



Marzo 2020 - ISSN: 2254-7630

TEMA: INTERVENCIÓN EDUCATIVA PARA ELEVAR EL NIVEL DE CONOCIMIENTO EN MUJERES CON RIESGO PRECONCEPCIONAL EN CMF No. 25 LAS PELONAS.

Autores: Dr. Magdiel Alcolea Walde

Residente de segundo año en Medicina General Integral.

Lic. Odalis Mojena Fernández.

Profesora Instructor.

Universidad de Ciencias Médicas, Las Tunas, Cuba.

Para citar este artículo puede utilizar el siguiente formato:

Magdiel Alcolea Walde y Odalis Mojena Fernández (2020): "Intervención educativa para elevar el nivel de conocimiento en mujeres con riesgo preconcepcional en CMF no. 25 Las Pelonas", Revista Caribeña de Ciencias Sociales (marzo 2020). En línea

<https://www.eumed.net/rev/caribe/2020/03/intervencion-educativa-conocimiento.html>

<http://hdl.handle.net/20.500.11763/caribe2003intervencion-educativa-conocimiento>

RESUMEN

Se realizó un estudio de intervención educativa, con el objetivo de evaluar la eficacia de dicha estrategia, para elevar el nivel de conocimiento en mujeres con riesgo preconcepcional del consultorio # 25 de Las pelonas 2da, perteneciente al policlínico 14 de junio del municipio Jobabo, provincia Las Tunas, en el periodo comprendido de noviembre 2017 - mayo 2019. El universo de estudio está constituido por las mujeres entre 12 y 49 años de edad y la muestra fueron las dispensarizadas como riesgo preconcepcional, que cumplieron con los criterios de inclusión. La recolección de la información se realizó mediante la revisión de las historias clínicas individuales, de las historias de salud familiar, registros estadísticos, Análisis de la Situación de Salud y un cuestionario para evaluar el nivel de conocimientos antes y después de la intervención educativa. Los datos que se obtuvieron fueron vaciados en tablas estadísticas para su presentación y análisis, se utilizó medidas de resumen para variables cualitativas y cuantitativas (porcentaje). Estos datos se procesaron en el paquete estadístico de Windows SPSS v.15 y para los textos se utilizó en los programas Microsoft Word y Excel 2010. Luego, mediante un análisis inductivo y deductivo nos permitió hacer comparaciones con otros autores, llegar a conclusiones y realizar recomendaciones. Al finalizar la investigación se concluyó que el grupo de edad de 42 a 46 años fue el de mayor incidencia, las mujeres solteras predominaron en relación a su estado civil y la

enfermedad crónica más frecuente fue la Hipertensión arterial. El nivel de conocimiento de las mujeres sobre la consulta de riesgo preconcepcional en el Consultorio del Médico de Familia (CMF) número 25 fue bajo, incidiendo la baja percepción de la misma. La intervención implementada fue efectiva pues se logró elevar el nivel de conocimiento de las mujeres.

Palabras claves: Intervención educativa para mejorar el riesgo preconcepcional en las mujeres del CMF Las Pelonas Jobabo, programa de intervención educativa en mujeres con riesgo Preconcepcional, promoción y el desarrollo de la salud reproductiva en jóvenes con riesgo preconcepcional.

INTRODUCCIÓN

El nacimiento de un niño sano es un acontecimiento que tradicionalmente se celebra en todas las sociedades del mundo. Sin embargo, para muchas familias el proceso de reproducción puede ser un acontecimiento sombrío y peligroso, con morbilidad, secuelas y en última instancia la muerte de la madre, del producto o de ambos. ⁽¹⁾

La Salud Materno Infantil es uno de los indicadores que se utilizan para medir el nivel de desarrollo de un país, en 1952 surgió en Canadá el primer programa de riesgo preconcepcional, el cual tenía como objetivo el óptimo estado de la madre, así como el del producto de la gestación, evitando las posibles complicaciones del embarazo, el parto y el puerperio. ⁽²⁾

En la década de los 60 y 70 países como Dinamarca, Suecia y Noruega se sumaron a la aplicación de este programa. En América Latina en 1961 solo un país lo utilizaba, en 1975 ya eran 17 y en 1983 solo 2 no lo aplicaban. Esto quedó confirmado en la conferencia mundial celebrada en Bucarest en 1974 y México en 1984, donde se demostró que tuvo gran aceptación. ⁽³⁾

