

Universidad de Ciencias Médicas de Cienfuegos.

Raúl Dorticos Torrado

*TESIS PARA OPTAR POR EL TÍTULO DE ESPECIALISTA DE
PRIMER GRADO EN
MEDICINA GENERAL INTEGRAL*

*Título: Estrategia de intervención educativa en grupos
de riesgo preconcepcional para la Prevención del bajo
peso al nacer 2019-2021.*

*Dra. Yamila García Santos. **

*Tutor: Dra. Vivian González Suarez. ***

*Asesor: Dr Eulogio Calderin Santos ****

** Residente 3^{er} año de Medicina General Integral.*

*** Máster en Atención Integral a la Mujer. Especialista de 1er grado en MGI.
Profesor Asistente.*

**** Especialista de Primer Grado de Medicina General Integral, Especialista de
Primer Grado Ginecoobstetricia, Master en Atención Integral a la Mujer, Profesor
Asistente*

Cienfuegos 2021

"Año 63 de la Revolución

Exergo

*El médico será algo más que alguien que atiende a uno que se enferma y va al hospital,
sino que tendrá un papel especial en la medicina preventiva
en fin será un ... guardián de la salud.*

Fidel Castro Ruz

Dedicatoria

*A mis padres, Taida y Bienvenido
que me han brindado todo su apoyo durante
mi etapa académica, por ser modelos a
seguir, por enseñarme valores, principios
y aconsejarme a no darme por vencida
en la vida.
Yamila.*

Agradecimientos

A las Lic. Miriam González García, Noelia Castro Ladrón de Guevara por su ayuda y apoyo incondicional para la terminación de este trabajo, a mi tutora y asesor de tesis

A todos muchas gracias

Índice

<i>Introducción</i>	<i>1</i>
<i>Problema Científico</i>	<i>8</i>
<i>Objetivos</i>	<i>9</i>
<i>Marco Teórico Conceptual</i>	<i>10</i>
<i>Diseño Metodológico</i>	<i>23</i>
<i>Análisis de los Resultados</i>	<i>37</i>
<i>Principales Resultados</i>	<i>58</i>
<i>Conclusiones</i>	<i>60</i>
<i>Recomendaciones</i>	<i>61</i>
<i>Referencias Bibliográficas</i>	<i>62</i>
<i>Anexos</i>	<i>71</i>

Resumen

El buen control y manejo del riesgo preconcepcional es un elemento determinante en la disminución de la morbilidad y mortalidad de la población femenina y la posibilidad real de disminuir o evitar el daño que pueda sufrir una madre o su hijo. Objetivo: Implementar una estrategia de intervención educativa en grupos de riesgo preconcepcional para la Prevención del bajo peso al nacer. Consultorio Barajagua, Municipio Cumanayagua.2019-2021. Material y Métodos: intervención con un antes y después. Muestra: por método no probabilístico a conveniencia 45 mujeres que asisten a la consulta de riesgo preconcepcional. Mediante una encuesta se recogieron datos sociodemográficos: edad, estado civil, nivel de escolaridad, ocupación, nivel socioeconómico, antecedentes patológicos personales, paridad, abortos. Se aplicó un cuestionario para determinar los conocimientos sobre riesgo concepcional , periodo intergenésico, edad óptima para embarazarse, enfermedades crónicas, hábitos tóxicos, nutrición, antecedentes obstétricos desfavorables, métodos anticonceptivos, infecciones vaginales. Las cuales conformaron los temas de la intervención educativa del autor Eulogio Calderin. Principales Resultados: mayor representación del grupo de 25 a 34 años, con nivel educacional secundario, predominio de las mujeres multigesta, periodo intergenésico a predominio del corto, predominio de las infecciones vaginales, hipertensión arterial, el asma bronquial estuvo presente. Conocimiento no satisfactorio en: factores de riesgo preconcepcional, métodos anticonceptivos, nutrición, antecedentes obstétricos desfavorables, infecciones vaginales y hábitos tóxicos. Conclusiones: La estrategia educativa, modifico el conocimiento sobre los factores de riesgo preconcepcional, lo que permitirá reducir las posibilidades de concebir embarazos con riesgo de bajo peso al nacer.

Palabras claves: Bajo peso, embarazo, conocimientos

Introducción

El periodo más crítico y de mayor riesgo de un ser humano, es aquel que corresponde a la vida intrauterina, incluyendo el parto. Las condiciones de un individuo al nacer, repercuten de manera definitiva en su desarrollo físico e intelectual a lo largo de su existencia, lo cual justifica la prioridad que se debe dar a la atención a la embarazada, con el fin de proporcionarle a su bebé las mejores condiciones posibles durante su desarrollo.^{1,2}

En el bajo peso al nacer (BPN), se enmarca con cifras inferiores a 2 500 g de peso), es una de las causas más importante de morbilidad y mortalidad infantil y perinatal, se considera que la mortalidad en el primer año de vida es 14 veces mayor en los recién nacidos con bajo peso, que los niños que nacen con un peso normal.^{1,2}

Se ha demostrado que al menos la mitad del total de muertes perinatales ocurren en recién nacidos con bajo peso.² A nivel mundial 1 de cada 6 niños nace con peso insuficiente, de ahí la preocupación que para obstetras, pediatras y neonatólogos representa la posibilidad del nacimiento de un niño con estas características de causa multifactorial, pues se debe tanto a causas maternas como fetales y ambientales.³

El BPN, índice predictivo más importante de mortalidad infantil y el factor fundamental asociado con los más de 5 millones de defunciones neonatales que ocurren cada año en el mundo. Su importancia no sólo radica en lo que representa para la morbilidad y la mortalidad infantil, sino que estos niños por lo general, mostrarán en adelante múltiples problemas, tanto en el período perinatal como en la niñez, la adolescencia y aún en la edad adulta. De los sobrevivientes, se calcula que entre el 13% y el 24% padecen trastornos neurológicos y entre el 6% y el 13% déficit intelectual; repercutiendo en la adaptación social y calidad de vida.^{1,2}

La morbimortalidad materna-infantil representa un problema de salud no resuelto a nivel global. La OMS promueve la práctica de políticas nacionales dirigidas a la reducción del riesgo preconcepcional como una vía efectiva, en la disminución de los indicadores al respecto^{1,2}

En el mundo, se calcula que cada año 20,5 millones de niños nacen bajo BP, con una incidencia mundial del 17%, algunas estimaciones mostraron una proporción en países subdesarrollados que ascendía al 19% frente a cifras muy inferiores en países desarrollados; no obstante, las estadísticas muestran que en Estados Unidos, una de las potencias más desarrolladas en el mundo, cada año uno de cada 14 bebés nace con bajo peso, situándose la incidencia de bajo.³

Respecto a la incidencia de BPN, existen grandes variaciones entre regiones. En Asia meridional, que tiene la incidencia más alta, el 31 % de todos los bebés presentan este problema al nacer, en Asia Oriental y el Pacífico, el 7 % de los bebés nacen con bajo peso, lo que representa la incidencia más baja. En la India se registra aproximadamente el 40 % de todos los nacimientos de bajo peso del mundo en desarrollo. El 14 % de los lactantes de África subsahariana, y el 15 % de los de Oriente Medio y África del Norte, nacen también con bajo peso.³

El BPN en la América Latina fue del 8.0% al cierre del año 2016: último registro publicado de esta región. La República Dominicana, Honduras, Guatemala y Puerto Rico exhiben los estimados superiores de este índice de bajo peso al nacer. En contraste, Chile, Paraguay, México, Cuba y Bolivia muestran los valores menores, incluso por debajo de la media global.^{4,5}

La salud materna infantil asociada al Riesgo reproductivo en América latina no ha reportado mejoría como indicador en los últimos cinco años. El análisis epidemiológico del estado de salud de la población revela que uno de los grupos más vulnerables continúa siendo la mujer en edad fértil.⁵

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.⁵

Estos problemas de salud materna 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.^{1,5}

En Haití, solo el 3% de las mujeres utilizan los dispositivos intrauterinos (DIU) para la planificación de sus embarazos. Esto tiene su explicación fundamentalmente en los temores infundados entre las posibles usuarias. La OMS estimó una prevalencia de 9,26% de bajo peso al nacer con fluctuaciones regionales dentro de los p países del área.¹

Cuba a pesar de ser un país en vías de desarrollo, el índice de bajo peso al nacer (IBPN) se comporta de forma similar al observado en los países industrializados. Observándose un descenso paulatino entre 1974 – 1989, hasta alcanzar un mínimo histórico de 7.6% en el año 1990. Las condiciones económicas a las que se enfrentó el país con motivo de la declaración del “Período Especial en Tiempo de Paz” tras la ruptura de los lazos económicos con los países del bloque comunista europeo y la URSS entre 1991 – 1993 hizo que este índice remontara hasta un 9.0% en el 1993. Las estrategias de protección alimentaria y nutricional de la mujer embarazada (contenidas en el “Programa para la reducción del bajo peso al nacer” del Ministerio de Salud Pública de la República de Cuba) que se implementaron de inmediato tuvieron un rápido impacto. Para el año 1997, el indicador fue < 7.0%. A partir del 2001 el IBPN se ha situado por debajo del 6.0%.⁵

La salud de la madre y su hijo, se enmarca en el PAMI. El cual incluye todas las acciones que deben llevarse a cabo para garantizar la buena salud de la madre y el niño. En el mismo se establecen un conjunto de indicadores que son controlados de manera sistemática para evaluar el cumplimiento de las acciones programadas.

Constituyen indicadores clave a evaluar en las áreas de salud la mortalidad y morbilidad materna e infantil, así como el índice de bajo peso al nacer, entre otros, y cuando estos presentan alguna irregularidad se toman las medidas necesarias a fin de obtener resultados mejores.⁶

La obtención de buenos resultados en el PAMI depende, en gran medida, de aquellas acciones que se realicen para la reducción del riesgo preconcepcional

(RPC), por lo que resulta imprescindible que el embarazo se produzca de forma planificada, deseada y que la madre tenga condiciones, biológicas, psicológicas y socioeconómicas adecuadas para enfrentarlo.⁷

Los programas diseñados para prevenir el recién nacido de bajo peso dependen de la identificación de las gestantes susceptibles de tener un parto prematuro, basado en la presencia de factores de riesgo. Un elemento a tener en cuenta es la detección precoz de los embarazos de alto riesgo tomando las medidas necesarias para eliminar o modificar estos factores de forma tal que los daños o perjuicios sean mínimos.^{4,5}

En las dos últimas décadas, en países desarrollados o en vías de desarrollo la atención perinatal se ha enfocado en lograr mayor supervivencia de los fetos y neonatos de alto riesgo, a través del estudio clínico intensivo durante el período perinatal, ya que en este período se presentan las tasas más elevadas de morbilidad y mortalidad, especialmente en los recién nacidos pretérmino o con bajo peso al nacer, quienes a pesar de tener una incidencia aproximada de 7-8 % en algunas series, contribuyen hasta con el 75 % de la mortalidad neonatal en los primeros 7 días de vida.⁵

El comportamiento promedio de la edad de la fecundidad en Cuba en los últimos años, está en mujeres de menos de 20 años, aunque las tasas específicas por edades continúan disminuyendo.^{5-8,10-13}

Se estima que en nuestro país entre el 15% y el 25% de las mujeres en edad fértil tiene alguna condición social o biológica, afección o conducta que permite clasificarlas como Riesgo Reproductivo Preconcepcional (RRPC).^{5-8,10-13}

El Programa de RRPC como política de salud permite la decisión libre, consciente y voluntaria de las parejas para determinar cuántos y cuándo tener los hijos que desean, mediante la utilización de los diferentes métodos anticonceptivos, su finalidad es reducir la morbilidad y mortalidad materno infantil, que la pareja disfrute plenamente la sexualidad y lograr una paternidad y maternidad responsable.^{5-8,10-13}

Actualmente se incentiva en Cuba una metodología de atención al RPC con un nuevo enfoque, que implica cambios en los procesos de atención a grupos específicos, proporcionar elevada seguridad en el embarazo después de los 30 años, atenuar o eliminar los riesgos con celeridad, mientras tanto sugerir el uso de método anticonceptivo transitorio.^{5-8,10-13}

El buen control y manejo del riesgo preconcepcional es un elemento determinante en la disminución de la morbilidad y mortalidad de la población femenina y la posibilidad real de disminuir o evitar el daño que, desde el punto de vista biológico-psicológico-social y ambiental, pueda sufrir una madre o su hijo.^{5-7,10,11}

En Cuba se ha evidenciado que existen problemas en el control de RPC, lo que sin dudas incide en los resultados del Programa de Atención Materno - Infantil (PAMI), comprobado en el sustento teórico de la relación que existe entre el comportamiento del RPC y su repercusión en el desarrollo adecuado de la salud materna infantil con vistas a promover estudios y acciones que reduzcan el RPC.^{3,5}

Es muy importante que el embarazo sea deseado, planificado, que la madre esté en las mejores condiciones biológicas, psicológicas y socioeconómicas. En ello desempeña un papel primordial el manejo del RRPC, por lo que el médico de la familia debe tener un adecuado conocimiento de este tema, pues le permitirá hacer una valoración real de cada caso y así poder establecer si la mujer presenta algún riesgo.^{5,7}

Con la consulta del RPC se logra promover la salud de la mujer y de su descendencia, se ha demostrado su utilidad en el descenso de la morbilidad y mortalidad materna e infantil.^{5,6}

Por esta razón es importante lograr que las mujeres al iniciar la gestación no presenten ningún factor de riesgo y que las presentes enfermedades crónicas estén muy compensadas para evitar trastornos durante la gestación que nazcan niños con defectos congénitos.⁹⁻¹¹

Los resultados de estos programas desplegados por el PAMI indican que el índice de BPN ha mostrado un descenso paulatino a partir del triunfo de la Revolución, en 1974 era de 11.7 %. En 1989 disminuyó hasta 7.3 % pero en lo adelante comenzó a incrementarse debido a las condiciones económicas que enfrentó el país, las cuales repercutieron en la nutrición de la población. Es entonces que en 1993 el índice de bajo peso alcanzó su cifra máxima de 9,0%, por lo que se diseñaron estrategias multisectoriales y con los esfuerzos realizados hubo un rápido impacto y se revertió favorablemente la situación de estos resultados, logrando en 1996 un 7,3 %, ocasión en la que el valor más elevado fue en Guantánamo con 8,9 % y en 1999 de 6,5%, posteriormente en los años 2000-2003 se mantuvo entre el 5 y 6 %, resultados comparables con países desarrollados, en el año 2004 cerró con una tasa de mortalidad de 8,28 por cada 1000 nacidos vivos y un índice de bajo peso de 8,85 %, con un descenso a partir del año 2006 hasta la fecha, el indicador se ha mantenido entre 5 y 5,4 considerado como un reto histórico.^{5-8,10-13}

Se han mostrado indicadores de salud semejante o superior a muchos países desarrollados sobre todo en el área materno-infantil. Se ha demostrado que es posible que un país con escasos recursos económicos, bloqueado económica-financiera y comercialmente por más de 40 años, pero con un sistema de salud que responde a las necesidades de la población, sin mecanismos de mercado en los que el paciente deviene en cliente, puede ser eficaz, eficiente y equitativo en el logro de la salud de la población, como resultado de un conjunto de factores motivados por la voluntad política de un Estado que responde a los intereses de sus ciudadanos.^{5-8,10-13}

Los resultados están expuestos en el anuario estadístico en el 2019 donde se informa una disminución de los nacimientos en 6 617 con respecto al 2018, el nivel de reproducción de la población es bajo, la tasa de natalidad es de 9,8 nacidos vivos por 1 000 habitantes, disminuye en un 5,8 % respecto al año anterior. La tasa de fecundidad general es de 42,5 nacidos vivos por 1 000 mujeres de 15 a 49 años. Disminuyen las tasas de fecundidad para cada grupo de edad de la mujer en período fértil, a excepción de la tasa del grupo de 45 a 49 años. La tasa global de fecundidad es de 1,57 3 y la bruta de reproducción

de 0,76.4 .El porcentaje de nacidos vivos institucionales se mantiene en 99,9 %.¹⁴

En la provincia Cienfuegos la tasa de natalidad se comporta como lo observado a nivel nacional, este indicador se comportó en el año 2019 con una cifra de 9.9 por 1000 habitantes.¹⁴

El Municipio de Cumanayagua ha mostrado resultados positivos en el PAMI observándose un ascenso en las tasas de fecundidad en el periodo estudiado al cierre del 2019 según informe estadístico del Policlínico de Cumanayagua, reporto una tasa de 4.0.¹⁵

Sin embargo pesar de los esfuerzos realizados, continúan ocurriendo anualmente en el municipio de Cumanayagua partos pre términos y a su vez recién nacidos con riesgo de bajo peso, los cuales inicialmente deben enfrentarse al gran reto de sobrevivir, y luego, en un elevado porcentaje, arrastrar secuelas por el resto de sus vidas.

