

**UNIVERSIDAD DE CIENCIAS MÉDICAS DE HOLGUÍN FACULTAD DE
CIENCIAS MÉDICAS
“MARIANA GRAJALES COELLO”.**

Título. Intervención educativa sobre los conocimientos en salud sexual y reproductiva del riesgo preconcepcional. CMF#19 “San Andrés”, 2020-2021.

**Autora: Dra. Maité Bruzón Rodríguez.
Residente de tercer año de Medicina General Integral**

**Tutor: Dra. Ivonnys del Carmen Rodríguez Silva
Especialista de primer grado en Medicina General Integral.**

Tesis para optar por el título de Especialista de primer grado en Medicina General Integral

Holguín, 2021.

PENSAMIENTO

“... LO MAS IMPORTANTE HABRA DE SER SU

CONSAGRACION TOTAL AL MAS NOBLE Y HUMANO

DE LOS OFICIOS: SALVAR VIDAS Y PRESERVAR SALUD...”

Fidel Castro Ruz

DEDICATORIA

A mis padres por su apoyo incondicional, por confiar en mí, por consolar mis tristezas y festejar mis triunfos. A mi esposo por su apoyo y comprensión. A mis hijos por ser lo más valioso que me ha dado la vida y que me dan la fuerza necesaria para poder luchar por mis sueños.

AGRADECIMIENTO

El esfuerzo, la dedicación, el empeño, la constancia y perseverancia es lo que identifica a quienes quieren triunfar en la vida, por eso le doy las gracias a quienes de una u otra forma me han ayudado a realizar esta tesis. A mi familia que siempre me ha apoyado en todos los momentos de mi carrera, fundamentalmente a mis padres, esposo e hijos. A la Dra. Ivonnys por la ayuda desinteresada que me ha brindado para el desarrollo y cumplimiento de este trabajo.

INDICE

Introducción	1
Objetivos	5
Marco teórico	6
Diseño metodológico	18
Análisis y discusión de los resultados	24
Conclusiones	33
Recomendaciones	34
Referencias bibliográficas	35
Anexos	

RESUMEN

Se realizó un estudio cuasi experimental antes y después, en el que se describieron los aspectos más relevantes relacionados con una Intervención educativa sobre los conocimientos en salud sexual y reproductiva del riesgo preconcepcional .CMF#19 “San Andrés”, 2020- 2021.Municipio Holguín.La misma consto de tres etapas fundamentales: diagnóstico inicial, intervención y evaluación final. Nuestro universo estuvo constituido por 157 mujeres en edad fértil de 12– 49 años. Y la muestra quedo conformada por de 25 féminas las que cumplieron los criterios de inclusión. Se utilizaron como variables el nivel de conocimiento que presentan las mujeres con riesgo reproductivo preconcepcional, la importancia del control del riesgo reproductivo preconcepcional y los diferentes métodos anticonceptivos. Se desarrolló un programa de actividades educativas, talleres y conferencias sobre el tema en cuestión, evaluándose al inicio y al final a través de encuestas. Después de la intervención educativa las mujeres alcanzaron conocimientos importantes sobre los temas tratados, se realiza escala de opinión en las que participaron, las cuales manifestaron los logros de la intervención realizada.

Palabras clave: riesgo reproductivo preconcepcional, factores de riesgo, métodos anticonceptivos

INTRODUCCIÓN

El riesgo reproductivo preconcepcional se define como la probabilidad que tiene una mujer no gestante, de sufrir daño ella o su producto siempre y cuando se involucre en el proceso de la reproducción. La posibilidad de complicación es diferente y específica para cada factor predisponente, por lo cual, se conciben programas y acciones de salud para reducir el efecto nocivo de dichos factores, sobre la calidad de vida, un parto satisfactorio y la obtención de un individuo íntegro y capaz.¹ La salud materno-infantil es uno de los indicadores usados para medir el nivel de desarrollo de un país, con el objetivo de conseguir el óptimo estado para las madres y los niños. En este sentido la OMS se ha trazado una meta para el seguimiento de los avances hacia el logro del Objetivo de Desarrollo del Milenio 5 (ODM 5) (mejorar la salud materna): reducir la razón de mortalidad materna en todos los países para que en 2015 fuera una cuarta parte de la registrada en 1990. Este indicador se describe a menudo como el más gravemente desviado de todos los indicadores de los Objetivos de Desarrollo del Milenio, relacionados con la salud. Las más recientes estimaciones elaboradas por expertos técnicos de instituciones académicas y organismos internacionales (OMS, UNICEF, FNUAP y Banco Mundial) proporcionan datos actualizados sobre la mortalidad materna, al tiempo que reconocen la gran incertidumbre en estas estimaciones porque en la mayoría de los países con una alta mortalidad no hay datos o son escasos¹. La historia de la anticoncepción enumera varios métodos y ya en la obra de Falopio aparece la primera descripción de un condón. El uso de los dispositivos intrauterinos (DIU) se remonta a 1909 y era un anillo de tripa de gusano fabricado por el Dr. Richter. En 1960 aparecen los DIU de segunda generación, 2 años después Lípper introdujo un DIU en forma doble S que es todavía uno de los más usados. ² En 1952 en la India surgió el primer programa nacional de planificación familiar, al tratar el tema del desarrollo nacional y la necesidad de regular la fecundidad, otros países se sumaron en la década de los 60 y 70; esto se debió a la aceptación que tuvo este programa y quedó confirmado en las conferencias mundiales celebradas en Bucarest (1974) y México (1984). ⁴

Cuba desde el triunfo de la Revolución, estableció programas dirigidos a proteger la salud materno infantil, entre ellos el programa del manejo y control del riesgo reproductivo preconcepcional, cuyo objetivo consiste en incidir y modificar positivamente el riesgo reproductivo existente antes del embarazo.^{6,7} El riesgo reproductivo es la posibilidad que tiene una mujer o su producto potencial de sufrir un daño, lesión o muerte, durante el proceso de la reproducción, embarazo, parto y puerperio, etapa perinatal, infantil y niñez, dividiéndose en Preconcepcional, Obstétrico, Perinatal e Infantil.⁷ Dentro de los factores de riesgo preconcepcional se encuentran los extremos de edad (menores de 20 años y mayores de 35), Periodo intergenésico corto, nuliparidad, multiparidad, embarazo no deseado, estado nutricional inadecuado, baja talla, bajo nivel socioeconómico, hábito de fumar, ingestión de alcohol y drogas, antecedentes obstétricos desfavorables, enfermedades crónicas asociadas, así como el riesgo genético. En el mundo actual el diagnóstico genético es uno de los pilares fundamentales en la atención prenatal.⁷ La identificación de condiciones potencialmente dañinas presupone la implementación de acciones de salud, interdisciplinarias y multisectoriales, dirigidas a la prevención y control de las enfermedades, lo que incluye el asesoramiento genético para brindar orientación y educación con fines de promoción que permita la toma de decisiones informadas por parte de los individuos. La adecuada pesquisa, clasificación y manejo de los riesgos genéticos preconcepcional y prenatal conduce a una mejor planificación familiar, a la vez que reduce la aparición de defectos congénitos, una de las principales causas de mortalidad infantil en Cuba y en el mundo.³ En nuestro país existe una total cobertura, dadas las características del sistema de salud, donde el médico de la familia desempeña el papel más importante en el manejo y control del riesgo reproductivo preconcepcional, considerando que la salud materno- infantil depende de las condiciones en que se inicie el embarazo y de la calidad de la atención que reciba durante su desarrollo, parto y puerperio. Entre un 15 y 25 % de las mujeres cubanas en edad fértil tienen alguna condición social o biológica que permiten clasificarla como riesgo preconcepcional.⁷ Conociendo la importancia

que tiene esta definición y que la medicina en la comunidad tiene como objetivo fundamental la prevención, se hace necesario brindarle a la población en edad fértil y con algún factor de riesgo, el modo de controlar la fecundidad, pues muchos no tienen la motivación suficiente para llevar adelante este control o no conocen cómo realizarlo. Se crea así la actividad de planificación familiar y de anticoncepción, que es un instrumento fundamental de trabajo en el Programa de Riesgo Preconcepcional y que con la participación del médico y la enfermera de la familia adquiere su mayor dimensión, para convertirse en una estrategia de salud, que tiene como fin proteger y mejorar la salud de la familias y de la comunidades en Cuba.⁷ En Holguín el 25% y en el área de salud el 22.7%, observándose fundamentalmente edades extremas, estados nutricionales inadecuados, multiparidad. Asociándose con frecuencia al embarazo ya que no se logra modificar previamente el riesgo, hablándonos a favor de que se puede mejorar el control del Riesgo preconcepcional. Por este motivo se decide realizar el presente estudio en aras de optimizar la calidad de nuestros servicios, mejorando así los indicadores de salud materna, fetal y neonatal.⁷ Resulta necesario el perfeccionamiento de los conocimientos sobre el riesgo reproductivo preconcepcional para con ello contribuir a modificar los factores de riesgo para mejorar la salud reproductiva de nuestras mujeres. ⁹ En relación a la llamada etapa preconcepcional, los cuidados son promocionales y preventivos cuando modifican factores o enfermedades existentes previas al embarazo que de coexistir con este elevarían el riesgo obstétrico y perinatal. Los factores de riesgo más comunes son los biológicos, pero también son muy importantes los psicológicos y los sociales, y deben verse y atenderse no solo en la mujer, sino en el padre, la familia y el entorno. Las acciones propias del sector de salud son decisivas para desarrollar la salud reproductiva y prevenir consecuencias de insalubridad en este aspecto, tales como muertes infantiles, de niños menores de un año y maternas ⁴. Por lo que la autora concordó con lo anterior y consideró necesario realizar esta investigación, la cual resulta factible ya que se dispone de los recursos materiales y humanos necesarios para su ejecución, y es posible su generalización.