En nuestro país, desde el Triunfo mismo de la Revolución se establecieron programas dirigidos a proteger la salud Materno infantil, entre ellos está el programa de manejo y control del riesgo reproductivo preconcepcional, con enfoque preventivo y comunitario, cuyo objetivo consiste en incidir y modificar positivamente el riesgo reproductivo existente antes del embarazo y garantizar así una maternidad sin riesgos. Fue actualizado en 2006 por la Dirección Nacional de Salud Materno infantil y Planificación familiar ⁽⁴⁾

En la Conferencia Internacional *de Población y Desarrollo celebrada en Copenhague en 1994*, la Organización Mundial de la Salud (OMS) definió el riesgo reproductivo preconcepcional (RPC) como la probabilidad que tiene una mujer de sufrir un daño, ella o su producto de la concepción, si se involucrara en el proceso reproductivo. ⁽⁵⁾

Existen diversas clasificaciones de riesgo preconcepcional, pero ninguna puede sustituir el pensamiento médico individualizado, es decir, que teniendo en cuenta los diversos factores que pueden conceptualizar que una mujer tenga algún riesgo preconcepcional, debemos aplicar un enfoque integral y analítico en cada caso. ⁽⁶⁾

El análisis epidemiológico del estado de salud de la población revela que sigue siendo la mujer uno de los grupos más vulnerables, en especial en edad fértil, en quienes se considera existe mayor riesgo de enfermar y morir por causas relacionadas con la gestación. ⁽⁷⁾

Al analizar estas circunstancias se encuentra correlación entre el nivel de desarrollo del área o país estudiado y el comportamiento del indicador de salud materno infantil, de esta forma encontramos que se registran altas cifras de muertes de mujeres en edad fértil en los países subdesarrollados y con compleja situación económico social, cuyas causas de muertes estuvieron relacionadas con el proceso de gestación. Así vemos que las dos terceras partes de las muertes en edad fértil se relacionan con complicaciones del embarazo. En África: 1 de cada 21 mujeres tienen riesgo de muerte materna, en Asia 1 de cada 56, en Europa septentrional una de cada 9 850 y en Norteamérica una de cada 6366. ⁽⁸⁾

En países con mayor nivel socioeconómico y cultural, el porcentaje de mujeres con RPC es inferior a un 5% y en algunos como Suecia y Japón son de 4 % y 3 % respectivamente. En correspondencia con ello se comportan los indicadores referentes a la mortalidad infantil, así como los parámetros de crecimiento y desarrollo durante la vida infantil. ⁽⁹⁾

La situación de salud en América Latina no ha mejorado sustancialmente en los últimos 10 años. Los problemas de salud materno-infantil se ven acentuados por el rápido crecimiento urbano en las regiones marginales, pues se estima que más de 93 millones de latinoamericanos viven en la pobreza y el 30% en la indigencia, sin acceso a los servicios de salud ni a una adecuada orientación para esta problemática, lo cual deriva en que las complicaciones del embarazo, parto y puerperio aparecen entre las principales causas de muerte de la mujer en edad fértil. En países como Brasil, México y Bolivia se incrementa el número de mujeres que pasan a formar parte de estos grupos de riesgo, alcanzando hasta un 35% o un 40% del total de las mujeres. ⁽¹⁰⁾

En Cuba se estima que 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 preconcepcional y que se debe dispensarizar, con el objetivo de realizar acciones médicas, psicológicas y sociales encaminadas a modificar, atenuar o compensar el riesgo existente para lograr embarazos y recién nacidos en las mejores condiciones posibles. ⁽¹¹⁾

En la provincia de Las Tunas como en el resto del país, se controlan a todas las mujeres que se encuentran en edad fértil, haciendo mayor énfasis en aquellas que son portadoras de alguna condición que se considere de riesgo para su embarazo, ya sea con el chequeo periódico de la misma o su incorporación a las consultas de planificación familiar, creando las condiciones necesarias para su seguridad a la hora de decidir un embarazo. ⁽¹²⁾

Nuestro municipio (Jobabo) no queda excepto de ser afectado en las mujeres con riesgo preconcepcional al igual que el consultorio # 25 de Las pelonas 2da. En el año 2017 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.

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 investigativo: ¿Cómo contribuir a elevar el nivel de conocimiento mediante un programa de intervención educativa en mujeres con riesgo Preconcepcional del Consultorio No 25 de Las Pelonas?

