILA, 2016

**REPÚBLICA DE CUBA
UNIVERSIDAD DE CIENCIAS MÉDICAS
CIEGO DE ÁVILA**

**TÍTULO: Intervención comunitaria a las mujeres en edad fértil sobre riesgo
preconcepcional del consultorio 27 Orlando González - Majagua**

**“En opción a título de especialista de primer grado en medicina general
integral”**

AUTOR: Dr. José Luis Labra Claros

Residente de segundo año de Medicina General Integral

Policlínico Docente Majagua

“Doña Emilia González Echemendía”

TUTORA: Dra. Silvia E. Retureta Milán.

Especialista de 1er Grado en Medicina General Integral.

Profesor Asistente

CIEGO DE ÁVILA, 2016

RESUMEN

En el consejo popular Orlando Gonzales las mujeres en edad fértil desconocen que es el riesgo reproductivo preconcepcional con inexistencia sobre el momento más idóneo para la gestación. Razón por la cual se realizó un estudio pre-experimental (antes-después) de intervención comunitaria en las mujeres en edad fértil del consultorio del médico de familia número 27 del Consejo popular Orlando González, perteneciente al municipio Majagua, de enero a diciembre 2015, con el objetivo de elevar el nivel de conocimientos sobre el riesgo reproductivo preconcepcional. El universo de trabajo estuvo constituido por 74 mujeres en edad fértil y la muestra fue no probabilística de manera intencional y quedó conformada por 40 mujeres en el período de enero a diciembre de 2015. Se aplicó una encuesta inicial, se realizó la intervención comunitaria y por último se repitió el instrumento inicial para luego evaluar de forma global el nivel de conocimiento del programa educativo confeccionado: hubo un predominio de los pacientes evaluados de bien al final de la intervención ascendieron de un 20.0 % a un 57.5 %; igualmente aumentaron las mujeres evaluadas de regular de un 25.0 % a un 35.0 % y solo quedaron evaluadas de mal el 7.5 % de un 55.0%. Se llegó a la conclusión que las mujeres en edad fértil incrementaron el nivel de conocimiento después de la aplicación de intervención comunitaria sobre el riesgo reproductivo preconcepcional.

INDICE

	Pág.
INTRODUCCIÓN_____	1
MARCO TEÓRICO DE LA INVESTIGACIÓN _____	7
MATERIAL Y MÉTODO_____	31
ANÁLISIS Y DISCUSIÓN DE LOS RESULTADOS _____	37
CONCLUSIONES _____	46
RECOMENDACIONES _____	47
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS _____	48
ANEXOS _____	

INTRODUCCIÓN

Antecedentes y justificación del problema

El conocimiento de los riesgos a que se ve expuesta la mujer durante la gestación, el parto y el puerperio es tan viejo como la propia humanidad, pero solo el desarrollo de la higiene y su vinculación con los procesos sociales a partir de los siglos XVIII y XIX, crea las condiciones para identificar los factores de riesgo. Es este vínculo original lo que nos obliga a incluir en un análisis ético la situación sociopolítica y económica de los últimos años, que ha incrementado la desigualdad y la inequidad de la atención médica en el llamado Tercer Mundo, sirviendo como ejemplo el deterioro de la calidad de la atención en América Latina y el Caribe donde los resultados son relativamente pobres en función del volumen de recursos que se le destinan.¹

Desde que se iniciaron, en los años 60, los programas de planificación familiar, han contribuido a que mujeres en todo el mundo eviten 400 millones de embarazos no deseados. Como resultado, se ha salvado la vida de muchas mujeres de los embarazo de alto riesgo o de los abortos en circunstancias peligrosas. Cada año mueren 13 y 14 millones de niños menores de cinco años, por otro lado, a los hombres les ayuda a proporcionar a sus familias una vida mejor, proveerlas de alimentos, ropa, vivienda y educación suficiente; a las mujeres les ofrece mejor posición social y ampliar su perspectiva de futuro, ya que una cuarta parte de las mujeres abandonan los estudios, incluso antes de terminar la enseñanza primaria, a causa de sus embarazos precoces.²

El riesgo preconcepcional es la probabilidad que tienen, tanto la mujer en edad fértil (no gestante) como su producto potencial, de sufrir daño durante el proceso de la reproducción. Este daño puede ser ocasionado por diferentes factores de riesgo, algunos de estos factores de riesgo son más factibles de modificar en un plazo más corto, teniendo en cuenta el interés de la pareja de procrear. De ahí la importancia de conciliar o negociar con los interesados para poder hacer un plan común de estudio y modificación que cuente con su apoyo y cooperación para no eternizar los problemas y aplazar innecesariamente el momento de la concepción, ya que con esta actitud

podemos contribuir a que aparezcan otros factores de riesgo o los presentes se compliquen.³

Existen varios factores de riesgo reproductivo, que no son más que características biológicas, psíquicas, genéticas, ambientales, sociales y económicas asociadas a una probabilidad incrementada de experimentar un daño durante el proceso reproductivo (en ocasiones para la salud de la embarazada, en otras para el producto de la gestación y en ocasiones para ambos). Estos factores pueden ser identificados antes de producir el daño, lo cual permite incidir sobre estos con acciones de salud que los eliminen, modifiquen o al menos lo controlen.⁴

La Organización Mundial de la Salud interpreta el concepto de salud reproductiva como “el estado de completo bienestar físico mental y social del individuo, que favorece o determina la reproducción humana en condiciones saludables”, entendido como el proceso cíclico que se inicia antes de la concepción, la concepción misma, el embarazo, parto, recién nacido, desarrollo del niño, adolescencia, juventud o adultez hasta volver a la concepción como punto de partida.⁵⁻⁶

Se registran altas cifras de muertes de mujeres en edad fértil en los países subdesarrollados, y con compleja situación económico-social, cuyas causas de muertes estuvieron relacionadas con el proceso de gestación. En África, 1 de cada 21 mujeres tiene riesgo de muerte materna, en Asia 1 de cada 56 y en Norteamérica, 1 de cada 6 366. En correspondencia con esto, se comportan los indicadores referentes a la mortalidad infantil, así como los parámetros de crecimiento y desarrollo durante la vida infantil.⁷

Existen factores desencadenantes de la morbilidad dentro del riesgo reproductivo preconcepcional y entre ellos se encuentran la edad, multiparidad, estado nutricional de la madre, los antecedentes obstétricos, enfermedades crónicas, condiciones socioculturales, el hábito de fumar, entre otros.⁸

Se aborda la temática de la planificación familiar como una necesidad de toda la familia para el control adecuado de la natalidad, a través de programas que le

brindan a la pareja el mejor modo de lograr una concepción más segura tanto para la madre como para el producto, así como el asesoramiento desde el punto de vista genético, psicológico y clínico de pronóstico prenatal.⁹

Mediante la consulta de riesgo preconcepcional se evalúan los factores que pueden dificultar la concepción y el posterior desarrollo del embarazo, con lo cual se actúa sobre ellos y se disminuye su incidencia.^{7, 9}

La profilaxis y la prevención, dirigidos al riesgo preconcepcional, consiste en fomentar en las personas hábitos y estilos de vida saludables, conduciendo acciones de salud que permitan contribuir al desarrollo más sano de esta etapa en la vida de hombres y mujeres. Los objetivos del Programa de Riesgo Preconcepcional son: mejorar la salud sexual, reproductiva de las mujeres y parejas, para lograr embarazos saludables y oportunos, elevar la calidad de vida de madres e hijos.¹⁰⁻¹¹

La descendencia se ve influenciada por diversas circunstancias que acontecen en la etapa preconcepcional, en primer término la salud de ambos padres y de la madre en particular. Es de vital importancia que el embarazo se planifique y se tomen una serie de cuidados previos, sobre todo en los 3 a 6 meses que lo preceden (enfoque pre-gravídico), como por ejemplo la eliminación de hábitos tóxicos como el cigarro y alcohol, la corrección de infecciones recurrentes, anemias, desnutrición, insuficiencia vascular periférica, endocrinopatías y otras afecciones crónicas, susceptibles de modificar, compensar o equilibrar.¹²

Es beneficioso solicitar consejo genético pre-gravídico, para decidir el momento más apropiado para la fecundación. La Intervención social comunitaria “Procesos intencionales de cambio mediante mecanismos participativos tendientes al desarrollo de recursos de la población, al desarrollo de organizaciones comunitaria autónomas, a la modificación de las representaciones de su rol en la sociedad y sobre el valor de sus propias acciones para ser activo en la modificación de las condiciones que las marginan y excluye.”¹³

En el período 2010-2015 la estructura de los embarazos captados se comportó

porcentualmente alrededor del 20% en mujeres menores de 20 años, un 53% mayor de 30 años y sólo un 17% son mujeres de 20 – 29 años.¹⁴

Todo embarazo, además de deseado, debe ser planificado. La consulta preconcepcional, se brinda en Cuba en todas las áreas de salud y tiene como objetivo fundamental planificar el momento adecuado para la concepción. Otros recursos presentes en Cuba y no así en otros países, son la consagración en el trabajo del equipo de salud que asume su atención y la voluntad política existente.¹⁴

En Cuba las consultas de Planificación Familiar de la atención primaria cuentan con un equipo multidisciplinario e integral con enfoque de riesgo, las mismas se desarrollan en estrecha interrelación con los médicos y enfermeras de la familia mediante el pesquizaje activo de las mujeres con riesgo reproductivo preconcepcional.¹⁵

Se considera por estimación que en Cuba existe entre el 15% y el 25% de mujeres entre 15 - 49 años, que tienen alguna condición social y biológica que permitan clasificarlas como mujeres riesgo reproductivo preconcepcional.¹⁶

En Cuba el Programa de Riesgo Reproductivo Preconcepcional como política de salud permite la decisión libre, consiente y voluntaria de las parejas para determinar cuántos y cuándo tener los hijos que deseen, mediante la utilización de los diferentes métodos anticonceptivos, su finalidad es reducir la morbi-mortalidad materno infantil, que la pareja disfrute plenamente la sexualidad y lograr una paternidad y maternidad responsable.¹⁷

Según las estadísticas del área del municipio Majagua en el 2015 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 con riesgo preconcepcional no controlado.

En el área del municipio de Majagua, en el año 2015 habían 1200 mujeres en edad fértil clasificadas con riesgo reproductivo preconcepcional de las cuales solo 51 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.

Por la importancia y el conocimiento del riesgo reproductivo preconcepcional y la relevancia de las acciones sobre la identificación de los factores de riesgo constituye una problemática vigente en el mundo, en Cuba y particularmente del Consejo Popular “Orlando González” del municipio Majagua en la provincia Ciego de Ávila, pese a las acciones preventivo-asistenciales llevadas a cabo en el nivel primario de salud.

Teniendo en cuenta todo lo antes expuesto, se realizó este estudio con la finalidad de darle solución al siguiente **problema de investigación**: ¿Cómo elevar el nivel de conocimiento sobre el riesgo reproductivo preconcepcional en las mujeres en edad fértil del Consultorio Médico de Familia # 27 del consejo popular “Orlando González” del municipio Majagua?

El objeto de estudio tratado estuvo relacionado con el nivel de conocimiento sobre el riesgo reproductivo preconcepcional.