Este trabajo pretende demostrar la utilidad de las Intervenciones Educativas con vistas a ampliar el nivel de conocimientos de las mujeres dispenzarizadas como riesgo reproductivo preconcepcional sobre un tema tan importante para garantizar un adecuado manejo y control del mismo. Contamos para ello con un programa de intervención que incluye técnicas participativas, expositivas y de reflexión que será llevado de la mano por un grupo multidisciplinario. Pretendemos con el mismo que exista mayor cultura sanitaria y conocimiento sobre el riesgo preconcepcional, para que luego ellas trabajando de conjunto con el Consultorio del Médico de la Familia y la Federación de Mujeres Cubanas podamos disminuir cada vez más el riesgo preconcepcional en nuestro país. Teniendo en cuenta los postulados introductorios del tema y su necesidad de estudio, nos planteamos como **problema científico**: ¿Cómo elevar el nivel de conocimiento sobre salud sexual y reproductiva en pacientes con riesgo preconcepcional a través de una intervención educativa?

OBJETIVOS

General: Implementar una estrategia de intervención educativa para ampliar el nivel de conocimiento sobre salud sexual y reproductiva en el riesgo preconcepcional del CMF # 19. Policlínico San Andrés. En el periodo 2020 - 2021

Específicos:

1 -Determinar el nivel de conocimiento sobre el riesgo reproductivo preconcepcional.

2-Modificar los conocimientos y actitudes prácticas relacionadas con la salud sexual y reproductiva.

3-Evaluar la intervención educativa implementada.

MARCO

TEÓRICO

Riesgo Reproductivo preconcepcional: se define como la probabilidad que tiene una mujer no gestante, de sufrir daño ella o su producto siempre y cuando se involucre en el proceso de la reproducción. La posibilidad de complicación es diferente y específica para cada factor predisponente, por lo cual, se conciben programas y acciones de salud para reducir el efecto nocivo de dichos factores, sobre la calidad de vida, un parto satisfactorio y la obtención de un individuo íntegro y capaz. ¹ La salud materno-infantil es uno de los indicadores usados para medir el nivel de desarrollo de un país, con el objetivo de conseguir el óptimo estado para las madres y los niños. En este sentido la OMS se ha trazado una meta para el seguimiento de los avances hacia el logro del Objetivo de Desarrollo del Milenio 5 (ODM 5) (mejorar la salud materna): reducir la razón de mortalidad materna en todos los países para que en 2015 fuera una cuarta parte de la registrada en 1990. Este indicador se describe a menudo como el más gravemente desviado de todos los indicadores de los Objetivos de Desarrollo del Milenio, relacionados con la salud. Las más recientes estimaciones elaboradas por expertos técnicos de instituciones académicas y organismos internacionales (OMS, UNICEF, FNUAP y Banco Mundial) proporcionan datos actualizados sobre la mortalidad materna, al tiempo que reconocen la gran incertidumbre en estas estimaciones porque en la mayoría de los países con una alta mortalidad no hay datos o son escasos¹. La historia de la anticoncepción enumera varios métodos y ya en la obra de Falopio aparece la primera descripción de un condón. El uso de los dispositivos intrauterinos (DIU) se remonta a 1909 y era un anillo de tripa de gusano fabricado por el Dr. Richter. En 1960 aparecen los DIU de segunda generación, 2 años después Lípper introdujo un DIU en forma doble S que es todavía uno de los más usados. ³ Desde finales del siglo XIX se sospechaba que los ovarios segregaban una sustancia que inhibían la ovulación pero hubo que esperar hasta 1934, año en que se aisló la progesterona, se suceden diferentes trabajos con compuestos hormonales y es en 1956 que el Dr. Pincus anuncia el descubrimiento de la píldora o tableta³. El riesgo puede ser de carácter biológico, psíquico, social o

ambiental e incluso interactuar entre ellos.⁴ En 1952 en la India surgió el primer programa nacional de planificación familiar, al tratar el tema del desarrollo nacional y la necesidad de regular la fecundidad, otros países se sumaron en la década de los 60 y 70; esto se debió a la aceptación que tuvo este programa y quedó confirmado en las conferencias mundiales celebradas en Bucarest (1974) y México (1984).⁴ El riesgo reproductivo es la posibilidad que tiene una mujer o su producto potencial de sufrir un daño, lesión o muerte, durante el proceso de la reproducción, embarazo, parto y puerperio, etapa perinatal, infantil y niñez, dividiéndose en Preconcepcional, Obstétrico, Perinatal e Infantil. Dentro de los factores de riesgo preconcepcional se encuentran los extremos de edad (menores de 20 años y mayores de 35), Periodo intergenésico corto, nuliparidad, multiparidad, embarazo no deseado, estado nutricional inadecuado, baja talla, bajo nivel socioeconómico, hábito de fumar, ingestión de alcohol y drogas, antecedentes obstétricos desfavorables, enfermedades crónicas asociadas, así como el riesgo genético. En el mundo actual el diagnóstico genético es uno de los pilares fundamentales en la atención prenatal.⁴ Cuba desde el triunfo de la Revolución, estableció programas dirigidos a proteger la salud materna infantil, entre ellos el programa del manejo y control del riesgo reproductivo preconcepcional, cuyo objetivo consiste en incidir y modificar positivamente el riesgo reproductivo existente antes del embarazo.^{6,7} En nuestro país existe una total cobertura, dadas las características del sistema de salud, donde el médico de la familia desempeña el papel más importante en el manejo y control del riesgo reproductivo preconcepcional, considerando que la salud materno- infantil depende de las condiciones en que se inicie el embarazo y de la calidad de la atención que reciba durante su desarrollo, parto y puerperio. Entre un 15 y 25 % de las mujeres cubanas en edad fértil tienen alguna condición social o biológica que permiten clasificarla como riesgo preconcepcional (3), en Holguín el 25% y en el área de salud el 22.7%, observándose fundamentalmente edades extremas, estados nutricionales inadecuados, multiparidad. Asociándose con frecuencia al embarazo ya que no se logra modificar previamente el riesgo, hablándonos a favor de que se puede mejorar el control del Riesgo

preconcepcional. Por este motivo se decide realizar el presente estudio en aras de optimizar la calidad de nuestros servicios, mejorando así los indicadores de salud materna, fetal y neonatal.¹ Para un adecuado funcionamiento de la planificación familiar, es necesario que la población reciba educación al respecto y sea capaz de controlar su capacidad reproductiva, con responsabilidad en sus actos ante la familia, la comunidad en que vive y en la sociedad, donde se ve como un ejemplo positivo o negativo, influyendo así en el desarrollo de la misma. De este modo se puede considerar que la planificación familiar puede ser usada como instrumento de una política de población.¹ La salud sexual y reproductiva es un estado general de bienestar físico, mental y social y no de mera ausencia de enfermedades o dolencias, en todos los aspectos relacionados con el sistema reproductivo, sus funciones y procesos. El hombre y la mujer tienen derecho a obtener información y acceso a métodos seguros, eficaces, asequibles y aceptables de su elección para la regulación de la fecundidad, así como el derecho a recibir servicios adecuados de la atención de la salud que permitan los embarazos y los puntos sin riesgo.² Los hombres desempeñan un papel importante en el apoyo y desarrollo de las necesidades de salud de la pareja. De igual manera, se convierten en «factores de riesgo» para mujeres y niños/as (debido a la violencia doméstica, las enfermedades sexualmente transmitidas y los embarazos no deseados, entre otros); para otros hombres (homicidios y lesiones); y para ellos mismos (adicciones a sustancias psicoactivas y muertes por suicidio). Desde estos argumentos, interesa particularmente el hombre como ente generador de conflictos en la salud reproductiva de la pareja, especialmente en la mujer.⁶

Cuidado

preconcepcional:

es reconocido como un componente crítico en la atención Sanitaria de las mujeres en edad reproductiva. El mismo se define como un conjunto de

intervenciones que tienen como propósito identificar y modificar factores de riesgo cuando sea posible. Los que corresponden a variables demográficas y médicas que directa o indirectamente, están relacionadas con factores causales de las malformaciones o con el mal resultado perinatal.⁵

Consulta preconcepcional:

se define como: la entrevista programada entre una mujer y/o pareja con el equipo de salud, previo al embarazo, con el objetivo de corregir eliminarlo, disminuir factores o conductas de riesgo reproductivo y/o tratar enfermedades que puedan alterar la evolución normal de un futuro embarazo. La meta del asesoramiento preconcepcional es que la pareja reciba toda la información necesaria para tomar decisiones conscientes sobre su futuro reproductivo. 5 El consejo preconcepcional debería incluir la valoración del riesgo preconcepcional junto con actividades preventivas y de educación y promoción para la salud. La mejor fuente de información será una historia clínica completa que incluya la valoración de rasgos demográficos, historia gestacional previa, historia familiar, antecedentes de enfermedades crónicas e infecciones y la medicación utilizada para su control, así como factores psicosociales y de estilos de vida.⁴

Una visión conjunta, biopsicosocial, nos puede dar la clave para un buen control y promoción de la salud preconcepcional adaptando las recomendaciones a las condiciones particulares de cada mujer.⁶

Evaluación del riesgo gestacional.