El área de salud materno-infantil requiere la búsqueda de mejores resultados, lo que permitiría aumentar el alcance estratégico de sus programas. Se necesitan añadir estrategias de carácter poblacional y multisectorial, enfocadas en lograr una mejor salud reproductiva y prevenir el bajo peso al nacer y algunas enfermedades relacionadas con el embarazo donde este tipo de estudio serian de vital importancia , lo permitirá fortalecer el tema del bajo peso al nacer y abordarlo más allá de la asistencia, hacia la prevención; elementos que servirán de referencia y apoyo en el territorio para la toma de decisiones, que permitirá brindar apoyo a la población mejorando sus estilos y calidad de vida con intervenciones efectivas.

Justificación

El trabajo arduo desde la atención primaria y mediante la intervención del médico, familiares cuya labor se basa en la prevención, de esta manera se puede influir en un área tan susceptible como es el riesgo preconcepcional en la población de mujeres en edad fértil, pues se pueden conocer cuáles son los factores de riesgo individualizados de cada mujer y cómo reaccionar ante ellos

mediante un buen asesoramiento de planificación familiar y anticoncepción. Esto permite orientar a la pareja que forma una familia para que busque el momento propicio para que ocurra un embarazo, en caso de desearlo, y se disminuyan al máximo las complicaciones para la madre y el nuevo ser. El estudio de la problemática planteada tiene una destacada importancia para el Municipio de Cumanayagua, ya que los resultados tienen importancia social, y los mismos contribuyen a la determinación del comportamiento de los factores de riesgo del BP al nacer y permitirán proveer a los sistemas de atención primaria de elemento, que permitirá al personal de salud establecer medidas preventivas y de control que beneficiarán tanto a la madre como al recién nacido. Considerando que este problema de salud no han sido lo suficientemente explorados en investigaciones realizadas en el municipio Cumanayagua y que el área de salud materno infantil requiere de acciones de salud encaminadas a la búsqueda de mejores resultados con el aumento del alcance estratégico de sus programas, se decidió realizar esta investigación para lo cual nos planteamos las siguientes interrogantes:

Problema científico

¿Existe conocimientos sobre la Prevención del bajo peso al nacer en mujeres en la consulta riesgo preconcepcional Consultorio Médico de Barajagua: Cumanayagua?

¿Una estrategia de intervención educativa en grupos de riesgo preconcepcional permitirá modificar aptitudes y conocimientos para la Prevención del bajo peso al nacer . ?

Objetivos

General

Implementar una estrategia de intervención educativa en grupos de riesgo preconcepcional para la Prevención del bajo peso al nacer. Consultorio Barajagua, Municipio Cumanayagua

Objetivos específicos

1. Caracterizar a las mujeres con riesgo preconcepcional según variables seleccionadas socio demográficas.
2. Determinar el conocimiento sobre bajo peso al nacer en mujeres con riesgo preconcepcional.
3. Aplicar estrategia de intervención educativa sobre la Prevención del bajo peso al nacer en grupos de riesgo preconcepcional.
- 4- Evaluar los conocimientos de las mujeres posterior a la intervención educativa.

Marco teórico Nuevo

La salud materna infantil es uno de los indicadores utilizados para medir el nivel de desarrollo de un país; persigue como objetivo que las madres obtengan recién nacidos sanos sin sufrir complicaciones durante el embarazo, el parto y el puerperio, la misma depende de la situación de la mujer al inicio del embarazo y de la calidad de la atención durante la etapa prenatal.¹⁶ Es muy importante que este sea planificado, deseado y que las féminas tengan las mejores condiciones biológicas, psicológicas y socio económicas al comenzar el mismo y en ello desempeña un papel muy importante el adecuado manejo del riesgo reproductivo.¹⁷

En 1902, Ballantyne planteó que “la prevención para que sea realmente preventiva debe ser desde antes del nacimiento” ¹⁶ y esta frase marcó el comienzo del Programa Básico de Cuidados Prenatales; Para 1950 se logra en el mundo una tasa de mortalidad materna de 8,5 por cada 1000 nacidos vivos en contraste con la persistencia en la incidencia del bajo peso, las malformaciones congénitas y otros procesos que favorecían la morbilidad fetal y perinatal y es a partir de ese año que se abre camino a una nueva preocupación universal: el riesgo de vida fetal. ¹⁸

La mujer desempeña un rol protagónico en la sociedad, cumple con la reproducción biológica, el rol doméstico y está presente en las organizaciones sociales y comunitarias. El ejercicio de la función reproductiva genera en las mujeres mayor vulnerabilidad, que, ligada a la reproducción, requiere apoyo y protección, tanto familiar como de la sociedad en su conjunto porque sobre ella recaen la mayor parte de los problemas relacionados con el riesgo reproductivo. ¹⁶⁻¹⁸

Los cuidados para la salud reproductiva, se ha considerado que deben comenzar en la llamada etapa preconcepcional, estos cuidados son promocionales cuando toman en cuenta incidir el proceso de crecimiento y desarrollo del niño y la niña, con atenciones, que no sólo se limitaría a los servicios, sino también a actividades de información, educación y orientación,

que incluyan aspectos de Salud Sexual y Reproductiva, como parte de la educación integral, y son preventivas, cuando modifican factores o enfermedades existentes, previos al embarazo. El principal instrumento para lograr este fin es la aplicación del concepto de riesgo reproductivo, el cual se basa en el enfoque de riesgo.¹⁶⁻¹⁸

El concepto de Riesgo reproductivo es definido como la probabilidad que tienen tanto la mujer en edad fértil, su pareja, así como su producto potencial, de sufrir daños, si se involucran en el proceso reproductivo (Preconcepcional, obstétrico y Perinatal). Esta posibilidad está dada por factores condicionantes, enfermedades o circunstancias que interfieran durante el embarazo, parto o puerperio; su magnitud difiere de una mujer a otra, por lo que debe evaluarse de forma integral e individualizada.¹⁶⁻¹⁸

En este sentido el Riesgo Reproductivo Preconcepcional es definido como la probabilidad que tiene una mujer en edad fértil que planea tener un embarazo, de sufrir daño, ella o su producto, de involucrarse en el proceso reproductivo. Para su mejor determinación se divide en cuatro etapas:¹⁶⁻¹⁸

1. Preconcepcional.
2. Obstétrico.
3. Perinatal
4. Infantil

Es muy importante que el embarazo sea deseado, planificado, que la madre esté en las mejores condiciones biológicas, psicológicas y socioeconómicas. En ello desempeña un papel primordial el manejo del RRPC, por lo que el médico de la familia debe tener un adecuado conocimiento de este tema, pues le permitirá hacer una valoración real de cada caso y así poder establecer si la mujer presenta algún riesgo.⁷

Con la consulta del riesgo preconcepcional se logra promover la salud de la mujer y de su descendencia, se ha demostrado su utilidad en el descenso de la morbilidad y mortalidad materna e infantil.⁵

Por esta razón es importante lograr que las mujeres al iniciar la gestación no presenten ningún factor de riesgo y que las presentes enfermedades crónicas estén muy compensadas para evitar trastornos durante la gestación que nazcan niños con bajo peso o defectos congénitos

Los criterios principales para clasificar a una mujer en edad fértil o pareja de riesgo preconcepcional son:¹⁶

1. Antecedentes de mortinatos y mortineonatos.
2. Antecedentes de embarazo catalogados como de riesgo obstétricos o perinatal incrementado.
3. Antecedentes de nacimiento de bajo peso.
4. Mujeres con hijos que hayan tenido o tengan una afección o morbilidad importante: malformaciones congénitas, retraso mental, endocrinopatía y otras.
5. Mujeres con afecciones biológicas conocidas que representa el riesgo perinatal como son: Cardiópatas, Diabéticas, Sicklémicas, Anémicas y otras, que incluyen las que padecen afecciones psiquiátricas y nutricionales.
6. Mujeres o pareja, cuya conducta personal y social constituye un riesgo evidente para su salud o la de su producto, si decidieran concebir.
7. Mujeres menores de 20 años.
8. Mujeres mayores de 35 años.
9. Cesareadas con espacio íntergenésico de dos años como mínimo.
10. Pacientes con partos anteriores menos de dos años.
11. Los principales instrumentos para lograr una salud reproductiva adecuada son la educación en salud, y el manejo del concepto de riesgo reproductivo.

El riesgo reproductivo preconcepcional (RRPC) se aplica a mujeres en edad reproductiva no embarazadas, que de acuerdo con la presencia de condiciones o factores de riesgos tienen incremento en la posibilidad de sufrir daños a su salud o la del futuro hijo si se involucran en el proceso reproductivo.¹⁰

La planificación familiar como componente de la salud reproductiva, no difiere en su definición de esta y en Cuba significa, lograr una actuación o acción consciente, basada en el sentido de responsabilidad de las parejas para tener hijos deseados en el momento más favorable y oportuno para la futura descendencia, la madre y la familia, de manera tal que tengan un desarrollo integral. De lo anterior se infiere que el uso eficaz de los anticonceptivos no es simplemente para reducir la incidencia de abortos, sino un método de la concepción general de la planificación familiar, que reviste gran importancia para el equilibrio de la vida familiar y el correcto desarrollo de la personalidad del nuevo ser.^{7,16-18}

La Planificación Familiar: Permite la decisión libre, consciente y voluntaria de las parejas para determinar cuántos y cuando tener los hijos, mediante la utilización de los diferentes métodos anticonceptivos.^{7,16-18}

Sexualidad Sana: Es el derecho que tiene cada ser humano de disfrutar la actividad sexual de manera plena, placentera, responsable, sobre la base de la igualdad, sin excluir sexo, raza ni orientación sexual. La ausencia de temor, sentimientos de vergüenza y culpabilidad así como ausencia de trastornos orgánicos, de enfermedades y deficiencias son elementos básicos que se tomando en cuando se habla de sexualidad sana.^{7,16-18}

Salud sexual: Según OMS, es la integración en el ser humano de lo somático, lo emocional, lo intelectual y lo social de la conducta sexual para lograr un enriquecimiento positivo de la personalidad. La etapa fértil para mujeres y hombres está enmarcada : entre los 15 y 49 años.^{7,16-18}

El peso del niño al nacer se relaciona con factores del orden genético, materno, placentario, ambiental, fetal y otros, los cuales actúan de forma combinada, ya sea aumentando o disminuyendo su influencia en dicho indicador, en el momento del nacimiento. Esta entidad es la consecuencia de un insuficiente mecanismo de desarrollo intrauterino fetal y es un importante indicador de la salud, por la cercana relación que existe entre el mismo y la morbi-mortalidad infantil; estudios revelan que la mortalidad infantil es 40 veces mayor en los recién nacidos de bajo peso que en los niños nacidos con peso normal y a

término, aumentando a 200 veces en aquellos niños con un peso menor de 1 500g.^{7,16-18}

El peso al nacer está definido tanto por la duración de la gestación, como por la tasa de crecimiento fetal. Es por eso que en la actualidad el BPN se clasifica en dos condiciones:^{7,16-18}

Restricción del crecimiento intrauterino (CIUR): los que teniendo un tiempo de gestación superior a las 37 semanas pesan al nacer menos de 2 500 g.¹⁸⁻²³

Bajo peso pre-término: los que no habiendo llegado el término del embarazo nacen adelantadamente y pesan por debajo de 2 500 g.^{7,16-18}

Factores de riesgos en la mujer que llevan a constituir un riesgo preconcepcional

Edad: La edad siendo es un factor frecuente y de importancia en nuestro país, si bien es cierto en varios estudios a edades extremas existieron mayores complicaciones, ésta influye tanto fisiológica o psicológicamente; se considera a la edad como factor de riesgo preconcepcional a mujeres menores de 19 años y mayores 35 años. A las mujeres demasiado jóvenes es frecuente que su embarazo no complete las 38 a 40 semanas de gestación, presentándose abortos, partos inmaduros o prematuros, malformaciones congénitas y algunas complicaciones como distocia de partos, toxemia, inserción baja placentaria, muerte fetal.¹⁸⁻²³

Las gestantes adolescentes presentan con mayor frecuencia hijos de bajo peso, prematuros y tasas de morbilidad infantil más elevadas. Frecuentemente se trata de embarazos no deseados, con un estatus social bajo, cuidados perinatales inadecuados, mal estado nutricional y conductas inadecuadas.^{16,18,20,21}

En las mujeres a edades extremas es decir mayores de 35 años también son frecuentes las complicaciones antes mencionadas y puede ser intensificado si se suman otros factores de riesgo preconcepcional como la multiparidad, hábitos tóxicos, enfermedades crónicas, entre otros; El 2% de todos los

nacimientos en Latinoamérica son por mujeres mayores de 39 años y el 40% de estos recién nacidos vivos tienen Síndrome de Down.²²

Índice de masa corporal: ^{7,16-18}

El índice de masa corporal o IMC debe ser evaluado en toda mujer en edad fértil durante la consulta preconcepcional, se encuentra determinado por el peso en Kg y la talla en m.

Peso: Es frecuente asociar a mujeres con bajo peso a toxemia y partos prematuros, al contrario, en pacientes con mucho peso están asociadas a hipertensión arterial, toxemia, bajo peso y prematuridad.

Talla: Aquellas mujeres que miden menos de 1.50 cm constituyen un factor de complicación obstétrica, terminando su embarazo en cesárea.

IMC: El IMC pregestacional es el mejor indicador para el diagnóstico, el control y el seguimiento del estado nutricional de la mujer desde la condición pregestacional, siendo importante desde el inicio de la gestación ya que permite actuar individualmente en el peso en caso de ser necesario.^{5,7, 16-18}

Clasificación del IMC

Peso Bajo < 20

Peso Normal 20 a 25

Sobrepeso 25 a 30

Obesidad > 30. ^{5,7}

En mujeres con índice de masa corporal menor de 18,5 kg/ m² se ha asociado con osteoporosis, amenorrea e infertilidad e incluso con un exceso de mortalidad en la población. Durante el embarazo se ha asociado con bajo peso

al nacer, prematuridad y un incremento de gastrosquisis. Un IMC <20 antes del embarazo es un predictor de peso bajo al nacer y de retraso del crecimiento intrauterino (RCIU) cuando la mujer se embaraza. Es recomendable que antes de embarazarse se corrija cualquier desviación en el estado nutricional. ^{7,16-18}

Un (IMC) igual o mayor de 30 kg/ m², en la embarazada se asocia con resultados maternos y perinatales adversos como abortos, muerte fetal, defecto del tubo neural, prematuridad, diabetes gestacional, hipertensión, desórdenes tromboembólicos, macrosomía, bajo puntaje de Apgar, anemia, cesárea y distocia de hombros. ^{7,16-18}

En la obesidad mórbida aumenta el riesgo de diabetes gestacional, preeclampsia, enfermedad trombotica y parto obstruido. Desde el punto de vista perinatal, hay mayor riesgo de macrosomía fetal. ¹⁴⁻¹⁸

Antecedentes patológicos personales: son enfermedades que vienen algunas veces desde la infancia o adolescencia y que pueden estar presente hasta la actualidad. ^{7,16-18}

Entre las principales enfermedades crónicas de gran importancia por presentar repercusión sobre la vida del binomio son: la diabetes mellitus, hipertensión arterial, cardiopatías, hepatopatías y nefropatías, seguidas de las 10 anemias y asma bronquial. Cuando estos factores se asocian el riesgo incrementa y si el problema es detectado y el grado del mismo, se debe actuar para disminuir, eliminar o controlar el riesgo, y así tomar una conducta sobre anticoncepción temporal o definitiva y posibilitar el embarazo en el caso que se desee. ¹⁴⁻¹⁸

Hipertensión arterial: La hipertensión arterial se relaciona con restricción de crecimiento intrauterino, bajo peso al nacer, prematuridad y alta mortalidad perinatal. El riesgo fetal aumenta cuando existe proteinuria. Los embarazos en mujeres hipertensas, más aún en casos severos, se asocian con preeclampsia, hemorragia cerebral, descompensación cardiaca y falla

renal. Se presentan además nacimientos pretérmino, restricción del crecimiento intrauterino, alteraciones placentarias y muerte fetal.¹⁴

Diabetes mellitus: Uno de los objetivos terapéuticos primarios es el mantenimiento de niveles de glucosa normales, fundamentalmente en el período periconcepcional, de lo contrario aumenta el riesgo de muerte, prematuridad y morbilidad fetal. El efecto teratogénico depende del momento del desarrollo en que actúa: en el primer trimestre de gestación la diabetes induce la embriopatía diabética y produce malformaciones y aborto espontáneo, por un mecanismo multifactorial. Más adelante en el embarazo se produce la fetopatía diabética expresada en hipoglucemia neonatal y macrosomía. La hiperglucemia aumenta 3-5 veces las malformaciones congénitas.^{7,16-18}

La consulta preconcepcional en la paciente con diabetes pregestacional es la estrategia más costo-efectiva para mejorar los resultados perinatales. “Cuando la diabetes se asocia a obesidad incrementa las malformaciones congénitas (MFC) hasta en seis veces, por lo cual en toda paciente diabética se debe: ^{7,16-18}

Clasificar el tipo de diabetes.

Evaluar la existencia o no de complicaciones (retinopatía, nefropatía, neuropatía, microangiopatía y patologías asociadas).

