



TEMA: ESTRATEGIA DE INTERVENCIÓN AL RIESGO PRECONCEPCIONAL REPRODUCTIVO DEL CMF CIRUELITO. JOBABO, LAS TUNAS.

Autores: Dr. Dairon César Miranda Hardi

Residente de Segundo año en Medicina General Integral

Dra. Eilen Cañete Téllez

Especialista: 1er grado de Medicina General Integral Profesor Instructor Segunda Opinión de Ginecología y Obstetricia.

Universidad de Ciencias Médicas, Las Tunas, Cuba.

Para citar este artículo puede utilizar el siguiente formato:

Dairon César Miranda Hardi y Eilen Cañete Téllez (2020): "Estrategia de intervención al riesgo preconcepcional reproductivo del CMF Ciruelito. Jobabo, Las Tunas", Revista Caribeña de Ciencias Sociales (marzo 2020). En línea

<https://www.eumed.net/rev/caribe/2020/03/riesgo-preconcepcional-reproductivo.html>

<http://hdl.handle.net/20.500.11763/caribe2003riesgo-preconcepcional-reproductivo>

RESUMEN

Se realizó un estudio de intervención educativa con el objetivo de evaluar el nivel de conocimiento sobre el riesgo preconcepcional en mujeres en edad fértil del CMF Ciruelito municipio de Jobabo. Las Tunas en el período de septiembre 2017 a octubre 2019. El universo estuvo constituido por 136 mujeres de 12 a 49 años de edad, la muestra representada por 45 mujeres todas diagnosticadas como riesgo reproductivo preconcepcional, Para dar salida a los objetivos se caracterizó el grupo de estudio, identificando a las pacientes con riesgo y se determinó el nivel de conocimiento sobre el tema. La información fue recogida por el autor a través de un formulario que se les aplicó al universo estudiado, historias de salud familiar e individual, datos estadísticos y el análisis de la situación de salud para la recolección de la información, que fueron expuestos en tablas.. En los resultados obtenidos se evidencio que la enfermedad crónica que más afecta a estas mujeres es la hipertensión arterial, el grupo de edad más afectado es a partir de 30 años, el factor de riesgo más representativo es la edad (mayores de 30), antes de la intervención el nivel de conocimiento era muy bajo y después de concluida la investigación se logró elevar el nivel de conocimiento sobre el riesgo preconcepcional.

PALABRAS CLAVES: Intervención educativa, riesgo reproductivo Preconcepcional, nivel de conocimiento.

INTRODUCCION

Todos desean tener hijos sanos a partir de embarazos normales y nacimientos felices. Sin embargo, ¿qué se hace para lograrlo?, o mejor aún, ¿qué no se hace para facilitar las cosas?

La existencia de riesgos antes de la concepción se encuentra debidamente documentada por numerosos estudios realizados en el mundo, así como la posibilidad de prevenirlos o, al menos, disminuir sus efectos en la madre y el hijo. Pese a que es un tema de interés general, no son muchas las personas que conocen los riesgos, aparte de los profesionales de la salud (y algunos de estos de manera muy parcial), ni la forma más efectiva de protegerse.

La salud materno-infantil es uno de los indicadores que se utilizan para medir el nivel de desarrollo de un país. Tiene como objetivo conseguir el óptimo estado de salud para las madres y los niños; se trata de obtener recién nacidos sanos, sin que las madres sufran complicaciones durante el embarazo, parto y puerperio, y también, que durante toda la vida infantil los niños tengan un crecimiento y desarrollo adecuados, con el mínimo posible de enfermedades y defunciones. (1)

El comportamiento de este indicador varía, en dependencia del nivel de desarrollo. Así, se reporta que las dos terceras partes de las muertes en edad fértil se relacionan con complicaciones del embarazo. Cuando se analiza la mortalidad materno-infantil, se encuentran características comunes: es mayor en países menos desarrollados, zonas rurales, mujeres con bajo nivel educacional y económico, edades tempranas o tardías, etc. Esto deja claro que existe un conjunto de elementos o circunstancias que predisponen o condicionan el incremento de la mortalidad: son los llamados factores de riesgo. (2)

Algunos riesgos responden a causas biológicas, por ejemplo, las enfermedades; otros, están vinculados con los problemas ambientales, como es el caso de la contaminación atmosférica; los estilos de vida, determinados por las condicionantes micro sociales y macro sociales, también son elementos de riesgo; y la personalidad individual, en tanto expresión de la psiquis, determina la posibilidad de realizar acciones de salud positivas o negativas en relación con riesgos específicos. (3)

La salud materno-infantil depende de las condiciones en que se inicia el embarazo y de la calidad de la atención que este reciba durante su desarrollo, parto y puerperio. Es muy importante que el embarazo sea planificado, deseado, que la madre esté en las mejores condiciones biológicas y psicológicas, así como que las condiciones socio económicas sean satisfactorias. (4)

La importancia de ver a las mujeres un año antes de la concepción queda reflejado en múltiples trabajos de la literatura mundial y se plantea actualmente que las mujeres para prevenir las complicaciones más temibles, que son las malformaciones congénitas y el Desprendimiento de la Placenta Normo inserta (D.P.P.N.I.), se debe ingerir de 1 a 5 mg diarios de ácido fólico. Esto por nombrar una sola prevención dentro del riesgo Preconcepcional. Estas consultas que existen como tal en todo el Sistema Nacional de Salud de Cuba cada día cobra mayor fuerza y considero que es necesario mostrar todos aquellos factores que se pueden detectar en la población en edad fértil y como, algunos no son variables; pero, en otros se pueden modificar conductas, estilos de vida y lograr que las mujeres comiencen su gestación con mejores condiciones. (5)

La Organización Mundial de la salud interpreta el concepto de Salud Reproductiva como “el estado de completo bienestar físico mental y social del individuo, que favorece o determina la reproducción humana en condiciones saludables”, entendido como tal el proceso cíclico que se inicia antes de la concepción, la concepción misma, el embarazo, parto, recién nacido, desarrollo del niño, adolescentes, jóvenes, adultos, hasta volver a la concepción como punto de partida. Se trata entonces de salud y de calidad de vida en todo el ciclo vital que repercute de forma directa en la reproducción humana, no sólo visto como ausencia de enfermedad en el proceso reproductivo. La salud reproductiva se refiere a asegurar que el individuo sea capaz de tener una vida sexual responsable, satisfactoria y libre de riesgos, con la capacidad de reproducirse y la libertad de decidir cuándo y con qué frecuencia hacerlo, lo anterior fue valorado y apoyado en la Conferencia Mundial de Población y Desarrollo celebrada en Mayo de 1994 en el Cairo, Egipto, donde Cuba participó. (6)

Nuestro municipio (Jobabo) no queda excepto de ser afectado en las mujeres con riesgo preconcepcional al igual que el consultorio # 28 Ciruelito.