Su finalidad es el conocimiento de aquellos factores que pueden dificultar (o facilitar) la concepción y el posterior desarrollo del embarazo y la maternidad para poder incidir sobre ellos precozmente. ⁶

Edad: la edad materna influye tanto en aspectos psicológicos como fisiológicos. Las adolescentes, que con frecuencia presentan embarazos no deseados, pueden no asumir suficientemente la responsabilidad de un embarazo, con las consecuencias psicológicas negativas que este hecho puede conllevar. Las gestantes de 12 a 19 años tienen con mayor frecuencia hijos con bajo peso, prematuros y las tasas de mortalidad infantil son mayores. Las causas no están

claras y se cree que puede estar influenciados por la inmadurez biológica, estatus social bajo, cuidados preconceptionales y prenatales inadecuados, conductas inadecuadas o mal estado nutricional.⁷ Las gestaciones con una edad materna mayor de 40 conllevan un riesgo incrementado de alteraciones cromosómicas. Además, las gestantes mayores de 35 años tienen mayor riesgo de infertilidad (menopausia prematura, endometriosis, etc.), presentan con mayor frecuencia enfermedades crónicas y complicaciones durante la gestación y el parto como diabetes gestacional, hipertensión o alteraciones de la placenta.⁷

Enfermedades crónicas: resultarán de especial interés el conocimiento de las enfermedades crónicas actuales o pasadas que puedan condicionar el desarrollo del futuro embarazo. Además del riesgo inherente a la propia enfermedad se suman los efectos adversos que la medicación crónica asociada puede suponer.⁸ Éste es el momento idóneo para evaluar el tratamiento seguido y hacer los ajustes precisos. Las pacientes deben ser informadas del efecto de la gestación sobre la enfermedad y de ésta y de su medicación en el feto; éste puede ser el caso de mujeres con diabetes, asma, enfermedad inflamatoria intestinal, psicosis maníacodepresiva, patología autoinmune, artritis reumatoide, enfermedades cardiacas, renales, tiroideas o fenómenos tromboembólicos, hipertensión arterial (HTA), infección por el virus de la hepatitis B (VHB), infección por el VIH (virus de la inmunodeficiencia humana), tuberculosis o fenilcetonuria. 8

Por su prevalencia y posibilidades terapéuticas se comentan a continuación las siguientes patologías:

Diabetes: las gestantes diabéticas tienen de 2 a 3 veces más riesgo que la gestante no diabética de presentar complicaciones como aborto espontáneo, alteraciones congénitas (malformaciones óseas, alteraciones cardiovasculares, defectos del tubo neural y alteraciones génito-urinarias), pre eclampsia o parto prematuro. ²⁸ El factor causal de estas anomalías no está comprobado, aunque sí se ha demostrado que el control estricto de la glucemia en el periodo preconceptional y durante la órgano génesis ha reducido el riesgo de

malformaciones fetales y abortos espontáneos; por lo tanto, es importante en las pacientes diabéticas planificar sus embarazos de forma que mantengan una glucemia basal menor de 100 mg/dl y postprandial menor de 140 mg/dl. La tensión arterial (TA), función renal y la posibilidad de padecer retinopatía o neuropatía deben ser evaluadas antes de la concepción.²⁸ Con respecto a la medicación, no se deben administrar antidiabéticos orales. El primer escalón del tratamiento de las diabéticas que planifican una gestación es la dieta para controlar los niveles de glucemia y, si aun así no se mantienen en los rangos mencionados anteriormente, habría que comenzar tratamiento con insulina, preferiblemente humana, por su menor poder anti genésico.

HTA: las mujeres hipertensas pueden ver agravada su enfermedad durante la gestación.²⁹ Es prioritario evaluar el tratamiento antihipertensivo. Como primera medida se debe recomendar dieta y reposo y según la evolución se añadirá tratamiento farmacológico, preferiblemente con alfametildopa, fármaco relativamente seguro; como fármacos de segunda elección se utilizan los betabloqueantes. Está contraindicado el control de la hipertensión con inhibidores de la enzima convertidora de angiotensina (IECAS) durante la gestación.³⁰

Asma: el asma es una de las enfermedades médicas más frecuentes en mujeres en edad fértil. Se han realizado estudios comparativos sobre el riesgo gestacional entre asmáticas y no asmáticas encontrando que no existen diferencias significativas en la incidencia de pre eclampsia, mortalidad perinatal, partos pretérmino, crecimiento intrauterino retardado (CIR) o malformaciones congénitas entre los dos grupos.²⁹ El embarazo, sin embargo, puede modificar la evolución del asma, sobre todo en pacientes con asma moderada o severa que podrían tener un agravamiento de sus síntomas particularmente en el último trimestre de gestación.³¹ Algunos autores, realizando el seguimiento de las gestaciones de mujeres asmáticas han detectado que 1/3 de las gestantes mejoraban de los síntomas del asma, 1/3 empeoraban y otro tercio no modificaba su evolución; además se ha detectado concordancia de la evolución

del asma en cada embarazo. Las pacientes asmáticas se benefician claramente manteniendo durante la gestación un tratamiento estricto capaz de controlar los síntomas y evitar crisis agudas.³¹ En la consulta preconcepcional aconsejaremos como tratamiento de elección la terbutalina por vía inhalatoria. En caso de mal control con fármacos agonistas -b se emplean corticoides inhalados (beclometasona y budesonida) e incluso en casos de asma severa se pueden aconsejar corticoides por vía oral, valorando el riesgo/beneficio del tratamiento.³¹

Enfermedad tiroidea: en el tratamiento del hipotiroidismo la L-tiroxina no presenta teratogenicidad.³³ Los fármacos anti tiroideos y el yodo radiactivo deben excluirse del tratamiento, utilizándose con preferencia el propiltiouracilo para el tratamiento del hipertiroidismo de la futura gestante.³³

Epilepsia: en la epilepsia tanto la enfermedad por sí sola, como los fármacos utilizados para su control son dos factores teratógenos comprobados, aunque parece que para la evolución del embarazo es más negativa la presencia de crisis epilépticas incontroladas que los efectos adversos asociados a la medicación.³³ No obstante, se debe mantener la dosis de medicación mínima que controle el riesgo de crisis epiléptica; incluso algunos autores recomiendan retirar la medicación si en los dos o tres años previos no se han presentado crisis.³³

Enfermedad tromboembólica: las mujeres que presentan enfermedades con especial riesgo trombo embólico ven incrementado este riesgo durante la gestación y el postparto.³⁵ Es de especial importancia retirar la medicación con anticoagulantes cumarínicos, por su potencial riesgo teratógeno e iniciar el tratamiento con heparina subcutánea antes de la concepción.³⁵

Enfermedades infecciosas y vacunaciones En la valoración de la futura gestante es importante resaltar, dentro de sus antecedentes médicos la exposición a enfermedades infecciosas y su estado vacunal.³⁵

Hepatitis B: el 90% de los portadores crónicos de VHB han sufrido la infección

de forma asintomática; por ello muchas mujeres desconocen que lo son. Las gestantes que presentan una serología positiva del HbsAg o HBeAg tienen de un 70 a un 90% de posibilidades de transmitir a sus hijos la infección perinatal y el 85 al 90% de los niños infectados serán portadores crónicos del VHB, con un 25% de posibilidades de presentar hepatitis crónica, cirrosis o carcinoma hepatocelular en la edad adulta.³⁷

VIH: en la consulta preconcepcional es importante identificar a las pacientes que presentan mayor probabilidad de infección por VIH; constará en la historia si la paciente o su pareja han tenido conductas de alto riesgo, antecedente de transfusiones, infección por VHB o enfermedades de transmisión sexual. A estas mujeres se les ofrecerá la realización de serología específica.³⁷ Es importante ofrecer unos cuidados preconcepcionales con actualizada información sobre VIH, medidas encaminadas a evitar el embarazo e informar sobre la actitud a tomar en caso de gestación, considerándose la posibilidad de un aborto terapéutico.³⁷ Los avances en el tratamiento de las mujeres seropositivas gestantes han demostrado disminuir la transmisión vertical del VIH hasta un 8,3%. En mujeres seronegativas con pareja seropositiva, existe la posibilidad de inseminación artificial con semen lavado y libre de virus.³⁷

Estado vacunal: la consulta preconcepcional: es una buena oportunidad para revisar el estado inmunitario de la paciente y proceder a la vacunación que se precise.³⁸ Las vacunas de virus vivos atenuados (sarampión, rubéola, parotiditis, triple vírica, varicela, cólera oral) no deben ser administradas en gestantes y se debe evitar el embarazo en los tres meses siguientes a la vacunación.³⁷ Reviste gran importancia la inmunización contra el virus de la rubéola en pacientes que deseen una gestación.³⁸ La vacuna antitetánica y antidiftérica están indicadas en pacientes embarazadas, podemos iniciar la vacunación a partir del segundo trimestre de gestación, aunque deben iniciarse en la consulta preconcepcional si el calendario vacunal así lo exige.³⁸ La vacunación con virus muertos no está contraindicada en el embarazo o los meses previos a la gestación. Entre ellas, tiene especial interés la vacunación contra la gripe, en gestantes durante el periodo de campaña vacunal y en pacientes que deseen quedar embarazadas y

que la gestación coincidirá con el periodo epidémico.³⁸ Igualmente es un buen momento para iniciar la vacunación anti hepatitis B si las condiciones epidemiológicas de la mujer lo hacen recomendable.³⁸

Principales aspectos de la contracepción:

La contracepción es un fenómeno social generalizado de nuestro tiempo con implicaciones médicas importantísimas, es tan antigua como el mundo, sin embargo, llama la atención en que se ha desarrollado a partir del año 1960.³⁹

La historia comienza ya en el antiguo Egipto. En los papiros de El Faiyun, que datan de la XII dinastía, se refiere como el estiércol de cocodrilo, convenientemente preparado y trabajado, servía como tapón elástico para evitar la concepción. El método más antiguo es el preservativo, que fue inventado por el doctor condón, divulgado en Inglaterra en el siglo XVIII.³⁹

Métodos de contracepción

a) **El coito interrumpido:** Es un método nada recomendable. si en el hombre puede producir trastornos psicosexuales de mediana importancia, en la mujer los efectos son muy graves. no solamente es causa de una profunda insatisfacción sexual y de una frustración, se ha demostrado que es la principal etiología de la congestión pelviana.³⁹

b) **El preservativo:** Es un eficaz contraceptivo a condición que no se rompa, por eso, entre las garantías de seguridad que debe tener, es la buena calidad.³⁹

c) **Diafragma vaginales:** Desde la antigüedad hay referencia del empleo de medio limón ahuecado utilizado como diafragma, el ácido actuaba como espermicida y la capsula del limón como diafragma, con la aparición de los DIU y píldoras ha disminuido su uso, es evidente que es un método obvio para evitar la concepción al ocluir el cuello uterino, pero es un método que tiene serios inconvenientes, requiere una esmerada atención y disposición psicológica por la mujer.³⁹

d) **El método del ritmo:** Esta demostrado que no se puede establecer un plazo fijo de días en la misma mujer entre el final de la última menstruación y el inicio de la ovulación siguiente, el método falla si la mujer tiene ciclos irregulares.³⁹ La

ovulación sobreviene entre el día 12 y el día 16 del ciclo que preceden la regla venidera, si se añaden 3 días de probabilidad de vida de los espermatozoides, debe admitirse que entre el día 12 y 19 que preceden a la regla venidera existe fertilidad en la mujer, por lo tanto la vulnerabilidad debe ser entre el 10 y 16 días.⁴⁰ El método tiene dos inconvenientes: El primero la falta de seguridad y el segundo la continencia demasiado prolongada que puede generar conflictos psíquicos y destrucción del amor.⁴⁰

Debemos por lo tanto distinguir tres elementos en la práctica:

1. Método del calendario: apuntando las fechas de comienzo de las reglas anteriores, aplicando las recomendaciones descriptas.
2. Curva térmica: La elevación de la temperatura en la segunda mitad del ciclo, nos afirma que se ha formado un cuerpo amarillo.
3. Indicadores vaginales de ovulación: se basa en cambios bioquímicos en el moco cervical.⁴⁰

Los esteroides como contraceptivos:

Combinación de estrógenos y gestágenos, su mecanismo de acción no es solamente la inhibición de la ovulación, frenando el centro sexual hipotalámico, sino que tiene efectos sobre.