Hipótesis: Aplicando un programa de intervención educativa sobre aspectos relacionados con el riesgo preconcepcional, se logrará elevar el nivel de conocimientos en las mujeres pertenecientes a este grupo.

MARCO TEÓRICO

La promoción y el desarrollo de la salud reproductiva es uno de los pilares más importantes para la prevención de la enfermedad y la muerte durante el proceso de la reproducción. Los principales instrumentos para lograr este fin son la educación para la salud y el manejo del concepto del riesgo reproductivo. ⁽¹¹⁾

El riesgo preconcepcional (RPC) 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. Esta probabilidad no es igual para todas las mujeres, es decir, que la magnitud del riesgo es individual y así debemos considerarlo. No existe una condición de riesgo que sea medible por igual en cada mujer o pareja. ⁽¹²⁾

Los factores de riesgo reproductivo preconcepcional son todos aquellos elementos o circunstancias precondicionantes o desencadenantes de morbilidad o mortalidad relacionados con el proceso reproductivo, tanto para la pareja como para el producto. Este concepto se extiende más allá de la esfera biológica y cobra significación en la esfera psíquica y en el contexto social, aplicado a la más amplia definición de salud. El riesgo puede ser de carácter biológico, psíquico, social y ambiental, y estos factores pueden recibir influencias de otros. ⁽¹³⁾

Factores de riesgos relacionados al RPC:

- **Antecedentes biológicos:**

Edad materna: Según la mayoría de autores la edad óptima para la procreación varía, según diferentes criterios, de 20 a 29, de 20 a 24 y de 25 a 29 años. Se consideran de riesgo para el embarazo las mujeres muy jóvenes, pero igualmente no coincidencia en sus rangos (<12 años, <18 años, <20 años), y las mayores de 35 años.

Desnutrición materna grado III-IV: La desnutrición constituye otro factor de riesgo para el embarazo debido a que se establece una relación entre la masa corporal de la madre y el desarrollo de la masa corporal del

producto, ésta puede causar: mortalidad del feto, bajo peso, retardo del crecimiento intrauterino (CIUR), mortalidad materna, anemia entre otros.

Talla inferior a 150cm. La talla es otro de los factores asociados al RPC, pues se establece una relación entre la talla de la madre y la talla del producto. Dentro de los efectos que se le atribuyen a la baja talla con el embarazo se encuentran el bajo peso y la Morbilidad materna secundaria al incremento de operación cesárea.

(14)

- **Antecedentes obstétricos:**

Abortos a repetición: Según la literatura revisada, varios autores ^(11,12) coinciden en que el aborto es más frecuente en los primeros 2 o 3 meses. Las probabilidades de un nuevo aborto crecen de acuerdo con el número de los ocurridos anteriormente. Si se produjo un aborto previo, se tiene 20% de probabilidad de riesgo para un segundo aborto; si ya ha habido 2 abortos, el riesgo sube a 38% y cuando han ocurrido 3, el riesgo llega a 75 %.

Multiparidad: Hay consenso en que la multiparidad es un factor de riesgo (5 embarazos o más), pues produce desgaste del aparato reproductivo y aumenta el riesgo en proporción al número de nacimientos.

Según estudios en EE.UU. Canadá y Colombia se le atribuyen efectos como la morbilidad materna producto a gestorragias y sangrado posparto, anemia y diabetes gestacional. Además, se asocia con la prematuridad y el CIUR.

Período intergenésico corto: Es el lapso de tiempo entre el fin de un embarazo o aborto y el inicio de un nuevo embarazo. La consideración de riesgo varía según los diferentes autores: menores de 18 meses, menores de 2 años, menores de 3 a 4 años y de 2 a 5 años.

El organismo materno necesita recuperarse, pues durante la gestación la madre disminuye sus propios recursos biológicos y nutritivos, a causa del crecimiento del feto; después del parto se necesita recuperar lo perdido y prepararse para el nuevo embarazo. Estas necesidades aumentan cuando se lacta.

Dentro de los efectos que se le atribuyen al período intergenésico corto se encuentran el CIUR, la prematuridad, la morbilidad materna por anemia y el riesgo social. ⁽¹⁵⁾

- **Afecciones asociadas**

Carmen Garrido ⁽¹¹⁾ y Ricardo Rigol ⁽¹²⁾ coinciden en que las enfermedades crónicas no transmisibles como la HTA, el Asma Bronquial, las Endocrinopatías, Neuropatías, Nefropatías, Cardiopatías, Sicklemia, Epilepsia y las afecciones psiquiátricas, constituyen una sobre carga para el organismo, que afecta todos los sistemas, de ahí que exista una mayor probabilidad de descompensación de las enfermedades. Lo que les atribuye a los embarazos de madres con antecedentes de enfermedades crónicas una elevada morbilidad perinatal, así como

mortalidad materna e infantil.