Optimizar la terapéutica para el control de la glicemia y llevar la hemoglobina glicosilada lo más cerca posible a la normalidad (6,2 %).^{7,16-18}

Cardiopatías: Estas pacientes deberán ser controladas en un mayor nivel (3er nivel), ya que si desearía quedar embarazada los anticoagulantes orales serán suspendidos por su efecto teratogénico, cambiando a un anticoagulante parenteral con heparinas de bajo peso molecular.^{7,16-18}

Enfermedad tiroidea Browne y colaboradores reportaron asociación en pacientes con enfermedad tiroidea y uso de tiroxina preconcepcional con la presencia de defectos congénitos seleccionados como: hidrocefalia,^{7,16-18}

Epilepsia

Casi todos los medicamentos anticonvulsivantes son teratogénicos. El fenobarbital, la hidantoína y el ácido valproico se asocian con paladar hendido y labio leporino. ^{7,16-18}

Nefropatías: Teniendo en cuenta que la gestación representa una importante sobrecarga para la función renal, el desarrollo de un embarazo en unanefrópata ensombrece el pronóstico materno fetal, especialmente si existe insuficiencia renal. Esto se pone de manifiesto no sólo durante la gestación sino también después de ella, por cuanto el embarazo puede desencadenar un agravamiento irreversible de la enfermedad renal, como consecuencia de lo cual la supervivencia materna disminuye. ^{7,16-18}

En la madre se incrementa la probabilidad de preeclampsia, anemia, hipertensión crónica y de finalización del embarazo por cesárea. En el feto, existe mayor incidencia de aborto, restricción del crecimiento intrauterino, prematuridad y muerte. ^{7,16-18}

Asma: Las complicaciones asociadas con asma no controlada durante el embarazo son: ^{7,16-18}

En la madre: preeclampsia, hipertensión e hiperémesis gravídica.

En el feto: prematuridad, restricción del crecimiento intrauterino, hipoxia fetal y muerte. ^{7,16-18}

Antecedentes Gineco-Obstétricos o Paridad: es más riesgosa la primera gestación (sobre todo si concomitan otros factores), así como en mujeres con más de tres partos.

La gran multiparidad se define como la paridad mayor o igual a cinco, lo que incrementa la mortalidad materna y es un factor de riesgo para morbilidad materna y neonatal. Se ha descrito como asociada a pobre cuidado prenatal ^{7,16-18}

Las grandes multíparas tienen un índice de masa corporal (IMC) más alto, tasas mayores de diabetes gestacional insulino – dependiente, hay más riesgo

de muerte intrauterina y muerte perinatal, anormalidades placentarias y alto peso al nacer.^{7,16-18}

Intervalo intergenésico: se considera corto cuando es menor de 2 años. Esta condición se asocia, con más frecuencia, a nacimientos pretérminos y anemias durante el embarazo y la no atención adecuada al hijo existente. o Abortos espontáneos, malformaciones congénitas y muertes perinatales: pudieran estar relacionados con factores orgánicos y genéticos que deben ser estudiados antes del embarazo.^{7,16-18}

Recién nacidos de bajo peso y pre términos: pueden repetirse en próximas gestaciones alguna causa previa que lo favorezca: enfermedades crónicas, hábito de fumar, malformaciones uterinas, miomas, etc.^{7,16-18}

Pre eclampsia: puede repetirse debido al mal control de los hábitos higiénicos-dietéticos y a otros factores. o Cesárea anterior: como toda intervención sobre el útero debe considerarse hasta los 2 años para una nueva gestación, ya que es un factor que no se puede modificar.^{7,16-18}

El aumento de número de cesáreas incrementa el riesgo de placenta previa, placenta ácreta e histerectomía para futuros embarazos^{7,16-18}

Factores psicosociales

Las condiciones sociales desfavorables o conductas personales (o de pareja) inadecuadas también constituyen un factor de riesgo para el embarazo y el producto. Entre ellas se encuentran: alcoholismo, promiscuidad, pareja inestable, madre soltera, hacinamiento, intento suicida, no solvencia económica, maltrato y violencia intrafamiliar.^{13, 16,18,20,22-27}

Hábitos tóxicos

En el feto, el hábito del tabaco se asocia con restricción del crecimiento intrauterino, prematuridad, bajo peso al nacer y muerte súbita del lactante. Otras complicaciones maternas son la ruptura prematura de membranas, placenta previa, desprendimiento de placenta, aborto y embarazo ectópico.

Los efectos por la exposición prenatal mantenida al tabaco son el aborto, bajo peso al nacer, insuficiencia placentaria y embarazo ectópico.^{13, 16,18,20,22-27}

Manejo del Riesgo Reproductivo Preconcepcional.^{7,27}

La valoración del riesgo no es esquemática sino que necesita de un análisis individual e integral en todos los casos.

El manejo debe desarrollarse como un proceso que involucre al médico de la familia, grupo básico de trabajo y la pareja.

En este proceso tenemos tres pasos.

1. Identificación.
2. Dispensarización.
3. Manejo.

Identificación:

Total de mujeres en edad fértil con factores de riesgo y dentro de ellas las que constituyen un riesgo reproductivo real.

Vida sexual activa.

Deseo Manifiesto de tener hijo: Mujeres que no han completado el numero de hijos y desean tenerlos y no usan métodos de anticoncepción

La Dispensarización:

Se refleja en:

Historia clínica individual.

Hoja de cargo: Caso nuevo (captación de RRPC)

Seguimiento (Control de RRPC) puede ser en consulta o terreno.

Baja del Programa (salen del control).

Manejo:

- ☐ En el manejo se tiene en cuenta el criterio médico para la dispensarización, si el riesgo es modificable o no.
- ☐ Deseo de cooperar de la pareja.
- ☐ Plazo en que la pareja desea tener hijo.
- ☐ Se llega a un convenio con la pareja y trazamos el plan de acción para modificar el riesgo.
- ☐ Se recomiendan 2 consulta y 1 terreno (la prioridad puede variar de acuerdo a las necesidades).

Planificación familiar:

Permita la decisión libre, consciente y voluntaria de las parejas para determinar cuántos y cuando tener los hijos, mediante la utilización de los diferentes métodos anticonceptivos .²⁶

Promoción

La promoción de salud es un planteamiento legitimado en Ottawa en 1986, cuya esencia se asocia al proceso que proporciona a los individuos y las comunidades los medios necesarios para ejercer un mayor control sobre su propia salud y así poder mejorarla.^{27,28}

La promoción de la salud consiste en capacitar a la gente para que ejerza un mayor control sobre los determinantes de su salud y, por ende, la mejore. Este cambio de paradigma es esencial para la sustentabilidad del sistema de salud, al cambiar el actual modelo de salud basado en la atención médica, a un modelo anticipatorio, focalizado en los determinantes que favorecen la salud de los individuos y la población.²⁹

Pero este enfoque de promoción de salud no es el que ha prevalecido siempre. Rodríguez y otros afirman: "Es por ello que el concepto se ha ido modificando en el sentido de verla, inicialmente, como la eliminación del progreso de enfermedades (prevención secundaria); posteriormente, como la eliminación de factores de riesgo (prevención primaria; y, por último, a partir de

ofrecer condiciones fundamentales y recursos básicos para la salud individual y colectiva (promoción de la salud)".²⁹

La promoción de salud es una responsabilidad individual, grupal e institucional. Los Estados deben garantizar las condiciones necesarias para el buen desarrollo de la salud humana. En este sentido, desempeñan un papel fundamental las políticas públicas y sus correspondientes servicios, estrategias, programas y proyectos. La existencia de financiamiento para la adecuada atención a la salud es un factor decisivo. Por otra parte, es clave la conciencia de la población, su participación ciudadana y la expresión de ello en proyectos individuales y colectivos.²⁹

En esta segunda posición se puede ubicar la definición de la Organización Mundial de la Salud,³⁰ la cual señala que la prevención son medidas destinadas no solamente a prevenir la aparición de la enfermedad, tales como la reducción de factores de riesgo, sino también a detener su avance y atenuar sus consecuencias una vez establecida.

Este también es el enfoque de Hirán y otros, quienes afirman que: "la Educación para la Salud, que tiene como objeto mejorar la salud de las personas, puede considerarse desde dos perspectivas: preventiva y de promoción de la salud. Desde el punto de vista preventivo, capacitando a las personas para evitar los problemas de salud mediante el propio control de las situaciones de riesgo, o bien, evitando sus posibles consecuencias".³¹

En Cuba, Proenza Rodríguez lo sintetiza de la siguiente manera:

La importancia del enfoque de riesgo reproductivo radica en que permite identificar las necesidades de salud de los individuos, familias o comunidades, mediante el uso de factores de riesgo como guía para la planificación de acciones futuras. Hoy día, el Programa Nacional de Diagnóstico, Manejo y Prevención de Enfermedades Genéticas y Defectos Congénitos, tiene un carácter social de alta sensibilidad humana y como objetivo fundamental la promoción y prevención en cuanto a los factores de riesgo genético que puedan afectar al individuo o a la comunidad.³¹⁻³³

Diseño Metodológico

Tipo de estudio: de intervención con un antes y después

Período: Noviembre 2019 Julio -2021

Escenario : Consultorio No 26, Barajagua Policlínico Cumanayagua

Universo: por método no probabilístico a conveniencia 45 mujeres que asisten a la consulta de riesgo preconcepcional

Criterios de inclusión

Mujeres mayores de 15 años que asisten a la consulta de riesgo reproductivo

Criterios de exclusión

Mujeres en edad fértil que estén asistiendo a la consulta de infertilidad y que no estén embarazadas en el periodo estudio

MÉTODOS Y TÉCNICA DE INVESTIGACIÓN.

Se solicitó a la institución el consentimiento informado para la realización de la investigación (Anexo 1). Posteriormente a las mujeres que asistieron a la consulta de Planificación Familiar, previa explicación de los objetivos del estudio se les solicitó su aprobación para participar en el estudio. (Anexo 2)

La investigación se dividió en cuatro etapas:

Diagnóstico

Diseño de la estrategia

Intervención

Evaluación

Diagnóstico

Durante la primera etapa con el objetivo de obtener las características socio demográficas de las pacientes los autores de la investigación elaboraron una encuesta (Anexo 3). En un primer momento, se conformaron 4 grupos, (tres

de 10 pacientes y uno de 15 pacientes), y fueron citadas al CMF, donde en un ambiente tranquilo y propicio se aplicó una encuesta para recoger los datos necesarios para la investigación explicando la necesidad de las respuestas con precisión y lo más claro posible en las preguntas inherentes a los aspectos personales.

Para el diagnóstico de los conocimientos en un segundo momento y con la misma estructura de los grupos conformados se aplicó el cuestionario estructurado por 25 preguntas y que consta de 9 dimensiones, distribuidas de la siguiente manera: dimensión conocimiento sobre el concepto de factores de riesgo preconcepcional; 2 preguntas, periodo intergenésico 2 preguntas, edad óptima para embarazarse 3 preguntas, enfermedades crónicas 3 preguntas, hábitos tóxicos 3 preguntas, para la dimensión nutrición 3 preguntas, para la dimensión antecedentes obstétricos desfavorables 1 pregunta y para la dimensión conocimientos sobre métodos anticonceptivos otras 3 preguntas, sobre las infecciones vaginales 2 preguntas .

El conocimiento sobre factores de riesgo preconcepcional en mujeres de edad fértil fue evaluado por cada dimensión y de forma general, mediante ítems de opción múltiple, donde se considera en algunos casos una alternativa correcta y en otras varias alternativas. El sistema de puntuación que se empleó es simple, a través de la sumatoria de respuestas correctas, calificándolo como: conocimiento satisfactorio cuando responde correctamente el 60 % o más de los ítems realizados y no satisfactorios cuando no responde correctamente menos del 60 % de los ítems realizados. (Anexo 4)

Durante la aplicación de los instrumentos siempre estuvo presente la autora de la investigación, la que explico con un lenguaje sencillo, amistoso para lograr la confianza necesaria y comunicación adecuada así como la comprensión de los términos si fuera necesario.

Variables a estudiar

Datos sociodemográficos.

Edad

Estado civil

Nivel de Escolaridad

Ocupación

.Nivel socioeconómico

Antecedentes Patológicos Personales

Paridad

Abortos

Clasificación de abortos

Nro de Abortos

Antecedentes de Infecciones de transmisión sexual

Antecedentes de hijos bajo peso

Hábitos Tóxicos

II-Variables del Conocimiento

Conocimiento sobre el concepto de factores de riesgo preconcepcional

Conocimiento sobre periodo intergenésico

Edad óptima para embarazarse

Enfermedades crónicas

Hábitos tóxicos

Nutrición

Antecedentes obstétricos desfavorables

Métodos anticonceptivos

Infecciones Vaginales

Diseño de la estrategia

A partir de los resultados de la aplicación del cuestionario se aplicó la estrategia educativa avalada y aplicada por el Dr Eulogio Calderin Santos ³⁴ en su tesis de maestría la cual se ajustó a los requerimientos de las necesidades educativas de la muestra estudio (Anexo 5)

La propuesta de metodología para la estrategia de intervención educativa se estableció a partir de dos momentos:

1. Fase de introducción. Fundamentación y justificación, diagnóstico y análisis de los problemas y de las necesidades se estableció en el contexto y ubicación de la problemática a resolver, ideas y puntos de partida que fundamentan la estrategia

Información sobre la situación cultural e informativa relativa a conocimientos y motivaciones de las mujeres en la consulta de riesgo preconcepcional y demás necesidades de aprendizaje.

Definición de los riesgos y situaciones de malestar respecto al tema de acuerdo con las informaciones halladas.

2. Fase de programación. Diseño de la estrategia

Definición de los objetivos a corto, medio y largo plazo que permitirán la

Transformación del sujeto desde su estado real hasta el estado deseado.

Elección de la metodología de actuación en relación a los objetivos definidos y a las condiciones presentes, a través de acciones, métodos, medios y recursos a través de los cuales es posible introducir conocimientos y experiencias dirigidos a modificar actitudes y comportamientos de forma consciente y duradera cumpliendo los objetivos.

Explicar cómo se aplicará, bajo qué condiciones, durante qué tiempo, responsables, participantes.

Fomentar procesos de comunicación, destinados a reducir factores de riesgo y a potenciar aquellas situaciones que producen bienestar y salud de forma sostenible.

Temas a impartir

La estrategia de intervención para la Prevención del bajo peso al nacer en grupos de riesgo preconcepcional se constituyó a partir de un conjunto de técnicas educativas, afectivo-participativas, de educación para la salud, sociométricas, de afrontamiento, estrategias multimodales, incluyendo técnicas de corte terapéutico con énfasis en la consideración de las particularidades de los sujetos.

Los temas seleccionados se agruparon por sesiones, que responden a los resultados obtenidos en el diagnóstico educativo mediante el cuestionario aplicado

Planificación y temporalización.

La intervención se llevó a cabo en el mes de Octubre y Noviembre del 2021, teniendo en cuenta la situación epidemiológica que atraviesa el país , ya que aprovecharemos el buen tiempo para realizar las diferentes sesiones en un local con condiciones adecuadas , buena ventilación y manteniendo la distancia adecuada entre las pacientes.

Realizamos diferentes sesiones en las que trabajamos tanto la enseñanza de los temas, resultantes del diagnóstico, mediante conferencias y talleres. Se realizaron dos sesiones semanales convenidas con las pacientes con una duración de una hora y si fuera necesario la prolongaríamos 30 minutos más con dos encuentros a la semana, lo que supone que la propuesta de intervención tenga una extensión de 5 semanas y 10 horas en total.

Las sesiones se realizadas en el horario que participantes eligieron martes y jueves. Cumplimentándose dos horas por semanas

Evaluación

La evaluación de la estrategia se realizara de tres formas, para la evaluación de los resultados se utilizó el mismo instrumento aplicado para el diagnóstico; para la evaluación de las actividades se empleara la técnica del PNI (Positivo, Negativo e Interesante), consistiendo en que las participantes al final de cada encuentro expresen su criterio del mismo; y para la evaluación del proceso se utilizara una encuesta que incluirá aspectos relacionados con el análisis y cumplimiento de los objetivos propuestos; el cumplimiento de la planificación (cronogramas y tareas previstas para cada fase), adecuación de los recursos y técnicas empleadas.

En términos generales y como primera aproximación el programa dirigido a la prevención del bajo peso al nacer de las pacientes que asisten a la consulta de riesgo preconcepcional es prácticamente un programa, que necesita de los elementos que la planificación de un proceso docente demanda (objetivos, contenidos, estrategia educativa, actividades, cronograma, ejecutores, lugar y recursos, así como el diseño de la evaluación y los indicadores, entre otros elementos pertinentes). El programa educativo se concibió a partir de un paradigma o modelo de enseñanza y que se corresponde con los valores sociales generales y los principios del sector a que responde, en este caso de tipo activo participativo incorporando todos los elementos del proceso de enseñanza aprendizaje centrado en el desarrollo humano: auto-estima, trabajo en grupos, desarrollo de capacidades, planificación conjunta, responsabilidad compartida. En cualquiera de los casos la base de un buen programa educativo es una investigación exhaustiva, la que generalmente algunos la denominan como diagnóstico educativo y comunicacional.