En el año 2018 hubo varias embarazadas clasificadas dentro de este grupo que incurrieron en que en el momento de la captación presentaban alguna entidad que traería dificultad tanto para la madre, así como el producto de la concepción; lo que demuestra que se hace imprescindible el desarrollo de programas educativos en aras de elevar el nivel de conocimiento en mujeres con el fin de evitar los embarazos no deseados y en edades tempranas de la vida además la aparición de infecciones de transmisión sexual, así como todas las consecuencias que esto trae consigo.

Por todo lo antes expuesto y dada la importancia que revisten estas consultas en la disminución de los índices de morbi-mortalidad materna infantil al modificar o eliminar los riesgos en la mujer antes del embarazo y los cuales muchas veces son ignorados, no contando con una definición exacta en ocasiones del problema, es que realizaremos esta investigación, con el propósito de mejorar la calidad reproductiva de la mujer o pareja.

Problema científico: Alto índice de mujeres con riesgo reproductivo preconcepcional en el Consultorio Ciruelito del Municipio Jobabo.

Hipótesis: Mediante la aplicación de un programa de intervención educativa en mujeres con riesgo Preconcepcional del consultorio de Ciruelito, se logrará modificar el nivel de conocimiento?

Marco teórico.

La Organización Mundial de la Salud ha definido la salud reproductiva como el estado de completo bienestar físico, mental y social y no solamente la ausencia de enfermedad durante el proceso de reproducción. Este concepto comprende la atención preconcepcional, la atención prenatal, la atención del parto y del recién nacido, la atención al puerperio y la atención neonatal precoz.

Riesgo

El riesgo, se define como la probabilidad de sufrir un daño, siendo así, el riesgo reproductivo la probabilidad que tiene una mujer o su producto potencial, de sufrir daño, lesión o muerte durante el proceso de la reproducción.

El riesgo reproductivo comprende: Riesgo Preconcepcional, Riesgo Obstétrico, Riesgo Perinatal, Riesgo Infantil. El Riesgo Reproductivo Preconcepcional se aplica a mujeres en edad reproductiva, entre 12 y 49 años, no gestantes, que de acuerdo con la presencia de condiciones y factores de riesgo, tienen incremento en la probabilidad de sufrir daños a su salud o a la de su futuro hijo, si se involucran en el proceso reproductivo. Esta probabilidad no es igual para todas las mujeres aunque sea lo mismo, es decir, que la magnitud del riesgo es individual y así debe considerarse. No existe una condición de riesgo que sea medible por igual en cada mujer o pareja.

Riesgos biológicos

- Menor de 18 años y mayor de 35 años.
- Desnutrición materna grado III-IV.
- Talla inferior a 150 cm.

Riesgos obstétricos

- Abortos a repetición.
- Multiparidad.
- Período intergenésico corto.
- Defunciones neonatales.
- Defunciones fetales.
- Bajo peso al nacer.
- RH sensibilizado.
- Cesárea anterior menos de 2 años.

Riesgos socio-ambientales

- Bajo nivel de escolaridad.
- Madre soltera.
- Relaciones sexuales inestables.
- Hábitos tóxicos (tabaquismo y alcoholismo).

Afecciones asociada

- Hipertensión arterial.
- Asma bronquial.
- Endocrinopatías (mellitus, hiper o hipotiroidismo y otras).
- Cardiopatías.
- Neuropatías.
- Epilepsias.

- Sicklemias.
- Otras.

Prevención del riesgo

Existen diversas clasificaciones de riesgo preconcepcional, pero ninguna puede sustituir el pensamiento médico en cada caso en particular, es decir, que teniendo en cuenta los diversos factores que pueden conceptualizar que una mujer tenga algún riesgo preconcepcional, debe aplicarse un enfoque integral, analítico e individualizado en cada caso. El objetivo principal es disminuir el riesgo de enfermedad o muerte de la madre o el producto y que como principal condicionamiento haya existido un factor de riesgo desde antes del embarazo, susceptible de modificarse, atenuarse o eliminarse, y para esto debe ser aplicado un adecuado enfoque para la prevención del riesgo.

La utilización de la anticoncepción en estos casos no es el objetivo, sino el medio o método de aplazar la gestación por el período necesario para modificar, disminuir o atenuar el riesgo.

Control de mujer dispensarizada

Mejorar la condición de riesgo existente ya sea biológico, psicológico o social.

Espaciar por anticoncepción apropiada, un posible embarazo hasta el momento oportuno para el nacimiento, sobre la base del plan individual conveniado con la paciente o pareja.

Factores desencadenantes

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

El programa del riesgo reproductivo preconcepcional contribuye a la disminución de la tasa de morbimortalidad infantil y perinatal y brinda una forma efectiva de ayudar a las pacientes a evitar embarazos no deseados, disminuye el índice de recién nacidos bajo peso, el parto pre término, las malformaciones congénitas y las muertes fetales.

Labor del médico y la enfermera

El médico y la enfermera de la familia en su contexto laboral ocupan una posición privilegiada que les permite detectar el riesgo de la población en edad fértil y poner en práctica medidas para actuar sobre ellas con la cooperación interactiva de la comunidad, la evaluación de sus necesidades sentidas y la gestión intersectorial.

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

Un número importante de estas mujeres con riesgo incrementado recibe atención y seguimiento en las consultas de planificación familiar, lo cual permite una mayor eficacia en el empleo de los recursos disponibles.

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

Objetivo de la Consulta

La identificación de una mujer con cualquier enfermedad crónica o con hábitos perjudiciales para su salud, cuando planifica un embarazo, permite el tratamiento de la enfermedad, la utilización de acciones educativas para modificar sus comportamientos, proporcionar información para que la mujer tome decisiones en relación con su futuro embarazo de acuerdo con los riesgos identificados y en raras ocasiones recomendar que el embarazo sea evitado. Además es una ocasión ideal para educar a la mujer sobre las ventajas de la planificación de sus embarazos, y sobre la importancia de la asistencia prenatal precoz, de su contenido y de su frecuencia.

Como muchos embarazos no son planificados, los profesionales sanitarios que proporcionan asistencia médica a la mujer durante los años reproductivos deben considerar la posibilidad de una gestación y aconsejar a la mujer sobre aquellos comportamientos o hábitos que pueden poner en riesgo a la madre y al feto. Las mujeres y los médicos deben ser conscientes de las limitaciones del conocimiento. Aunque la mayoría de los embarazos finalizan con el nacimiento de un niño sano, incluso en condiciones ideales existen abortos espontáneos, defectos congénitos y complicaciones fetales, neonatales y maternas, que no pueden ser evitadas.