- **Antecedentes socio-ambientales:**

Bajo nivel de escolaridad: Datos derivados de la investigación británica sobre mortalidad perinatal, demuestran que el riesgo de letalidad fetal es el doble en mujeres que tienen un nivel primario terminado, comparado con las de un nivel escolar superior, pues son más receptivas y cumplen a cabalidad las orientaciones médicas. ⁽¹⁶⁾

Madre soltera: Lo que algunos llaman producción independiente, embarazos que no son reconocidos y/o respaldados por el padre, la mujer enfrenta sola el

Hábitos tóxicos:

Tabaquismo: Algunos autores ⁽¹⁵⁾ lo consideran factor de riesgo solo cuando se fuman más de 10 cigarrillos, para otros, no importa la cantidad.

Existe una asociación significativa entre el consumo de tabaco durante el embarazo, el CIUR y la prematuridad. Aquí la causa parece ser el exceso de dióxido de carbono en la sangre materna, el cual provoca un aumento de la contractilidad uterina y un efecto vasoconstrictor e hipoxia crónica, debido a la alteración en la curva de disociación de la hemoglobina y la baja capacidad destoxificadora hepática para el cianógeno del tabaco en el feto.

Alcoholismo, drogas: La capacidad del alcohol y las drogas de disminuir la incorporación de aminoácidos a las proteínas puede explicar la relación que se le atribuye a los embarazos de madres con adicción al alcohol u otras drogas y la prematuridad, el CIUR y la alta mortalidad fetal. ⁽¹⁷⁾

RPC- Anticoncepción y Planificación familiar:

El programa del RPC contribuye a la disminución de la tasa de morbimortalidad infantil y perinatal y brinda una forma efectiva de ayudar a estas 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. ⁽¹⁸⁾

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. ⁽¹⁹⁾

El control de cada mujer dispensarizadas va dirigido a:

- 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 convenido con la paciente o pareja. ⁽²⁰⁾

En nuestro país las Consultas de Planificación Familiar (CPF) de la atención primaria cuentan con un equipo multidisciplinario e integral con enfoque de riesgo, las mismas se desarrollan en estrecha interrelación con los médicos y enfermeras de la familia mediante el pesquizaje activo de las mujeres con RPC. 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. ⁽²¹⁾

Es importante que el médico de familia posea un gran conocimiento de este tema, pues le permitirá hacer una valoración de cada caso, teniendo en cuenta todos los elementos, para poder establecer si la pareja o, en última instancia, la mujer, presenta algún riesgo reproductivo. Ello es importante, pues cada factor de riesgo no se comporta igual en todas las mujeres, es decir, la magnitud del riesgo es individual y, a la vez, pueden influir unos sobre otros. ⁽²²⁾

Objetivo general: Evaluar eficacia de la intervención educativa para elevar el nivel de conocimiento en mujeres con riesgo preconcepcional del Consultorio No. 25 de Las Pelonas, en periodo comprendido de noviembre 2017 - mayo 2019.

Objetivos específicos:

1. Caracterizar la población de estudio de acuerdo a las siguientes variables:

- a) Grupos de edades
- b) Nivel de escolaridad
- c) Estado civil.

2. Identificar los factores de riesgos en la población de estudio.

3. Evaluar el nivel de conocimiento que poseen las mujeres del consultorio # 25 de Las pelonas 2da sobre riesgo preconcepcional antes y después de la intervención.

DISEÑO METODOLÓGICO

Caracterización de la investigación

Se realizó una intervención educativa en mujeres con riesgo preconcepcional perteneciente al consultorio # 25 de Las pelonas 2da, en el periodo comprendido de noviembre de 2017 - mayo 2019 con el objetivo evaluar dicha estrategia y elevar el nivel de conocimiento en este grupo de mujeres.

Universo y muestra.

El universo de estudio estuvo constituido por las mujeres entre 12 y 49 años y la muestra serán las mujeres dispensarizadas como riesgo preconcepcional del consultorio # 25 de Las pelonas 2da.