Para la presentación de la estrategia de intervención educativa se plantearon los fundamentos teóricos y metodológicos que sirvieron de base y de un diagnóstico educativo, el cual justifica el propósito de modificar la situación actual para incrementar los conocimientos fundamentales de las mujeres en edad fértil, , logrando modificaciones en sus aptitudes y las prácticas.

Procesamiento y análisis de datos

Los datos obtenidos se llevarán a una base de datos creada al efecto. Se utilizó el Statistical Program for Social Sciences (SPSS) versión 21.0 para la tabulación de los datos de la base creada. La descripción de los resultados se realizó utilizando frecuencias absolutas y porcentajes. Los resultados se reflejaron en tablas y gráficos para su mejor representación y comprensión.

Operacionalización de las variables

Variable	Clasificación	Descripción	Escala	Indicador
Edad	Cuantitativa discreta	Según años cumplidos y se agruparán en grupos quinquenales a partir de los 15 años a los 49 años.	a) 15-24 años b) 25-34 años c) 35-49 años	Nro y %.
Estado civil	Cualitativa nominal	Se tendrá en cuenta según categorías de percepción por la paciente independientemente de la cédula	a) Soltera b) Casada c) Unión Estable d) Divorciada e) Viuda	Nro y %.
Nivel de escolaridad	Cualitativa ordinaria	Se tendrá en cuenta según el último año cursado, teniendo en cuenta los	a) Primaria sin termina b) Primaria completa	Nro y %.

		niveles de alfabetización	c) Secundaria d) Técnico medio e) Universitaria	
Ocupación	Cualitativa nominal dicotómica	Según función o tarea que desempeñe sea esta remunerada o no	a) Estudiante b) Ama de casa c) Trabajadora	Nro y %.
Nivel socioeconómico	Cualitativa nominal dicotómica	Forma en que valora de forma personal su situación económica. Se tendrá en cuenta las condiciones de la vivienda y el ingreso económico	a) Bueno b) Regular c) Malo	
<i>Antecedentes Patológicos Personales</i>	Cualitativa nominal Politómica	Se refiere a las enfermedades no transmisibles que puedan estar asociadas a las pacientes	a) HTA b) DM c) CI d) AB e) Hepatopatías f) Anemias	Nro y %.

			g) Sepsis vaginal h) otras	
<i>Paridad</i>	Cualitativa nominal dicotómica	Se refiere a la condición según números de partos en las pacientes	a) Primigesta b) Multigesta	
Causas de la interrupción del embarazo	Cualitativa nominal Politómica	Referido a las causas de interrupción voluntaria o no del embarazo	a) Abortos espontáneos b) Interrupción voluntaria	Nro y %.
Número de abortos espontáneos	Cuantitativa ordinal	Se refiere a los abortos que hayan presentado por alguna condición no propia de la mujer	a) 1,2....	Nro y %.
Número de interrupciones de embarazos	Cuantitativa ordinal	Se refiere a la decisión de interrumpir voluntariamente el embarazo	a) 1.2....	Nro y %.
Antecedentes de Infecciones de transmisión sexual	Cualitativa nominal dicotómica	Enfermedades de transmisión sexual que haya padecido la paciente en algún momento antes	a) Si b) No	Nro y %.

		de la idea de la concepción		
Antecedentes de hijos bajo peso	Cualitativa nominal dicotómica	Referido a las que ya han tenido hijos y que tengan el antecedente de haber nacido bajo peso	a) Si b) No	Nro y %.
Hábitos Tóxicos	Cualitativa nominal Politómica	Hábitos que causan daños a la salud	a) Tabaquismo b) Alcoholismo c) Ambos d) Exfumadora e) Ex bebedora f) No tiene ningún habito toxico	Nro y %.
Variables del conocimiento				
Riesgo reproductivo	Cualitativa nominal dicotómica	Satisfactorio: Cuando responde correctamente el 60% o más de las preguntas realizadas No Satisfactorio: Cuando responde	a) Satisfactoria b) No Satisfactoria	Nro y %..

		correctamente menos del 60% de las preguntas realizadas.		
Conocimiento sobre periodo intergenésico	Cualitativa nominal dicotómica	Satisfactorio: Cuando responde correctamente el 60% o más de las preguntas realizadas No Satisfactorio: Cuando responde correctamente menos del 60% de las preguntas realizadas.	a) Satisfactoria b) No Satisfactoria	Nro y %.
Conocimiento sobre nutrición	Cualitativa nominal dicotómica	Satisfactorio: Cuando responde correctamente el 60% o más de las preguntas realizadas No Satisfactorio: Cuando responde correctamente menos del 60% de las preguntas realizadas.	a) Satisfactoria b) No Satisfactoria	Nro y %.
Conocimiento sobre	Cualitativa nominal	: Satisfactorio:	a) Satisfactoria b) No	Nro y %.

enfermedades crónicas	dicotómica	Cuando responde correctamente el 60% o más de las preguntas realizadas No Satisfactorio: Cuando responde correctamente menos del 60% de las preguntas realizadas.	Satisfactoria	
Conocimiento sobre hábitos tóxicos	Cualitativa nominal dicotómica	Satisfactorio: Cuando responde correctamente el 60% o más de las preguntas realizadas No Satisfactorio: Cuando responde correctamente menos del 60% de las preguntas realizadas.	a) Satisfactorio b) No satisfactorio	Nro y %.
Conocimiento sobre métodos anticonceptivos	Cualitativa nominal dicotómica	Satisfactorio: Cuando responde correctamente el 60% o más de las preguntas realizadas No Satisfactorio:	a) Satisfactorio b) No satisfactorio	Nro y %..

		Cuando responde correctamente menos del 60% de las preguntas realizadas.		
Conocimientos sobre antecedentes obstétricos desfavorables	Cualitativa nominal dicotómica	Satisfactorio: Cuando responde correctamente el 60% o más de las preguntas realizadas No Satisfactorio: Cuando responde correctamente menos del 60% de las preguntas realizadas.	a) Satisfactorio b) No satisfactorio	Nro y %..
Conocimientos sobre las infecciones vaginal,	Cualitativa nominal dicotómica	Satisfactorio: Cuando responde correctamente el 60% o más de las preguntas realizadas No Satisfactorio: Cuando responde correctamente menos del 60% de las preguntas realizadas	a) Satisfactorio b) No satisfactorio	Nro y %..

Aspectos éticos

Previo a la realización de la intervención, se explicó a las participantes la finalidad de la investigación. Se respetaron los principios éticos de autonomía, beneficencia y no maleficencia. Se garantizó la confidencialidad de los datos obtenidos en el estudio y la información recolectada será utilizada con fines científicos de acuerdo a los postulados éticos de la Convención de Helsinki. El protocolo fue sometido al comité de ética de la institución vinculada para su aprobación.

Análisis y Discusión de los Resultados

Tabla 1. Distribución de Grupos de edades y nivel educacional de las mujeres con riesgo reproductivo preconcepcional, CMF No 26 : Barajagua 2019-2021 .

Grupos etarios	No.	%
15-24 años	12	26.6
25-34 años	25	55.5
35-49 años	8	17.7
Nivel Educacional		
Secundaria	23	51.1
Preuniversitario	19	42.2
Técnico medio	11	24.4
Universitario	2	4.4

Fuente: Encuesta

N=45

La tabla 1, se representa los grupos etarios que participaron en la investigación, siendo el grupo de 25 a 34 años el de mayor representación con un 55.5 por ciento, seguido de las mujeres de 15 a 24 para un 26.6 por ciento, quedando el grupo de féminas de 35 a 59 años con una participación de 8 representando el 17.7 por ciento de las mujeres estudiadas. Respecto al nivel educacional se observó un predominio de nivel educacional secundario con 23 mujeres representando el 51,1 por ciento, seguido del preuniversitario con 19 pacientes, mientras que el técnico medio se vio representado por 11 pacientes para el 24,2 por ciento y solo 2 pacientes habían alcanzado el nivel universitario.

La edad influye mucho en la salud sexual reproductiva, ya que las mujeres toman una actitud de mayor responsabilidad ante el control del riesgo, en el estudio se demostró que los grupos etéreos 25-34 y 35-49 años, fueron los que más prevalecieron.

Los resultados de la descripción sociodemográfica de la muestra estudiada no son coincidentes totalmente con Arrate Negret,³⁵ en el cual obtuvo un predominio de adolescentes; las cuales no tienen mayoritariamente participación en este estudio, solo se encontró una paciente de 17 años y tampoco son concordantes respecto a las mayores de 35 años, al igual que González Portales³⁶ que encontró un predominio de las mayores de 35 años. En el nuevo enfoque del RPC en los grupos a priorizar se encuentran las mayores de 30 años, por ser esta una de las edades donde la fecundidad cubana ha aumentado de forma importante.

Estudios realizados en Perú, Colombia y por la Dirección Materno Infantil del Ministerio de Salud Pública de Cuba (MINSAP) corroboran que la edad constituye un factor de riesgo a la hora de concebir.³⁷⁻³⁸

Respecto al nivel educacional el estudio realizado por Pérez Rodríguez³⁹ coincide con los resultados observados en este estudio donde predominó el nivel preuniversitario/ técnico- medio. El nivel educacional es importante, pues de éste dependerá una mejor comprensión de los riesgos que podrían tener en su embarazo y en el futuro niño/a, atender las recomendaciones médicas sobre nutrición, higiene personal, estilo de vida, entre otros factores que determinarán una gestación sin complicaciones.

La literatura, revisada plantea que el fenómeno que se observa en países subdesarrollados donde muestran un bajo nivel de escolaridad, no coincide con lo observado en nuestro debido a la atención que se le brinda a toda la población y en especial a los jóvenes a los cuales se les ofrece facilidades de estudio, es criterio de la autora que estos resultados pueden estar condicionados al lugar de residencia donde se enmarcó el estudio por ser una zona rural y los centros de continuidad de estudios se encuentran lejanos al lugar de residencia de las mujeres estudiadas, siendo importante señalar lo planteado por el autor Fernández Gómez⁴⁰ en su estudio el cual señala que las políticas de educación vigentes desde los años 90 continuaron promoviendo objetivos trazados desde períodos anteriores, como es que toda la población alcanzara 9 años de estudio. Cuba fue el primer país en firmar, el segundo en

ratificar la convención sobre la eliminación de todas las formas de discriminación de la mujer.

Tabla Nro 2: Distribución de las pacientes con riesgo preconcepcional según, estado civil ocupación y nivel socioeconómico .CMF No 26 : Barajagua 2019-2021

Estado Civil	Nro	%
Soltera	14	31.1
Casada	5	11.1
Unión consensual	20	44.4
Divorciada	6	13.3
Ocupación		
Trabajadora	20	45.5
Estudiante	1	2.2
Ama de casa	24	53.3
Nivel Socioeconómico		
Bueno	23	51.1
Regular	22	48.8
Malo	0	0.0

Fuente: Encuesta

N=45

Según estado civil predominio de la unión consensual con 20 mujeres representando el 44.4 por ciento , las que presentaron estatus de soltera fueron 14 féminas para un 31.1 por ciento ,mientras que se observó en la ocupación predominio de las amas de casa con 24 pacientes representativo del 53.3 por ciento ,se observó una frecuencia absoluta de 20 mujeres trabajadoras para el 45.5 de la muestra estudiada ;respecto al nivel socioeconómico se constató una frecuencia de bueno y regular en la población estudiada con una

frecuencia absoluta de 23 y 22 representando el 51.1 y 48,8 porcientos respectivamente

Se plantea que la edad materna menor a 20 años es un factor de riesgo de prematuridad, RCIU y para algunas malformaciones específicas. Las adolescentes menores de 15 años tienen mayor riesgo de morbilidad vinculada al embarazo y parto, debido a ello se considera este grupo de edad como un factor de riesgo. En el presente estudio solo se estudió una paciente de 17 años por lo que debemos reforzar las acciones en las pacientes en este grupo de edades en las cuales hay que lograr un mejor control como riesgo preconcepcional.

El predominio de unión consensual como estado civil es un aspecto positivo en el estudio, según el autor Hernández Núñez ⁴¹ en sus resultados señala que el hecho de ser madre soltera constituyó un riesgo para bajo peso y parto pre término lo cual no coincide con nuestros resultados. Este factor sociocultural es muy importante si se tiene en cuenta que el embarazo desencadena una serie de desajustes sociales y psicosociales. En la mujer, el hecho de no contar con el apoyo conyugal, no solo en lo que se refiere al aporte económico, sino también al afectivo y emocional, puede influir en las diversas demandas de la gestación; en el estudio realizado aunque la mayoría no había formalizado el matrimonio al menos las pacientes vivían con su pareja en situación estable. Se considera el predominio de mujeres trabajadoras de forma favorable en nuestra investigación sin embargo el predominio de mujeres amas de casa y las que tienen dependencia familiar la situación económica se muestra como factor que caracteriza el riesgo preconcepcional en esta investigación.³⁷

Hábitos Tóxicos	Nro	%
Tabaquismo	17	37.7
Alcoholismo	5	11.1
Ambos	0.0	0.0
Exfumadora	4	8.8
Ex bebedora	0	0.0
No tiene ningún hábito tóxico	19	42.2

Tabla Nro 3: Relación de los hábitos tóxicos en mujeres de la consulta de riesgo preconcepcional CMF No 26: Barajagua 2019-2021

Fuente:
N=45

Encuesta

Se destaca en la muestra estudiada que el 42.2 por ciento no tenía ningún hábito tóxico en el periodo de estudio, sin embargo 17 mujeres eran fumadoras representativo del 37.7 por ciento mientras que 5 (11.1 por ciento) refirieron ser consumidoras de alcohol, 4 (8.8 por ciento) eran exfumadoras

Diversos autores destacan en sus investigaciones al tabaquismo como hábito tóxico; ya que la mortalidad materna se ve asociada a conductas de riesgo inadecuadas, entre las que se pueden mencionar el hábito de fumar y la ingestión de bebidas alcohólicas, así como los problemas alimentarios; estas conductas traen como consecuencias recién nacidos bajo pesos y partos pre términos sobre todo.^{37,42-44} Por lo cual al analizar los estilos de vida de estas pacientes, podemos decir que al tener estilos de vida inadecuados, representa en nuestra muestra estudiada un factor de riesgo

Tabla Nro 4: Distribución de los factores gineobstetricos : paridad, clasificación y número de los abortos en mujeres con riesgo preconcepcional CMF No 26 : Barajagua 2019-2021

Paridad	Nro	%
Nulípara	12	26,6
Primigesta	1	2.2
Multigesta	32	71.11
Abortos		
Espon táneos	11	24.4
Interrupción voluntaria	39	86.6
Número abortos		
1	15	33.3
2	19	42.2
3	11	24.4
4 y más	5	11.1

Fuente: Encuesta

N=45

La tabla muestra los antecedentes obstétricos de las mujeres estudiadas con un predominio de las mujeres multigestas para una frecuencia absoluta de 32 (71.1 por ciento), mientras que las nulíparas se observaron con una frecuencia de 12 (26.6 por ciento), referente a los abortos predominio de las interrupciones voluntarias con 39 para un 86.6 por ciento , mientras que los abortos espontáneos se observaron en una frecuencia absoluta de 11 mujeres para un 24.4 por ciento .Se observó un numero alto de abortos en la frecuencia de 2 para el 42.2 por ciento en esta categoría , mientras que 15 mujeres refirieron al menos haberse realizado esta práctica una vez con una frecuencia relativa del 33.3 por ciento en la población estudio.

Con respecto a las mujeres con RRPC según antecedentes obstétricos predominan las féminas con un alto número de interrupciones del embarazo

voluntario , esto implica un alto riesgo preconcepcional por lo que se evidencia la necesidad de enfatizar y dirigir durante la consulta la planificación familiar, lo cual conlleva a evitar los embarazos no deseados , observándose que es un alto riesgo en este estudio las interrupciones del embarazo pues existen mujeres que han acudido a esta práctica en más de una ocasión estos resultados guardan relación con el número de mujeres multigesta encontrado en el estudio

Existen una serie de factores como son las condiciones de vida, el nivel socioeconómico⁴⁵⁻⁴⁷, estilos de vida inadecuados^{48,49} que pueden convertirse en riesgos antes de la concepción. Los antecedentes reproductivos que se evaluaron demostraron que existe un bajo uso de anticonceptivos, sobresaliendo las interrupciones de embarazos siendo coincidente con estudios realizado en Chile y Colombia.⁵⁰

Según Varona de la Peña ⁵¹ en su trabajo “Pesquisa de los riesgos preconcepcional y prenatal” a las mujeres debe desarrollarse una enseñanza activa, que la ayude a aprender, escoger, reflexionar y ejercer su autodeterminación en el proceso de reproducción. Con lo cual concuerda la autora de esta investigación ya que la tabla Nro 4 muestra resultados de un grupo de mujeres con conductas de riesgos, con embarazos a los cuales les dan termino mediante interrupciones voluntarias, lo cual pudiera estar condicionado al poco uso de métodos anticonceptivos y la situación económica familiar.