1. La trompa: paraliza la migración de la mórula por la trompa.
2. Sobre el endometrio: el endometrio se va atrofiando gradualmente.
3. Sobre el cuello uterino: los géstágenos espesan el moco cervical, y crean una dificultad a la penetración de los espermatozoides.⁴¹

Clase de esteroides contraceptivos:

1. Píldora convencional
2. Píldora secuencial
3. Mini píldoras
4. Inyecciones
5. Implantes.

Educación y promoción de la salud

—Consejo sobre la ventaja de planificar los embarazos (o evitarlo si procede), información sobre anticoncepción y prácticas sexuales seguras en aquellas pacientes con especial riesgo gestacional:

- Mujeres menores de 12 años y mayores de 35.
- Mujeres con enfermedades y medicación crónica o uso de drogas ilegales.
- Parejas pertenecientes a etnias de alto riesgo; además solicitar estudio genético.
- Entorno familiar desfavorable; solicitando además la cooperación del trabajador social para controlar en lo posible el riesgo psicosocial y valorar en la familia problemas como violencia doméstica, dificultades económicas, vivienda.

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

—Ante la sospecha de infertilidad de una pareja solicitar el estudio de la mujer y del varón en un centro de infertilidad. 41

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

—Nutrición equilibrada y consejo sobre suplementos con ácido fólico desde al menos un mes antes de la concepción y durante las 10-12 primeras semanas de gestación, en toma diaria continuada. Ha demostrado disminuir el riesgo de defectos del tubo neural hasta en un 60%.

—Consejos sobre sustancias tóxicas:

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

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

DISEÑO METODOLÓGICO Se realizó un estudio cuasi experimental antes y después, en el que se describieron los aspectos más relevantes relacionados con una estrategia de intervención sobre el nivel de los conocimientos en salud sexual y reproductiva del riesgo preconcepcional en el CMF 19 del Policlínico: —San Andrés municipio Holguín en el período comprendido desde marzo de 2020 hasta marzo de 2021. La misma consto de tres etapas fundamentales: diagnóstico inicial, intervención y evaluación final

Universo y muestra. El universo estuvo constituido 157 mujeres entre 12 y 49 años, se convirtió en muestra indispensable de este estudio 25 pacientes, a las que se le realizó una encuesta inicial para determinar el nivel de conocimiento sobre el riesgo reproductivo y la planificación familiar. Además se impartió charlas educativas, conferencias, conversatorios, talleres y se entregaron folletos. Posteriormente se realizó una nueva encuesta para determinar si se modificaron los conocimientos sobre el tema en cuestión.

Criterios de Inclusión:

- Pacientes con edades entre 12 y 49 años de edad, que se encontraban dispensarizada como Riesgo Reproductivo Preconcepcional y que permanecieron en el área en el momento de la investigación.
- Pacientes que sus capacidades físicas y mentales le permitieran la adecuada cooperación con el estudio.
- Aquellas que aceptaron participar en el estudio.

Criterios de exclusión

- Mujeres embarazadas.
- Pacientes portadores de discapacidad auditiva, del lenguaje o cognitivas que dificultaron el nivel de comprensión.
- Pacientes que no aceptaron participar en el estudio.

Criterios de salida. Pacientes que expresaran su deseo de abandonar el estudio.

Operacionalización de las variables:

Variable	Tipo	Operaciones	
		Escala	Descripción
Edad	Cuantitativa continua	12-19 20-24 25-29 30-34 35-39 40-44 45-49	Según años cumplidos
Conocimientos de mujeres acerca de los métodos anticonceptivos antes y después de la intervención.	Cualitativa nominal dicotómica.	Adecuado	Cuando responde correctamente el 70% de las preguntas.
		Inadecuado	Cuando responde correctamente menos del 70% de las preguntas.
Conocimientos de las mujeres acerca del riesgo	Cualitativa nominal dicotómica.	Adecuado	Cuando responde correctamente el 70% de las

preconcepcional antes y después de la intervención.		Inadecuado	preguntas. Cuando responde correctamente menos del 70% de las preguntas.
Conocimientos de las mujeres acerca de los factores de riesgo preconcepcional antes y después de la intervención.	Cualitativa nominal dicotómica.	Adecuado	Cuando responde correctamente el 70% de las preguntas. Cuando responde correctamente menos del 70% de las preguntas.
		Inadecuado	
Conocimientos de las mujeres acerca de hábitos tóxicos antes y después de la intervención.	Cualitativa nominal dicotómica.	Adecuado	Cuando responde correctamente el 70% de las preguntas. Cuando responde correctamente menos del 70% de las preguntas.
		Inadecuado	

El estudio se dividió en tres etapas:

1 - Etapa Diagnóstica:

Se les explicó a las pacientes las características del estudio. A las que deseen

participar, previo consentimiento informado (Anexo I) se les aplicó el cuestionario inicial a través del cual se obtuvo los datos generales de cada paciente y el nivel de conocimiento sobre el riesgo preconcepcional.

2- Etapa de intervención educativa:

Una vez analizados los resultados se procedió a trazar la estrategia educativa a partir de un programa elaborado a tal efecto, con el objetivo de incrementar el nivel de conocimiento sobre el riesgo preconcepcional en las pacientes. La intervención se realizó una vez a la semana en el horario de 2 a 4 de la tarde durante 6 semanas. Para facilitar la aplicación del programa educativo se dividió el grupo en 3 subgrupos. Se utilizaron las siguientes técnicas educativas: lluvia de ideas, charla educativa, discusión grupal.

Temáticas a tratar en el programa de intervención

Temas	Título	Tiempo
I	Presentación de la intervención educativa.	1 horas
II	Métodos anticonceptivos.	1 horas
III	Aspectos generales del riesgo preconcepcional.	1 horas
IV	Hábitos tóxicos.	1 horas
V	Factores de riesgo: Riesgo biológico, psicológico, social.	1 horas
VI	Aspectos de la planificación familiar.	1 horas
VII	Conclusiones.	1 horas

3 - Etapa de evaluación:

A las 7 semanas de realizada la intervención se aplicó nuevamente el cuestionario inicial. Esta vez sin incluir los datos generales, para evaluar los conocimientos adquiridos a través de la intervención. El nivel de conocimiento se evaluó por el cuestionario. Las pacientes marcaron con una x la respuesta correcta.

Métodos empleados:

Se utilizó el método científico como vía para realizar la investigación y poder estudiar la esencia del fenómeno y llegar a conclusiones científicamente fundamentadas. Se aplicaron métodos teóricos y empíricos.

Dentro de los teóricos se utilizaron:

Histórico – lógico: A través del cual se pudo estudiar la trayectoria real del fenómeno y acontecimiento a lo largo de la historia.

Analítico – sintético: Posibilitó analizar la situación actual del problema planteado para seleccionar aspectos relacionados con esa selección e incluir los que debían integrar el trabajo investigativo.

Inductivo – deductivo: permitió en la investigación mediante el estudio de casos particulares y los razonamiento inductivos y deductivos a partir de elementos particulares relacionados con el conocimiento acerca del RPC en mujeres en edad fértil, para arribar a conclusiones y recomendaciones con propósitos específicos.

Enfoque sistémico: Este proporciona la orientación general para el estudio del fenómeno, como una realidad integral formada por componentes que cumplen determinadas funciones y mantienen formas estables de interacción, en este caso es necesario la interacción y relación entre los diferentes elementos, que de manera ordenada conforman la investigación.

Modelación: Permitted descubrir y estudiar nuevas relaciones y cualidades del objeto analizado.

Métodos

Empíricos:

La observación: La observación estuvo comprendida en todas las etapas del estudio, se evidenció que existían una cierta porción de mujeres con RPC, así como un desconocimiento de la misma.

Encuesta: se elaboró una encuesta confeccionada al efecto para medir el nivel de conocimiento de las participantes la cual se le aplicó antes y después de la intervención (Anexo II).

Procesamiento de los datos:

Al concluir la recogida de la información, los datos fueron vaciados en una base de datos para corregir errores y omisiones, luego se procesaron con ayuda de una computadora Hp. Los resultados obtenidos se expresaron en números y por cientos y fueron representados en tablas de distribución de frecuencia simple y asociadas, realizadas en Excel XP. Se realizó la discusión de los resultados en textos procesados con Word XP que fueron comparados con la bibliografía

nacional y extranjera, para arribar a conclusiones y finalmente expresar recomendaciones.

Consideraciones

éticas

El estudio se realizó acorde a los principios de la ética médica y la declaración de Helsinki, lo cual quedará plasmado en el consentimiento informado. Se brindó información a los participantes relacionados con los objetivos y procedimientos para el estudio. La participación en el mismo será totalmente voluntaria y con carácter anónimo.

Análisis y Discusión de los Resultados

Al analizar las pacientes dispensarizada como riesgo preconcepcional según edad (tabla 1) se comprobó un predominio del rango de edad 12-19 años con 40%, así como la no existencia de mujeres en el grupo de 45-49 años.

Tabla 1. Distribución de pacientes según edad. CMF 19, Policlínico San Andrés, marzo 2020-marzo 2021.

Edad.	Nro.	%
12-19.	10.	40
20-24.	6	24
25-29	2.	8
30-34.	2	8
35-39.	3	12
40-44	2	8
45-49	0.	0
Total	25.	100

Fuente: encuesta.