Hipótesis:

Con la realización de una intervención comunitaria se puede elevar el nivel de conocimiento sobre el riesgo reproductivo preconcepcional presente en mujeres en edad fértil Consultorio Médico de Familia # 27 del consejo popular “Orlando González” del municipio Majagua.

OBJETIVOS

Objetivo general

Desarrollar una intervención comunitaria para elevar el nivel de conocimiento de las mujeres en edad fértil con factores de riesgo sobre el riesgo reproductivo preconcepcional.

Objetivos específicos

1. Diagnosticar el nivel de conocimiento que tienen las mujeres en edad fértil del Consultorio Médico de Familia # 27 del consejo popular “Orlando González” del municipio Majagua antes y después de la intervención.
2. Diseñar y aplicar la intervención comunitaria a través de un programa educativo a las mujeres en estudio.
3. Evaluar el nivel de conocimiento sobre el riesgo reproductivo preconcepcional en la muestra investigada antes y después de la intervención.

MARCO TEORICO

En 1952 en la India surgió el primer programa nacional de planificación familiar y la necesidad de regular la fecundidad, otros países se suman en la década de los 60 y 70. En América Latina en 1961 solo un país ofrecía estos servicios, en 1975 ya eran 17 y en 1983 solo 2 no lo brindaban.¹

En Cuba en la década de los 90 se implementa como estrategia del Sistema Nacional de Salud la extensión de la cobertura del Programa Nacional de Planificación Familiar, con acciones articuladas y efectivas que protegen los derechos reproductivos de las parejas, como son el de procrear en el mejor momento de sus vidas (biológico y social) el número de hijos deseados, lograr con éxito el nacimiento saludable del producto de la concepción, así como disponer de la información suficiente y métodos modernos para controlar su fecundidad, entre otros, todo con la asesoría del médico y la enfermera de la familia y los servicios especializados de planificación familiar.²⁻³

La Conferencia Internacional sobre Población y Desarrollo celebrada en 1994 en el Cairo, Egipto, fue un hecho sobresaliente desde la perspectiva de que por primera vez el concepto de salud y derechos reproductivos se definió con claridad.⁴⁻⁶

Un grupo de expertos de la Organización Mundial de la Salud propuso que "La salud familiar es algo más que la suma de la salud individual de todos los miembros de una familia, ya que toma en consideración las interacciones complejas que se establecen en su seno, así como las de la familia con la sociedad y el medio que los rodea".⁵⁻⁸

Se trata entonces de salud y de calidad de vida en todo el ciclo vital que repercute de forma directa en la reproducción humana, no sólo visto como ausencia de enfermedad en el proceso reproductivo. La cual está condicionada por una serie de factores, enfermedades o circunstancias únicas o asociadas que pueden repercutir desfavorablemente en un binomio durante el embarazo, parto o puerperio.⁹⁻¹¹

La intervención comunitaria es un tipo de intervención social enfocada a la comunidad. Se desarrolla con la intención de promover el trabajo colectivo, el aprendizaje y la formación de las fuerzas y oportunidades que tienen las personas en base al grupo del que forman parte. Uno de los objetivos de la intervención comunitaria es abrir el foco a la población haciéndoles ver todas sus potencialidades como grupo y como individuos. Con ello se pretende que la comunidad asuma un papel activo dentro de su contexto, analizando sus necesidades y siendo motor de su propio cambio. Así, las personas y comunidades van adquiriendo el control sobre sus propias vidas, incrementando las oportunidades y posibilidades para que las personas vayan diseñando su destino.¹²

Sánchez Vidal citado en metodología de la Intervención como cambio social planificado"... introducción, interposición o intermediación desde una postura de autoridad, de un elemento externo entre dos partes con la intención de modificar e interferir con el funcionamiento de un proceso o sistema en una dirección dada. La intervención comporta pues un proceso de interferencia o influencia y persigue un cambio.¹²

Factores de riesgo preconcepcional

Se define como riesgo la probabilidad de sufrir un daño. Daño es el resultado temporal o definitivo no deseado. Este enfoque está basado en que no todas las personas tienen la misma probabilidad de enfermar o morir sino que, para algunas, esta probabilidad es mayor que para otras. Se establece así un gradiente de necesidades de cuidados que va desde un mínimo para los individuos con bajo riesgo, hasta un máximo necesario para aquellos con alta probabilidad de sufrir en el futuro un daño en su salud.²

El riesgo indica solamente una probabilidad. Es decir, no se tiene la certeza de que ello ocurra, sino que las probabilidades de sufrir un daño durante el proceso reproductivo serán más altas para quienes presentan alguno o algunos de los factores de riesgo. Esto es un elemento fundamental a tener en cuenta por los administradores de salud para elaborar las intervenciones que consideren necesarias

para evitar o, disminuir algún factor de riesgo.⁵

El riesgo puede ser de carácter biológico y no es valorado igual en cada caso; es decir, que la misma condición de riesgo no repercute de forma igual en cada mujer o pareja por lo que debemos hacer un enfoque y análisis individual de cada caso.⁷

El riesgo preconcepcional es la probabilidad que tiene una mujer no gestante de sufrir daño, ella o su producto, si se involucra en el proceso reproductivo. Esta probabilidad está dada por factores condicionantes, bien sea enfermedades o circunstancias que interfieran durante el embarazo, parto o puerperio. Dicha probabilidad no es igual para todas las mujeres, aunque sea lo mismo, es decir, que la magnitud del riesgo es individual y así debemos considerarlo. No existe una condición de riesgo que sea medible por igual en cada mujer o pareja.⁸

El riesgo puede ser de carácter psíquico, social y ambiental, y pueden influenciarse entre ellos. Existen diversas clasificaciones de riesgo preconcepcional, pero ninguna puede sustituir el pensamiento médico en cada caso en particular, es decir, que teniendo en cuenta los diversos factores que pueden conceptualizarse, debemos aplicar un enfoque integral, analítico e individualizado en cada caso.⁹

Actualmente se reconoce que la atención y el asesoramiento preconcepcional son de los factores más importantes para contribuir al curso normal del embarazo y para minimizar los riesgos mediante la adopción de todas las medidas preventivas necesarias. Por eso resulta de suma importancia la evaluación adecuada de cada mujer en edad reproductiva, con el fin de evaluar riesgos o enfermedades que puedan provocar alguna alteración durante el embarazo, así como para modificar los mismos en la medida de lo posible.¹⁰

Para Álvarez Sintés¹¹ el riesgo reproductivo preconcepcional son como todos aquellos elementos o circunstancias pre condicionales de o desencadenantes de morbilidad o mortalidad relacionados con el proceso reproductivo, tanto para la pareja como para su producto. Este concepto de riesgo se extiende más allá de la esfera biológica y cobra significación en la esfera psíquica y en el contexto social y

ambiental aplicado a la más amplia definición de salud. Es por ello que cada factor de riesgo no tiene la misma repercusión para la mujer o pareja.

Según Loyola Rodríguez ¹³ el riesgo preconcepcional se aplica a las mujeres en edad reproductiva en los períodos no gestacionales. El objetivo del concepto es clasificar a la mujer en edad fértil no gestante de acuerdo al riesgo que en un futuro embarazo produciría en la salud de ella, el feto o el recién nacido. Las mujeres de alto riesgo preconcepcional, generalmente presentan alto riesgo obstétrico. Por esta razón es imprescindible actuar en el período preconcepcional con la finalidad de identificar a las mujeres de alto riesgo para brindarles una mayor atención.¹⁵

Braulio Péramo y Sofía Ortega¹⁷ plantearon que para identificar los riesgos preconcepcional, es clave la realización de una historia clínica detallada, y siempre vamos a diferenciar dos grupos de pacientes, aquellas mujeres sanas que acuden a la consulta de manera preventiva, de aquellas otras que sí tienen alguna patología y en cuyo caso adquiere gran importancia programar la gestación. Se habla de mujeres que presentan diabetes mellitus, hipertensión arterial, epilepsia, enfermedades cardiovasculares o asma, las enfermedades más comunes en la edad reproductiva.¹⁷

La evaluación del riesgo preconcepcional incluye de manera vital el estudio de los antecedentes reproductivos de la mujer. Las pacientes que han tenido complicaciones en embarazos previos están muy sensibilizadas y preocupadas y por ello acuden con prontitud a la consulta del ginecólogo demandando sus cuidados. Los antecedentes que más se han de tener en cuenta son el parto prematuro, los abortos, la muerte fetal y la cesárea anterior. En todos estos casos la labor preventiva hace mejorar de manera considerable los resultados de la futura gestación. Dentro del examen de salud general se incluye la realización de la citología del cuello del útero como screening del cáncer de cérvix. Además, se recomienda la petición de analítica general con grupo sanguíneo y serologías para rubéola, sífilis, Virus de la Hepatitis B, Virus de la Hepatitis C y Virus de Inmunodeficiencia Humana.^{3, 10}

Hoy en día cada vez es más difícil poder llevar acabo el tema de riesgo preconcepcional en la atención primaria de salud, por lo cual se debe trabajar con la familia que es su base fundamental y uno de los aspectos más significativos es que se ha perdido la comunicación entre padres e hijos por el factor determinante de la de la economía y la crisis que hay en todo el mundo.

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.¹³

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.³

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.^{3,11,13}
- ❖ 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.^{3, 10, 11}

- ❖ 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.^{3, 11, 15}

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.⁹

- ❖ 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.¹¹
- ❖ 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.^{4,10,11}

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 suficiente 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).¹⁹

- ❖ Baja talla: menor de 150 cm, se establece una relación entre la baja talla con el embarazo como el bajo peso.^{11,18}
- ❖ 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.^{11,13}

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.¹⁶⁻¹⁸

- ❖ Nivel cultural e intelectual: la instrucción deficiente o insuficiente desarrollo intelectual, tiene influencia indirecta de la comprensión y seguimiento de las orientaciones médicas.^{11,17}
- ❖ Condiciones de trabajo: la ocupación donde exista contacto con productos químicos y radioactivos, donde estos productos puede afectar el desarrollo adecuado del feto; donde influyen desfavorablemente pudiendo producir malformaciones congénitas y mortalidad fetal.^{11,19}

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.¹⁸

- ❖ 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.⁴⁻²⁰

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.^{21, 23}

- 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.^{11, 18}

- Consumo de drogas: se le 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.²²

- ❖ 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.^{11, 18}
- ❖ Antecedentes de complicaciones en embarazos anteriores: preclampsia 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.^{11, 18}

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.²¹

- ❖ 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.^{11,18, 21}

- 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 14 interacción de la epilepsia con la medicación anticonvulsivante utilizada. citado por Castilla y colaboradores¹⁸

Según Orem,²³ 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.

Consecuencias de presentar un factor de riesgo preconcepcional en la calidad de vida: la cual generalmente se asocia a consecuencias en falta de acciones sobre los factores de riesgo preconcepcional antes de que las mujeres en edad fértil llegue a estar embarazada, podemos mencionar:

- Mortalidad materna que se produce durante el embarazo gastrorragias y sangramiento posparto, enfermedades placentarias, anemia, diabetes gestacional, presentaciones anómalas, prolapso uterino y enfermedades cervicales y enfermedades crónicas que complican el embarazo;⁰ la preclampsia en las jóvenes y rotura uterina, prolapso uterino y enfermedades del cuello sobre todo en mayores de 35 años e Incremento del índice de cesárea.^{11, 13}
- Mortalidad perinatal.
- Mortalidad infantil.