Tabla Nro 5: Distribución de los factores psicosociales: número de hijos, periodo intergenésico en mujeres con riesgo preconcepcional. CMF No 26:

Número de hijos	Nro	%
1	15	33.3
2	20	44.4
3	2	4.4
4 y mas	0	0.0
Total N=45	37	82.2
Periodo intergenésico		
Corto	25	55.5
Largo	23	51.1
Antecedentes de hijos con bajo peso	3	6.6

Barajagua 2019-2021

Fuente: Encuesta

N=45

Se observa en esta tabla el número de hijos en las mujeres estudiadas, el 82.2 por ciento de las mujeres tiene hijos , el mayor número de estas, se observó en mujeres con 2 hijos representado por 20 pacientes (44.4 por ciento), mientras que 15 mujeres tienen 1 hijo representativo del 33.3 por ciento y solo 2 mujeres tienen 3 hijos para un 3.3 por ciento .El periodo intergenésico muestra un predominio del corto para una 55.5 por ciento existiendo poca diferencia con el periodo largo quedando representado por 23 féminas para un 51.1 por ciento; respecto a los antecedentes de hijos con bajo peso se encontraron 3 pacientes para un 6.6 por ciento.

Estos resultados guardan relación con la tabla Nro 4 donde se expone la prevalencia en la muestra estudiada de mujeres multigesta, teniendo en cuenta que esta categoría se ha considerado en este estudios en mujeres que han tenido 2 o más hijos, lo que puede representar un factor de riesgo asociado al periodo intergenésico pues el 55.5 de la muestra estudiada refirió un periodo

intergenésico corto , lo cual coincide con lo descrito por la literatura consultada.

Polanco Rosales⁵² plantean que se debe tener en cuenta que el período intergenésico corto, por lo que en este estudio este es representativo de riesgo para la mujer constituyendo un riesgo para el bajo peso al nacer en esta investigación

Diferentes estudios consultados sobre el periodo intergenésico adecuado para la concepción muestran resultados contradictorios al respecto , en el estudio de Rivas ⁵³, el 100% de madres con período intergenésico corto tuvieron hijos con bajo peso (37madres), mientras que Villafuerte ²³ señala en su estudio que un 58% (33 madres) tuvieron hijos con BPN con un período intergenésico menor de 2 años , Franco-Monsreal ⁵⁴ señala que el no tener período intergenésico corto puede ser un factor protector según su serie en la que encontró un riesgo de 0.3. En nuestro estudio encontramos poca diferencia entre las mujeres estudiadas sobre el periodo intergenésico corto y largo , por lo que concordamos con los autores mencionados, debido a que el período intergenésico corto y largo son un factor de riesgo en el recién nacido con bajo peso, observándose en este estudio solo 3 mujeres tuvieron antecedentes de hijos con BP y con periodo intergenésico corto (2) y una con periodo largo lo cual infiere cierta relación con lo planteado por los autores mencionados .

Tabla Nro. 6: Distribución de la evaluación nutricional en pacientes con riesgo preconcepcional. CMF No 26: Barajagua 2019-2021

Evaluación Nutricional	Nro	%
Peso Insuficiente	2	4.4
Normopeso	13	28.8
Obeso	17	37.7
Sobrepeso	13	28.8

Fuente: Encuesta

N= 45

La tabla Nro 6 muestra la evaluación nutricional de las mujeres en la consulta de riesgo preconcepcional, mayor número de pacientes con obesidad observándose en una frecuencia absoluta de 17 para un 37.7 por ciento, el normopeso y sobrepeso se observó con la misma frecuencia en la muestra estudiada representativo en 13 pacientes respectivamente para el 28.8 por ciento, dos pacientes se encontraron con peso insuficiente para un 4.4 por ciento.

El estado nutricional de la madre tiene un efecto determinante en el crecimiento fetal y en el peso del recién nacido. Hay pruebas de que el aumento de peso total durante el embarazo sirve para predecir el peso al nacer, aunque este último también se ve afectado por el estado nutricional y la talla de la madre antes del embarazo.

La importancia de la nutrición materna en el transcurso del embarazo ha sido demostrada, con amplitud aunque la mayor parte de los esfuerzos en los países en vía de desarrollo se han orientado a analizar la relación con el déficit de peso materno. La creciente epidemia de obesidad existente en la población femenina, pone a los expertos a realizar estudios sobre el aumento exagerado de peso, donde se presentan diversos problemas asociados. En la mayor parte

de revisiones la ganancia de peso gestacional contribuyó a explicar que el peso inicial determina una fracción importante de los riesgos asociados a la obesidad. Este factor se observa en este estudio como un riesgo pues la prevalencia de obesidad y sobrepeso en las mujeres estudiadas es alta.

En el análisis de la literatura que se realizó para esta investigación se han encontrado varias publicaciones, que han considerado el peso ideal como un factor de riesgo preconcepcional, investigación realizada en Cuba por Ardevol⁵⁵, en el 2011 en el Hospital Amalia Simoni, del municipio de Florida en la provincia Camagüey, relacionada con labor educativa con mujeres que tenían riesgo preconcepcional, se encontró que el 15,6 % de las mujeres se encontraban desnutridas y el 12,4 % eran obesas, el trabajo llevado a cabo en Perú por la investigadora Alvino Mamani⁵⁷, relacionada con factores de riesgo preconcepcional en usuarias del Servicio de Planificación Familiar del Instituto Nacional Materno Perinatal encontró que el 23,3 % de las mismas tenían sobrepeso y un 9,6 % de obesidad. Lo cual guarda concordancia con nuestros resultados y refuerza lo referido por la literatura sobre la obesidad y el sobrepeso como riesgo para la salud materna y el fruto de la concepción

Tabla Nro 7: Distribución de los antecedentes patológicos personales de las pacientes con riesgo preconcepcional . CMF No 26: Barajagua 2019-2021

Antecedentes Patológicos personales	Nro	%
HTA	12	26.6
DM	4	6.6
Cardiopatía Isquémica	2	4.4
Asma Bronquial	9	20.0
Anemias	6	13.3
Infecciones vaginales	22	48.8
Hepatopatías	0	0.0
Otras	2	4.4

Fuente: Encuesta

N=45

La muestra estudiada, según antecedentes patológicos personales representada en la tabla Nro 7 , se observó predominio de las infecciones vaginales con 22 casos representando el 48.8 por ciento , la HTA en 12 pacientes (26.6 por ciento) ,mientras que el asma bronquial estuvo presente en 9 casos (20.0 por ciento) , la anemia fue referida por 6 pacientes (13.3 por ciento).En menor cuantía están las patologías circulatorias y las enfermedades tiroideas enmarcadas en otras.

En este estudio se observaron APP como un factor de riesgo presente en la muestra estudiada, pues se encontraron pacientes concomitando con una o más patologías como la HTA y DM, también casi la mitad refirió como antecedente alguna infección vaginal; aunque no fue objeto de estudio las causas de las infecciones vaginales a criterio de la autora la aparición de la infección vaginal puede estar asociada por el aseo inadecuado y el no hervir el agua para el aseo, sumado a la alta contaminación por diferentes bacterias y otros microorganismos presentes en las aguas. Otra de las causas que pudieran provocar en la población estudiada la alta incidencia de sepsis vaginal puede estar relacionada con el no uso de medios de protección para un sexo seguro.

Las infecciones vaginales causan trastornos en la vida social, personal, psicosexual y laboral de las mujeres afectadas. Las infecciones cérvico-vaginales se presentan con una incidencia de 7-20 % de las mujeres por año. Su significado e importancia clínica tienen que ver con implicaciones de orden social, riesgo de contagio al compañero sexual y, en el caso de la embarazada, riesgos para el feto y el recién nacido.⁵⁷⁻⁵⁹

Investigaciones científicas han demostrado que, en mujeres con infecciones vaginales frecuentes no tratadas o mal manejadas, pueden aparecer complicaciones serias durante el embarazo como abortos, parto pre-término que resulta en bebés con bajo peso al nacimiento y rotura prematura de membranas, enfermedad pélvica inflamatoria (EPI), infertilidad o esterilidad.⁵⁷⁻

59

A lo largo de las últimas décadas, se han realizado esfuerzos ingentes en el Programa Nacional de Planificación Familiar; sin embargo, este siglo XXI propone como meta lograr gestaciones en momentos y condiciones óptimas, ya que a pesar de la gratuidad y accesibilidad de los servicios médicos y elevado nivel de instrucción de la población cubana muchas mujeres se embarazan cuando sobre ellas influyen factores biológicos, psicológicos, sociales y ambientales potencialmente negativos para las mismas y el producto de su concepción, lo cual trae como consecuencia directa morbilidad y mortalidad materno-infantil y bajo peso al nacimiento.⁵⁷⁻⁵⁹

En estudio realizado por Puentes Colombé en mujeres con riesgo reproductivo preconcepcional, según enfermedades crónicas asociadas, el 39,6 % presentaron hipertensión arterial, el 34 % asma bronquial y un 9,4 % de cardiopatías. Otras como: diabetes mellitus, epilepsias y afecciones del tiroides, se agruparon en el 17 %. Un 50,9 % de afecciones vulvovaginales fue obtenido como antecedente ginecológico y un 83,9 % tenía un periodo intergenésico corto, entre los antecedentes obstétricos. Riesgos que están presentes en las mujeres de este estudio este estudio, coincidiendo con lo observado por este autor en su investigación.⁶⁰

Las afecciones vulvovaginales son un signo importante dentro de las afecciones ginecológicas que motivan a la población femenina en edad fértil a asistir a la consulta del médico de familia. En países como Brasil, México y Venezuela se han incrementado el número de mujeres con riesgo, en la población de mujeres menores de 20 años ha llegado hasta un 25 o un 30 % del total. En estos estudios han sido encontrados entre las principales causas de riesgo la actividad sexual activa a edades muy tempranas; la presencia de enfermedades crónicas, donde las más significativas han sido la hipertensión arterial, asma bronquial, diabetes mellitus, las cardiopatías y la desnutrición materna entre otras.⁶¹⁻⁶³

Tabla Nro 8: Resultados de la evaluación de las dimensiones del conocimiento en el diagnóstico previo a la aplicación de la estrategia educativa CMF No 26 : Barajagua 2019-2021

Temas Evaluados en la Intervención	No satisfactorios		Satisfactorios	
	Nro	%	Nro	%
Factores de riesgo preconcepcional	37	82.2	8	17.7
Periodo intergenésico	27	51,1	18	40.0
Embarazo en la adolescencia	24	53.3	24	46.6
Enfermedades crónicas	26	57.7	1926	42.2
Hábitos tóxicos	27	60.0	18	40.0
Nutrición	29	64.4	16	35.5
Antecedentes obstétricos desfavorables	27	60.0	18	40.0
Métodos anticonceptivos	32	71.1	23	28.8
Infecciones vaginales	27	60.0	18	40.0

Fuente: Cuestionario

N=45

La tabla representa los resultados de la aplicación del cuestionario de aplicar la intervención educativa, se pudo constatar el poco conocimiento en el diagnóstico inicial, del estudio donde más de la mitad de las participantes tenían un conocimiento no satisfactorio en los factores de riesgo preconcepcional el 82.2 por ciento (37 pacientes), respecto Métodos anticonceptivos 71.1 por ciento(32) sobre la nutrición el 64.4 por ciento (29 mujeres),los antecedentes obstétricos desfavorables y las infecciones vaginales y hábitos tóxicos 60.0 por ciento (27 mujeres), , mientras que el periodo intergenésico obtuvieron una puntuación no satisfactoria el 51.1 por ciento (23 mujeres),se pudo observar que las demás dimensiones superaron el desconocimiento desfavorable en más del 50.0 por ciento .

Según los resultados observados las necesidades de aprendizaje de las mujeres en relación con el riesgo reproductivo son elevadas, el autor considera

que educando a las mujeres en cuanto a los riesgos reproductivos se puede obtener un fruto de la concepción deseada y con mejor calidad de vida.

Los resultados observados en el diagnostico en la etapa inicial, muestra que las mujeres participantes en la investigación presentaron un bajo conocimiento sobre las diferentes dimensiones, por lo cual estuvimos en presencia de un grupo donde como profesionales debemos enfocar un trabajo preventivo sobre las mujeres en edad reproductiva, las acciones en la consulta sobre la planificación familiar , el uso de medios de protección para evitar los embarazos no deseados, resultados del alto índice de mujeres con interrupciones voluntarias del embarazo lo cual pudiera revertirse con el trabajo preventivo en esta comunidad y llevar a cambios de conductas en favor de la salud de la madre y el fruto de su concepción, por lo que debe involucrar no solo a la futura madre sino también a la familia, eslabón fundamental de la sociedad

Al realizar un análisis del comportamiento por las diferentes dimensiones de conocimientos de los factores de riesgo preconcepcional hay que señalar que en los trabajos revisados en ninguno de ellos se ha estructurado la evaluación del conocimiento teniendo en cuenta varias dimensiones, ya que la mayoría de ellos hacen mención a factores de riesgo de manera individual, lo que dificulta la comparación con los mismos. Si las mujeres sabrían reconocer la edad adecuada se podría evitar las complicaciones que este trae, las infecciones vaginales y el bajo peso, así como el uso de protección para el sexo seguro.⁵⁹⁻

65

Resultados similares fueron encontrados por Estrada Nelson⁶³, en el estudio Epidemiología del riesgo reproductivo preconcepcional de causa genética identificándose en ese estudio un inadecuado nivel de conocimientos de las femeninas de su comunidad. Resultados que son similares a los encontrados en este estudio

Otra investigación realizada y relacionado con el tema que se aborda en este estudio, fue el que se realizó en la provincia de Ciego de Avila refiere que el conocimiento no satisfactorio va en contra del control y manejo adecuado del

riesgo en mujeres en edad fértil debido a que, debe involucrarse el equipo básico de atención integral en salud y la pareja para un correcto manejo, donde esta haga parte activamente y tome las decisiones según sus condiciones biológicas, psicológicas, sociales, culturales con lo cual concuerda la autora de este trabajo. El conocimiento no satisfactorio impide una correcta adopción de conductas saludables y de autocuidado provocando una incorrecta toma de decisiones para saber cuándo es el momento más adecuado del embarazo, de ahí radica la importancia de su educación y quien más adecuado que el Médico Familiar que conoce la realidad de la comunidad y la familia.⁶⁴

En esta investigación se encontró coincidencia con el estudio realizado por González Portales⁶⁵ donde las mujeres estudiadas mostraron poco conocimiento acerca del control del riesgo reproductivo, debido al insuficiente conocimiento. Si la mujer conoce su condición de riesgo, podrá desarrollar capacidades para tomar decisiones responsables en materia sexual y reproductiva, según criterio de este autor, 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 negativos del programa materno infantil. Procrear, ser padre o madre, es una maravillosa experiencia, fuente de alegría, realización personal y social, pero para ello es necesario estar preparado adecuadamente. Muguercia Silva⁶⁶ plantean que en la actualidad se encuentra bien documentada los elementos metodológicos para el manejo integral del riesgo preconcepcional

La autora de esta investigación coincide con lo planteado por Arrate Negret⁴ y Martínez Abreu⁶⁷ los cuales refieren que, en los últimos años, los estudios médicos han revelado que la planificación familiar es un componente esencial en las estrategias de salud, por lo que se afirma que existe una estrecha relación entre el riesgo preconcepcional y la planificación familiar, ambos vistos como estrategia de salud. Ver estos aspectos como estrategia significa también un elemento de cambio sociocultural, ya que es un derecho y un deber de toda persona responsable.⁶¹

La literatura revisada nacional e internacional también ha estudiado el riesgo preconcepcional desde diferentes dimensiones del conocimiento, encontramos trabajos con resultados similares donde el nivel educacional y económico, las infecciones vaginales, enfermedades crónicas y las edades extremas en el embarazo fueron factores de riesgo para el bajo peso al nacer.⁶⁰⁻⁶⁸

Los autores Gámez Urgellés⁵⁸ y Lemay Valdés⁵⁹ coinciden en que si la mujer conoce su condición de riesgo, permitirá desarrollar en ellas, 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

Tabla Nro 9: Evaluación de los conocimientos de los conocimientos posterior a

Temas Evaluados en la Intervención	No satisfactorios		Satisfactorios	
	Nro	%	Nro	%
Factores de riesgo preconcepcional	4	8.8	41	91.1
Periodo intergenésico	7	15.5	38	84.4
Embarazo en la adolescencia	5	33.3	40	88.8
Enfermedades crónicas	3	6.6	42	93.3
Hábitos tóxicos	9	20.0	38	84.4
Nutrición	11	24.4	34	75.5
Antecedentes obstétricos desfavorables	6	13.3	39	86.6
Métodos anticonceptivos	2	4.4	43	95.5
Infecciones vaginales	9	20.0	41	91.1

la intervención de la estrategia educativa CMF No 26 : Barajagua 2019-2021

Fuente : Cuestionario

N= 45

La tabla representa los resultados de la aplicación del cuestionario posterior a la estrategia de intervención educativa, se pudo constatar el aumento del conocimiento en las mujeres estudiadas, los conocimientos satisfactorio en los sobre los métodos anticonceptivos 95.5 por ciento versus 4,4 por ciento de conocimiento desfavorable en el tema, factores de riesgo preconcepcional el 82.2 por ciento (37 pacientes), sobre la nutrición el 64.4 por ciento (29 mujeres),los antecedentes obstétricos desfavorables y las infecciones vaginales (27 mujeres), representaron el 60.0 por ciento, mientras que el periodo intergenésico obtuvieron una puntuación no satisfactoria el 51.1 por ciento (23 mujeres) . Positivo se pudo observar en las pacientes los conocimientos respecto métodos anticonceptivos (71.1 por ciento), hábitos tóxicos (60.0 por ciento) y el embarazo en la adolescencia en el momento inicial del diagnóstico, donde se pudo constatar que el 53.3 por ciento de la muestra mostro un conocimiento satisfactorio sobre los temas evaluados y

posterior a la intervención quedaron reforzados observándose el 88.8 por ciento .