Nuestros resultados no fueron similares a los otros autores aunque la edad por sí sola no parece constituir un factor del RRPC, las menores de 18 años sin otro factor de riesgo en la clasificación son considerados en nuestro país como grupo riesgo de bajo peso al nacer y otras patologías porque debido a las características psicológicas propias de esta edad tienden a no adoptar conductas responsables de alto cuidado generalmente no tienen pareja estable

y la posibilidad de que se produzca en ellas un embarazo de riesgos es alta.^{37,38,39}

Diferentes resultados también presentan Ortiz y colaboradores los cuales pudieron comprobar que el grupo etario que predominó fue el de 20 a 35 años con 76 mujeres (46.3%) seguido del de 36 a 49 años, con un 37,8%, el 53.6%.²⁵ La edad óptima para la pre concepción varía según los diferentes autores, se consideran de mayores riesgos para el embarazo, las menores de 20 años y mayores de 35 años.⁴³ La edad en la que todos coinciden en adjudicar un papel preponderante a la hora de concebir un embarazo, y en afirmar el incremento de las afecciones inducidas o asociadas al mismo en los llamados —extremos del período fértil donde la complicación para la madre y su hijo es más elevada cuando el embarazo se produce antes de los 19 años y después de los 35.

Tabla 2. Conocimientos de las mujeres acerca de los métodos anticonceptivos antes y después de la intervención. CMF 19, Policlínico San Andrés, marzo 2020- marzo 2021.

Conocimientos	Antes		Después	
	Nro.	%	Nro.	%
Adecuado	8	32	22	88
Inadecuado	17	68	3	12
Total	25	100	25	100

Fuente: encuesta.

Al determinar los conocimientos sobre la anticoncepción en las mujeres antes y después de la intervención (tabla 2) se comprobó un desconocimiento acerca del tema antes de la intervención en un 68% (17), después de aplicada la intervención se elevó a un 88% (22). Almeida Gacives luego de realizada la encuesta para medir conocimientos,

sobre los métodos anticonceptivos y su importancia, se obtuvo que antes de la intervención el 61.2 % tenía desconocimiento y después de esta se logró que el 100 % conociera sobre los diferentes métodos anticonceptivos y dentro de ellos los más utilizados, los dispositivos intrauterinos (DIU), las tabletas, inyectables, preservativo o condón.³⁵

Rodríguez Peña expone que el nivel de conocimiento con respecto al tema en estudio se encontraba entre regular y mal (30.3%, 56.1%), situación está que se esperaba encontrar; después de la intervención educativa el nivel de conocimientos con respecto a los métodos anticonceptivos aumentó y el 92.4% de los adolescentes que participaron en el estudio obtuvo calificación de bien en cuanto a su nivel desconocimiento, lo que demuestra que el programa propuesto fue efectivo en el grupo en que fue aplicado.³⁰

Ticona reporta que antes de la intervención educativa existían creencias erróneas acerca de las posibilidad de quedar embarazada y un desconocimiento de las prácticas de sexo seguro, lo que coincide con investigaciones realizadas, después de la intervención se logró que esta situación cambiara: hay una identificación de prácticas riesgosas con la posibilidad de salir embarazada en un 98.5%, 90.9% y 92.4%.³⁴

La autora refiere que los conocimientos que debe tener una pareja, especialmente las mujeres sobre los métodos anticonceptivos y la importancia de su uso en las mujeres que presenten riesgo es de gran importancia, ya que permite que estas contribuyan a disminuir el riesgo existente, y que puedan espaciar los nacimientos así como evitar los embarazos no deseados y por ende la interrupción de los mismos, mientras se disminuye o compensa el riesgo, y de esta forma posibilitar que exista una disminución en los indicadores del PAMI.

Tabla 3. Conocimientos de las mujeres acerca del riesgo preconcepcional antes y después de la intervención. CMF 19, Policlínico San Andrés, marzo 2020 - marzo 2021.

Conocimientos	Antes		Después	
	Nro.	%	Nro.	%
Adecuado	5	20	22	88

Inadecuado	20	80	3	12
Total	25	100	25	100

Fuente: encuesta.

Al determinar los conocimientos de las mujeres antes y después de la intervención (tabla 3) se comprobó un conocimiento del tema antes de la intervención en un 20% (20), después de aplicada la intervención se elevó a un 88% (22).

Chagimes Batista y colaboradores refieren que las pacientes que tenían buen conocimiento estaban comprendidas en las edades de 35-39 años, 12 (54.5%), (29%) que se encontraban en el rango de 30-34 años tenían un mal conocimiento.⁴³

Gámez Acosta demostró la efectividad del programa para elevar el nivel de conocimiento acerca del riesgo preconcepcional en estos adolescentes, lo que favoreció un comportamiento responsable en este sentido.⁴⁵ D'Ambrosio reflejan el nivel de conocimiento de las pacientes recibieron una evaluación de mal, mientras que solo en 14 pacientes para un 14.9% se evaluó como bueno su conocimiento sobre el riesgo el reproductivo preconcepcional.²⁷

Fárez Morocho al realizar el análisis de los parámetros estudiados se demuestra que existía un déficit cognoscitivo en los siguientes parámetros: en la definición del riesgo preconcepcional, en el seguimiento y cada qué tiempo éstas deben asistir a las consultas. Al existir desconocimiento en la población va a impactar en la atención del RPC y va a incidir fuertemente en el diagnóstico de salud. Este desconocimiento pudiera estar asociado a una comunicación ineficiente entre los pacientes del área estudiada y el personal de salud.²⁸ La autora refiere que la comunicación en la salud es un proceso planificado, encaminado a motivar a las personas a adoptar nuevas actitudes o comportamientos y a utilizar los servicios existentes. Esta se desarrolla sobre la base de las inquietudes de los individuos, las necesidades que se perciben, las creencias y las prácticas actuales. Además promueve el intercambio de información y la mayor comprensión entre diversos protagonistas. Es por tanto, una componente integral de todos los servicios y las actividades de promoción y

educación, por tal motivo se considera que el bajo nivel de conocimiento sobre los riesgos preconceptionales indica que todavía la labor del orientador y el asesor del equipo básico de salud es deficiente. Tabla 4. Conocimientos de las mujeres acerca hábitos tóxicos antes y después de la intervención. CMF 19, Policlínico San Andrés, marzo 2020-marzo 2021.

Conocimientos	Antes		Después	
	Nro.	%	Nro.	%
Adecuado	5	20	21	84
Inadecuado	20	80	4	16
Total	25	100	25	100

Fuente: encuesta.

Al determinar los conocimientos de las mujeres acerca de los hábitos tóxicos antes y después de la intervención (tabla 4) se comprobó un desconocimiento del tema antes de la intervención en un 80% (20), después de aplicada la intervención se elevó a un 84% (21).

Autores como Dunlop plantea que el hábito de fumar retarda el crecimiento fetal, provoca cambios en la circulación materno-fetal e incrementa la resistenciaplacentaria³²

González García concluyó con su trabajo que el tabaco es un tóxico directo sobre el feto, produciéndose serias alteraciones de las cuales la más importante es el bajo peso al nacer.⁴⁰

Rodríguez Peña demostró la efectividad del programa para elevar el nivel de conocimientos acerca de las consecuencias de los hábitos tóxicos, y refiere que elevando el conocimiento de las participantes lo que favorecerá un comportamiento responsable en este sentido.³⁰

Labadí Veitia refirió que después de la intervención educativa el nivel de conocimientos con respecto al tema aumentó a un 92.4%, refiriendo que el hábito de fumar aumenta la contractilidad uterina, provocando disminución de los suministros del feto, puede desencadenar la aparición de CIUR, bajo peso al nacer, enfermedad hipertensiva gravídica entre otras múltiples afecciones que pueden afectar tanto a la madre como al recién nacido.³¹

La autora refiere que el tabaquismo tiene efectos nocivos a diferentes niveles

como: fertilidad, pérdidas precoces del embarazo, efectos nocivos sobre el feto, complicaciones del embarazo, crecimiento y desarrollo infantiles deficientes entre otros, por eso importante la prevención del consumo de alcohol y tabaco, ya que el periodo de embriogénesis es el más vulnerable a los agentes teratógenos, por lo que es recomendable la modificación del hábito ya en el periodo preconcepcional.

Tabla 5. Conocimientos de las mujeres acerca de los factores riesgos preconcepcional antes y después de la intervención. CMF 19, Policlínico San Andrés, marzo 2020-marzo 2021.

Conocimientos	Antes		Después	
	Nro.	%	Nro.	%
Adecuado	4	16	22	88
Inadecuado	21	84	3	12
Total	25.	100.	25.	100

Fuente: encuesta.

Al determinar los conocimientos de las mujeres sobre quién debe acudir a la consulta de planificación familiar antes y después de la intervención, se comprobó que existía un desconocimiento del tema, elevándose después de implementada la intervención educativa a un 88% de conocimiento. Si la mujer conoce su condición de riesgo, podrá desarrollar capacidades para tomar decisiones responsables en materia sexual y reproductiva, lo que facilitará el trabajo del médico y la enfermera de la familia en el manejo y control del riesgo reproductivo preconcepcional, que es un programa de vital importancia, ya que su adecuado control permite que exista una disminución de los indicadores del programa materno infantil.⁵⁴ El control del riesgo preconcepcional reviste gran importancia para la salud materno infantil, ya que tiene como objetivo conseguir el óptimo estado para las madres y los niños, de ahí la importancia de que la población femenina conozca sobre el tema, ya que facilita el control y manejo del mismo mediante su cooperación con la enfermera y el médico de la familia, además permite que la mujer obtenga una mejor vida reproductiva.⁵⁴

Los conocimientos que debe tener la pareja, especialmente las mujeres, sobre los métodos anticonceptivos y la importancia de su uso en las mujeres con riesgo es de gran interés, ya que permite que estas contribuyan a disminuir el riesgo existente, y que puedan espaciar los nacimientos, mientras se disminuye o compensa el riesgo, y de esta forma posibilitan que haya una disminución en los indicadores del PAMI.⁵⁴

Por lo tanto la autora considera que se debe informar de forma general sobre la consulta de planificación familiar, en qué consisten y quienes deben participar, para el logro de un correcto control y manejo del riesgo reproductivo y con ello disminuir la morbilidad en los indicadores del PAMI.