- Bajo peso al nacer.
- Crecimiento Intrauterino Retardado.
- Prematuridad.
- Riesgo social, deficiente desarrollo físico y mental.
- Desequilibrio psico-socioeconómico.

Morbilidad del factor de riesgo preconcepcional.

Se estima que entre el 15 y 25 % de las mujeres en edad fértil presentan elementos capaces de condicionar o desencadenar morbilidad y mortalidad durante el proceso reproductivo, ya sea para la madre o el producto del embarazo. Esto está condicionado por una serie de factores, enfermedades o circunstancias únicas o asociadas que pueden repercutir desfavorablemente en el binomio, durante el embarazo, parto o puerperio.¹⁷

Un grupo de expertos de Organización Mundial de la Salud propuso que la salud familiar es "algo más que la simple suma de la salud individual de todos los miembros de la familia ya que toma en consideración las interacciones complejas que se establecen en su seno, así como lo de la familia con la sociedad y el medio que lo rodea".⁵

En el documento de la Organización Mundial de la Salud, en el que se expresan los objetivos del milenio se recoge que cada año 358 000 mujeres mueren durante el embarazo o el parto, en África subsahariana una de cada 22 mujeres corre el riesgo de morir durante el embarazo o el parto en algún momento de su vida, cuando en los países desarrollados esa proporción es de una de cada 8 000 mujeres.⁵

Cuando se analiza la mortalidad materno infantil se encuentra características comunes, es mayor en países menos desarrollados, zonas rurales, mujeres con bajo nivel educacional y económico edades tempranas o tardías, etc. Esto deja claro que existe un conjunto de elementos o circunstancias que predisponen o condicionan el incremento de la mortalidad, son los llamados factores de riesgo.⁸

A nivel mundial la mortalidad materna tiene una razón de 423 muertes por cada 100.000 nacidos vivos. En los países en desarrollo esta razón es de 492 muertes maternas por cada 100.000 nacidos vivos, mientras que en los países desarrollados hay 24 muertes por cada 100,000 nacidos vivos. Cada Minuto en el mundo subdesarrollado en los países del sur: 1 mujer muere. 100 mujeres sufren de complicaciones relacionadas con el embarazo. 200 adquieren alguna enfermedad de transmisión sexual. 300 conciben sin desear o planear su embarazo.⁸

El comportamiento del riesgo preconcepcional varía, en dependencia del nivel de desarrollo. Así vemos que las 2/3 partes de las muertes en edad fértil se relacionan con complicaciones del embarazo. En Europa una de cada 9 850 mujeres tiene riesgo de muerte materna, en Norteamérica una de cada 6 636; en Asia una de cada 54 y en África una de cada 21 mujeres.⁹

En el presente siglo, las tasas de mortalidad perinatal en los países desarrollados han disminuido en forma acelerada, alcanzando cifras tan bajas como 7,3 (Suiza), 7,9 (Alemania), 8,5 (Suecia), 8,7 (Japón) y 10,8 (Estados Unidos). Mientras que en América Latina no se ha reportado mejoría de este indicador en los últimos cinco años. El análisis epidemiológico del estado de salud de la población revela que uno de los grupos más vulnerables continua siendo la mujer en edad fértil, encontrándose tasas elevadas como 24,4 (México) y 31,9 (Brasil).^{8, 20}

En países con mayor nivel socioeconómico y cultural el porcentaje de mujeres con riesgo preconcepcional es inferior a un 5% y en algunos como Suecia y Japón es de 4 % y 3 % respectivamente. En países como Brasil, México y Venezuela se ha incrementado el número de mujeres que pasan a formar parte de estos grupos de riesgo, alcanzando hasta un 25 % o un 30 % del total de mujeres.^{18, 21}

Estos problemas de salud materno infantil se ven acentuados en países como Bolivia, Nicaragua, Guatemala, Honduras y Haití por el rápido crecimiento urbano en las regiones marginales, debido a que más de 93 millones de latinoamericanos viven en la pobreza, sin acceso a los servicios de salud, ni una

adecuada orientación para esta problemática.²³

En la conferencia del Cairo, Egipto, se presentaron estrategias importantes relacionadas con la salud materno-infantil. La Organización Mundial de la Salud señala el derecho de la pareja de decidir cuándo tener los hijos y cuántos, 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.²³

En Cuba entre el 15 y el 25 por ciento de las mujeres en edad fértil tienen alguna condición social o biológica, afección o conducta que permite clasificarlas como RRPC. 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.¹⁵ 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.¹⁶

El objetivo principal es disminuir el riesgo de enfermedad o muerte de la madre o el producto, y que como principal condicionamiento haya existido un factor de riesgo, desde antes del embarazo, susceptible de modificarse, atenuarse o eliminarse; para esto debe ser aplicado un adecuado enfoque dirigido a la prevención del riesgo.¹⁵⁻²²

La utilización de la anticoncepción en estos casos no es el objetivo, sino el medio o método de aplazar la gestación por el periodo necesario para modificar, disminuir o atenuar el riesgo. En ningún momento se trata de conductas impositivas ni de hacer prevalecer otra concepción que no sea la actuación consciente, la negociación y persuasión para el aplazamiento del embarazo en el tiempo mínimo necesario para modificar positivamente el riesgo, y nuestra función principal, si desea el embarazo, es favorecerlo.¹²

Se considera, por estimaciones, que en Cuba existe entre el 15 y el 25% de mujeres entre 15 y 49 años de edad que tienen alguna condición social o biológica, afección o

conductas que permitan clasificarlas como mujeres con riesgo preconcepcional, se refiere al riesgo real, modificable.^{19,22}

Los principales criterios generales para ubicar a una mujer en estado fértil o a parejas dentro de la clasificación de riesgo preconcepcional real son: antecedentes de mortinatos, antecedentes de embarazos catalogados como de riesgo obstétrico o perinatal incrementado, antecedentes de nacimientos de niños con bajo peso, mujeres con niños que hayan tenido o tengan una afección o morbilidad importante (malformación congénita, retraso mental, endocrinopatías y otras), mujeres con afecciones biológicas conocidas que representen riesgo perinatal (las cardiópatas, diabéticas, sicklémicas, anémicas, hipertensas, nefrópatas, asmáticas, y otras que presenten afecciones psiquiátricas y en el estado nutricional), mujeres o parejas.^{14, 24}

Cuya conducta personal y social constituyan un riesgo evidente para su salud y la del producto si concibieran en el presente período, mujeres menores de 20 años con deseo o no de tener hijos o aquéllas que por su conducta tengan que realizarse interrupción del embarazo, mujeres a las que se les han realizado la cesárea, espacio intergenésico de 18 meses a dos años.²⁵

Actividades destinadas a la atención de la mujer en edad fértil para prevenir factores de riesgo preconcepcional

Dentro de las actividades más importantes para disminuir las consecuencias del riesgo reproductivo preconcepcional el cual se aplica para todos llevar acabo el cumplimiento del Programa de Riesgo Reproductivo Preconcepcional como política de salud permite la decisión libre, consiente y voluntaria de las parejas para determinar cuántos y cuándo tener los hijos que deseen, mediante la utilización de los diferentes métodos anticonceptivos, su finalidad es reducir la morbi-mortalidad materno infantil, que la pareja disfrute plenamente la sexualidad y lograr una paternidad y maternidad responsable.¹³⁻¹⁶

En Malí, donde menos del 5% de las casadas en edad de procrear usan un método anticonceptivo moderno, las nuevas usuarias de anticonceptivos en Bamako dijeron

que habían decidido usar la anticoncepción principalmente porque deseaban recuperar o mantener su salud. Los estudios realizados con mujeres que usaban la anticoncepción en El Alto y Cochabamba, Bolivia, revelaron que los métodos anticonceptivos modernos se relacionaban con un mayor placer sexual, probablemente porque hacían reducir el temor de un embarazo. Con demasiada frecuencia, los embarazos involuntarios ocurren porque la anticoncepción se usó incorrecta o no sistemáticamente, se discontinuó el uso de un método antes del momento indicado o porque el método elegido no era el eficaz.^{19- 21}

Los dispositivos intrauterinos impiden la fecundación principalmente al interferir con la capacidad de los espermatozoides de sobrevivir al subir por las trompas de Falopio, donde ocurre la fecundación. La presencia de un cuerpo extraño en el útero como un dispositivo intrauterino, produce cambios anatómicos y bioquímicos que son tóxicos para los espermatozoides. El dispositivo intrauterino se puede insertar en cualquier momento del ciclo menstrual, siempre y cuando el proveedor esté razonablemente seguro de que la mujer no está embarazada. Se calcula que en el mundo hay 128 millones de mujeres que usan el dispositivo intrauterino que, con excepción de la esterilización femenina, es el método anticonceptivo más utilizado.²³

La anticoncepción de emergencia es el uso de ciertos métodos después de un acto sexual sin protección, para prevenir el embarazo. Esta incluye cuando un método anticonceptivo se usa incorrectamente o cuando éste no funciona apropiadamente; por ejemplo, cuando el condón se rompe, el diafragma se desliza, o se ha olvidado tomar varias píldoras anticonceptivas durante el ciclo. Las píldoras anticonceptivas de emergencia son seguras y eficaces, deben comenzar a tomarse lo más pronto posible, pero antes de que transcurran 72 h desde el momento en que ocurrió el acto sexual sin protección; pueden usarse en cualquier momento del ciclo, no son un método rutinario, pero tampoco previenen las enfermedades de transmisión sexual. Existen varios tipos de píldoras anticonceptivas de emergencia. Las llamadas combinadas contienen estrógeno (etinilestradiol) y progesterona (levonorgestrel) y son conocidas como "Pauta de Yuzpe". Se toman en 2 dosis: la primera antes que transcurran 72 h desde el acto sexual, y la segunda 12 h después de la primera

dosis.^{13, 18, 23}

Generalmente, el uso de los anticonceptivos orales se ha iniciado durante la menstruación o poco después de ésta, en parte para cerciorarse de que la mujer no está embarazada cuando comienza tomarse las píldoras. Sin embargo, la espera hasta que llegue la menstruación para empezar a usar los anticonceptivos orales puede que sea riesgosa si las mujeres pierden motivación, están confundidas respecto a cuándo empezar a tomarse las píldoras o quedan embarazadas mientras esperan la menstruación; en realidad hasta la cuarta parte de las mujeres que esperan para empezar a utilizar los anticonceptivos orales posiblemente nunca lleguen a tomarse ni siquiera la primera píldora.⁹

Los dos preparados inyectables intramusculares más comúnmente usados son una inyección trimestral de depósito de acetato de medroxiprogesterona (150 mg en una suspensión microcristalina: DAMP, Depo-Proveta), y una inyección cada dos meses de onantato de noretisterona (200 mg en aceite: ON-NET, noristerat, norigest). Las fórmulas inyectables mensuales, por lo común contienen un progestágeno de acción prolongada y un estrógeno de acción corta. Son anticonceptivos sumamente eficaces que logran producir patrones de sangrado mensual más satisfactorios que los métodos de acción más prolongadas. Sin embargo, tienen la desventaja de exigir administración más frecuente.²⁰

Desde que norplant se introdujo en los años 80, investigadores han trabajado para simplificar este implante anticonceptivo sumamente seguro y eficaz que consiste en seis cápsulas de 3 cm que liberan levonorgestrel, lograron elaborar en los años 90 lo que ahora tiene la marca registrada de Jadelle y que consiste en un implante que tiene sólo cuatro cápsulas que liberan levonorgestrel, ahora, Jadelle está empezando a introducirse en el mundo en desarrollo como otra opción aparte del norplant, y que podría llegar a remplazarlo, la mayor diferencia práctica entre los dos implantes es que Jadelle es más fácil de insertar y de extraer, ventaja para los clientes y para los proveedores.^{9, 18}

Las tasas de embarazos han sido idénticas, de 1,1 por cien mujeres en un período de 5 años. El método Jadelle ha sido aprobado en varios países europeos, Tailandia e Indonesia. En 2002 la federación internacional de planificación de la familia agregó el método a su lista de productos.