Contenido

Se recomienda que la consulta preconcepcional se realice dentro del año que precede al comienzo del embarazo. Algunas de las acciones que se desarrollan en la consulta preconcepcional evitan la necesidad de su repetición en la primera consulta prenatal. El contenido de la consulta preconcepcional depende de las condiciones específicas que existen en cada mujer. La conducta se debe adaptar a los problemas identificados, siendo sensible a los problemas que preocupan a la mujer que planifica su embarazo. Los informes elaborados por diferentes grupos de expertos coinciden en dividir los componentes de la consulta preconcepcional en tres grupos.

- Evaluación del riesgo preconcepcional.
- Pruebas de laboratorio.

- Acciones educativas y promotoras de la salud.

Evaluación del riesgo preconcepcional

La evaluación del riesgo se debe realizar en todas las mujeres que acuden a la consulta preconcepcional. Los instrumentos básicos son la historia clínica y la exploración física.

Historia Clínica

- Edad

Cuando la edad de la mujer sea superior a 35 años, debe ser informada del riesgo de anomalías cromosómicas en la descendencia y de las posibilidades de diagnóstico prenatal en el caso de comenzar un embarazo.

- Antecedentes médicos

En la mujer con una enfermedad crónica, el momento óptimo para iniciar la asistencia a un futuro embarazo es el período preconcepcional, ya que permite:

- 1- Estudiar la enfermedad sin las limitaciones que impone el embarazo para realizar e interpretar las pruebas diagnósticas.
- 2- Situar a la mujer en las mejores condiciones de salud antes de iniciar la gestación y seleccionar el momento más adecuado para la concepción.
- 3- Adoptar medidas para proteger al feto frente a la exposición a fármacos y otras acciones diagnósticas o terapéuticas durante el crítico período de las primeras semanas del desarrollo.
- 4- Ofrecer a la mujer información sobre los riesgos que supone el embarazo para la evolución de su enfermedad, y la enfermedad sobre el resultado del embarazo, permitiendo que tome decisiones sobre su futura reproducción.

- Antecedentes reproductivos

En la consulta preconcepcional se debe obtener información sobre los antecedentes menstruales, los antecedentes obstétricos, incluyendo complicaciones en embarazos previos, el uso de contraceptivos, las prácticas sexuales y el antecedente de Infecciones de Transmisión Sexual. Una de las principales razones por lo que las parejas acuden a la consulta preconcepcional es el antecedente de un mal resultado reproductivo, incluyendo abortos espontáneos, muertes perinatales, nacidos con defectos congénitos y nacidos con lesión residual.

- Antecedentes familiares

Se debe obtener información, de los futuros padres, sobre el antecedente de enfermedades en los miembros de la familia, y se debe ofertar el consejo genético si ellos, su descendencia o parientes próximos han padecido anomalías cromosómicas, defectos del tubo neural u otros defectos al nacer, retraso mental o fibrosis quística. El objetivo general es detectar el riesgo "A priori" de un resultado reproductivo desfavorable, ofreciendo información y los medios asequibles para su prevención.

- Factores psicosociales

En la consulta preconcepcional se debe obtener la historia social e información sobre los hábitos y el estilo de vida de la mujer, para poder identificar comportamientos y exposiciones a factores de riesgo que puedan condicionar el momento óptimo para la concepción, identificar situaciones potenciales de riesgo y determinar un resultado desfavorable de la gestación.

Exploración física

La exploración física está destinada a identificar los signos de enfermedad sistémica o ginecológica, y en función de las condiciones debe incluir: exploración física general, tensión arterial y pulso, peso y talla, exploración genital y mamaria.

Pruebas de Laboratorio

1- Recomendadas a todas las mujeres.

- ✚ Hemoglobina y Hematocrito.
- ✚ Grupo de factor Rh
- ✚ Glucemia.
- ✚ Proteinuria.
- ✚ Citología

1.1 Pruebas serológicas de detección de:

- ✚ Rubéola.
- ✚ Sífilis.

2- Ofertas a todas las mujeres.

- ✚ Detección de la infección por el virus de la inmunodeficiencia humana.

3- Recomendaciones a algunas mujeres.

- ✚ Cultivo de orina.
- ✚ Detección de la hepatitis B.

- ✚ Detección de la varicela.
- ✚ Detección de la infección por citomegalovirus.
- ✚ Detección de la infección por parvo virus (HPV B1).
- ✚ Detección de la infección por Chlamydia trachomatis.
- ✚ Detección de la infección por Neisseria Gonorrhoeae.
- ✚ Detección de la tuberculosis.
- ✚ Cariotipo de los padres.
- ✚ Screening de portadores.

Acciones educativas y promotoras de la salud

Las acciones educativas y promotoras de la salud durante la asistencia preconcepcional pueden ser muy eficaces, ya que se utilizan en la mujer que está motivada por la circunstancia de estar planificando un embarazo. La información que se proporcione a la pareja sobre estos temas debe ser sencilla. El lenguaje será claro y directo, diferenciando lo fundamental de lo secundario. Se puede emplear información escrita en folletos de redacción y diseño atractivos.

- ✚ Consejo nutricional.
- ✚ Suplementación preconcepcional con folatos para prevenir los defectos del tubo neural.
- ✚ Evitar el consumo del tabaco.
- ✚ Evitar el consumo del alcohol.
- ✚ Evitar el consumo de drogas ilegales.
- ✚ Actividad física y laboral.
- ✚ Exposición a teratógenos farmacológicos y ambientales.
- ✚ Prácticas sexuales seguras.
- ✚ Planificación Familiar.
- ✚ Importancia de la consulta prenatal precoz.
- ✚ Apoyo social.

Una de las acciones promotoras de la salud más importantes de la asistencia preconcepcional es la prevención de los defectos del tubo neural (DTN) en la descendencia con la Suplementación periconcepcional con folatos.

- ✚ La Suplementación con folatos debe comenzar al menos un mes antes de la concepción y continuar durante las primeras 10-12 semanas de gestación. El efecto protector parece estar limitado al consumo diario durante el período periconcepcional; no existe una reducción apreciable del riesgo cuando el suplemento es irregular o se inicia a partir del segundo mes de la gestación.
- ✚ La dosis óptima de folatos que reduce el riesgo de aparición de los DTN es desconocida. Hasta que exista otra evidencia, parece prudente recomendar al menos, las dosis utilizadas en los ensayos clínicos que han demostrado la eficacia de la Suplementación.
- ✚ En la mujer con bajo riesgo de tener un feto con DTN, con el objetivo de prevenir la ocurrencia, al menos 0,8 MG/día, además de una dieta equilibrada.