CONCLUSIONES

Se identificó un bajo nivel de conocimiento del riesgo reproductivo preconcepcional antes de la técnica de intervención educativa. Con la intervención educativa se logró modificar el nivel desconocimiento de las mujeres acerca del riesgo reproductivo preconcepcional, su condición de riesgo, los factores de riesgo, la importancia de su control así como los diferentes métodos anticonceptivos y su importancia, por lo que contribuirá a un mejor seguimiento y control de este programa. Se elevó el nivel de conocimiento de las mujeres acerca de las temáticas tratada después de aplicada la intervención.

RECOMENDACIONES

Hacer extensiva la estrategia educativa aplicada, al resto de las mujeres con riesgo reproductivo preconcepcional pertenecientes al área, incorporarlas en las diferentes tareas de promoción y prevención que se realizan en la comunidad. Generalizar el programa de intervención educativa a otras áreas de salud del municipio donde existan condiciones para su implementación, así como divulgar los resultados de este estudio

Referencias

bibliográficas

1. OMS. 66a. Asamblea Mundial de la Salud. Monitoreo del logro de los Objetivos del Milenio relacionados con la salud. Informe de secretaria. Punto 14.1. A66/13. Ginebra, Suiza: OMS; 14 de mayo de 2013.
2. Torres Zulueta Ramona Moraima, Alfonso MartinezZelma Iris. Comportamiento del índice de bajo peso al nacer en el Policlínico Docente Cerro durante los años 2009-2010. Rev Cubana Med Gen Integr. [Internet]. 2013 [citado 3 Sep 2017]; 29(2):151 -9. Disponible en: http://scieloprueba.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-21252013000200006&lng=es
3. Jorna Calixto AR, Rodríguez Crespo I, Véliz Martínez PL, Cuellar Álvarez I, Olivera Nodarse Y. Comportamiento del bajo peso al nacer en el Policlínico Universitario "Héroes del Moncada" (2006-2010). Rev Cubana Med Gen Integr. [Internet]. 2012 [citado 3 feb 2017]; 28(1):3-14. Disponible en: http://scieloprueba.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-21252012000100002&lng=es
4. Díaz Macaya Carlos Marcelino, Rodríguez González Antonio, Amores LLanes Iris, Sáez Martínez Magdalena, Dueñas Díaz Daisy, Luaces Casas Adnery. Aspectos relevantes de la restricción del crecimiento intrauterino. Rev Cubana ObstetGinecol. [Internet]. 2012 [citado 29 ene 2017];38(3):322-32. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0138-600X2012000300005&lng=es

5. Hernández Núñez J, Valdés Yong M, Moreno González YM, Pérez Pérez MA. Factores influyentes en la primiparidad precoz en Santa Cruz del Norte durante 10 años. Rev Cubana Med Gen Integr. [Internet]. 2014 [citado 30 ene 2017];30(1):36-47. Disponible en: http://scieloprueba.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-21252014000100004&lng=es
6. Acevedo Rodríguez O, Sáez Cantero V, Pérez Assef A, Alcina Pereira S. Caracterización de la morbilidad materna severa en una Unidad de Cuidados Intensivos. Rev Cubana ObstetGinecol. [Internet]. 2012 [citado 29 ene 2017];38(2):148-60. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0138-600X2012000200002&lng=es
7. Fernández García B, Mariño Membribes ER, Ávalos González MM, Baró Jiménez VG. Información sobre anticoncepción y métodos anticonceptivos en adolescentes del municipio "La Lisa". Rev Cubana Med Gen Integr. [Internet]. 2013 [citado 30 ene 2017];29(1):3-7. Disponible en: http://scieloprueba.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-21252013000100002&lng=e.
8. IdefonsoSotoML. Intervención educativa sobre salud sexual y reproductiva y su efecto en el conocimiento de los adolescentes del quinto año de secundaria de la Institución Educativa Privada —Trilcell, noviembre diciembre 2015. [Tesis]. Perú: Universidad Nacional Mayor De San Marcos; 2016.
9. Factores de riesgo para preeclampsia severa en el hospital nacional pnp luís n. Sáenz en el periodo enero a setiembre del 2015. [Tesis]. Perú: Universidad Ricardo Palma; 2016.
10. Kumar D, Kalia M, Goel N, Sharma M. Impact of healtheducationonunmetneeds of contraception in urbanslums of Chandigarh, India. International Journal of Reproduction, Contraception, Obstetrics and Gynecology. 2016; 5(7):2317.

11. Benardete D, Navarro C, Meraz D, Alkon T, Nellen H, y Halabe J. Anticonceptivos hormonales y alteración de las pruebas de función tiroidea. *Revistas Medicina Interna de México*. [Internet]. 2015 [Citado 20 feb 2017]. Disponible en: <http://new.medigraphic.com/cgi-bin/resumen.cgi?IDARTICULO=61762>
12. Cuenca, J. Conocimientos, actitudes y prácticas sobre la anticoncepción en las mujeres en periodo de lactancia atendidas en el Centro de salud nro. 1 de la ciudad de Loja [Tesis]. Ecuador: Universidad Técnica de Loja, Loja; 2015.
13. González J. Anticoncepcion hormonal y riesgo cardiovascular. [Internet]. 2013 [Citado 20 feb 2017]. Disponible en: http://sec.es/descargas/PS_Anticoncepcion_hormonal_y_riesgo_cardiovascular.pdf
14. OMS. Medical eligibility criteria wheel for contraceptive use 2015. [Internet]. 2015 [Citado 20 feb 2017]. Disponible en: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/173585/1/9789241549257_eng.pdf?ua=1&ua=1
- 39
15. Ortiz E, Vasquez G, Arturo M, Medina V. Protocolo de atención preconcepcional. [Internet]. 2015 [Citado 20 feb 2017]. Disponible en: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/PP/SM/Protocolo-atencion-preconcepcional.pdf>
16. Chagimes Batista Y, Hernández Fernández A, Sánchez Álvarez de la Campa AI, Marín González MC, Rivera Alonso D. Comportamiento del riesgo preconcepcional genético. *Rev Ciencias Médicas*. 2013; 17(4):54-63.
17. D'Ambrosio A, Agricola E, Russo L, Gesualdo F, Pandolfi E, Bortolus R, et al. Web-based surveillance of public information needs for informing preconception interventions. *PLoS One*. [Internet]. 2015 Apr [Citado 20 feb 2017]; 16; 10(4):e0122551. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4399910/>

18. Dunlop AL, Dretler AL, Badal HJ, Logue KL. Acceptability and Potential Impact of Brief Preconception Health Risk Assessment and Counseling in the WIC Setting. *American Journal of Health Promotion*. 2013; 27(3): 58-9.
19. González García R, Oliva López Y. Riesgo preconcepcional genético. [Internet]. 2014 [Citado 20 feb 2017].; 18(5): 77-9. Disponible en: http://revcompinar.sld.cu/index.php/publicaciones/article/view/1743/pdf_13
20. Ticona L. Nivel de conocimiento sobre métodos anticonceptivos en puérperas del Instituto Nacional Materno Perinatal [tesis]. Perú Universidad Nacional Mayor de San Marcos, Lima; 2016.
21. Almeida Gacives WJ, Borges Acosta M, Bolufé Vilaza ME. Acciones educativas para una sexualidad responsable en adolescentes desde la extensión universitaria. *EDUMECENTRO*. [Internet]. 2016 ene.-mar. [Citado 20 feb 2017]; 8(1):[Aprox 10p]. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S2077-28742016000100014&script=sci_arttext.
22. Pérez Madrazo, Karelía; Serrano Pérez, Mailideleidy; Fernández Borbón, Hugo; Hernández Pérez, Karelis. Educación para la Salud y Acciones de Enfermería: una articulación en el control del riesgo preconcepcional. *Rev Cubana Enfermer* [Internet]. abr.-jun. 2016 [Citado el 24 de enero de 2018]; 32(2). Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-03192016000200008
23. Peña Mancebo, Orlando; Reyes Reyes, Enelis; Orive Rodríguez, Nora; Romero Portelles, Lisset; Figuera Castillo, Adriana. Prevención de enfermedades genéticas en Las Tunas, nonestre de 2015. *Revista electrónica* [Internet]. 2016 [citado el 24 de enero de 2018]; 41(5). Disponible en: http://www.revzoilomarinello.sld.cu/index.php/zmv/article/view/718/pdf_283.
24. Ardevol Cordovez, Damile; Lluch Bonet, Adalberto; de la Paz Alemán, Dulce María. Labor educativa en mujeres con riesgo reproductivo preconcepcional.

41 Rev Cubana Enfermer [Internet]. jul.-set. 2015 [citado el 24 de enero de 2018]; 31(3). Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-03192015000300001 .

25. Muguercia Silva, José Luis; Ortiz Angulo, Lisset; Bertrán Bahades, Jacqueline; KindelánMercerón, Farah M. Repercusión de los factores de riesgo reproductivos del hombre sobre la salud reproductiva de la mujer y su descendencia. MEDISAN [Internet]. abr. 2014 [citado el 24 de enero de 2018]; 18(4). Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1029-30192014000400004&lng=es&nrm=iso&tlng=es.

26. González García, Raúl; López, Yinet Oliva. Riesgo preconcepcional genético. Rev Ciencias Médicas [Internet]. sep.-oct. 2014 [citado el 24 de enero de 2018]; 18(5). Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1561-31942014000500007&lng=es&nrm=iso&tlng=es.

27. Pelegrín García, Nerydalia; Infante Rodríguez, Odaimy; Ramírez Rodríguez, Ana Marnie; Pérez Martín, Martha M. Intervención educativa sobre salud sexual y reproductiva en mujeres con riesgo reproductivo preconcepcional. Revista Universidad Médica Pinareña [Internet]. 2014 [Citado el 24 de enero de 2018]; 10(1). Disponible en: <http://galeno.pri.sld.cu/index.php/galeno/article/view/200/124>.

28. Rodríguez Peña, Yurima; Rodríguez Lores, Roilmer; Muñoz Callol, Juana Lupe; Zamora Pérez, Nieve. Efectividad del tratamiento con mufer preconcepcional en mujeres del área de salud del policlínico Gustavo Aldereguía 2010-2011. Revista electrónica [Internet]. Marzo 2014 [citado el 24 de enero de 2018]; 39(3). Disponible en: <http://www.ltu.sld.cu/revista/index.php/revista/article/view/78/77>.