La necesidad de evaluar el estado nutricional de la gestante se ha convertido en una prioridad, debido a que en los últimos años numerosos estudios han demostrado la relación entre el estado nutricional materno con el peso bajo al nacer, incremento de la morbilidad neonatal, retardo o detención del crecimiento y riesgo de retraso psicomotor posterior, fundamentalmente en los países subdesarrollados y en los en vías de desarrollo. Es de gran importancia determinar el estado nutricional inicial de la madre ya que se utiliza para predecir el riesgo inicial de peso bajo al nacer y para determinar las recomendaciones en relación con la ganancia de peso materna durante el embarazo y la intervención nutricional requerida. Aunque en esta investigación el estado nutricional por defecto no resultó ser un alto índice, si se pudo encontrar una alta prevalencia de nutrición por exceso, observándose un alto número de mujeres con obesidad y sobrepeso

El reconocimiento de las enfermedades no transmisibles (ENT) tienen un efecto directo sobre el embarazo, de ahí la importancia de que si estas se encuentran presentes en una mujer en edad fértil, debe estar bien controlada para que en el momento en que sea oportuno la mujer quede embarazada. Estas enfermedades durante el embarazo tienen una mayor probabilidad de descompensación, porque a pesar de ser un acto fisiológico constituye una sobrecarga para el organismo que afecta todos los aparatos y sistemas del organismo lo cual trae efectos secundarios como son: la morbilidad materna y la mortalidad materna, perinatal o infantil. En este estudio se evidenció que las mujeres de forma positiva aumentaron los conocimientos satisfactorios sobre las principales enfermedades crónicas no transmisibles que puede padecer una mujer, ya que 42 de ellas que corresponden al 93.3 por ciento respondieron satisfactoriamente posterior a la intervención.

En los estudios realizados en nuestro país y que fueron revisados para esta investigación, aunque no en mujeres con riesgo preconcepcional y realizadas a mujeres embarazadas se evidenció que las principales ENT que estuvieron presentes fueron: La hipertensión arterial, seguida de la diabetes mellitus , Otra

de las investigaciones revisadas señala que la principal ECT encontrada en el grupo de mujeres estudiadas fue: el asma bronquial , seguido por la Las mujeres fumadoras o las no fumadoras pero que están expuestas al humo del tabaco, y tienen mayor riesgo de tener hijos de bajo peso al nacer, así como el mayor riesgo de contraer infecciones y otros problemas de salud como: Malformaciones congénitas como el labio leporino, el paladar hendido y malformaciones cardíacas.⁶⁰⁻⁶⁷

En estudios realizados en Ecuador, lo que se describe es la presencia de estas enfermedades como factores de riesgo en la mujer ya embarazada, pero en ninguna se investigó acerca del conocimiento que tienen las mujeres en edad fértil acerca de estas enfermedades; siendo las principales la edad, situación económica precaria, falta de controles prenatales, desnutrición además de las enfermedades no transmisibles hipertensión, diabetes, cardiopatías etc ⁶⁸

Teniendo en cuenta el resultado de esta investigación, se hace evidente que el trabajo realizado con este grupo poblacional y a pesar de la situación epidemiológica que se ha vivido en el periodo que se ha enmarcado la investigación, se ha podido trabajar con un grupo de riesgo poblacional obteniendo resultados positivos e importantes para el conocimiento el cual permitirá reconocer la necesidad de un cambio de actitudes y creencias sobre la salud reproductiva

Son múltiples las clasificaciones del riesgo reproductivo Preconcepcional, sin embargo, ninguna de ellas sustituye al pensamiento médico para cada caso individual, de manera que las mujeres en edad reproductiva, deberán ser cuidadosamente evaluadas, para identificar en ellas los posibles factores de riesgo que incrementen su vulnerabilidad durante la reproducción, y trazar estrategias para eliminarlos o modificarlos. ^{66,70}

Principales resultados

1. Mayor representación del grupo de 25 a 34 años con un 55.5 por ciento, con nivel educacional secundario 51.1 por ciento.
2. Predominio del estado civil de unión consensual representando el 44.4 por ciento, con una frecuencia absoluta de 20 mujeres trabajadoras para el 45.5 por ciento.
3. Respecto al nivel socioeconómico se constató una frecuencia de bueno y regular en la población estudiada con una frecuencia absoluta de 23 y 22 representando el 51.1 y 48,8 por ciento.
4. En la muestra estudiada que el 42.2 por ciento no tenía ningún hábito tóxico, observándose 17 mujeres fumadoras representativo del 17.7 por ciento mientras que 11.1 por ciento refirieron ser consumidoras de alcohol.
5. Los antecedentes obstétricos de las mujeres estudiadas: con un predominio de las mujeres multigestas para una frecuencia absoluta de 32 (71.1 por ciento), alto número alto de abortos en la frecuencia de 2 para el 42.2 por ciento ; a predominio de las interrupciones voluntarias con 39 para un 86.6 por ciento.
6. El 82.2 por ciento de las mujeres tiene hijos, período intergenésico a predominio del corto para una 55.5 por ciento existiendo poca diferencia con el periodo largo quedando representado por 23 féminas para un 51.1
7. Según estilos de vida, mayor número de mujeres con obesidad observándose en 17 para un 37.7 por ciento, el sobrepeso y normopeso se observó con la misma frecuencia representativa en 13 pacientes respectivamente para el 28.8 por ciento.
8. Antecedentes patológicos personales, predominio de las infecciones vaginales con 22 casos representando el 48.8 por ciento, la HTA en 12 pacientes (26.6 por ciento),mientras que el asma bronquial estuvo presente en 9 casos (20.0 por ciento).

9. Conocimiento no satisfactorio: en los factores de riesgo preconcepcional, métodos anticonceptivos, nutrición, los antecedentes obstétricos desfavorables, infecciones vaginales y hábitos tóxicos.
10. La intervención elevó los conocimientos en las dimensiones evaluadas con porcentajes superior al 80.0 por ciento.

Conclusiones

La estrategia educativa, modifico el conocimiento sobre los factores de riesgo preconcepcional, lo que permitirá reducir las posibilidades de concebir embarazos con riesgo de bajo peso al nacer.

Recomendaciones

Dar a conocer los resultados de esta investigación reviste gran importancia pues replicar este tipo de estudio en otras comunidades puede ser la posible solución ante la vulnerabilidad del problema, llevar a cabo programas educativos que aumenten el conocimiento de la población susceptible, así como la eficacia de las técnicas de educación para la salud, donde el médico y la enfermera juegan un rol importante en la atención a la familia y la comunidad.

Referencias bibliográficas

1. OMS.Nacimientos prematuros. [Internet]. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2016 [citado 29 Ene 2020]; Disponible en : www.who.int/mediacentre/factsheets/fs363/es/.
2. Victora C. Anthropometric Characterization of Impaired Fetal Growth: Risk Factors for and Prognosis of Newborns with Stunting or Wasting. JAMA Pediatr [Internet]. 2015 [citado 29 Ene 2020]; 169(7): 151-431. Available from : <https://jamanetwork.com/journals/jamapediatrics/articlepdf/2337242/poi150040.pdf>
3. Mombiola Guillén A, López Valls L, Marín Calduch M, Arasa Subero MM, Cardona Espuny C. Atención preconcepcional: prevención primaria. Rev Investigación en Mujer, Salud y Sociedad. [Internet] 2016 [citado 28Nov 2021]; 1(1): [aprox. 5p.]. Disponible en: [http://revistes.ub.edu/index.php/MUSAS/article/download/vol1.num1.6/18491 /](http://revistes.ub.edu/index.php/MUSAS/article/download/vol1.num1.6/18491/).
4. Arrate-Negret MM, Linares-Despaigne MJ, Cuesta-Navarro AL, Isaac-Rodríguez LM, Molina- Hechavarría V. Caracterización epidemiológica de mujeres con riesgo preconcepcional. MEDISAN [Internet]. 2017 [citado 2020 Ago 16]; 21(2), 150-156. Disponible en: [http://www.-medigraphic.com/pdfs/medisan/mds-2017/mds172c.pdf](http://www.medigraphic.com/pdfs/medisan/mds-2017/mds172c.pdf).
5. Pérez ZF, Fernández LL, Baños LL. Caracterización clínico epidemiológica del bajo peso al nacer. Rev Cubana Med Gen Int [Internet]. 2015[citado 2020 Ago 16]; 31:27-34. Disponible en: <http://www.revcubmedgenint.sld.cu>
6. Fernández Borbón H, Gerez Mena S, Ramírez Pérez N, Pineda Bouzón A. Caracterización de la terminación voluntaria del embarazo en adolescentes. Rev Cubana Obstetricia y Ginecología. [Internet] 2014 [citado 28 Feb 2020]; 40(2): [aprox. 8 p.]. Disponible en:http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0138-600X2014000200007
7. Lugones-Botell M. Atención preconcepcional como estrategia básica para prevenir y disminuir la mortalidad materno-infantil. Rev Cubana Obstet Ginecol [Internet]. 2016 Mar [citado 2020 Jun 02]; 42(1). Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0138-600X2016000100001&lng=es.

8. WHO. Global nutrition targets 2025: low birth weight policy brief. [Internet]. Geneva: World Health Organization; 2017 [citado 29 Ene 2020] Available from: www.who.int/nutrition/topics/globaltargets_lowbirthweight_policybrief.pdf
9. Nápoles-Méndez D. Principales resultados en el Programa de Atención Materno-Infantil durante el 2017 y nuevas estrategias en Cuba para el 2018. MEDISAN [Internet]. 2018 Feb[citado 2020 Jun 23]; 22(2): 217-219. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1029-30192018000200015&lng=es.
10. González Portales A, Rodríguez Cabrera A, Jiménez Ricardo M. El riesgo preconcepcional y su vínculo con la salud materna. Rev Cubana Med Gen Integr. [Internet]. 2016 [citado 29 feb 2020];35(3):[aprox. 9 p.]. Disponible en: <http://www.revmgi.sld.cu/index.php/mgi/article/view/115>
11. Garrido Riquenes C. Riesgo reproductivo. En: Álvarez Sintés R. Temas de Medicina General Integral. La Habana: Editorial Ciencias Médicas; 2008. p. 514–20.
12. Hernández Dieguez E Y. Determinantes sociales y el bajo peso al nacer. Municipio Abreus 2010-2012. [Tesis] Cienfuegos: Universidad de Ciencias Médica de Cienfuegos; 2013.
13. Delgado-Acosta H, Monteagudo-Díaz S, Rodríguez-Buergo D, Vega-Galindo M, Sotolongo-Acosta M. Estratificación del bajo peso al nacer desde un enfoque de determinantes sociales. Revista Finlay [Internet]. 2013 [citado 2019 marzo 7]; 3(1): [aprox. 10 p.]. Disponible en: <http://www.revfinlay.sld.cu/index.php/finlay/article/view/171>
14. Cuba. Ministerio de Salud Pública. Anuario estadístico de salud 2019 [Internet]. La Habana: Dirección de registros médicos y estadísticas de salud; 2020 [citado 5 Jun 2020]. Disponible en: <http://files.sld.cu/bvscuba/files/2020/05/anuario-estadistico-de-salud-2020.pdf>
15. Cienfuegos: Cumanayagua. Informe Anual Estadístico 2019. Policlinico Cumanayagua: Departamentos de Estadísticas; 2020
16. Rigol Ricardo O, Santisteban Alba S. Obstetricia y Ginecología. 3ra ed. [Internet]. La Habana: Editorial Ciencias Médicas; 2014 [citado 29 Nov 2016]. Disponible en: http://www.bvs.sld.cu/libros_texto/ginecologia_obstetricia_3raedicion/cap25.pdf

17. Colectivo de autores. Manual de Procedimientos de Hogares Maternos. La Habana: Editorial Ciencias Médicas; 2015. p. 47-53.
18. Colectivo de autores. Manual de procedimientos para la atención a la salud sexual y reproductiva de las mujeres. La Habana: Editorial Ciencias Médicas; 2015. p. 70-81.
19. Domínguez Cruz AM. Planificar la gestación es esencial para un embarazo saludable. [Internet]. La Habana: Periódico Granma; 2014 [consultado 20 May 2021]. Disponible en: <http://www.granma.cu/cuba/2014-09-07>
20. López González A, Rodríguez Suárez A, Calzadilla Cámara A, Fernández Gómez R. Eventos maternos asociados al bajo peso al nacer en un municipio de la ciudad de La Habana. Rev Cubana Aliment Nutr [Internet]. 2019 [citado 29 feb 2020];29(1):64-84. Disponible en : <http://www.revnutr.sld.cu>
21. Telpez-García IM, Acevedo-Vega MA, Falcón-Segura B. Caracterización de mujeres del municipio Manatí con riesgo reproductivo preconcepcional. Revista Electrónica Dr. Zoilo E. Marinello Vidaurreta. [Internet]. 2018 [citado 29 feb 2020]; 43(1). Disponible en: <http://www.revzoilomarinello.sld.cu/index.php/zmv/article/view/1242>
22. Robaina Castellanos G R. Bajo peso al nacer, prematuridad y enfermedades crónicas en la adultez. Rev Cubana Pediatr [Internet]. 2017 Jun [citado 2020 Jun 29] ; 89(2): 108-12. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-75312017000200001&lng=es.
23. Villafuerte Reinante Y. Risk Factors Associated with Low Birth Weight. Cienfuegos Municipality. 2010-2014. Medisur [Internet]. 2016 Feb [citado 2020 Jun 29] ; 14(1): 34-41. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1727-897X2016000100008&lng=es
24. OPS. Indicadores de salud. Aspectos conceptuales y operativos [Internet]. Washington, D.C: Organización Panamericana de la Salud; 2016 [citado 29 feb 2020]. 12. p. Disponible en <http://www.paho.org>
25. Telpez-García IM, Acevedo-Vega MA, Falcón-Segura B. Caracterización de mujeres del municipio Manatí con riesgo reproductivo preconcepcional. Revista Electrónica Dr. Zoilo E. Marinello Vidaurreta. [Internet]. 2018 [citado 29 feb 2020]; 43(1). Disponible en: <http://www.revzoilomarinello.sld.cu/index.php/zmv/article/view/1242>

- 26..Alvarez Sintés R. Medicina General Integral. La Habana : Editorial Ciencias Médicas ; 2014
27. Valenzuela T. Herramientas de comunicación para el desarrollo de entornos saludables. Washington: OPS/OMS; 2006. p. 248
28. México. Programa de acción específico 2007-2012 "Promoción de la Salud. Una nueva cultura"[Internet]. México: Secretaría de Salud; 2013 [citado 29 feb 2020]. Disponible en: http://www.promocion.salud.gob.mx/dgps/descargas1/programas/promocion_de_la_salud_una_nueva_cultura.pdf
29. Alerm A, Rivero Pino R. Salud genética y envejecimiento poblacional en Cuba. Estrategia de promoción-prevención local-comunitaria. Propuesta de proyecto de investigación. La Habana: Centro Nacional de Genética Médica; 2018.
30. Arroyo H, Cerqueira MT. La Promoción de la salud y la educación para la salud en América Latina. Un análisis sectorial. San Juan, Puerto Rico: Universidad de Puerto Rico; 1997. p. 36.
31. Proenza Rodríguez R. Estrategia de superación para la prevención del riesgo genético en la comunidad dirigida a profesionales de enfermería. [Internet]. Camagüey: Convención TecnoSalud.; 2016 [citado 29 feb 2020]. Disponible en: <http://www.tecnosalud2016.sld.cu/index.php/tecnosalud/2016/schedConf/presentations>
32. Pérez Herrera M, Orive Rodríguez NM, Pérez Urquiza R, Serrano Barrera OR. Promoción y educación para la salud genética. Resultados y proyecciones en la provincia Las Tunas. Rev Cub de Gene Comu. [Internet]. 2013 [citado 29 feb 2020]; 7(2):12-8. Disponible en :
33. Rivero Pino R. La promoción-prevención con enfoque comunitario en salud genética. Resultados sobre su divulgación en Cuba. Rev Cub de Gene Comu. [Internet]. 2017 [citado 29 feb 2020]; 11(2):31-7. Disponible en : <http://www.revcubgenmed.sld.cu>
34. Calderín Santos E . Intervención educativa sobre el embarazo en la adolescencia. [Tesis] Cienfuegos : Universidad de Ciencias Médicas; 2012. 97 p
35. Arrate Negret MM, Linares Despaigne MJ, Cuesta Navarro AL, Isac Rodríguez LM, Molina Hechevarría V. Caracterización epidemiológica de mujeres con riesgo preconcepcional. MEDISAN [Internet]. 2017 feb [citado 7 Jun 2021] ; 21(2):147-52. Disponible

en:http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1029-30192017000600001&lng=es.