- ✚ En la mujer con alto riesgo de tener un feto con DTN, con el objetivo de prevenir la recurrencia, al menos 4 MG/día, además de una dieta equilibrada.
- ✚ Ante la ausencia de efectos adversos de la dosis recomendada en la población de bajo riesgo, y la existencia de otros beneficios para la salud de una dieta adecuada, todas las mujeres en edad reproductiva capaces de comenzar un embarazo, incluyendo aquellas que toman contraceptivos orales, deben ser informadas de que deben incrementar su ingreso diario de folatos hasta alcanzar los requerimientos periconcepcional.
- ✚ No se recomienda la utilización de preparados multivitamínicos, ya que el aumento de la dosis necesaria para lograr el aporte recomendado de folatos, tiene riesgos potenciales para la madre y el feto (exceso de vitamina A y D).

Objetivos General:

Aplicar una estrategia de intervención para modificar el nivel de conocimiento en mujeres con riesgo preconcepcional del consultorio # 28 Ciruelito, en el periodo comprendido de Septiembre 2016 - noviembre 2019.

Objetivos específicos:

- 1- Caracterizar la población de estudio de acuerdo a las variables de interés
2. Identificar los factores de riesgos en la población de estudio.
- 3.-Aplicar la estrategia educativa
- 4.- Evaluar el nivel de conocimiento antes y después de aplicada la estrategia

Diseño metodológico

Descripción de la investigación.

Se realizó un estudio de intervención educativa sobre riesgo reproductivo preconcepcional en el CMF Ciruelito del Municipio Jobabo.

Tipo de investigación: Estudio de intervención basado en técnicas educativas y participativas según la población estudiada.

El universo estuvo constituido por 136 mujeres.

La muestra representada por 45 mujeres seleccionadas al azar.

El período de la investigación fue desde Septiembre 2016- Octubre 2019.

Criterios de inclusión:

- Estar dispenzarizada como riesgo preconcepcional en CMF Ciruelito Y residir en Ciruelito.
- Estar de acuerdo en participar en la investigación previo consentimiento informado.

Criterios de exclusión:

- Incapacidad mental y/o física de las pacientes para responder a las preguntas y estar no dispenzarizada como riesgo preconcepcional

Metódica:

Este estudio de intervención se desarrolló en 3 etapas las cuales permitieron dar salida a los objetivos planteados.

- 1ra Etapa: Diagnóstica.
- 2da Etapa: Intervención propiamente dicha.
- 3ra Etapa: Evaluación.

Etapa diagnóstica.

En esta etapa se aplicó una encuesta (anexo 2) donde se recogieron los datos generales de los participantes; en ella se tuvieron en cuenta las siguientes variables socio demográficas:

Operacionalización de las Variables:

Cualitativas ordinales.

- Grado de Escolaridad: Primaria, secundaria, pre-universitario y universitario.

Cuantitativas continuas

- 12 – 19 años
- 20 - 29 años
- 30-39 años.
- 40-49 años.

Escolaridad:

- Primaria
- Secundaria
- Preuniversitario
- Universitario.

Estado Civil:

- Soltera.
- Casada.

Para saber grado de riesgo del paciente se determinó de esta manera:

- Edad, según edad biológica (se consideró riesgo menor de 20 años de edad y mayor de 30 años de edad)
- Desnutrición (se hizo a través del índice de masa corporal o índice de Chalet, medida establecida para determinar la proporción entre el peso y la talla, calculándose a partir de la división del peso (Kg.) entre la talla en m². Se consideró: desnutrida por debajo de 18,7Kg/m²)
- Período intergenésico corto (según fecha del parto anterior, se consideró menor de dos años)

- Multiparidad (según el número de hijos, se consideró riesgo cuatro o más hijos)
- Baja talla (se consideró riesgo menor de 1.50cm)
- Nivel de escolaridad (se consideraron riesgo las embarazadas que no sabían leer ni escribir)
- Primaria sin terminar (las que comenzaron los estudios primarios y no los terminaron)
- Antecedentes obstétricos desfavorables (se consideró riesgos, hijos con malformaciones congénitas, con bajo peso al nacer, abortos a repetición)
- Antecedentes de enfermedades crónicas no transmisibles (se consideró riesgo la Hipertensión Arterial, Diabetes Mellitus, Cardiopatías, Asma Bronquial, Obesidad, Añosa, Retrasadas mentales, Abortadoras, Anemia y otros).

El nivel de conocimiento sobre el riesgo reproductivo se determinó de esta manera:

- Percibía el riesgo (aquellas que tenían conocimiento de la presencia del riesgo y los perjuicios que traería si se involucrara en el proceso reproductivo)
- No percibía el riesgo (aquellas que no tenían conocimiento de la presencia del riesgo ni de los perjuicios que éstos pudiera causar a ella o a su producto)

Etapa de intervención.

Diseño Metodológico de la Intervención Educativa.

Se realizó un proceso de intervención estructurado con metodología afectiva participativa, utilizando el nivel intermedio o grupal, propiciando el debate e intercambio de conocimientos y la reflexión grupal.

El programa educativo se llevó a cabo con técnicas participativas las cuales propiciaron un clima agradable de reflexión que involucraron afectivamente a todos los miembros con el criterio de que cada tema necesitará una sesión de trabajo. Fueron realizadas un total de seis, cada sesión tuvo una duración de una hora, los temas fueron impartidos por el autor de la investigación. Para un mejor desempeño de la actividad se crearon subgrupos con 20 participantes como máximo, a los que se les impartió las sesiones con una frecuencia de dos veces a la semana.

Los locales donde se desarrollaron las actividades fueron en el consultorio médico de la familia, la escuela primaria, círculo social.

Este programa educativo incluyó variados temas los cuales se trataron en las siguientes actividades:

• **Encuentro #1**

Tema: Introducción del programa educativo.

Objetivos

1. Presentación del curso y sus objetivos.
2. Presentación de los participantes utilizando técnicas participativas de presentación.

3. Diagnóstico inicial (Aplicación del cuestionario).

Método de enseñanza: Conferencia

Medios: Pancarta, tizas, papel, lápices.

Desarrollo:

En este tema el autor se presentó ante el auditorio y explico brevemente la importancia de que los pacientes participen activamente en la investigación, además explico cómo se llevaría a cabo el taller y sus temas principales.