29. Chagimes Batista, Yadira; Hernández Fernández, Anabel; Sánchez Álvarez de la Campa, Ana Isabel; Marín González, María Cristina; Rivera Alonso, Dora. Comportamiento del riesgo preconcepcional genético. Rev Ciencias 42 Médicas [Internet]. jul.-ago. 2013 [Citado el 24 de enero de 2018]; 17(4). Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1561-31942013000400007&lng=es&nrm=iso&tlng=es.

30. González Portales, Alicia; Rodríguez Cabrera, Aida; Jiménez Ricardo, Maybelis. Caracterización de mujeres con riesgo preconcepcional en un consultorio médico. Rev Cubana Med Gen Integr [Internet]. abr.-jun. 2016 [citado el 24 de enero de 2018]; 32(2). Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-21252016000200005&nrm=iso

31. Martínez Abreu J. El análisis de situación de salud de las comunidades y la evaluación el riesgo preconcepcional. RevMéd Electrón [Internet]. 2016 SepOct [citado 24 de enero de 2018];38(5). Disponible en: <http://www.revmedicaelectronica.sld.cu/index.php/rme/article/view/2030/3153>

32. Arrate Negret, María Mercedes; Linares Despaigne, Manuel de Jesús; Cuesta Navarro, Ana Luisa; Isaac Rodríguez, Leonor Maritza; Molina Hechavarría, Vivian. Caracterización epidemiológica de mujeres con riesgo preconcepcional. MEDISAN [Internet]. feb. 2017 [citado el 24 de enero de 2018]; 21(2). Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1029-30192017000200003&nrm=iso.

33. Álvarez Ponce, Vivian Asunción; Alonso Uría, Rosa Maria. Capítulo. 6 Riesgo preconcepcional. Hipertensión arterial y Embarazo. [Libro en Internet]. La Habana: Editorial Ciencias Médicas; 2013 [citado el 24 de enero de 2018]. Disponible en: http://www.bvs.sld.cu/libros/hipertension_arterial_embarazo/cap6.pdf.

34. González Portales, Alicia, Rodríguez Cabrera, Aida and Jiménez Ricardo, Maybelis El riesgo preconcepcional y su vínculo con la salud materna. Rev Cubana Med Gen Integ [Internet]. , Set 2016 [Citado el 24 de enero de 2018]; 32(3). Disponible en: 43 http://scieloprueba.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-21252016000300013&lng=es&nrm=iso.
35. Hierrezuelo Rojas, Naifi; Alvarez Cortés, Julia Tamara; Subert Salas, Lizandra; González Fernández, Paula; Pérez Hechavarría, Gipsy de los Angeles. Calidad del proceso en la ejecución del programa de riesgo reproductivo preconcepcional. Medisan [Internet]. Mayo 2017 [Citado el 24 de enero de 2018]; 21(5): 518-526. Disponible: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1029-30192017000500002.
36. Lau López, Santiago; Rodríguez Cabrera, Aída; Pría Barros, María del Carmen. RevCub Salud Publica [Internet]. 2013 [citado el 24 de enero de 2018]; 39(supl.1): 836-849. Disponible en: https://scielosp.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-34662013000500004.
37. Aguilar-Alarcón, Sheyla; Zaguma-Serna, Shirley; García-Heredía, Miriam Meléndez-De la Cruz, Raquel. Perfil de la madre adolescente primípara, en el servicio de puerperio de un hospital nacional de Lima. Revenferm Herediana [Internet]. 2014 [citado el 24 de enero de 2018];7(2):162-169. Disponible: www.upch.edu.pe/vrinve/dugic/revistas/index.php/RENH/article/download/.../2464.
38. Hierrezuelo Rojas, Julia; Alvarez Cortés, Tamara; Subert Salas, Lizandra; González Fernández, Paula; Pérez Hechavarría, Gipsy de enero de 2018]; 42(1). Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0138-600X2016000100001 .

39. Hierrezuelo Rojas, Naifi; Alvarez Cortés, Julia Tamara; Subert Salas, Lizandra; González Fernández, Paula; Pérez Hechavarria, Gipsy de los Angeles. Calidad del proceso en la ejecución del programa de los Angeles. Calidad del proceso en la ejecución del programa de riesgo reproductivo preconcepcional. MEDISAN [Internet]. mayo 2017 [Citado el 24 de enero de 2018]; 21(5). Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1029-30192017000500002&nrm=iso.

40. Lugones Botell, Miguel. Atención preconcepcional como estrategia básica para prevenir y disminuir la mortalidad materno-infantil. Rev Cubana ObstetGinecol [Internet]. ene.-mar. 2016 [Citado el 24 de enero de 2018]; 21(5). Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1029-30192017000500002.

41. Ugarte-Ubilluz, Oscar. Desarrollo y ejercicio de los derechos en salud sexual y reproductiva. Rev. perú. med. exp. salud publica [Internet]. jul. 2013 [Citado el 24 de enero de 2018]; 30(3). Disponible en: http://www.scielo.org.pe/scielo.php?pid=S1726-46342013000300001&script=sci_arttext.

42. ArrateNegret, Maria Mercedes; LinaresDespaigne, Manuel de Jesús; Molina Hechavarría, Vivian; Sánchez Imbert, Norka; Arias Carbone, Martha Maria. Efectos secundarios de los anticonceptivos hormonales en usuarias del método asistentes a las consultas de planificación familiar. MEDISAN [Internet]. mar. 2013 [Citado el 24 de enero de 2018]; 17(3). Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1029-30192013000300001 .

43. Lau López, Santiago; Rodríguez Cabrera, Aída; Pría Barros, María del Carmen. Problemas de salud en gestantes y su importancia para la atención al

riesgo reproductivo preconcepcional. Rev Cubana Salud Pública [Internet]. 2013 [Citado el 24 de enero de 2018]; 39(1). Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-34662013000500004.

44. Lau López, Santiago; Rodríguez Cabrera, Aída; Pría Barros, María del Carmen. Problemas de salud en gestantes y su importancia para la atención al riesgo reproductivo preconcepcional. Rev Cubana Salud Pública [Internet]. 2013 [Citado el 24 de enero de 2018]; 39(1). Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-34662013000500004.

45. Organización Mundial de la Salud. El embarazo en la adolescencia. Datos y cifras Nota descriptiva N° 364. Centro de Prensa. Ginebra: OMS; 2014.

46. Instituto Nacional de Estadística e Informática. Las adolescentes y sus comportamiento reproductivo 2013. [Internet]. 2015 [Citado 24 Feb. 2017]. Disponible en: http://www.inei.gob.pe/media/MenuRecursivo/publicaciones_digitales/Est/Lib1199/libro.pdf

47. OMS. 66a. Asamblea Mundial de la Salud. Monitoreo del logro de los Objetivos del Milenio relacionados con la salud. Informe de secretaria. Punto 14.1. A66/13. Ginebra, Suiza: OMS; 14 de mayo de 2013.

48. Odeyemi K, Onajole A, Ogunowo B, Olufunlayo T, Segun B. The effect of a sexuality education programme among out-of-school adolescents in Lagos, Nigeria. Niger Postgrad Med J. 2014 Jun; 21(2):122-7.

49. MINSAL. 23 mujeres murieron en 2014 por complicaciones vinculadas a la maternidad. El Salvador. La prensa Gráfica. Byron Sosa. [Internet]. 2015 [citado 28 ene 2017]. Disponible en: <http://www.laprensagrafica.com/>

50. Dixie Edith. Muerte materna en Cuba: problema irresuelto. Cimacnoticias/SEMLac [Internet]. 2014 [citado 28 ene 2017]. Disponible en: <http://www.cimacnoticias.com.mx/comment/reply/67394#comment-form>

51. Millán Vega María Margarita, Sánchez Alarcón César, Rodríguez Reytor

Rafael, Rodríguez Cañete Ana Rosa, Fajardo Tornos Yarine. Mortalidad materna en Granma. Rev Cubana ObstetGinecol. [Internet]. 2012 [citado 29 ene 2017];38(1):11-20. Disponible en: 46

http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0138-600X2012000100002&lng=es

52. Suárez González JA, Gutiérrez Machado M, Lorenzo González BC. Problemática de la muerte materna en Villa Clara. Rev Cubana ObstetGinecol. 2012 [citado 29 ene 2017];38(1):28-35. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0138-600X2012000100004&lng=es

53. Gutiérrez S. Efectividad del Programa Educativo "Exprésate" en el nivel de conocimientos y actitudes hacia la prevención del embarazo adolescente en la Institución Educativa "Peruano Suizo", Comas 2011 [Tesis]. Lima: Universidad Nacional Mayor de San Marcos. Facultad de Medicina Humana; 2012.

54. Rengifo H, Córdova A, Serrano M. Conocimientos y prácticas en salud sexual y reproductiva de adolescentes escolares en un municipio colombiano. Rev. Salud pública. 2012; 14 (4): 558-569.

55. Espino La O Zaida, Chong Quesada Dania, Rodríguez Artilles Milagros, Álvarez Pérez Natacha Lidia. Instrumento de medición de la alfabetización en salud sexual y reproductiva en estudiantes universitarios. MEDISAN [Internet]. 2018 Mayo [citado 2020 Mar 19] ; 22(5): 568-577. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1029-30192018000500015&lng=es.

56. Montero Lora Yamilda, Ramón Jimenez Ruth, Valverde Ramón Camila, Escobedo Batista Frank Emilio, Hodelín Pozo Eduardo. Principales factores de riesgo en la aparición del cáncer cervicouterino. MEDISAN [Internet]. 2018 Mayo [citado 2020 Mar 19] ; 22(5): 531-537. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1029-30192018000500010&lng=es.

57. Cabezas Cruz, Evelio; Oliva Rodríguez, José A.; Ortega Blanco, Piloto Padrón Mercedes. Salud sexual y reproductiva. Manual de procedimientos. Albares Fumero, Roberto; Sosa Marín, Miguel; Díaz Sánchez, María E... Et all. La Habana: Ciencias Médicas; 2017. Disponible en: http://www.bvs.sld.cu/libros/salud_reproductiva/indice_p.htm.