A muchas mujeres le gustan los espermicidas y su obtención generalmente no requiere receta ni la ayuda del proveedor. Su uso es fácil y algunas veces se pueden aplicar sin que lo sepa el compañero sexual, se pueden usar solo cuando se necesitan, pueden destruir o inactivar los espermatozoides y pueden tener leves efectos secundarios localizados, pero no tienen efectos en varios sistemas del cuerpo de la mujer, por último, se ofrecen en diferentes formulaciones, con lo cual las mujeres tienen una variedad de opciones: láminas, supositorios, gels, espumas, cremas o tabletas.^{16, 20}

La palabra condón deriva del latín "condus" que significa receptáculo. Son hechos de látex natural que protegen contra Virus de Inmunodeficiencia Humana; Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida y otras Enfermedades de Transmisión Sexual ; además previenen embarazos cuando se usan correctamente, pueden ser usados por hombres de cualquier edad. Como desventajas de su uso se mencionan: la pareja debe tomarse el tiempo de colocar el condón correctamente antes del coito, pueden no estar disponibles, los lubricantes pueden crear alergias. Su efectividad depende de 3 factores: regularidad de su uso, uso correcto y calidad del producto usado.²³

Estudios realizados por la Organización Mundial de la Salud recomiendan que las usuarias del condón femenino usen uno nuevo en cada acto sexual. La reutilización del condón se ha notificado en varios entornos, probablemente porque mujeres no pueden darse el lujo de comprar varios condones femeninos. Las investigaciones han observado que la estructura del condón femenino sigue siendo adecuada después de ciclos repetidos de desinfección y lavados.^{5, 9, 24}

La abstinencia periódica es un método anticonceptivo que interpone una barrera de tiempo entre los espermatozoides y el óvulo, esto se logra evitando las relaciones

sexuales durante la fase fértil del ciclo menstrual. El éxito de este método depende de la habilidad de los miembros de la pareja para identificar la fase fértil de cada ciclo, los adolescentes frecuentemente tienen ciclos anovulatorios, lo que puede dificultar el aprendizaje y la práctica, por lo que les puede resultar difícil cumplir con la abstinencia. Los métodos anticonceptivos tradicionales de la abstinencia periódica y el método del retiro o coito interrumpido, son dos métodos que siempre están disponibles para los jóvenes que, a diferencia de los métodos modernos, no cuestan nada.²⁴

La esterilización, masculina o femenina, a veces llamada anticoncepción quirúrgica, con frecuencia es la mejor opción una vez que se ha alcanzado el tamaño deseado de la familia. Es el método anticonceptivo más eficaz que existe. Es un procedimiento de una sola vez, relativamente simple en cualquiera de los dos casos. No requiere el uso constante de algún método, ni control a intervalos regulares, ni conlleva el costo de las provisiones de anticonceptivos. El riesgo de complicaciones es mínimo si el procedimiento se realiza de acuerdo a estrictas normas médicas. A parte de su valor en términos de planificación familiar solamente, desde un punto de vista obstétrico conviene aconsejar la esterilización a los siguientes grupos de altos riesgos: Mujeres que han tenido tres hijos o más, mujeres mayores de 35 años de edad, mujeres con historias de complicaciones obstétricas o varias cesáreas, y mujeres con problemas de salud que podrían constituir contraindicaciones para el embarazo o para el uso de otros métodos de planificación familiar.²⁵

La vasectomía es un simple procedimiento quirúrgico menor. Por lo general es posible identificar fácilmente el conducto deferente por palpación antes de practicar la incisión, el escroto cicatriza rápidamente y la operación tiene la ventaja de permitir la confirmación de su éxito, después de 12 eyaculaciones. La operación es simple y muy raras veces es necesario efectuar una gran incisión.²⁵

MATERIALES Y MÉTODOS

Caracterización de la investigación

Se realizó un estudio pre-experimental (antes-después) de una intervención comunitaria, con el objetivo de evaluar el nivel de conocimiento sobre el riesgo reproductivo preconcepcional en las mujeres en edad fértil del Consultorio Médico de Familia # 27 del consejo popular “Orlando González” del municipio de Majagua, en el periodo de enero a diciembre de 2015.

Universo y muestra

El universo de estudio estuvo constituido por 74 mujeres en edad fértil residentes en el área perteneciente al Consultorio Médico de Familia # 27 del consejo popular “Orlando González” del municipio de Majagua. Mediante muestreo probabilístico intencional la muestra quedó conformada por 40 pacientes que dieron su consentimiento informado (anexo 1) y atendiendo a los criterios de inclusión y exclusión.

Criterios de inclusión

- Se incluyeron a las mujeres en edad reproductiva (15-49 años) pertenecientes al Consultorio Médico de Familia # 27.
- En población controlada quienes tenían un nivel de escolaridad de 9no grado y más.
- Pacientes capaces de leer y responder una encuesta, que dieran el consentimiento informado (anexo 1) y que participaran en el 90% de las actividades realizadas

Criterios de exclusión:

- Se excluyeron las mujeres retrasadas mentales clínicamente evidentes y víctimas de enfermedades persistentes que inhiben el funcionamiento físico mental
- Las que no se encontraban en el área en el momento del estudio.

Criterios de Salida:

- Abandono por decisión propia.

Métodos de obtención de información

Los datos fueron recogidos a través de una encuesta (ver anexo 2), fuente de información primaria de la investigación, aplicada un antes y después; creado por el autor y aprobada por el Consejo Científico Municipal Majagua, Ciego de Ávila.

Etapas de diagnóstico: Inicialmente se realizó una revisión de las historias clínicas individuales, posteriormente se aplicó la (anexo 2) para identificar las necesidades de aprendizaje y sobre los mismos se elaboró el Programa de Intervención Educativa.

Etapas de intervención: En esta fase se aplicó a las pacientes femeninas con factores de riesgo, la intervención educativa mediante el programa diseñado por la tutora y el autor, validada por el Consejo Científico Municipal de Majagua (anexo 3), en la misma se procuró un enfoque práctico, en el que las personas generasen conocimientos y los aplicaran en su cotidianidad. El número de personas de la muestra se dividió en dos grupos con 20 integrantes en cada grupo.

El programa educativo consta de cinco temas que fueron impartidos en seis sesiones, con cada grupo, con una frecuencia quincenal, una duración de dos horas cada una por un periodo de cuatro meses. Se impartieron varias conferencias, dinámicas de grupos, lluvia de ideas, discusión grupal, charla educativa sobre el riesgo reproductivo preconcepcional durante un período de 12 semanas en las aulas del pre-universitario mixto “Emilia González Echemendía” en el horario de la tarde.

Etapas de Evaluación y análisis de resultados: Se evaluó el nivel de conocimiento alcanzado de las pacientes después de la intervención aplicando el mismo instrumento que en la etapa diagnóstica posterior a los tres meses y teniendo en cuenta las mismas categorías evaluativas (anexo 2).

Operacionalización de las variables

Variable	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.
Estado civil	Cualitativa polimorfa.	Soltera Casada Acompañada Viuda	Según el registro civil	Número y porcentaje.
Nivel de escolaridad	Cualitativa nominal	Primaria Secundaria. Preuniversitario Universidad	Según nivel de escolaridad alcanzado.	Número y porcentaje
Ocupación	Cualitativa polimorfa	Estudiante Trabajadora Ama de casa	Según operación laboral	Número y porcentaje.
Nivel de conocimientos (*)	Cualitativa nominal dicotómica	Bien Regular Mal	Según aplicación del cuestionario antes y después (ver anexo II)	Número y porcentaje según grupo de pertenencia

Escala de evaluación del nivel de conocimientos global:

Bien: Si obtiene una calificación entre 85 y 100 puntos

Regular: Si obtiene una calificación entre 70 y 84 puntos

Mal: Si obtiene una calificación menor de 70 puntos.

Variable dependiente: Nivel de conocimiento sobre el riesgo reproductivo preconcepcional.

A partir de estos se establecieron las dimensiones y los indicadores, así como la técnica que evaluará los mismos por variables del estudio y nivel de conocimiento en general sobre el riesgo reproductivo preconcepcional.

La evaluación fue integral la cual tuvo en cuenta los seis elementos que posteriormente se expondrán y se califica de bien, regular y mal.

Variable independiente: el programa de capacitación con su sistema de actividades educativas para lograr cambios en el conocimiento sobre RRPC y su proceso de atención.

Los métodos aplicados durante la investigación fueron:

Métodos teóricos:

Análisis – síntesis: permitió penetrar en lo fundamental de lo observado, separar lo esencial de lo secundario, determinar lo importante a partir de la bibliografía revisada y extraer lo necesario para la solución del problema.

Análisis histórico-lógico: se selecciona con el objetivo de poder estudiar la trayectoria real de los fenómenos y acontecimientos en el cursar de su historia, por lo que se emplea en indagar sobre los conocimientos que poseían sobre el riesgo reproductivo preconcepcional.

Inducción–deducción: se establecieron generalizaciones que confirman empíricamente la hipótesis.

Hipotético–deductivo: por deducir la hipótesis como respuesta al problema de la investigación trazado en la investigación.

Métodos empíricos:

La observación: mediante la misma se conoció la realidad del proceso, para así

diagnosticar y poder aplicar un programa de intervención educativa que logró resolver el objetivo general de la investigación.

Revisión documental: permitió hacer un estudio de las tendencias en cuanto al comportamiento del riesgo reproductivo en las mujeres en edad fértil, a nivel mundial, nacional, provincial y municipal resaltando la importancia de las medidas de prevención.

Se utilizaron diferentes técnicas como:

La encuesta: dada sus características de búsqueda de información rápida y económica, se aplicó a la población identificando necesidades de aprendizaje.

Procesamiento estadístico: Toda la información recopilada se llevó a una base de datos confeccionada en el programa SPSS versión 13.0 para Windows para su procesamiento. Fue resumida en frecuencias absolutas y porcentajes.