En esta sesión se creó un buzón con una caja de cartón donde las participantes plasmaron por escrito las inquietudes que presentan diariamente, para conocer que esperan aprender y cuáles son las necesidades sentidas de la población, se les explico la técnica "Ejercicio de expectativa". Para su desarrollo el investigador entrego a cada una un papel donde debían expresar "Me gustaría conocer acerca de" .Luego se pondrían de pie y expresarían sus ideas.

Encuentro #2

Tema: Charla educativa de planificación familiar y los servicios que ofrece la consulta.

Objetivos: Conocer que es la planificación familiar y su importancia en salud.

Método de enseñanza: Taller.

Recursos: pizarra, tiza y borrador.

Desarrollo

Esta sesión comenzó recordando brevemente los temas abordados anteriormente realizándose preguntas con el objetivo de comprobar conocimientos adquiridos. Aquí se abordó la definición de planificación familiar y su importancia, se realizó un breve recuento sobre fecundidad y edad fértil. La técnica que utilizamos fue la charla educativa.

Encuentro #3

Tema: Efectos generales sobre el riesgo reproductivo preconcepcional.

Definición.

Objetivos:

Brindar información acerca del riesgo reproductivo preconcepcional.

Método de enseñanza: Taller

Medios: pizarra, borrador y tiza

Desarrollo:

En este tema se explico que es el RRPC y cuáles son los criterios en los que nos basamos para clasificar a las mujeres en edad fértil como RPC. Al comenzar la sesión una participante realizo preguntas a sus compañeras utilizando la técnica "Lotería", importante para esclarecer y evaluar el tema. Se repartieron tarjetas donde se combinaron los conceptos con sus contenidos, dividiéndose el aula en 4 grupos. El guía extrajo de una bolsa

una tarjeta con un concepto y el que poseía en su cartón la respuesta la reclamaba, se le dio un tiempo considerable para interiorizar la pregunta y aclarar dudas

Encuentro #4

Tema: Factores de riesgo reproductivo preconcepcional

Objetivos:

Identificar los factores que predisponen a padecer riesgo reproductivo y sus efectos.

Medios: tiza, pizarra y borrador

Modalidad: Taller.

Desarrollo:

Se comenzó con la técnica “El correo”.. Donde se elaboraron varios sobres que contenían preguntas de los temas abordados anteriormente, en este tema las participantes conocieron sobre los factores de riesgo y su clasificación. Se utilizó la técnica “Lluvia de ideas”, el investigador luego de una intervención repartió a los participantes papel para que escribieran sus ideas. El objetivo de la actividad fue crear habilidades para identificar factores de riesgo sobre la RRPC.

Encuentro #5

Tema: Anticoncepción, manejo y control del RPC

Objetivo:

Reconocer cuales son los tipos de anticonceptivos.

Método de enseñanza: Taller.

Medios: papel, pizarra, tiza

Desarrollo: Se inició con la técnica “Balón mensajero”, el grupo se colocó en un círculo y en el medio un balón. Un participante cargaba el balón y enunciaba temas de la sesión anterior y luego lanzaba el balón .para tratar el tema de esta sesión el autor dividió el grupo en 4 subgrupos, a cada equipo le entrego varias laminas que hacían referencia del uso de los anticonceptivos, los cuales arribaron a conclusiones guiados por el autor el cual resumió los aspectos más importantes.

Encuentro #6

Tema: Charla educativa sobre el .manejo y control del RRPC.

Objetivo:

Mostrar el papel que desempeña nuestro sistema de salud para garantizar una maternidad feliz.

Modalidad: taller

Medios: Pizarra, Tiza

Desarrollo

En esta sesión se hizo un intercambio entre el autor y participantes donde se retomó el tema anterior. Posteriormente el grupo se dividió en 4 subgrupos se les entregó un papel y lápiz donde cada equipo reflexionó sobre el ¿Cuáles serían las medidas de prevención para evitar el RRPC? Luego se les dio tiempo para elaborar las respuestas y arribar a conclusiones.

Etapas de evaluación

Se aplicó la misma encuesta luego de impartido el programa educativo, la cual se evaluó de la misma forma y permitió determinar la variación en el nivel de conocimientos sobre el tema luego de la intervención, y finalmente se planificó un último encuentro para aclarar dudas.

Técnica y procedimiento

- De recolección de los datos:

Para obtener los datos se llevó a cabo una revisión bibliográfica constante mediante técnicas de revisión documentada del tema, objeto de estudio a través de libros de texto, revistas, acordes con los objetivos, así como registros estadísticos, historias clínicas de salud familiar e individual, y entrevistas a líderes formales e informales. Además se aplicó una encuesta donde se obtuvieron los datos personales y conocimientos generales sobre el riesgo preconcepcional al inicio de la intervención. Se obtuvo información relacionada con la dinámica familiar a todas las familias donde conviven dichas pacientes antes y después de la intervención.

- De procesamiento y análisis:

Los datos fueron extraídos manualmente respondiendo a las variables de estudio, y cuyos resultados obtenidos se reflejaron en tablas estadísticas de manera tal que posteriormente facilite su procesamiento y análisis.

- De discusión y síntesis:

Se realizó un detallado análisis y discusión de los datos obtenidos y se compararon con los observados en la literatura revisada para ofrecer una respuesta a los objetivos trazados, arribar a conclusiones y emitir las correspondientes recomendaciones.

- Procedimientos

El formulario se aplicó en un horario flexible y directamente por el autor del trabajo, que permitió realizar las aclaraciones pertinentes, al tener la población que estudiar hábitos de vida, lo que permitió una mayor comprensión.

Métodos a utilizar en la investigación:

En toda investigación de salud, desempeñan un papel fundamental los métodos empíricos, teóricos y estadísticos, en la presente los mismos fueron aplicados de la siguiente forma:

Métodos teóricos:

Histórico lógico: dado porque se partió de una revisión exhaustiva de toda la evolución que ha tenido la aplicación de la estrategia de intervención educativa en pacientes con factores de riesgo asociados, en él se revelan las necesidades de conocimiento de las pacientes y las características de la afección, lo cual contribuyó a la fundamentación del problema.

Análisis-síntesis: este método estuvo a lo largo de la investigación, permitiendo diagnosticar y sintetizar el objeto de estudio, utilizándose desde la revisión bibliográfica, documental hasta la formación de los aspectos teóricos fundamentales sobre el tema abordado.

Hipotético-deductivo: ya que se dedujo una hipótesis que permitió dar respuesta anticipada al problema científico objeto de la misma, inferida a partir de los principios sobre la eficacia de la aplicación de una estrategia de intervención educativa. La hipótesis es la segunda etapa del método epidemiológico. El análisis de la información anterior, el conocimiento acumulado históricamente acerca de este problema así como factores y condiciones relacionados con este problema.