36. González Portales A, Rodríguez Cabrera A, Jiménez Ricardo M. El riesgo preconcepcional y su vínculo con la salud materna. Rev Cubana Med Gen Integr [Internet]. 2016 Sep [citado 2021 Sep 26] ; 32(3). Disponible en:http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-21252016000300013&lng=es.
37. Clua Calderin AM. Situación de salud en Cuba. Indicadores Básicos. 2015 [citado 25 Ene 2016]. Disponible en: <http://www.sld.cu/sitios/dne/verpost.php?blog=http://articulos.sld.cu/dne&p>
38. Lugones Botell M. Embarazo en la adolescencia, importancia de su prevención en la Atención Primaria de Salud. Rev Cubana Med Gen Integr [Internet]. 2014 Mar [citado 2017 Abr 21]; 30(1): 1-2. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-21252014000100001&lng=es.
39. Pérez-Rodríguez L, Utrera-Díaz G, Toledo-Yanes P. Factores de riesgo reproductivo preconcepcional en mujeres del consultorio 12 del Área II. Cienfuegos, 2018. Medisur [Internet]. 2021 [citado 2021 Nov 29];19(4):[aprox. 7 p.]. Disponible en: <http://www.medisur.sld.cu/index.php/medisur/article/view/4957>
40. Fernández-Gómez J, Rodríguez-Pérez M, González de la Oliva G, Pérez-Valdez-Dapena D, Ortega-Figueroa L. Resultados perinatales de las pacientes con anemia a la captación del embarazo (enero 2015-diciembre 2016). Rev Cubana ObstetGinecol [Internet]. 2017 [citado 2021 Nov 29]; 43(2): 1-8. Disponible en :
41. 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 Sep 2021];30(1):36-47. Disponible en: http://scieloprueba.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-21252014000100004&lng=es
42. Maria Soledad T. Efectos del tabaquismo: Pre-concepcional, de padres a hijos, memoria también: de abuelas a nietos. Estilo de Vida, Salud y Vida. [Internet]. 2014 [citado 29 May 2021]. Disponible en: <http://miradorsalud.com/site/tag/cesacion-tabaquica>

43. López Baños LG, Barroso Gutiérrez M, Alonso Sicilia M, Morera Pérez M. Comportamiento del bajo peso al nacer. Rev Cubana Obstet Ginecol. [Internet]. 2014 Mar [citado 30 Oct 2021]; 40(1):24-34. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0138-600X2014000100004&lng=es.00X2011000300012&lng=es
44. Pérez Proenza A, Cruz Font JD, Rodríguez Urrutia A, Osorio Ferrer L, Santana Hernández M. Atención preconcepcional y resultados perinatales en la mujer diabética. Revccm. [Internet]. 2016 [citado 17 Oct 2021]; 20(4): [aprox. 9 p.]. Disponible en: <http://revccm.sld.cu/index.php/ccm/article/view/1>
45. Machón-Sobrado M, Vergara-Mitxeltoarena I, et.al. Situación actual de la investigación sobre las condiciones de vida y el estado de salud de las personas mayores en España. Enferm Clin. 2016 [citado 17 Oct 2021]; 26(1):15-22. Disponible en: <http://www.elsevier.es/enfermeriaclinica>
46. Vásquez Giler Y A, González Hernández A, et.al. Análisis de la situación de salud en Cerro Guayabal. Revista de Ciencias de la Salud. [Internet]. 2017 [citado 17 Oct 2021]; 1(1): [aprox. 9 p.] Disponible en: <http://www.revciencsoc.sld.cu>
47. Vega Hernández M, Vega Hernández M. Tendencia de la fecundidad en Cuba, sus principales causas y consecuencias. Rev Cubana Salud Pública. [Internet]. 2014 [citado 17 Oct 2021]; 40(2): [aprox 8 p.] Disponible en: <http://www.revscubsaludpub.sld.cu>
48. Salas Cabrera J. Estilos de vida saludables: un derecho fundamental en la vida del ser humano. Revista Latinoamericana de Derechos Humanos. [Internet] 2015 [citado 17 Oct 2021]; 26 (2): [aprox 8 p.] Disponible en: <http://www.revlatinoamderechoshumanos.com>
49. OMS. Informe sobre la salud en el mundo: Reducir los riesgos y promover una vida sana. . [Internet]. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2015 [citado 17 Oct 2021] Disponible en: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs311/es/>.
50. Ticona R M, Huanco AD. Factores de riesgo de la mortalidad perinatal en hospitales del Ministerio de Salud del Perú. Revista Cubana de Obstetricia y Ginecología. . [Internet]. 2011 [citado 17 Oct 2021]; 37(3): 431-43. Disponible en: <http://www.revscubobstginec.sld.cu>
51. Varona de la Peña F, Hechavarría Rodríguez N, Orive Rodríguez Nora M. Pesquisa de los riesgos preconcepcional y prenatal. Rev cubana Obstet Ginecol [Internet]. 2017 [citado 20 May 2020]; 36(4): 565-572. Disponible en:

http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0138600X2010000400010&lng=es.

52. Polanco Rosales A, Trinchet Rodríguez RA, Martínez Fonseca BA, Labrada Gómez N, Bien González MI. Caracterización de mujeres con riesgo preconcepcional en el CMF 24. Policlínico René Vallejo Ortiz. Multimed [Internet]. Nov-Dic 2019 [citado 21 May 2020]; 23(6):[aprox. 11 p.]. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1028-48182019000601232
53. Rivas M, Solís R. Factores de riesgo asociados a bajo peso al nacer en recién nacidos de madres atendidas en el Hospital Escuela Asunción de Juigalpa de Enero 2014 a Enero 2015 [Internet Nicaragua :Universidad Nacional Autónoma de Managua; 2015 [citado 2 de mayo de 2020]. Disponible en: <https://repositorio.unan.edu.ni/1418/>
54. Franco-Monsreal J, Castillo M, Hernández J, Serralta L del S. Factores de riesgo asociados al bajo peso al nacer. Cienc En Front [Internet]. Nov 2017 [citado 2 de Dic de 2021];14(2). Disponible en: <http://erevistas.uacj.mx/ojs/index.php/cienciafrontera/article/view/2017>
55. Ardevol D, Lluch A, Paz D. Labor educativa en mujeres con riesgo reproductivo preconcepcional. Rev enfer [Internet] 2011[citado 2 de Dic de 2021]; Disponible en: <http://www.revenfermeria.sld.cu/index.php/enf/article/view/224/126>.
56. Ortiz EI, Vásquez GA, Arturo MC, Medina VP. Protocolo de atención Preconcepcional. [Internet]. Colombia : Universidad de Bogotá; 2014. [citado 28 Nov 2021]. Disponible en: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/PP/SM-Protocoloatencion-preconcepcional.pdf>
57. Varona de la Peña F, Hechavarría Rodríguez N, Orive Rodríguez Nora M. Pesquisa de los riesgos preconcepcional y prenatal. Rev cubana Obstet Ginecol [Internet]. 2017 [citado 20 Nov2021]; 36(4): 565-572. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0138600X2010000400010&lng=es.
58. Gámez Urgellés L, Hechavarría Salazar L, Meriño Lao L, García Turro L, Francis Jarrosay D. Intervención educativa en mujeres con riesgo reproductivo preconcepcional. Rev Inf Cient [Internet]. 2018 [citado 20

- Nov 2021];75(3): [aprox. 10 p.]. Disponible en: <http://revinfcientifica.sld.cu/index.php/ric/article/view/825>
59. Lemay Valdés Amador C. Riesgo preconcepcional en la mujer diabética. Rev cubana Obstet Ginecol [Internet]. 2017 [citado 20 Nov 2021]; 36(1): 1-3. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0138600X20100001000001&lng=es-
60. Puentes Colombé M, Magalhaes Puentes HA, Suco Cáceres K, Concepción Ruiz AM, Hernández Peraza E. Comportamiento del riesgo reproductivo preconcepcional en mujeres fértiles de San Juan y Martínez. Rev Ciencias Médicas [Internet]. 2019 [30 Nov. 2021]; 23(6): 942-948. Disponible en: <http://revcmpinar.sld.cu/index.php/publicaciones/article/view/3971>
61. Álvarez Ponce V A, Alonso Uría R M. Riesgo preconcepcional. En: Álvarez Ponce V A, Alonso Uría RM. Hipertensión arterial y embarazos. La Habana: Editorial Ciencias Médicas [Internet]. 2018 [cited 20 Nov 2021]. Disponible en: http://www.bvs.sld.cu/libros/hipertension_arterial_embarazo/cap6.pdf
62. Chagimes Batista Y, Hernández Fernández A, Sánchez Álvarez de la Campa A I, Marín González M C, Rivera Alonso D. Comportamiento del riesgo preconcepcional genético. Rev Ciencias Médicas [Internet]. 2017 [citado 20 Nov 2021]; 17(4): 54-63. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S156131942013000400007&lng=es.
63. Santiesteban Alba S.. Riesgo preconcepcional. En: Santiesteban Alba, Stalina. Obstetricia y perinatología. Diagnóstico y tratamiento. La Habana, Ecimed [Internet]. 2012 [citado 20 Nov 2021]. Disponible en: http://www.bvs.sld.cu/libros/obstetricia_perinatologia/cap6.pdf
64. Estrada Nelson M, Agueida Carbonell L S, Galván Noa T. Epidemiología del riesgo reproductivo preconcepcional de causa genética. Policlínico Norte, municipio Ciego de Ávila. Medi ciego 2017 [citado 30 sep. 2020];17(2). Disponible en: http://bvs.sld.cu/revistas/mciego/vol17_02_2011/articulos/t-13.html
65. González Portales A, Rodríguez Cabrera A, Jiménez Ricardo M. Caracterización de mujeres con riesgo preconcepcional en un consultorio médico. Rev cubana Med Gen Integr [Internet]. 2016 [citado 20 Nov 2021]; 32(2): 178-90. Disponible en:

http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S086421252016000200005&lng=es.

66. Muguercia Silva J L, Ortiz Angulo L, Bertrán B, Kindelán Mercerón F M. Repercusión de los factores de riesgo reproductivos del hombre sobre la salud reproductiva de la mujer y su descendencia. MEDISAN [Internet]. 2018 [citado 20 Nov 2021]; 18(4): 485-93. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S102930192014000400004&lng=es.
67. Martínez Abreu J, Martínez Abreu J. El análisis de situación de salud de las comunidades y la evaluación el riesgo preconcepcional. Rev. Med. Electrón. [Internet]. 2016 [citado 20 Nov 2021]; 38(5): 663-65. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S168418242016000500001&lng=es
68. Rojas Riera JM. Diseño de estrategia de intervención educativa sobre riesgo preconcepcional. Consultorio N°28. Parroquia Pascuales. 2016. Guayaquil: Universidad Católica de Santiago de Guayaquil; 2017. [cited 23 Mar 2016] Available from: <http://repositorio.ucsg.edu.ec/bitstream/3317/7409/1/T-UCSG-POS-EGM-MFC-21.pdf97X2015000400008>.
69. Gámez Urgellés L, Hechavarría Salazar L, Meriño Lao L, García Turro L, Francis Jarrosay D. Intervención educativa en mujeres con riesgo reproductivo preconcepcional. Rev. Inf Cient [Internet]. 2018 [citado 30 Nov. 2021]; 75(3): [aprox. 10 p.]. Disponible en: <http://revinfcientifica.sld.cu/index.php/ric/article/view/825>
70. Hierrezuelo Rojas N, Álvarez Cortés Julia T, Subert Salas L, González Fernández P, Pérez Hechavarría G de los A. Calidad del proceso en la ejecución del programa de riesgo reproductivo preconcepcional. MEDISAN [Internet]. 2017 [20 Nov 2021]; 21(5): 518-26. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S102930192017000500002&lng=es.

Anexos

Anexos

Anexo No. 1 Consentimiento Informado Institucional.

El que suscribe: _____

Hago constar que estoy plenamente de acuerdo en que nuestra institución participe en la investigación titulado: Estrategia de intervención educativa en grupos de riesgo preconcepcional para la Prevención del bajo peso al nacer CMF Nro 26 Barajagua ,2019-2021 Cumanayagua previa explicación recibida por parte de la Dra. Vivian González Suarez; jefe del mismo y Dra.Yamila García Santos investigador .Nos fue explicado que:

Durante la investigación se les aplicarán varios instrumentos diseñado con el objetivo de identificar conocimientos y actitudes sobre el tema a investigar con una visión multifactorial los datos aportados en la misma se deben ajustar estrictamente a la realidad para no falsear los resultados del estudio.

Se mantendrá la confidencialidad de los datos personales a los que solo tendrán acceso las personas vinculadas a la investigación.

Se nos ha explicado claramente las actividades incluidas en el estudio, sus objetivos y los medios que serán utilizados en la misma.

Nuestro consentimiento de permitir el desarrollo del estudio es absolutamente voluntario y el hecho de no aceptar no tendrá ninguna implicación en la relación con el personal de salud.

Puede retirarse la institución en cualquier momento del protocolo de investigación que lo crea necesario sin que sea necesario explicar las causas y sin que esto afecte la relación con el personal de salud

Y para que así conste firmo el presente consentimiento conjuntamente con el Jefe del Proyecto a los ____ días del mes de _____ del ____

Firma del Director de la Institución

Firma Jefe de la Investigación

Anexo No. 2 Consentimiento Informado de las pacientes

La que suscribe: _____

En mi condición de persona adulta, _____ Hago constar que estoy plenamente de acuerdo en participar en la investigación titulado: Estrategia de intervención educativa en grupos de riesgo preconcepcional para la Prevención del bajo peso al nacer CMF Nro 26 Barajagua ,2019-2021 Cumanayagua previa explicación recibida por parte de la Dra. Vivian González Suarez; jefe del mismo y Dra.Yamila García Santos. Investigador. Nos fue explicado que:

Durante la investigación se aplicarán varios instrumentos diseñados con el objetivo de conocer los datos socio demográficos e identificar los conocimientos sobre el riesgo preconcepcional los cuales permitirán ampliar los conocimientos sobre el tema y repercutirá de manera positiva en la salud.

Se mantendrá la confidencialidad de mis datos personales aportados a los que solo tendrán acceso las personas vinculadas a la investigación.

Se me han explicado claramente las actividades incluidas en el estudio, sus objetivos y medios que serán utilizados en la misma.

Mi consentimiento para participar en el estudio es absolutamente voluntario y el hecho de no aceptar no tendrá ninguna implicación en la relación con el personal de salud.

Podré retirarme en cualquier momento que lo considere necesario, del protocolo de investigación sin que tenga que explicar las causas y sin que esto afecte la relación con el personal de salud y de los investigadores.

Y para que así conste firmo el presente consentimiento conjuntamente con el autor a los ____ días del mes de _____ del ____

Firma del paciente

Firma Investigador

Anexo Nro 3

Hoja recogida de datos sociodemográficos.

Estimada paciente las siguientes preguntas van dirigidas a conocer las características de usted , y que tienen como objetivo conocer los datos personales necesarios para la investigación Estrategia de intervención educativa en grupos de riesgo preconcepcional para la Prevención del bajo peso al nacer CMF Nro 26 Barajagua ,2019-2021 Cumanayagua previa explicación recibida por parte de la Dra. Vivian González Suarez; jefe del mismo y Dra.Yamila García Santos. Investigador. Le rogamos sea lo más precisa en sus respuestas

Gracias

1.Edad : _____

2-Estado civil:

2.1.____ Soltera

2.2.____ Casada

2.3____ Unión estable

2.4.____ Divorciada

2.5.____ Viuda

3. Nivel de Escolaridad

3.1.____ Primaria sin terminar

3.2____ Primaria completa

3.3___ Secundaria

3.4___ Superior

4-Ocupación

4.1. ___ Ama de casa

4.2. ___ Estudiante

5.Nivel socioeconómico

5.1. ___ Bueno

5.2. ___ Regular

5.3. ___ Malo

6-Antecedentes Patológicos Personales

6.1___HTA

6.2___Diabetes mellitus

6.3___Cardiopatía

6.4___Nefropatía

6.5___Asma bronquial

6.6___Hepatopatías

6.7___Anemias

7-Paridad

7.1___Primigesta

7.2___Multigesta

8-Si ha tenido embarazos y no han llegado a término marque con una x .

8.1___Aborto espontáneo

8.2____ Interrupción Voluntaria

9-Si su respuesta anterior ha sido positiva marque la opción correspondiente

9.1____ Nro abortos espontáneos .

9.2____Nro Interrupción voluntaria.

10-Antecedentes de Infecciones de transmisión sexual

10.1____ Si

10.2____ No

11- Antecedentes de hijos bajo peso

11.1____ Si

11.2____ No

12-Hàbitos Tóxicos

12.1____ Tabaquismo

12.2____ Alcoholismo

12.3____ Ambos

12.4____ Exfumadora

12.5____ No tiene ningún habito toxico

Anexo Nro 4

Cuestionario sobre conocimientos del riesgo reproductivo preconcepcional.