Aspectos éticos

Se llevó a cabo un proceso de negociación con los pacientes explicando detalladamente en qué consistía la investigación, demostrando en cada momento la importancia de su colaboración y veracidad al responder el cuestionario, así como la posibilidad de aportar cualquier elemento que resultara provechoso para corroborar los resultados, respetando su autonomía, dejando explícito el derecho a no participar en la investigación y el anonimato, así como a abandonar el estudio cuando lo estimase conveniente y, por último, estar de acuerdo con que los resultados de esta investigación puedan ser publicados.

Se redactó un informe final teniendo en cuenta las Normas y Procedimiento establecidos para los trabajos de terminación de residencia.

ANÁLISIS Y DISCUSIÓN DE LOS RESULTADOS

Titulo. Intervención comunitaria para elevar el nivel de conocimiento de las mujeres con riesgo reproductivo del consultorio número 27 Majagua.

Tabla 1. Interés de participación de las mujeres en edad fértil según la edad. Consultorio Médico de Familia # 27. Majagua. 2015.

Edad	Interés de participación	
	Número	%
< 19 a años	8	20 %
20 a 29 a años	9	22.5 %
30 a 39 a años	16	40 %
40 a 49 a años	7	17.5 %
Total	40	100%

Fuente: Encuesta.

Se pudo observar que las mujeres menores de 19 años tuvieron una participación del 20% en la intervención comunitaria, de 20 a 29 años tuvieron una participación de 22.5%. 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 la más poca participación con el 17.5%. En el presente trabajo se observa que las pacientes de riesgo se en estudio que más participaron esta entre 30-39 años 16/40(40%).

Guirado Flores R.²⁶ considera que aunque es conocida la edad por sí solo no constituye un riesgo preconcepcional, pero a medida que avanza la misma éste se incrementa llegando a ser 50 veces mayor en las mujeres que han sobrepasado los 40 años. Se confirmó que las edades óptimas para la concepción son probablemente

las finales de la segunda década de la vida y los inicios de la tercera.

Díaz Ortiz A.²⁷ en estudio realizado en el 2009 en la provincia de Guantánamo concluyó que la edad constituye un factor fundamental relacionado con el riesgo reproductivo tanto en las edades inferiores a 20 años así como en las mayores de 35 años, en las adolescentes es importante destacar que no tienen la madurez psicológica ni biológica necesaria para enfrentar la crianza de un hijo, la mayoría no pueden concluir los estudios, afectando todo esto su esfera psíquica al no poder desempeñar las tareas propias de su edad; en la mujer añosa aumenta el riesgo de malformaciones congénitas y son más frecuentes las complicaciones relacionadas con la gestante y su producto.²⁷

Donoso Lira E. y colaboradores.²⁸ Observaron el comportamiento y relación de la edad como factor de riesgo reproductivo en relación con la tasa de mortalidad fetal donde las mujeres de 25-29 años presentaron la menor tasa de mortalidad neonatal (4,66/1000 NV); mientras que la tasa neonatal de (6,74/1000 NV) correspondió a las mujeres de 30-34 años y la tasa de (7,76/100.000 NV) a las adolescentes de 15-19 años, respectivamente. Las mujeres de 45-49 años presentaron las mayores tasas de mortalidad fetal (8.95/100.000 NV). Teniendo en cuenta que la edad si es un factor de riesgo importante que compromete la vida del neonato y la madre, concuerda con otros autores donde se plantea que se debe trabajar con el riesgo reproductivo preconcepcional para disminuir la tasa de mortalidad. Lo cual concuerda con estudio realizado por el autor.²⁸

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.²⁹

En el presente trabajo coincidimos con estudios realizados por Díaz Ortiz A., Morales Torres y Guirado Flores. Que debe prestarse especial atención a las mujeres con factores de riesgo entre 20 a 29 años, que es la edad óptima según varios estudios realizados para la reproducción, trabajar con la promoción de salud en mujeres

menores de 19 años para evitar embarazos no deseados durante la adolescencia.

Tabla 2. Mujeres en edad fértil según la ocupación. Consultorio Médico de Familia # 27. Majagua. 2015.

Clasificación de la muestra según la ocupación de las mujeres CMF 27. 2015

Ocupación	Número	%
Ama de casa	21	52.5 %
Trabajadora	12	30 %
Estudiante	7	17.5 %
Total	40	100%

Atendiendo a la ocupación de las mujeres con factores de riesgo en estudio se pudo observar que el 21(52.5 %) trabajan como ama de casa, seguido de un 12(30 %) que trabaja fuera del hogar y solo el 7(17.5 %) se encuentra estudiando para poder mejorar su preparación personal.

Díaz Ortiz A.²⁷ En Guantánamo determino que riesgo preconcepcional de acuerdo a la ocupación se encuentra en el grupo de estudiante con 100 mujeres (42.01%) de total de 238, dentro de los cuales la mayoría si presentan riesgo preconcepcional con total de 73 para un 30.7% de estudiantes encuestadas. El cual no concuerda con el estudio realizado por el autor.

Duartes Wahl ²⁴ 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) simbolizando así las crecientes desigualdades de género, datos que al mismo tiempo se relacionan con resultados respecto de quien es el jefe de hogar, donde la mayoría de las encuestadas menciona a su cónyuge (45%),

representando el rol de género masculino tradicional. En términos generales que el 61,6% de las mujeres encuestadas trabaje como dueña de casa en su hogar, presenta un menor riesgo reproductivo por la no exposición a sustancias neurotóxicas. El cual se relaciona con estudio realizado por el autor.

Sardiñas del Risco L.²⁹ apreció en el estado de Trujillo que el mayor porcentaje de las mujeres dispensarizadas son trabajadoras 1325 (59.57%), estudiante 102 (4.59%), ama de casa 561 (25.23%) y un 236 (10.62%) de las mismas se encuentra desocupada. Señala que trabajar más de 10 horas por día, permanecer de pie por más de 6 horas en forma continua, exposición a tóxicos químicos (incluyendo agentes anestésicos, solventes y pesticidas). Estas mujeres deberán ser aconsejadas para cambiar sus labores apenas se embaracen.

Tabla 3. Mujeres en edad fértil según estado civil. Consultorio Médico de Familia # 27. Majagua. 2015.

Estado civil	Número	%
Soltera	12	30 %
Acompañada	19	47.5 %
Casada	7	17.5%
Viuda	2	5 %
Total	40	100%

Según el estado civil de las mujeres estudiadas predomina la asistencia de acompañadas con un 47.5 %, seguido por las solteras con un 30 % de asistencia, las casadas que participaron con un 17.5 % y las viudas representaron solo un 5 %. 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.

La relevancia del estado civil en los niveles de bienestar social de las mujeres, remite a aspectos generales sobre las condiciones de vida, los derechos legales, las sanciones socio-culturales, e incluso los derechos y beneficios económicos asociados con el estado civil de las personas en un sistema social, sobre todo en el caso de una sociedad en vías de modernización, que mantiene costumbres, valores y normas sociales tradicionales en torno de la familia y el papel de la mujer en la misma.³¹

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 %. El embarazo genera una serie de ajustes sociales, psicológicos y biológicos, cuando la mujer no cuenta con los apoyos necesarios para ajustarse adecuadamente a la gestación es probable que no sea capaz de responder a las demandas biológicas y por lo tanto da lugar a un nacimiento bajo peso. Este estudio difiere con el autor donde la mayor parte de las mujeres están acompañadas y no casadas.

El estado civil es importante a tener en cuenta en el control del riesgo reproductivo, ya que en las mujeres solteras, lo que algunos llaman producción independiente, se producen embarazos que no son reconocidos o respaldados por el padre y esto provoca que la mujer enfrente sola el embarazo, el cuidado y la atención del futuro bebé, sin contar que se afecta el sistema neuropsíquico, lo que influye sobre el desarrollo del embarazo y posterior desarrollo del niño aumentando la probabilidad de mortalidad perinatal, mortalidad infantil, bajo peso, parto pretérmino. ^{13, 18}

Tabla 4. Mujeres en edad fértil según el nivel educacional. Consultorio Médico de Familia # 27. Majagua. 2015.

Nivel educacional	Número	%
Secundaria	23	57.5 %
Preuniversitaria	11	27.5 %
Universidad	6	15%
Total	40	100%

Según el nivel educacional de las mujeres con RRPC predomina la participación de las mujeres que estudiaron la secundaria con un 57.5 %, seguido de las del preuniversitarias con un 27.5 % y solo el 15 % se encuentran 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.

Para Salinas Portillo³² el nivel educacional de la madre tiene importancia debido a que de este dependerá la mejor comprensión de los riesgos que comportan para su embarazo y el futuro niño no atender las recomendaciones médicas sobre nutrición, higiene personal, estilo entre otros factores que determinaran una gestación sin complicaciones.³²

Sardiñas del Risco.²⁹ Encontró que el nivel secundario con el 43.97% ocupó el primer lugar, seguido del pre Universitario (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.

Tabla 5. Mujeres en edad fértil según nivel de conocimiento sobre la identificación de los factores de riesgo. Consultorio Médico de Familia # 27. Majagua. 2015.

Nivel de conocimiento	Antes de la intervención		Después de la intervención	
	Número	%	Número	%
Bien	11	27.5	18	45
Regular	18	45	20	50
Mal	11	27.5	2	5
Total	40	100	40	100

En esta tabla sobre la identificación de los factores del RRPC en mujeres del consultorio 27 se observó en un inicio que el 27.5 % tienen evaluación de mal antes de la intervención, y después de la misma esta situación cambio a un 5 %. No obstante luego de la intervención predominó la categoría de regular con un 50% y mejoro la evaluación de bien de un 27.5 % a 45 %.

Cortes F. y colaboradores¹⁹ en un estudio realizado sobre la actividad control preconcepcional, incorporada en el Programa de Salud de la Mujer, plantea como primer objetivo específico: “Identificar oportunamente factores de riesgo reproductivo preconcepcional, posibilita su intervención a fin de garantizar el inicio del embarazo en condiciones de salud favorables”.¹⁹

López Garrido, y otros ³⁴ encontraron en un estudio realizado que la consulta preconcepcional es hasta hoy más teórica que práctica, siendo utilizada en contadas ocasiones y además, existe un mayoritario desconocimiento de su existencia. Teniendo en cuenta que son muchos los beneficios que se pueden obtener con su

realización, recomiendan ponernos manos a la obra y hacer de la consulta preconcepcional no un constructo teórico sino una realidad.³⁴

Arcia García G.³⁵, cita a Vázquez Silva³⁶ trabajo comportamiento de los factores de riesgo. Las gestantes de riesgo constituyen de 20 a 30 % del total de embarazadas, y son responsables de 70 a 80 % de la mortalidad perinatal. El éxito de la atención prenatal reside en la identificación temprana de las gestantes con factores de riesgo. Se les dará su valor clínico, y planificará la adecuada atención de éstas, con la finalidad de evitar o disminuir en lo posible el daño materno y perinatal.

En el presente estudio se obtuvo resultados similares a los estudios realizados por Cortes F. y colaboradores,³² Loyola Rodríguez M.¹² 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 6. Mujeres en edad fértil según nivel de conocimiento sobre el hábito de fumar. Consultorio Médico de Familia # 27. Majagua. 2015.