Inducción-deducción: permitió realizar generalizaciones con respecto a las posiciones teóricas, llegar a nuevas conclusiones acerca del objeto de investigación y la formulación de hipótesis.

Modelación: como método teórico se justifica porque se realizaron propuestas que sirvieron de base para emprender nuevas acciones que contribuyeron a controlar los factores de riesgo con la aplicación de la estrategia de intervención.

Enfoque sistémico: para el análisis integral del objeto y organización jerárquica del sistema estudiado, sus componentes y relaciones causales que evidenciaron su unidad dialéctica y posibilitaron el estudio del objeto de investigación en su dinámica.

Métodos empíricos:

Observación directa o indirecta: para la aplicación del programa desde sus inicios y hasta su culminación.

Criterios de expertos: Fueron utilizado para definir consensos acerca del valor teórico y práctico del programa y la propuesta de dimensiones, variables e indicadores con sus índices de medición.

Medición: permitió conocer las variables que se experimentaron en cada sujeto de la investigación.

Análisis documental: se realizó una amplia revisión bibliográfica sobre el tema a investigar en publicaciones disponibles en diferentes sitios Web, libros impresos y en formato digital que sirvió de marco teórico a la investigación, priorizando magnitud,

En la tercera etapa se procedió a evaluar la estrategia desarrollada a partir del conocimiento adquirido después de su aplicación, así como los cambios de actitudes y comportamientos positivos logrados, para esto se aplicó la encuesta inicial.

Se utilizó una computadora Pentium 4 y sistema de Windou XP

Para el procesamiento, toda la información fue recopilada en sábanas y más tarde sometida al análisis estadístico de cálculo de porcentaje. El resultado final se expuso mediante el método estadístico descriptivo

dado por tablas de contingencias de N x N y gráficos de columnas, lo cual permitió su análisis y comparación con otros estudios.

Tareas científicas:

Para lograr el desarrollo adecuado del estudio fue preciso planificar un sistema de acciones relacionadas con las propuestas de la investigación en la que se consideró factible el cumplimiento de las siguientes tareas científicas:

1. Revisión Bibliográfica especializada acerca de la temática, teniendo en cuenta la investigación en Cuba y el mundo, así como investigaciones análogas.
2. Elaboración de una plataforma histórica acerca de la problemática en cuestión.
3. Aplicar los principios de la ética médica durante el desarrollo de la investigación.
4. Recolectar los datos para caracterizar a los pacientes según las variables, objeto de estudio.
5. Procesar los resultados obtenidos y elaborar el informe final.

RESULTADOS Y DISCUSIÓN

Tabla # 1: Distribución de la muestra según grupos etarios

EDAD	N0	%
12-19 años	14	31,1
20-29 años	12	26,7
30- 39 años	19	42,2
40 49 anos	45	100

FUENTE. Encuesta

En la tabla # 1 se caracterizó la muestra según el grupo de edades, siendo predominantes los grupos de 30 a 39 años representando el 42%. Al realizar comparaciones con los datos obtenidos en la investigación se observó que coinciden con los de Quevedo Freitas en el que se plantea que existió predominio de mujeres en este grupo para un 43 %.Hay que señalar que el riesgo de mortalidad materna en mayores de 35 años es mayor, en estas mujeres las estrategias para reducir la mortalidad son el correcto consejo pre gestacional y control de la fecundidad.

Tabla # 2: Distribución de la muestra según Estado civil.

ESTADO CIVIL	N0	%
Soltera	16	35,5
Casada	29	64,5

Total	45	100
-------	----	-----

FUENTE. Encuesta

En la tabla # 2 se observa que el estado civil hay predominio de las mujeres casadas representando el 64,5%, lo que demuestra la mayor responsabilidad que puede tener una pareja a la hora de concebir y desear un embarazo y la importancia de eliminar los posibles riesgos antes de la concepción. Se debe destacar además que la atención a las solteras no se debe minimizar ya que ellas no tienen el apoyo de la pareja y a veces ni el de la familia.

Tabla # 3: Distribución de la muestra según Nivel de escolaridad.

ESCOLARIDAD	N0	%
Primaria	5	11
Secundaria	18	40
Pre-universitario	15	33,3
Universitario	7	15,5
Total	45	100

FUENTE. Encuesta

En la tabla # 3 hubo predominio del grupo de secundaria básica para un 40% y el menor lo apporto el nivel universitario con un 15,5 %, siendo estos datos significantes ya que según sea mayor el nivel educacional mayor será el nivel de conocimiento para adquirir cada información que se les brinde acerca del riesgo preconcepcional. Teniendo en cuenta estos resultados y comparándolos con investigaciones realizadas en el continente americano se dedujo que la incidencia de embarazos en edades tempranas está relacionada con el bajo nivel cultural y la poca madurez psicológica. En países de centro américa y el caribe las posibilidades de estudios y superación para las mujeres son limitadas, por lo que la edad promedio en el primer parto es menor que en las jóvenes que tienen mejores oportunidades educacionales y laborales.

Tabla # 4: Distribución de la muestra según conocimiento sobre anticonceptivos.

ESTADO CIVIL	Antes		Después	
	N0	%	N0	%
Adecuado	13	28,8	45	100
Inadecuado	32	71,2	0	0
Total	45	100	100	100

FUENTE. Encuesta.

En la tabla # 4 se expone la información acerca de los conocimientos sobre Anticonceptivos de donde se pone de evidencia que existía un bajo conocimiento del mismo representando un 71,2 % de la muestra y después de la intervención el mismo se incrementó comprendiendo la importancia de la anticoncepción, sus ventajas y desventajas efectos secundarios y contraindicaciones. Enfatizándose en el uso del preservativo y las tabletas anticonceptivas, ya que en caso de los primeros estos se distribuyen en los CMF para un mejor control de las pacientes promiscuas.

Tabla # 5: Distribución de la muestra según conocimiento acerca del RRPC

Conocimiento acerca del RRPC	N0	%
Adecuado	7	15,5
Inadecuado	38	84,5
Total	45	100

FUENTE. Encuesta

La tabla # 5 muestra el conocimiento acerca del RRPC, comprobando que antes de la intervención predominaba el nivel de conocimiento inadecuado con 38 personas de la muestra para un 84,5% esto coincide con los estudios de otros autores donde casi siempre las tres cuarta parte de sus participantes desconocían del tema, luego de la intervención educativa se logró incrementar el nivel de conocimiento en la población escogida como muestra, labor que debe ser priorizada por el equipo básico de salud para lograr una maternidad saludable.