Estimada paciente: A continuación aparecen varias preguntas relacionadas con aspectos relacionados a los factores de riesgo reproductivo preconcepcional y que tienen como objetivo conocer los sus conocimientos al respecto y que se nos hace necesario para la investigación. Usted debe escribir una cruz (X) al lado de la opción que considere correcta. Le rogamos sus respuestas sean lo más sinceras posible

Por su atención, muchas gracias.

Nivel de conocimientos.

1. ¿Conoce usted lo que es el riesgo reproductivo preconcepcional?.

Seleccione con una cruz (X) el concepto correcto.

1.1___ Son los factores que determinan si una mujer puede o no tener relaciones sexuales.

1.2.___ Son los factores que tiene una mujer no embarazada que le producirán daños a ella y al bebé durante el proceso de reproducción

1.3.___ Son los factores que tiene una mujer no embarazada que le conducirán a un embarazo satisfactorio.

2.¿Conoce usted cuál es el tiempo ideal que debe mediar entre un embarazo y otro?

2.1.___ menos de 1 año.

2.2.___ entre uno y dos años

2.3.____ más de dos años

3.¿Conoce usted cuáles de las siguientes complicaciones se pueden derivar de un período intergenésico corto?

3.1.____ Anemia

3.2.____ Parto prolongado.

3.3.____ Abortos.

3.4.____ Muerte perinatal.

3.5.____ Recién nacidos con peso muy alto.

4.¿Conoce usted las edades en que más factible quedar embarazada?

4.1.____ menos de 20 años

4.2.____ entre 20 y 35 años.

4.3.____ más de 35 años.

5.¿Conoce usted si el embarazo en la adolescencia y en edades tardías se asocia a malformaciones congénitas en el recién nacido?

5.1.____ Sí

5.2.____ No

6.¿Conoce usted cuáles son las principales consecuencias del embarazo en la adolescencia?

6.1.____ Mayor mortalidad materna.

6.2.____ Bajo peso al nacer.

6.3.____ Mejor aprovechamiento docente de la futura madre.

6.4.____ Anemia.

6.5.____ Preeclampsia.

6.6.____ Recién nacidos grandes.

7.¿Conoce usted las principales consecuencias del embarazo en edades tardías?

7.1.____ Síndrome de Down.

7.2.____ Abortos espontáneos.

7.3.____ Diabetes gestacional.

7.4.____ Disminución de las cifras de presión arterial.

7.5.____ Partos prolongados.

7.6.____ Restricción del crecimiento intrauterino.

8.¿Conoce usted que las enfermedades no transmisibles pueden afectar el embarazo y además al recién nacido?

8.1.____ Sí

8.2.____ No

8.3.____ No sabe

9.¿Cuáles de las siguientes son enfermedades no transmisibles ?

9.1.____ Diabetes Mellitus

9.2.____ Rinofaringitis

9.3.____ Infección de vías urinarias.

9.4.____ Epilepsia

9.5.____ Cardiopatías

9.6.____ Hipertensión arterial

9.7.____ Enfermedades del tiroides.

10.¿Cuántas veces debe visitar al médico si usted padece una enfermedad crónica?

10.1.___1 vez al año

10.2.___ 2 a 3 veces en el año

10.3.___ 4 o más veces en el año

11.¿Conoce usted que los hábitos tóxicos son peligrosos para el embarazo y el desarrollo del futuro bebé?

11.1.___ Sí

11.2.___ No

12.¿Conoce usted los principales hábitos tóxicos que pueden influir en el embarazo y el recién nacido?

12.1.___Tomar bebidas azucaradas

12.2.___Tomar alcohol

12.3.___Realizar ejercicios

12.4.___Fumar cigarrillos

12.5.___Utilizar drogas

12.6.___ Café.

13.¿Conoce usted las principales complicaciones que pueden traer los hábitos tóxicos en el embarazo y el recién nacido?

13.1.____ Niños con peso muy alto al nacer

13.2.____ Abortos.

13.3.____ Preeclampsia.

13.4.____ Malformaciones congénitas.

13.5.____ Restricción del crecimiento intrauterino.

14.¿Conoce usted si es necesario tener un peso ideal para quedar embarazada?

14.1.____ Sí

14.2.____ No

15.En cuál de las siguientes categorías de peso se encuentra usted:

15.1.____ Normal

15.2.____ Bajo peso

15.3.____ Sobrepeso

15.4.____ Obesa

15.5.____ Desconoce

16.¿La obesidad y el bajo peso antes del embarazo son beneficiosas para la futura madre y el recién nacido?

16.1.____ Sí

16.2.____ No

17.¿Conoce usted los principales problemas que produce un peso inadecuado en el embarazo y el recién nacido?.

17.1.____ Poliglobulia

17.2.____ Hipoglicemias

17.3.____ Bajo peso al nacer

17.4.____ Sepsis neonatal

17.5.____ Neumonía con natal

18.¿Conoce usted los principales Antecedentes obstétricos que se consideran desfavorables para un embarazo posterior?

18.1.____ Muerte neonatal o perinatal

18.2.____ Bajo peso al nacer

18.3____ Prematuridad

18.4.____ Cesárea anterior

18.5.____ Abortos a repetición

18.6.____ Incompatibilidad sanguínea

18.7.____ Pre-eclampsia, eclampsia previa.

18.8.____ Todos son correctos.

18.9.____ Ninguno es correcto.

19.¿Conoce usted los métodos para no quedar embarazada cuando tiene un riesgo para ello?

19.1.____ Sí

19.2.____ No

20.Del siguiente listado de métodos, seleccione con una cruz (X) los correctos para que una mujer no se embarace.

20.1.____ Tabletas

20.2.____ Método de la luna llena

20.3.____ Papanicolau

20.4.____ Inyecciones

20.5.____ Condones

20.6.----T de cobre

21.Si está utilizando algún método, lo comenzó a utilizar por:

21.1.____ Decisión propia

21.2.____ Orientación médica.

21.3.____ Consejo de familia u otras personas no relacionadas con el personal de salud

21.4.____ No desea tener más hijos

21.5.____ Desea espaciar los embarazos

21.6.____ El embarazo constituye un riesgo.

22.¿Conoce usted las principales contraindicaciones para utilizar las tabletas, inyecciones e implantes?

22.1.____ Obesidad.

22.2.____ Hipertensión arterial

22.3.____ Diabetes mellitus.

22.4.____ Fumadoras.

22.5.____ Antecedentes de cáncer de mama.

22.6.____ Todas son correctas.

22.7.____ Ninguna es correcta.

23.¿Conoce usted las principales contraindicaciones para utilizar los dispositivos intrauterinos?

23.1.____ Infecciones genitales.

23.2.____ Anomalías congénitas del útero.

23.3.____ Trastornos menstruales.

23.4.____ Embarazo anterior con DIU

23.5.____ Cáncer cervical.

23.6.____ Ninguna es correcta.

23.7.____ Todas son correctas.

24- Si han recibido alguna información previa sobre las infecciones vaginales.

24.1 ____ Una vez

24.2 ____ Más de 1 vez

24.3 ____ Ninguna

25-¿Cuáles de las siguientes afirmaciones Ud. considera favorecen el padecimiento de las infecciones vaginales?

25.1 ____ Aseo inadecuado de los genitales

25.2 ____ Aseo con agua hervida

25.3 ____ Uso de preservativo o condón

25.4 ____ Sexo no protegido

25.5 ____ Manipulaciones uterinas sin adecuadas medidas higiénicas

25.6 ____ Uso del DIU

25.7 ____ Embarazo

25.8 ____ Tomar Anticonceptivos Orales

PROGRAMA EDUCATIVO:

Programa Educativo Riesgo preconcepcional para prevenir el bajo peso al nacer.

Título: “Prevención del bajo peso al nacer.”

Autor: Dr. Eulogio Calderin Santos

Tiempo de duración: 1hora.

Objetivo General:

Elevar el nivel de conocimientos de mujeres en la consulta de riesgo preconcepcional sobre los factores de riesgos para el bajo peso al nacer, que les permita prevenir los embarazos en edades extremas de la vida.

Objetivos específicos:

- 1- Explicar el bajo peso al nacer y su situación actual en Cuba y la provincia de Cienfuegos.
- 2- Analizar los principales factores de riesgos preconcepcionales , así como las formas de prevención.
- 3- Explicar cuáles son las principales enfermedades no transmisibles .
- 4- Necesidad de Estilos de Vida sano

Sesión No.1 Introducción al programa.

Saludo y Bienvenida.

Presentación de los objetivos del programa.

Diagnóstico inicial

Formar los grupos de trabajo.

Acciones: Comenzar con la exposición del Título del programa y los objetivos que se pretenden alcanzar. Se les solicita a las participantes que realicen su presentación de forma oral. Se induce a que expresen sus motivaciones para participar en el programa. Seguidamente comenzar a brindar una información sencilla y amena sobre el concepto de recién nacido con bajo peso al nacer, sus causas y complicaciones.

Mediante la estimulación se va sugiriendo a los participantes a que den sus ideas acerca del tema y de esta manera se explora el grado de aceptación del programa. Al finalizar se da la convocatoria para la próxima sección.

FOD: Taller

Técnica –Dinámica de presentación- integración.

- Lluvia de ideas

Tiempo: 1 hora.

Sesión No. 2 Introducción a las siguientes definiciones: riesgo preconcepcional , factores de riesgo y prevención.

Objetivos

1.- Definir los conceptos de riesgo preconcepcional, factor de riesgo y prevención.

2.- Exponer en conjunto ejemplos de riesgos preconcepcionales , y prevención.

Acciones: Se divide el grupo en tres subgrupos, el primero elaborará lo que conoce como prevención, el segundo lo que entiende por riesgo preconcepcional , y el tercero lo que conoce por factor de riesgo.

Es de suma importancia que los integrantes de cada grupo se apropien de elementos que les permita interiorizar sobre el tema a desarrollar. Se trabajaran los conceptos:

Prevención, Riesgo preconcepcional , Factores de riesgo

Una vez finalizado se sistematizan todos los elementos relacionados con estos tres conceptos.

Introduzca la pregunta al grupo.

Enumere otros ejemplos sobre factor de riesgo preconcepcional. Argumente con el grupo y de elementos que hacen más susceptible a la mujer especificando la posibilidad de actuar sobre los riesgos y modificarlo.

FOD: Conferencia.

Método: Elaboración conjunta

Explicativo- ilustrativo

Tiempo: 1 hora.

Sección No 3 -Enfermedades No transmisibles

Objetivo:

1. Conocer la definición, clasificación y síntomas de la hipertensión arterial, Diabetes mellitus, Asma Bronquial, Cardiopatías.
2. Como afecta a la madre y al bebe el no control de las enfermedades no transmisibles

Una vez finalizado se sistematizan todos los elementos relacionados con estas patologías, así como mantener el control de estas, para llevar a cabo un embarazo sin riesgo

FOD: Conferencia.

Método: Elaboración conjunta

Explicativo- ilustrativo

Tiempo: 1:30 hora.

Técnicas Participativas: Lluvia de ideas

Discusión- Confrontación.

Sección No 4: Estilos de vida

4.1-Nutrición

1- Brindar información sobre la importancia de la dieta balanceada ,y el control del peso adecuado durante el embarazo

Acciones

- Definir concepto de nutrición y dieta adecuada
- Explicar los riesgos a la salud de la desnutrición y el exceso de nutrición
- Enfatizar en los riesgos a la salud de la obesidad y el sobrepeso.

4.2-Hábitos Tóxicos

Brindar información sobre las consecuencias al ser humano del consumo de drogas, alcohol y tabaco así como otras sustancias como el café

- Definir conceptos de tabaquismo y fumador pasivo
- Definir concepto de alcoholismo

Explicar los riesgos a la salud del consumo de sustancias denominadas drogas así como el hábito de fumar tanto pasivo como activo a la madre y al futuro bebe

Luego de la conferencia realizar una actividad demostrativa sobre una dieta balanceada, solicitando a las participantes confeccionar un plato por grupos que incluya lo que ellas piensan sea adecuado para incluir a su dieta. Mediante el intercambio de ideas evaluarán según los equipos de forma cruzada, los platos confeccionados.

Se realizarán preguntas confeccionadas por los equipos e intercambiarán criterios sobre los hábitos tóxicos y sus consecuencias nocivas

Luego de finalizada la actividad se realizó un debate sobre la dieta balanceada y los hábitos tóxicos y los daños a la salud, además de debatió la importancia de mantener un peso adecuado, la necesidad de incluir ejercicios físicos en la vida cotidiana

Al finalizar se anuncia la próxima actividad convocatoria.

FOD: Conferencia .

Técnica: Lluvia de ideas

Métodos: Explicativo

Discusión- Confrontación.

Tiempo: 1:30 minutos.

Sesión No 5: Infecciones vaginales y su relación con el parto pretérmino y el bajo peso al nacer

Objetivos:

- 1- Explicar la relación entre las infecciones vaginales, el parto prematuro y el bajo peso al nacer.
- 2- Exponer los principales factores de riesgos al padecer estas infecciones.

Acciones: Se realiza la presentación del tema y se divide el grupo en subgrupos, cada uno de ellos analiza dos agentes etiológicos y sus síntomas.

- 1- Clamidias – Gonorrea
- 2- Trichomonas-Monilia- Gardnerellas

Se comienza con la explicación del tema infecciones del tracto vaginal, de una forma sencilla de manera que se logre su interpretación. Al respecto se debe señalar que existen diferentes definiciones para designar el flujo o leucorrea, su etiología.

Una vez elaborado el concepto y reunidos los principales síntomas se realizará un resumen en correspondencia con todo lo debatido se realizaran las preguntas, correspondientes.

FOD: Taller.

Técnica: Discusión dirigida

Debate

Tiempo: 1hora.

Sesión No 6: El embarazo en la adolescencia y edades tardías.

Objetivos:

Explicar qué define como adolescencia y edades tardías cuales son las complicaciones de un embarazo en estas etapas de la vida.

Acciones: El coordinador solicita a los miembros del grupo a que expresen en una palabra como han recordado las anteriores sesiones.

Se forman grupos de trabajo de 2 ó 3 personas y se les orienta a que piensen en situaciones donde ellos o algunas personas hayan presentado un embarazo no deseado, se darán 10 minutos para el intercambio.

Momento elaborativo específico: Se solicita expresen los ejemplos y se orienta la reflexión de cómo poder evitar un embarazo no deseado.

Evaluación. El coordinador hace un breve comentario en correspondencia con las reflexiones del grupo y se convoca a la próxima actividad.

FOD: Conferencia.

Métodos: Dinámica de grupo.

Tiempo: 1hora.

Sesión No. 5

Sesión No. 7 Métodos anticonceptivos:

Objetivos:

1- Brindar información sobre los métodos anticonceptivos, como seleccionar el adecuado según el caso y el momento idóneo.

Acciones:

Definir el concepto de anticonceptivo.

.Explicar su Clasificación.

.Enfatizar en la importancia del uso de los métodos de barrera (condón) en la prevención de las Infecciones de transmisión sexual.

Iniciar la actividad solicitando a los participantes que mencionen cuales son los métodos anticonceptivos más frecuentes y cuales usan.

Luego de finalizado el debate comenzar a dar inicio a la explicación de los diferentes acápites de la actividad, enfatizando en el uso del condón como forma de evitar las ITS y sus posibles complicaciones.

Se realiza un breve resumen en correspondencia con lo debatido, y se realizan preguntas de manera que las respuestas son anotadas por la coordinadora en un papelógrafo. Posteriormente se divide el grupo en dos para a través de la discusión confrontación argumentar el porqué de las respuestas.

Finalmente se enfatiza en las correctas y se esclarecen aquellas que queden incompletas.

Al finalizar se anuncia la próxima actividad convocatoria.

FOD: Taller.

Técnica: Lluvia de ideas

Métodos: Explicativo

Discusión- Confrontación.

Tiempo: 1hora.

Sesión No. 8: Despedida. Evaluación

Objetivo: Evaluar el impacto del programa impartido en las mujeres.

El coordinador expresa que es la última sesión, por lo que se valorará el impacto que han dejado las sesiones desarrolladas a través de las expectativas

cumplidas. Se pide a cada miembro que escriba en un papel el criterio que tiene sobre las tareas propuestas.

Para calificar dichas tareas se facilitará a través del pizarrón cómo agruparán los indicadores:

- De progreso: Si lo considera bueno, valioso, gratificante.
- De ansiedad: Si le ocasiona cansancio, agotamiento, sueño, malestar.
- De elaboración: Si considera que resulta importante para utilizarlo como comunicación, intercambio, diálogo, reflexión.
- De resistencia: Si lo considera difícil, imposible, complejo, preocupante.

Posteriormente el coordinador expresa su opinión en relación al resultado de las sesiones, los estimula a transmitir lo aprendido y solicitará a los participantes que de forma voluntaria den lectura a los criterios.

FOD: Taller.

Técnica:

- La temperatura grupal:

Tiempo: 1 hora.