Nivel de conocimiento	Antes de la intervención		Después de la intervención	
	Número	%	Número	%
Bien	9	22.5	23	57.5
Regular	19	47.5	17	42.5
Mal	12	30	0	0
Total	40	100	40	100

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 embarazo y el peso del recién nacido.

Gonzales Méndez R.³⁷ cita a Meyer (Canadá) plantea que el hábito de fumar, como factor de riesgo, influye en el nacimiento de niños bajo peso y que la influencia negativa sobre el peso del recién nacido, es directamente proporcional con el número de cigarrillos que fuman las gestantes durante el embarazo.³⁷

García Baños L.³⁸ el hábito de fumar como riesgo en la morbilidad y la mortalidad materno-infantil se hace necesario su detención no solo en la primeras consultas prenatales sino desde el curso preconcepcional, e intentar que la mujer y su pareja dejen de hacerlo para evitar sus fatales consecuencias.³⁸

Está demostrado que los hijos de las madres fumadoras pesan al nacer un promedio de 200 a 300 g menos que los descendientes de las no fumadoras. En un estudio realizado en Escandinava se demostró que las madres fumadoras tienen 2 veces más posibilidades de tener un Recién Nacido Bajo Peso (RNBP).³⁸

Además diferentes investigaciones han señalado que el tabaquismo constituye un factor favorecedor de la Hipertensión Arterial (HTA) esencial. Fumar tan solo un cigarro puede ocasionar el aumento de las presiones sistólicas y diastólicas de 2 a 5 mmhg, pues está comprobado el aumento de la actividad adrenérgica, la disminución de las prostaglandinas, aumento del tromboxán y el consiguiente aumento de la resistencia periférica.

Tabla 7. . Mujeres en edad fértil según nivel de conocimiento sobre el consumo de alcohol. Consultorio Médico de Familia # 27. Majagua. 2015.

Nivel de conocimiento	Antes de la intervención		Después de la intervención	
	Número	%	Número	%
Bien	9	22.5	23	57.5
Regular	19	47.5	17	42.5
Mal	12	30	0	0
Total	40	100	40	100

En la tabla anterior donde se midió el nivel de conocimiento del consumo de alcohol en las mujeres con factores de riesgo el cual influye sobre la salud reproductiva donde se pudo apreciar que en un principio que 30% estaba evaluado de mal; el 47.5% se evaluó de regular y solo el 22.5% de mal. Posterior a la intervención comunitaria aumentaron los evaluados de bien con un 57.5% y el 42.5% se evaluaron de regular esto demuestra que las mujeres ganaron en conocimiento sobre el consumo de alcohol.

Sardiñas del Risco L.²⁹ señala la preocupación que concierne el uso del alcohol durante el embarazo esto se remonta a los tiempos bíblicos "Mira, pues que vas a concebir y a parir un hijo no bebas vino ni otro licor" (Jueces 13:7 La Santa Biblia.). Los efectos del alcohol sobre el embarazo están bien definidos, cantidades tan pequeñas como 14 gramos de alcohol absoluto al día, reducen de 50 a 200grs el peso al nacer, e incrementan los índices de mortinatos y aumentan las incidencias de

malformaciones congénitas hasta un 32 %. La frecuencia del síndrome de alcoholismo fetal. Se estima de tres a cinco por cada mil nacidos vivos. Entre otros efectos nocivos durante el embarazo se describen índices más altos de niños pequeños para la edad gestacional Crecimiento Intrauterino Retardado y un promedio más bajo en el peso de la placenta al nacimiento, el índice de prematuridad está en aumento entre un 3 % y un 5 % y los niños postmaduros entre un 8% y 9%. La paciente debe ser consciente de que el etanol atraviesa libremente la placenta, y que el feto está expuesto a los mismos niveles de alcohol que la madre.²⁹.

La ingestión de alcohol va seguida de un aumento urinario de la excreción de zinc. La paciente debe ser consciente de que el etanol atraviesa libremente la placenta, y que el feto está expuesto a los mismos niveles de alcohol que la madre.

El alcoholismo una de los factores de riesgo presente en la mayor parte de la población el cual influye además en la parte social y económica.

Tabla 8. Mujeres en edad fértil según nivel de conocimiento sobre métodos anticonceptivos. Consultorio Médico de Familia # 27. Majagua. 2015.

Nivel de conocimiento	Antes de la intervención		Después de la intervención	
	Número	%	Número	%
Bien	9	22.5	23	57.5%
Regular	19	47.5	15	40.0%
Mal	12	30	1	2.5%
Total	40	100	40	100

En la tabla sobre el conocimiento sobre de métodos anticonceptivos la mayor parte de las mujeres estaba evaluada de regular con un 47.5% y luego de la intervención

quedo un 40.0 % en este nivel; la evaluación de bien mejoró de un 22.5% a un 57.5 % y las mujeres que se evaluación de mal luego de la intervención descendió de un 30.0 % a un 2.5 %. Observando los resultados obtenidos la mayoría mujeres aprendió la importancia sobre el uso de métodos anticonceptivos.

Morales Torres D.³⁰ 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%), Tabletas (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 J,⁹ y 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.

Arenas Ayllon J.³⁹ observó en un estudio realizado sobre factores de riesgo preconcepcional en las mujeres en edad fértil el uso de métodos anticonceptivos que el 32.1% se cuidaba con inyectables, seguido del método de barrera con un 20.8%. Así también cabe resaltar que el 18.9% no usa ningún método anticonceptivo, las píldoras usaban el 16.9%: el método del ritmo 7.5% y otros el 3.8%. El cual no se relaciona con otros estudios realizados.

Fernández Sordo T. y colaboradores. Observaron que de las 147 pacientes estudiadas, 107 (72.8 %) refieren usar métodos anticonceptivos para no correr el riesgo de salir embarazadas. De las pacientes que tienen presencia de riesgo el 72.5 % se protege y el 27.5 % no se protege. Esto refleja que la labor educativa ha sido encaminada hacia el uso de anticonceptivos y no a instruir a la paciente acerca del RPC. De estas el 69.2% tenían un mal conocimiento sobre el RPC. Los anticonceptivos más utilizados fueron los dispositivos intrauterinos, seguidos del condón.⁴¹

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. Esto se traduce cómo la paciente está desprotegida de los MAC, por otro lado, las dos terceras partes tenían temor al empleo de estos métodos, sobretodo de los modernos, aludiendo que son causantes de enfermedades para la madre, y los métodos fueron calificados como inseguros. Esto pone de manifiesto la imperiosa necesidad de una información veraz y oportuna a las adolescentes que inician relaciones sexuales a edades tempranas, con el fin de eliminar falsos temores y creencias.

Ochoa Soto ⁴⁰ plantea que el uso regular y adecuado del condón es una propuesta conductual factible para evitar cualquier infección de transmisión sexual fundamentalmente el Virus de Inmunodeficiencia Humana.⁴⁰

La buena aceptación de los métodos de barrera estaría en relación a la divulgación sobre prevención de la infección por el Virus de Inmunodeficiencia Humana, evidenciándose, además, que el incremento sexual y a disminución en el número de casos comunicados de Enfermedades de Transmisión Sexual. La mayoría mostró su conformidad con el empleo de métodos anticonceptivos luego del alta, siendo el dispositivo intrauterino el elegido por la mayor parte de ellas. Este resultado puede ser explicado por el hecho de que, al ser ingresadas al Servicio, son informadas sobre planificación familiar, en el que se les sugiere el empleo del dispositivo intrauterino como método de planificación familiar, el cual es brindado en forma gratuita, hecho también verificado en otros hospitales.^{16,40}

A partir de esto se podría deducir que el conocimiento sobre uso de métodos anticonceptivos luego de la intervención comunitaria aumenta de manera satisfactoria, esto influye de manera importante en las relaciones sociales positivas, donde a través de esto se pueden prevenir ITS y embarazos no deseado, como es destacado por en otros estudios realizados sobre riesgo reproductivo

preconcepcional

En la actualidad no se cuenta con el anticonceptivo ideal que sería aquel que tuviese el 100 % de eficacia, fuese perfectamente inocuo, reversible y que se pudiese aplicar a todos por igual. Además no sólo son importantes las características del método anticonceptivo en sí, sino también su uso correcto y continuo, condicionantes que sufren grandes variaciones de acuerdo a características tales como: edad, paridad, actitudes sexuales, estado de salud, creencias religiosas entre otras.

Tabla 9. . Mujeres en edad fértil según nivel de conocimiento sobre enfermedades crónicas no transmisibles. Consultorio Médico de Familia # 27. Majagua. 2015.

Nivel de conocimiento	Antes de la intervención		Después de la intervención	
	Número	%	Número	%
Bien	6	15	12	30
Regular	18	45	24	60
Mal	16	40	4	10
Total	40	100	40	100

La mayor parte de las mujeres fueron evaluadas de regular con un 45% antes de la intervención y posterior a esto aumento al 60%; estaba seguida por la evaluación de mal la cual descendió luego de la intervención al 10 % de un 40 %; de la misma manera aumento las mujeres evaluadas de bien de un 15 % a un 30 %

Díaz Ortiz A.²⁷ 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%. Estas enfermedades durante el embarazo tienen una mayor probabilidad de descompensación, debido a que la gestación constituye una sobrecarga para el organismo que afecta todos los sistemas.²⁷

Aquí se muestra la importancia del conocimiento de enfermedades y su adecuado control para que las mujeres en edad fértil con enfermedades crónicas que deseen tener hijos en un futuro asistan a la consulta de planificación familiar para llegar en las mejores condiciones posible al embarazo.

Tabla 10. . Mujeres en edad fértil según nivel de conocimiento sobre el estilo de vida saludable. Consultorio Médico de Familia # 27. Majagua. 2015

Nivel de conocimiento	Antes de la intervención		Después de la intervención	
	Número	%	Número	%
Bien	13	32.5	24	60
Regular	18	45	15	37.5
Mal	9	22.5	1	2.5
Total	40	100	40	100

De acuerdo a la encuesta realizada sobre el conocimiento del estilo vida en un primer momento solo el 32% de las mujeres tuvieron una evaluación de bien pero posterior a las actividades realizadas aumento la evaluación de bien a un 60%, se evaluaron de regular el 45% en un inicio y posteriormente quedaron evaluados solo un 37.5% en este nivel y por ultimo del 22.5% de evaluación de mal solo quedo un 2.5%.

Rodríguez Peña Y.⁴² En el trabajo de La efectividad del tratamiento con Mufer

preconcepcional, en 816 mujeres que se embarazaron en el último trimestre del año 2010. Los datos obtenidos fueron que no presentaron enfermedades asociadas el 56,8%. El perfil hematológico se comportó: en la captación, entre 12,6-13,9 g/L el 86,2%, en el segundo trimestre el 76,5% entre 12-12.6g/L y en el tercer trimestre el 67,0% entre 11- 11,9 g/L. La edad gestacional predominante al parto fue entre 37 y 42 semanas (83,4%) y no presentaron complicaciones post parto el 79,1%. El adecuado seguimiento de las mujeres en el riesgo preconcepcional con el suplemento nutricional con Mufer repercutió favorablemente en la prevención de la anemia gestacional.

Lo cual tiene gran importancia saber que el tratamiento con Mufer preconcepcional evita las malformaciones congénitas del sistema nervioso central.