Tabla # 6: Distribución de la muestra según nivel de conocimiento antes y después de la intervención.

Conocimiento	Antes		Después	
	N0	%	N0	%
Inadecuados	42	93,3	0	0
Adecuados	3	6,7	45	100

FUENTE. Encuesta.

La tabla # 6 muestra el nivel de conocimiento que presentaron las pacientes antes y después de haber realizado la intervención educativa donde quedo expuesto que antes de la intervención las mismas presentaron un bajo conocimiento sobre la importancia de asistir a la consulta de planificación familiar, ya que es donde se encuentra el especialista en gineco - obstetricia que trabaja en conjunto con el médico de familia de la comunidad quienes brindan toda la información necesaria sobre la fertilidad de la pareja, preparándolas para un embarazo deseado, planificado y con los menores riesgos posibles para el futuro bebe y la madre, el mismo represento el ---- %, pero después de la intervención quedo el total de las pacientes escogidas al azar con un amplio conocimiento del mismo y con la motivación de asistir sin falta a cada consulta.

CONCLUSIONES

- ✚ En la muestra estudiada predominó el grupo de 30-39 años de edad, para un 42,2 % del total.
- ✚ El nivel de escolaridad estuvo predominado por la secundaria básica terminada representando el 40% y el 64,5 % fue representado por las mujeres casadas lo que significa la existencia de parejas estables en la comunidad.
- ✚ Al evaluar el nivel de conocimiento antes de iniciar la intervención educativa, el 93,3% de la muestra tenía un nivel de conocimiento inadecuado sobre los servicios que ofrece la consulta de planificación familiar.
- ✚ Fueron elevados los conocimientos de las participantes en la investigación de forma satisfactoria en los aspectos evaluados, demostrando la efectividad de la intervención realizada. Los resultados más significativos se obtuvieron al identificar los tipos de riesgos, conceptos y medidas a tomar.

RECOMENDACIONES

Perfeccionar los mecanismos de dispensarización del riesgo reproductivo preconcepcional desde la base del análisis de salud del área atendida por el médico y la enfermera de la familia, mejorar los conocimientos y el desempeño del personal relacionado con el tema, además de promover la información, orientación y servicios dirigidos a los grupos de riesgo, incrementando la motivación y cambios de actitudes y conductas sobre la planificación familiar.

BIBLIOGRAFÍA

- Leyva Ramírez Niolisday, Sosa Zamora Mariela, Guerra Cuba Delia, Mojena Orúe Dulce, Gómez Pérez Nora. Modificación de conocimientos sobre salud reproductiva en adolescentes con riesgo preconcepcional. MEDISAN (revista en la Internet). 2011 Mar (citado 2012 Ene 30) ; 15(3): 323-329.
- Varona de la Peña Florinda, Echavarría Rodríguez Nerys, Orive Rodríguez Nora M.. Pesquisa de los riesgos preconcepcional y prenatal. Rev. Cubana ObstetGinecol (revista en la Internet). 2010 Dic. (citado 2012 Ene 30) ; 36(4): 565-572.
- Fernández Ramos Humberto, Crespo Estrada Yoan, Estrada Astral Ivonne Lídice, Rodríguez Gutiérrez Katia. Impacto de una estrategia de intervención comunitaria sobre el control del riesgo reproductivo preconcepcional. AMC (revista en la Internet). 2008 Jun (citado 2012 Ene 30) ; 12(3): .
- Valls Hernández Matilde, SaforaEnriquezOmayda, Rodríguez Izquierdo Aldo, Lopez Rivas Johely. Comportamiento del embarazo en mujeres mayores de 40 años. Rev Cubana ObstetGinecol (revista en la Internet). 2009 Mar (citado 2012 Ene 30) ; 35(1)
- Rodríguez Iglesias Guillermo, León Cid Iraisa, Segura Fernández Anadys, AtienzaBarzaga Alba Marina. Parto vaginal en pacientes con cesárea anterior. RevCubMed Mil (revista en la Internet). 2011 Dic (citado 2012 Ene 30) ; 40(3-4): 218-226.

- MainegraReyesMarvelis Mercedes, Pérez Ramos. Neisy, Cruz Águila Tirso Michel, Betancourt Concepción Odeyda. Riesgo reproductivo preconcepcional. Policlínico Docente "Miguel Montesino Rodríguez". Fomento. Sancti Spíritus. Gaceta Médica Espirituana 2011; 13(2)
- Pupo Damas Henry, Almarales Sarmiento Geisy, Tamayo Peña Dulce Isabel. Comportamiento del riesgo reproductivo preconcepcional en Soibada. Manatuto. Timor – Leste. Correo Científico Médico de Holguín 2008;12(4)
- Escribano R. Una maternidad en riesgo. (serie en Internet) 2007 (acceso 5 Jun 2007).
- Quevedo Freitas Gilberto, Vázquez Ortiz Marta Eugenia, Zulueta Yate Morayma, Fernández Charón Eddy, Ruz Domínguez Josefa Eugenia. Comportamiento del riesgo preconcepcional en el consultorio médico El Turagual de Venezuela. Rev Cubana Med Gen Integr (revista en la Internet). 2012 Jun (citado 2013 Mayo 14) ; 28(2): 104-111
- ArrateNegretMaria Mercedes, LinaresDespaigne Manuel de Jesús, Molina Hechavarría Vivian, Sánchez ImbertNorka, Arias Carbonell Martha Maria. Efectos secundarios de los anticonceptivos hormonales en usuarias del método asistentes a las consultas de planificación familiar. MEDISAN (revista en la Internet). 2013 Mar (citado 2013 Mayo 14) ; 17(3): 415-425.
- Torres Sánchez Yuselis, Lardoeyt Ferrer Roberto, Lardoeyt Ferrer Milaydes. Caracterización de los factores de riesgo en gestantes con hipertensión gestacional y crónica en un área de salud. Rev Cubana Med Gen Integr (revista en la Internet). 2009 Sep (citado 2013 Mayo 14) ; 25(2):.
- Mariño MembribesEida Rosa, Ávalos González María Marlén, Baró Jiménez Victoria Guadalupe. Comportamiento del embarazo en la adolescencia en el policlínico "Aleida Fernández Chardiet". Rev Cubana Med Gen Integr (revista en la Internet). 2011 Dic (citado 2013 Mayo 14) ; 27(4): 446-454.
- Márquez A Jorge Jaime, García V Victoria, Ardila C Ricardo. Ejercicio y prevención de obesidad y diabetes mellitus gestacional. Rev. chil. obstet. ginecol. (revista en la Internet). 2012 (citado 2013 Mayo 14) ; 77(5): 401-406.
- Rodríguez González Yamilka, Hernández NodarseYaquelín, Ojeda García Nersys. Factores epidemiológicos del embarazo en la adolescencia. Medicentro Electrón. 2012 oct.-dic.; 16(4)
- Sánchez S, Qiu C, Perales M, Lam N, García P, Williams M. Intimate partner violence and preeclampsia among Peruvian women. Eur J ObstetGynecolReprod Biol. 2008; 137(1): 50-5.
- Rodriguez M, Heilemann M, Fielder E, Ang A, Navarez F, Mangione C. Intimate partner violence, depression and PTSD among pregnant women. Ann FamMed. 2008; 6:1.
- Duley L. The global impact of preeclampsia and eclampsia. SeminPerinatol 2009;33(3): 130-7.
- Bonow RO, Carabello BA, Chatterjee K, de Leon AC Jr, Faxon DP, Freed MD, et al. 2008 Focused update incorporated into the ACC/AHA 2006 guidelines for the management of patients with valvular heart disease: a report of the American College of Cardiology/ American Heart Association Task Force on Practice Guidelines (Writing Committee to Revise the 1998 Guidelines for the Management of Patients With Valvular Heart Disease):