58. Arrate Negret María Mercedes, Linares Despaigne Manuel de Jesús, Cuesta Navarro Ana Luisa, Isaac Rodríguez Leonor Maritza, Molina Hechavarría Vivian. Caracterización epidemiológica de mujeres con riesgo preconcepcional. MEDISAN [Internet]. 2017 Feb [citado 2020 Mar 19] ; 21(2): 147-153. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1029-30192017000200003&lng=es.

59. Alvarez Cortés Julia Tamara, Revé Sigler Lucila, Leblanch Hernández Ismael, Torres Alvarado Minelia, Monet Alvarez Diana Esperanza. Salud sexual y reproductiva en adolescentes de un consultorio médico. MEDISAN [Internet]. 2017 Dic [citado 2020 Mar 19] ; 21(12): 3315-3323. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1029-30192017001200005&lng=es.

60. Gómez Suárez Rogelio Tomás, Rodríguez Hernández Luz Marina, Gómez Sarduy Alejandro, Torres Pestana Eumel. Acciones educativas dirigidas a mejorar la percepción de riesgo del embarazo en adolescentes. Rev Cubana Salud Pública [Internet]. 2017 Jun [citado 2020 Nov 24] ; 43(2): 180-190. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-34662017000200005&lng=es.

61. Capote Rodríguez Alexei, Martín Alexander Ciria, García Milian Ana Julia, Pérez Piñero Julia Silvia. Necesidades educativas sobre infecciones de transmisión sexual en adolescentes de La Habana Vieja, Cuba. Rev Cubana Salud Pública [Internet]. 2017 Jun [citado 2020 Nov 24] ; 43(2): 166-179. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-34662017000200004&lng=es.

ANEXOS

ANEXO I. CONSENTIMIENTO INFORMADO Por este medio yo _____, participo voluntariamente en el trabajo investigativo, el mismo es de vital importancia para su realización en aras de conocer mejor esta problemática en profundidad, para trazar acciones que en el futuro mejoren nuestra salud. Permitirá elevar nuestro nivel de conocimiento acerca del riesgo preconcepcional, doy mi disposición a participar, permitiendo usar la información obtenida a través de la encuesta, con la completa seguridad que la información brindada por mí se mantendrá reservada. Declaro que he sido informado(a) del objetivo del estudio con el cual se me aplicará un cuestionario. Así mismo se me ha explicado las ventajas que significa elevar el nivel de conocimiento. Autorizo que se utilice mi información siempre y cuando se mantenga sin revelar mi identidad. Se me ha explicado que puedo abandonar la investigación cuando lo desee sin necesidad de dar explicaciones. Conforme con todo lo expuesto y para que así conste firmo a continuación expresando mi consentimiento.

Fecha _____ Lugar _____

Nombre y apellidos _____

Firma _____

ANEXO II. Encuesta.

1. Edad:

____12-19

____20-24

____25-29

____30-34

____35-39

____40-44

-----45-49

1 . ¿Conoce usted que es el riesgo reproductivo preconcepcional? a) Sí____ b) No ____ Mencione 3 factores que constituyen un riesgo reproductivo preconcepcional: _____, _____, _____

2. Conoce usted los hábitos tóxicos que constituyen un riesgo para la gestación? Marque con una (x) la que considere correcta. a) __Cigarro b) __Alcohol c) __Café d) __Medicamentos no prescritos

3. ¿Conoce las enfermedades crónicas que constituyen un factor de riesgo para el embarazo? Marque con una (x) la que considere correcta. a) Hipertensión Arterial ____ b) Asma bronquial ____ c) Diabetes Mellitus ____ d) Cardiopatía____e) Anemia____f) _____ dolor de cabeza.

4. ¿Qué antecedentes obstétricos constituyen un riesgo para el embarazo? Marque con una (x) la que considere correcta.

a) Periodo intergenésico corto____ b) Multiparidad c) ____Abortos d) espontáneos____ e) nuliparidad____ f) Abortos provocados____ g) Recién nacido Bajo peso____ h) inflamación pélvica

5. ¿Conoce usted algún método anticonceptivo? a) Si ____ b) No ____ Si la respuesta es sí, especifique: 1. DIU__ 2. Abortos provocados 3. Tabletas anticonceptivas__4. Inyecciones o implantes 5. Método del ritmo __ 6. Condón__

6. ¿Conoce usted quién debe participar en la consulta de planificación familiar? Marque con una (x) la que considere correcta. a) _____ El hombre solo b) _____ La mujer sola c) _____ La pareja.

ANEXO III

INTERVENCION EDUCATIVA

Título: Intervención educativa sobre salud sexual y reproductiva en mujeres con riesgo reproductivo preconcepcional

Total de horas: 7

Objetivo general: Capacitar a las pacientes dispensarizadas con Riesgo Reproductivo Preconcepcional.

Temáticas a tratar en el programa de intervención

Temas Título	Tiempo
I Presentación de la intervención educativa.	1 hora
II Métodos anticonceptivos	1 hora
III Aspectos generales del riesgo preconcepcional	1 hora
IV Hábitos tóxicos.	1 hora
V Factores de riesgo: Riesgo biológico, psicológico, social	1 hora
VI Aspectos de la planificación familiar	1 hora
VII.Conclusiones	1 hora

Sesión	1
Tema: Presentación de la intervención educativa.	
Objetivo: Explicar en qué consiste la intervención educativa.	
Desarrollo: Se inicia la sesión con la presentación del profesor y de cada uno de las participantes. Luego se les explica a las participantes en qué consiste la intervención, el tiempo de duración, los propósitos y lo que se pretende lograr al finalizar el mismo.	
Responsable:	Autora
Duración:	1 hora

Sesión 2

Tema: Los métodos anticonceptivos

Objetivo: Proveer a las participantes de conocimientos sobre la importancia de los métodos anticonceptivos y su uso.

Desarrollo: Se efectuó una conferencia donde se abordaron elementos concretos de la importancia que se le concede a la detección y control del riesgo preconcepcional y a los métodos anticonceptivos y se les explica las acciones que se están llevando en el área de salud para prevenir estos riesgos. Se sugiere que algunas pacientes expongan al inicio de la actividad ejemplos de algunas vivencias sobre las consecuencias de no control del riesgo preconcepcional sobre esa base se irá analizando los aspectos correctos e incorrectos, así como la identificación de los mismos y el uso de los métodos anticonceptivos. Se motivó a las participantes para el próximo encuentro.

Responsable: Autora

Duración: 1 hora

Sesión 3

Tema: Aspectos generales del riesgo preconcepcional

Objetivos: 1 . Explicar en qué consiste el riesgo reproductivo preconcepcional.
2. Explicar las características de las mujeres en edad fértil.
3. Informar el comportamiento a nivel internacional, nacional y en el área de salud.

Desarrollo: Para el desarrollo de esta sesión se sugiere aplicar una técnica participativa la cual consiste en dividir el grupo en equipos. Se les entregarán un papel con una pregunta ¿Qué entiende por riesgo preconcepcional?, ¿Qué rango de edad debe tener la mujer para considerarla como fértil? Se les dará un tiempo de aproximadamente 10 min para que en equipo socialicen sus criterios y luego un representante expresará las consideraciones analizadas, así hasta que cada equipo exponga, esto le permitirá a la profesora introducir las definiciones. Posteriormente se hará alusión a cómo se comporta este tema a nivel mundial, en Cuba y en el área de salud. Se sugiere utilizar como medio de enseñanza un laminario relacionados con la temática a abordar. Se motiva a las

pacientes a participar en la próxima actividad.

Responsable: Autora

Duración: 1 hora

Sesión 4

Tema: Hábitos tóxicos.

Objetivo: Explicar que se considera por hábitos tóxicos y la influencia de los mismos en la salud reproductiva de la mujer.

Desarrollo: Se inicia la sesión con un breve recordatorio sobre la actividad anterior. Luego se procede a realizar la actividad, durante la cual la autora explica que se considera por hábitos tóxicos, y cuál es la influencia y repercusión en el riesgo preconcepcional informa a las participantes otros aspectos relacionados con la temática. Se motiva a las participantes al encuentra siguiente.

Responsable: Autora

Duración: 1 hora

Sesión 5

Tema: Riesgo biológico. Influencia y repercusión en el riesgo preconcepcional.

Objetivo: 1. Explicar que se considera por riesgo biológico preconcepcional. 2. Explicar que se considera por riesgo psicológico.

3. Explicar que se considera por riesgo social.

Desarrollo: Se inicia la sesión con un breve recordatorio sobre la actividad anterior. Luego se procede a realizar la actividad, durante la cual la autora explica que se considera por riesgo biológico, psicológico y social preconcepcional, informa a las participantes otros aspectos relacionados con la temática. En la conferencia se abordarán los riesgos preconcepcional.

Responsable: Autora

Duración: 1 hora

Sesión 6

Tema: Aspectos de la planificación familiar

Ojetivos: Explicar en que consiste la planificación familiar.

Desarrollo: Se inicia la sesión con un breve recordatorio sobre la actividad

anterior. Luego se procede a realizar la actividad, durante la cual la autora explica en qué consiste la consulta de planificación familiar e informa a las participantes otros aspectos relacionados con la temática.

Responsable: Autora

Duración: 1 hora

Sesión 7

Tema: Conclusiones.

Objetivos: Evaluar la efectividad de la intervención educativa implementada.

Técnica Participativa: Lluvia de ideas

Desarrollo: Se inicia la sesión con un breve recordatorio de todos los temas anteriores y se aplica la técnica “Lluvia de Ideas”, a través de la cual se recogerán las opiniones sobre la capacitación recibida, posteriormente se aplicará la encuesta confeccionada por la autora que recoge todos los temas abordados y por supuesto con la clave que se confeccionó nos permitió hacer una valoración de la efectividad de la intervención propuesta.

Responsable: autora

Duración: 1 hora

Etapas evaluativas.

En esta última sesión del programa se reúne el grupo y se procedió a evaluar los conocimientos. La evaluación se realizó de la misma forma que al inicio. Se les comunicó a todas las integrantes de la investigación el agradecimiento por su participación e interés mostrado en cada una de las sesiones impartidas.