Tabla 11. Evaluación del nivel de conocimiento global sobre riesgo reproductivo preconcepcional de las Mujeres en edad fértil. Consultorio Médico de Familia # 27. Majagua. 2015

Nivel de conocimiento	Antes de la intervención		Después de la intervención	
	Número	%	Número	%
Bien	8	20	23	57.5
Regular	10	25	14	35
Mal	22	55	3	7.5
Total	40	100	40	100

En esta tabla se observó el nivel de conocimientos de las pacientes en estudio sobre el riesgo reproductivo preconcepcional donde en un inicio 55 % tenían una evaluación de mal antes de la intervención y al concluir la misma descendió a un 7.5

% las evaluadas en este nivel. Las pacientes evaluadas de bien que representaban solo un 20% en un principio, al final de la intervención aumento a un 57.5% es decir que más de la mitad las mujeres en estudio aprendieron sobre riesgo reproductivo preconcepcional. Hubo una mejoría en los pacientes evaluados de regular las cuales al final de la intervención ascendieron a un 25 % de un 35 %.

Morales Torres D.³⁰ En una intervención educativa en mujeres jóvenes sobre salud reproductiva aplicada a 79 mujeres observo que el nivel de conocimientos de las encuestadas antes de la intervención era de malo 42 con el 53.2% solo un 20.2% correspondiente a 16 encuestados podía catalogarse como bueno; en un segundo momento después de la intervención ya los resultados eran bueno 77 con un 97.5% y solo un 2.5% se considera regular.³⁰

Valdivia Parra realizó una investigación pre-experimental de intervención educativa (2010) a 180 mujeres. En cuanto al conocimiento sobre la denominación de riesgo reproductivo preconcepcional solo el 10 % de las pacientes lo conocían y sólo esas mismas se consideraban pacientes de riesgo, y el 23.33% conoce las medidas para disminuir o erradicar el riesgo, lo cual demuestra que existe desinformación sobre este parámetro en las pacientes estudiadas.

Díaz Ortiz ²⁷ demostró que la mayoría de las mujeres obtuvieron la evaluación de mal y regular con el 57.6% y el 26.9% respectivamente y que además solo el 15.5% fueron evaluadas de bien, reflejando que existe un problema de comunicación entre pacientes y personal de salud. En los resultados obtenidos se destaca que de cada 10 pacientes encuestadas 6 desconocían sobre el Riesgo Preconcepcional. Después de recibir orientación y asesoramiento incremento en el nivel de conocimiento es un factor positivo para la adopción de conductas saludables y de autocuidado que propician el control o erradicación de factores de riesgo y el embarazo en el momento más oportuno

CONCLUSIONES

Se diagnosticó un bajo nivel de conocimiento de las mujeres en edad fértil pertenecientes al consultorio médico de familia # 27 sobre 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.

Con la aplicación de la intervención educativa se elevó el nivel de conocimientos acerca del riesgo reproductivo preconcepcional.

RECOMENDACIONES

Promover la asistencia de las mujeres en edad fértil a la consulta de planificación familiar, para lograr una mejor orientación en anticoncepción y el control de su fecundidad.

Garantizar la disponibilidad de los métodos anticonceptivos en los consultorios, farmacias y consultas especializadas.

Trabajar junto a la comunidad y la dirección del consejo popular para mejorar las condiciones sociales de la población.

BIBLIOGRAFIA

1. Balestena Sánchez J, Pérez Ruiz A, Valle Rivera A. Factores Maternos que Influyen En La Mortalidad Fetal Tardía. Facultad de Ciencias Médicas "Dr Ernesto Che Guevara de la Serna"; Pinar del Río 2005.
2. Prendes Labrada. MC, Guibert Reyes W, González Gómez I, Serrano Borges E. Riesgo preconcepcional en la consulta de planificación familiar. Rev Cubana Medicina General Integral 2001; 17(4):260-6. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S0864-21252001000400009&script=sci_arttext&tlng=en
3. Obstetricia y Perinatología. Diagnóstico y Tratamiento. Editor Stalina Santisteban Alba. La Habana. Editorial Ciencias Médicas 2012. Capítulo 6: pagina 33-37.
4. Colectivo de autores: Manual de diagnóstico y tratamiento en Obstetricia y Perinatología. Disponible en : https://books.google.com.cu/books/about/Manual_de_diagnostico_y_tratamiento_en_o.html?id=3-nIAAAACAAJ&redir_esc=y
5. Organización Panamericana de la Salud. Oficina Regional de la Organización Mundial de la Salud. Estrategia de Cooperación de la OMS para Cuba. Representación de la OPS/OMS. Ciudad de la Habana: Ministerio de Salud Pública. Enero; 2007.
6. Herrera V, Oliva J, Ginecología y Obstetricia Rigol. Salud Reproductiva cap. 11 pág. 113-120. Editorial Ciencias Médicas 2014. La Habana. 2014
7. Maulding WP, Segal SJ. IUD use throughout the World: past, present and future. En Bardin CW, Mischel DR, eds. Proceedings of the fourth International conference on IUDs. Newton: Butterworth-Heinemann; 2001.p.1-10
8. Organización Panamericana de la Salud. Manual sobre el enfoque de riesgo en la atención materno-infantil. Serie Paltext. 2003.
9. Peláez Mendoza J. Métodos anticonceptivos: actualidad y perspectiva para el nuevo milenio. La Habana. Editorial-Científico Técnica; 2001
10. Práctica Médica Efectiva. Control Prenatal con enfoque de riesgo. Disponible en: <http://www.bvs.insp.mx/articulos/1/15/v3n9.pdf>. [Enero 23 2009]
11. Garrido R. Carmen, Álvarez Sintés Volumen 2. Medicina General Integral. Riesgo

Reproductivo. Capítulo 69, página 654-660. Editorial Ciencias Médicas 2014.

12. Rueda Palenzuela. Psicología Comunitaria. [Revista on-line] 2010 [revisado el 5/12/2015] Disponible en: <https://www.scribd.com/.../0-Metodologia-de-La-Intervencion-Comunita...Metodologia-De-La-Intervencion-Comunitaria-Generalidades>. Ernolando@Gmail.Com. Origen América Latina ...
13. Loyola Rodríguez y Melva Loyola. Salud Reproductiva y Planificación Familiar. Facultad de Ciencias de la Salud. Escuela Profesional de Obstetricia. Universidad Los Ángeles. 2012
14. Cervera Estrada, Brizuela Pérez y Rodríguez Ferrá. Riesgo preconcepcional y producto de la concepción. [monografías en internet] Disponible en: http://www.bvs.sld.cu/revistas/mgi/vol13_6_97/mgi07697.htm
15. Planificación familiar y riesgo reproductivo – marco conceptual programa plan estratégico cuba 2001
16. Navas Ábalos; Castillo Fernández; Campos Martínez. Caracterización Del Riesgo Preconcepcional Hospital Provincial Ginecobstétrico “Ana Betancourt de Mora”. Camagüey. Archivo Médico de Camagüey. República de Cuba. Disponible en: <http://www.redalyc.org/pdf/2111/211117864007.pdf>
17. Braulio Peramo y Sofía Ortega (Madrid), Consulta preconcepcional. Clínica Amnios [revista de internet] 2012 [revisado el 3/12/2016] Disponible en: <http://www.portalesmedicos.com/publicaciones/articles/2669/1/Comportamiento-del-riesgo-preconcepcional-en-mujeres-de-15-49-anos.html>
18. Ferrá R, Hernández Cuesta Y, Gómez García, L. Caracterización de las mujeres con riesgo preconcepcional controladas con anticoncepción hormonal. Rev Cubana OstetGinecol; 26(2):82-86,2010. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0138-600X2000000200003
19. Cortes, F; E. Hertrampf; R. Castro; R. Uauy. 2007. Importancia de la nutrición preconcepcional y de los contaminantes químicos y microbiológicos sobre el pronóstico reproductivo. (Disponible en: <http://www.redsalud.gov.cl/archivos/alimentosy-nutricion/estrategiaintervencion/nutricionpreconcepcional.pdf>. Consultado el 3 de febrero

de 2015).

20. Alonso Prieto F. Manejo y control del riesgo reproductivo preconcepcional en 3 consultorios de ciudad de La Habana. 2004 [Documento en línea]. <http://www.ilustrados.com/publicaciones/EEE/FV>. [Consulta 8-12-2014].
21. 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=S0102-311X2006001100016
22. Blanco, S. 2003. Drogas usadas en el embarazo. (Disponible en: <http://www.ffyb.uba.ar/cenimen/boletin%206-00.htm>.) Consultado el: 1 de octubre de 2015.
23. Orem, D. 1991. 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).
24. Duarte Wahl. Practicas De Autocuidado Preconcepcional De Mujeres Urbanas, Que Ingresan Al Control Prenatal. [Tesis] Facultad De Medicina Universidad Austral De Chile. 2009
25. Escobedo J. R, Perera Martínez R, García Estrada J. La anticoncepción en América Latina, 1999-2005. En: Manual CELSAM. [en línea]. 2005. Disponible en <http://www.celsam.org/>. [Consulta 8-8-2015].
26. Guirado Flores R. " Estrategia de Intervención Educativa para el Incremento del Conocimiento Sobre los Riesgos Reproductivo Preconcepcional de las Mujeres en Edad Fértil Pertenecientes a la Comunidad de Suddie en el Essequibo Guyanés ". [tesis] Centro de Diagnóstico Integral Suddie Region 2 Essequibo. Republica Cooperativa De Guyana. 2010
27. Díaz Ortiz A. Comportamiento del riesgo preconcepcional en mujeres de 15-49 años. . [Monografía en Internet]. Facultad de Ciencias Médicas. Guantánamo. 2009 [Consulta 8-12-2014]. Disponible en: <http://www.portalesmedicos.com/publicaciones/articles/2669/1/Comportamiento-del-riesgo-preconcepcional-en-mujeres-de-15-49-anos.html>
28. Donoso Lira E, Jorge A. Poblete. La edad de la mujer como factor de riesgo de mortalidad materna, fetal, neonatal e infantil. Unidad De Medicina Materno- Fetal,