endorsed by the Society of Cardiovascular Anesthesiologists, Society for Cardiovascular Angiography and Interventions, and Society of Thoracic Surgeons. *Circulation*. 2008; 118(15):e523-661.

- Habli M, O'Brien T, Nowack E, Khoury S, Barton JR, Sibai B. Peripartum cardiomyopathy: prognostic factors for long-term maternal outcome. *Am J ObstetGynecol*. 2008; 199(4):415.e1-5.
- Langesaeter E, Dragsund M, Rosseland LA. Regional anaesthesia for a Caesarean section in women with cardiac disease: a prospective study. *ActaAnaesthesiolScand*. 2010; 54(1):46-54.
- Ioscovich AM, Goldszmidt E, Fadeev AV, Grisaru-Granovsky S, Halpern SH. Peripartumanesthetic management of patients with aortic valve stenosis: a retrospective study and literature review. *Int J ObstetAnesth*. 2009; 18(4):379-86.
- Mittnacht AJ, Fanshawe M, Konstadt S. Anesthetic considerations in the patient with valvular heart disease undergoing noncardiac surgery. *SeminCardiothoracVascAnesth*. 2008; 12(1):33-59.
- Ioscovich AM, Goldszmidt E, Fadeev AV, Grisaru-Granovsky S, Halpern SH. Peripartumanesthetic management of patients with aortic valve stenosis: a retrospective study and literature review. *Int J ObstetAnesth*. 2009;18(4):379-86.
- Warnes CA, Williams RG, Bashore TM, Child JS, Connolly HM, Dearani JA, et al. ACC/AHA 2008 Guidelines for the Management of Adults with Congenital Heart Disease: a report of the American College of Cardiology/American Heart Association Task Force on Practice Guidelines (writing committee to develop guidelines on the management of adults with congenital heart disease). *Circulation*. 2008;118(23):e714-833.
- Wilson W, Taubert KA, Gewitz M, Lockhart PB, Baddour LM, Levison M, et al. Prevention of infective endocarditis: guidelines from the American Heart Association: a guideline from the American Heart Association Rheumatic Fever, Endocarditis, and Kawasaki Disease Committee, Council on Cardiovascular Disease in the Young, and the Council on Clinical Cardiology, Council on Cardiovascular Surgery and Anesthesia, and the Quality of Care and Outcomes Research Interdisciplinary Working Group. *Circulation*. 2007; 116(15):1736-54.
- Jahromi BN, Hussein Z. Pregnancy outcome at maternal age 40 and older. *Taiwan J ObstetGynecol* 2008; 47(3):257-8.
- Lugones Botell Miguel, Quintana Riverón Tania Y. El riesgo preconcepcional y la planificación familiar: una estrategia de salud del médico de la familia. *RevCubanaMed Gen Integr* (revista en la Internet). Oct (citado 2012 Ene 30) ; 13(5): 419-421. .
- Quintana González Julio. Intervención educativa en una comuna de Haití Artículo 2008.
- Cabrera Cao Yanet, Ortega Blanco Myrna, Orbay Araña María de la Concepción, Sanz Delgado Licett. Riesgo reproductivo preconcepcional: análisis de su comportamiento en tres consultorios médicos. *Rev Cubana Med Gen Integr* (revista en la Internet). 2008 Ago (citado 2012 Ene 30) ; 21(3-4):.
- Leyva Ramírez Niolisday, Sosa Zamora Mariela, Guerra Cuba Delia, MojenaOrúe Dulce, Gómez Pérez Nora. Modificación de conocimientos sobre salud reproductiva en adolescentes con riesgo preconcepcional.
- MEDISAN (revista en la Internet). 2011 Mar (citado 2012 Ene 30) ; 15(3): 323-329.

- RegueiraNaranjoJesús L, Rodríguez Ferrá Reynaldo, Brizuela Pérez Susana. Comportamiento del riesgo preconcepcional. Rev Cubana Med Gen Integr (revista en la Internet). 2008 Abr (citado 2012 Ene 30) ; 14(2): 160-164..
- Lugones Botell Miguel, Quintana Riverón² Tania Yamilé. Análisis del riesgo preconcepcional en un grupo básico de trabajo. Rev Cubana Med Gen Integr (revista en la Internet).2008 Abr (citado 2012 Ene 30); 11(2): 112-116.

ANEXO 1

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Yo _____ de _____ años de edad, estoy de acuerdo a participar en esta investigación, por lo tanto hago constar por medio de este documento mi participación y apoyo a todos aquellos que se interesan en mejorar la salud y nuestro bienestar físico, biológico y social.

Firma _____

ANEXO 2

Encuesta.

Esta encuesta se realiza con el objetivo de conocer el nivel de conocimiento que usted posee sobre la planificación familiar.

Fecha: _____ Comunidad: _____

Edad: _____ Nivel escolar: _____

- ¿Qué es la consulta de planificación familiar?
- ¿Conoce usted que es el riesgo pre-concepcional?
- ¿Qué servicios te ofrece la consulta de planificación familiar?
- ¿Se considera el aborto un método anticonceptivo? Sí___ No___
- ¿Qué métodos anticonceptivos usted conoce?
- ¿Cuáles son las edades de mayor riesgo para el embarazo?
(12-19) ___ (20-29) ___ (30-37)___ (38-49) ___
- ¿Qué mujeres tienen mayor riesgo durante el embarazo?
HTA ___ DM ___ Asma bronquial ___ Sanas ___ Bajo Peso-----