- División De Obstetricia Y Ginecología, Escuela De Medicina, Pontificia Universidad Católica De Chile. Santiago, Chile. Rev Med chile 2014; 142: 168-174
29. Sardiñas del Risco L. Caracterización del Riesgo Preconcepcional en el Municipio Carvajal. [tesis] Facultad De Ciencias Médicas De Ciego De Ávila. República De Cuba 2010
30. Morales Torres D. Intervención Educativa en Mujeres Jóvenes Sobre Salud Reproductiva. [Tesis] Filial de Ciencias Médicas Morón. Facultad De Ciencias Médicas De Ciego De Ávila. República De Cuba. 2009
31. GAMA, M.; F. BILBAO. 2007. Autoestima de la mujer en el momento de separación de su pareja. (Disponible en: <http://www.liberaddictus.org/Pdf/0896-90.pdf>. Consultado el: 7 de octubre de 2015)
32. Salinas Portillo, Hugo. Salud Reproductiva. Hospital Clínico de la Universidad de Santiago de Chile. 2003
33. Toledo Fernández A. y otras autoras Riesgo preconcepcional en los indicadores negativos del programa materno infantil policlínico universitario “Antonio Maceo”. [monografías en internet] República De Cuba [consultado el 7/ 10 /2015] disponible en: <http://www.ilustrados.com/tema/11494/Riesgo-preconcepcional-indicadores-negativos-programa-materno.html>
34. López Garrido, López Arrazola, Hernández y Garrido. I Congreso de la Asociación Balear de Comadres conjuntamente con la FAME. “¿Es la vista preconcepcional una consulta demandada por las mujeres? <http://www.comares.org/files/Arx359325.pdf>.
35. Arcia García G., y Malcolm Suárez. Riesgo reproductivo preconcepcional. Instituto Superior De Ciencias Médicas de Santiago de Cuba 2013 (disponible en: <http://www.monografias.com/trabajos96/el-riesgo-reproductivo-preconcepcional/el-riesgo-reproductivo-preconcepcional2.shtml#ixzz48vX48Ned>)
36. Vázquez Silva Y, Hernández Cisneros F, Navarro Padrón A, Amaro Hernández F. Bajo Peso al Nacer en un Grupo Básico de Trabajo y comportamiento de Factores De Riesgo. [monografía] Archivo Médico de Camagüey. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S1025-02552007000300007

37. González Méndez R. Cómo librarse de los hábitos tóxicos. Guía para conocer vencer los hábitos tóxicos provocados por el café, tabaco y alcohol. [Revista en internet] 2000 [consultado el 5 de marzo 2015] disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-21251995000300007
38. García Baños L. Factores de riesgo asociados al bajo peso al nacer Policlínico Docente "José Manuel Seguí Jiménez". Ciudad de La Habana 2012 [Revista on-line] 2012 [Consultado 17 febrero 2015]. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-34662012000200006
39. Arenas Ayllon y Vásquez Díaz. Factores de riesgo preconcepcional en las mujeres en edad fértil usuarias del centro de Salud Villa norte. [TESIS] Universidad Nacional Mayor De San Marcos. Facultad De Medicina Humana. Perú 2010. disponible en <http://cybertesis.unmsm.edu.pe/handle/cybertesis/3018>
40. Soto Ochoa R, Fuentes Sánchez J, Villalón M, Santana Duque I, Fernández Hernández, Cachón L. Manual para Médicos de Familia sobre ITS/VIH/SIDA. Editorial Ciencias Médicas. Ciudad de la Habana, 2003.
41. Fernández Sordo T. Conocimiento de la Población Sobre El Riesgo Preconcepcional y Cumplimiento del Programa. Área de Salud Cerro. Ciudad de La Habana [monografías] Trabajo publicado en: www.ilustrados.com
42. Rodríguez Peña Y., Rodríguez Lores R., Lupe Muñoz Callol J. Efectividad del tratamiento con mufer preconcepcional en mujeres del área de salud del policlínico Gustavo Aldereguía, Las Tunas, Cuba 2011 Revista Electrónica Dr. Zoilo E. Marinello Vidaurreta Vol. 39, número 3 ISSN 1029-3027 | RNPS 1824 marzo 2014
43. Cueva A., Salvador J, Maradiegue E. Conocimiento de salud reproductiva en las púerperas adolescentes atendidas en el Hospital Nacional Cayetano Heredia. Revista Peruana de Ginecología y Obstetricia © Sociedad Peruana de Obstetricia y Ginecología Ginecol. obstet. 1996; 42 (3): 42-49

Anexos 1. Consentimiento informado

Yo: _____ me encuentro en completa disposición para formar parte de este proyecto de investigación. Afirmo que se me ha explicado la gran importancia que reviste dicho trabajo, y los grandes beneficios que puede reportar para mí como paciente. Se me ha garantizado que toda la información aportada por mí, será de naturaleza y carácter confidencial y para fines puramente investigativos. El aplicador de dicha encuesta me da el libre derecho de interrumpir la investigación si lo considero necesario, sin que esto se convierta en un aspecto represivo contra mi persona.

Paciente: _____ Firma: _____

Dr. _____ Firma: _____

Fecha: _____

Anexo 2. Encuesta

Usted forma parte de una investigación a cerca del Riesgo reproductivo Preconcepcional, para lo cual solicitamos su colaboración contestando el cuestionario que te presentaremos a continuación, queremos que sepa que toda la información recogida en este cuestionario es absolutamente confidencial y anónima, le agradecemos su colaboración

Gracias

1. Edad: ____

2. Ocupación: __Ama de casa __Estudiante __Trabaja

3. Estado civil: __Soltera. __Casada. __Acompañada __Viuda

4. Nivel de escolaridad: __Secundaria __Preuniversitario __Superior

5. ¿Conoce que es la planificación familiar?

Si____ No____

6. ¿Conoce que es el riesgo reproductivo preconcepcional?

Si ____ No____

7. ¿Cuáles de los siguientes factores considera usted que tiene una mujer por riesgo antes de salir embarazada? Marque con una X las que usted considere con riesgo.

___ La adolescencia

___ Desnutrición

___ Peso adecuado

___ Obesidad

___ Mayor de 35 años

___ Mujer de 25 años

___ Talla de 1.60m

___ Talla menor de 1.50m

___ Dieta balancead

___ Mujeres blancas.

8. De las siguientes enfermedades. ¿Cuáles usted considera que afecta el futuro embarazo? Marque con una X las respuestas correctas.

___ Asma Bronquial persistente

___ Epilepsia

___ Moniliasis

___ Sacrolumbalgia

___ Hipertensión arterial

___ Hipertiroidismo

___ Diabetes mellitus

___ Asma intermitente leve

___ Catarro común.

___ Gastritis aguda

9. De las siguientes afirmaciones marque con una X las que usted considera que se relacionan con el riesgo obstétrico (Embarazo).

___ Embarazo antes que el niño cumpla 1 año.

___ antecedente de parto pretérmino anterior.

___ Mujeres con aborto a repetición.

___ Antecedente de parto a término (antes de 37 semanas a 42 semanas).

___ Embarazo de gemelaridad.

10. Usted fuma

Si ___

No ___

10.1 Conoce usted que el hábito de fumar puede afectar el peso del futuro bebe?

Si ___

No ___

No se ___

11. Usted ingiere bebidas alcohólicas:

Si ___

No ___

11.1 Conoce usted que el consumo frecuente de bebidas alcohólicas puede producir el nacimiento antes del término.

Si ___

No ___

No se ___

12. ¿Qué métodos anticonceptivos usted conoce? Mencione cinco.

12. ¿Cuáles de las siguientes situaciones usted considera que es útil para evitar embarazos no deseados? Marque con una X

- ☐ Abundante liquido
- ☐ Uso de condón
- ☐ Higiene adecuada
- ☐ Uso de tabletas anticonceptivas
- ☐ Promiscuidad

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

- ☐ Tomar mufer 3 meses antes del embarazo.
- ☐ Dormir demasiado.
- ☐ Dieta adecuada y práctica de ejercicio físico.
- ☐ Comer piza todos los días.
- ☐ Asistir a la consulta de planificación familiar.

Anexo 3: Escala de evaluación por preguntas:

Conocimiento sobre riesgo reproductivo preconcepcional: 10 puntos

Conocimiento e identificación de los factores de riesgo: 20 puntos

Conocimiento el hábito de fumar como factor de riesgo para el RRPC: 10 puntos

Conocimiento la ingestión de alcohol como factor de riesgo para el RRPC: 10 puntos

Conocimiento sobre planificación familiar: 10 puntos

Conocimiento sobre ECNT y embarazo: 10 puntos

Conocimiento de métodos anticonceptivos: 20 puntos

Conocimiento de acciones adecuadas antes del embarazo: 10 puntos

Anexo 4. Programa educativo sobre riesgo reproductivo preconcepcional en el consejo popular “Orlando González”

Objetivo: Brindar conocimientos sobre riesgo reproductivo preconcepcional a las mujeres de 15-49 años del consejo popular “Orlando González” pertenecientes al Consultorio Médico de Familia # 27.

Fundamentación: las mujeres en edad fértil del consejo popular “Orlando González” poseen un nivel bajo de conocimiento sobre el riesgo reproductivo preconcepcional.

Distribución: Temática.

Tema 1: Introducción del tema

Sumario

1. Presentación del proyecto.
2. Aplicación de las encuestas.
3. Cierre.

Objetivo: Establecer un ambiente de confianza, desinhibir al personal y poner las reglas.

Tipo de actividad. Dinámica de grupo.

Recursos: Lápices, papeles, papelógrafos.

Frecuencia: Semanal.

Duración: Dos horas.

Responsable: Medico.

Participantes: mujeres en edad fértil que cumplan los criterios de inclusión

Tema 2. Salud reproductiva.

Sumario

1. Que es la salud reproductiva
2. Definición de riesgo

3. Concepto de Riesgo preconcepcional

Objetivo: Evaluar los conocimientos de las mujeres en edad fértil, en relación con el riesgo reproductivo preconcepcional.

Tipo de actividad: Conferencia.

Recursos: Lápices, papeles, pizarra y tizas.

Frecuencia: Semanal.

Duración: Dos horas.

Responsable: Médico.

Participantes: Mujeres en edad fértil del consejo popular Orlando Gonzáles

Tema 3. Factores que inciden en el riesgo reproductivo preconcepcional.

Sumario:

1. Identificar los factores de riesgo reproductivo preconcepcional.
2. La importancia del estilo de vida en la mujer en edad fértil.

Objetivos: analizar los principales factores de riesgo reproductivo preconcepcional y el estilo de vida.

Tipo de actividad: Debate

Recursos: computadora.

Frecuencia: Semanal.

Duración: Dos horas.

Responsables: Médico.

Participantes: Mujeres en edad fértil.

Tema 4. Las enfermedades crónicas y las trasmisibles en la salud reproductiva

Sumario:

1. Identificación de las ECNT más frecuentes en la sociedad.

2. Consecuencias de las ECNT en la salud reproductiva.

3. ITS identificación y su importancia de tratamiento antes del embarazo.

Objetivos: 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.

Recursos: Lápices, papeles, tizas y pizarras.

Frecuencia: Semanal.

Responsables: Médico.

Tema 5. Planificación familiar.

Sumario.

1. Definición de la planificación familiar.
2. Acciones destinadas a tener un embarazo adecuado
3. Cuáles son los métodos anticonceptivos.
4. Uso de los métodos anticonceptivos.

Objetivo: Conocer el uso de los diferente métodos anticonceptivos.

Tipo de actividad: Dinámica de grupo.

Recursos: Lápices, papales, papelógrafos.

Frecuencia: Semanal.

Duración: Dos horas.

Responsable: Médico Especialista.

Participantes: Mujeres en edad fértil.

Tema 6. Cierre y evaluación.

Sumario.

1. Reafirmación de los contenidos.
2. Aplicación de la encuesta final.
3. Cierre del programa.

Objetivo: Conocer el programa de riesgo reproductivo preconcepcional y sus acciones.

Evaluar los avances del mismo.

Tipo de actividad: Dinámica de grupo.

Recursos: Lápices, papales, papelógrafos.

Frecuencia: Semanal.

Duración: Dos horas.

Responsable: Médico y enfermera del CMF.

Participantes: Mujeres en edad fértil.