Criterios de inclusión

1. Las mujeres dispensarizadas como riesgo preconcepcional.
2. Que se encuentren en el momento del estudio residiendo en el área de salud.
3. Estar de acuerdo a participar en la investigación previo consentimiento informado. (Anexo N° 1)

Criterios de exclusión:

1. Las mujeres que no están dispensarizadas como riesgo preconcepcional.
2. Que no se encuentren en el momento del estudio residiendo en el área de salud.

Variable Dependiente

Conocimiento: La adquisición a través de la vida de temas relacionado con la consulta de RPC.

Operacionalización de estas variables:

- Tener conocimiento sobre la importancia de esta consulta.
- Conocer quiénes deben acudir y como debe ser el seguimiento y control por el Médico y enfermera de la familia.
- La variable se establecerá como **Nivel de conocimiento** y cuenta con dos categorías (alto y bajo).

Variable Independiente

Intervención Educativa: Sistema de actividad educativa efectiva para lograr cambios de comportamientos específicos y sostenidos en sectores de la población. Debe estar centrado en el sujeto, implicándolo afectivamente, con una comunicación horizontal.

Operacionalización de esta variable:

Centrado en el sujeto: El personal de salud es el centro de la actividad, siendo sujeto y objeto a la vez.

Comunicación horizontal: Cuando los elementos del conocimiento necesario se transmiten sin diferencia de nivel entre sujetos de diferentes estratos.

Métodos educativos: Son las vías y los modos de la actividad conjunta entre los sujetos para lograr los objetivos propuestos.

Conceptualización y operacionalización de las variables.

Variables	Tipo	Operacionalización		
		Escala	Descripción	
Edad	Cuantitativa continua	12-16 17-21 22-26 27-31	32-36 37-41 41-46 47-49	Según grupos quinquenales
Nivel de Escolaridad	Cualitativa Ordinal	Ilustrada Primaria Secundaria Pre Universitaria Universitaria		Según último grado vencido
Estado civil	Cualitativa Nominal	Soltera Casada Acompañada		Según refiera la encuestada
Factores de riesgo	Cualitativa Nominal	Edad materna Desnutrición materna grado III y IV. Talla inferior a 150 cm Aborto a repetición Multiparidad Periodo intergenésico corto Enfermedades asociadas Madre soltera Hábitos tóxicos		Según se presente en cada caso
Nivel de conocimiento	Cualitativa Nominal	Adecuado No adecuado		Se considerará: Entre 60 y 100 puntos De 59 puntos o menos

Las pacientes se dividieron en dos grupos:

- Un primer grupo compuesto por 25 mujeres.
- Un segundo grupo compuesto por 27 mujeres.

A todas las mujeres se le aplicó el cuestionario Anexo 2 para evaluar los conocimientos sobre aspectos relacionados con la consulta de RPC al inicio del estudio; posteriormente y una vez identificadas las necesidades de aprendizaje resultantes de la encuesta inicial, se realizó la intervención educativa con objetivos sustentados en la misma y al finalizar se les aplicó nuevamente el instrumento inicial de manera que una vez evaluado el mismo pudimos comparar los resultados obtenidos en ambos momentos (antes y después) de la intervención.

Se elaboró un Programa de Intervención Educativa con 16 sesiones de trabajo correspondientes a temas relacionados con la consulta de RPC. Se realizaron 2 sesiones semanales (lunes y viernes) para poder cumplimentar los temas. La investigación contó con tres etapas esenciales: diagnóstico, intervención y evaluación.

➤ **Etapa diagnóstica**

Para la ejecución del estudio se estableció la comunicación con la enfermera de la consulta de riesgo preconcepcional con el objetivo de lograr la participación de todas las pacientes en edad fértil que se encontraban dispensarizadas como RPC en el CMF # 25 de Las pelonas 2da, quedó validada a través de un (consentimiento informado), que fue firmado como constancia de su disposición a participar en el mismo. Se aplicaron los objetivos del estudio y se aplicó en este momento inicial el cuestionario que permitió caracterizar la muestra de estudio y conocer las necesidades de aprendizaje

➤ **Etapa intervención**

Para dar cumplimiento en la segunda etapa de la investigación se impartió un Programa Educativo (Anexo 3) prediseñado sobre el tema y que tuvo como objetivo fundamental abordar los temas que salieron a la luz en el cuestionario aplicado (antes) y sobre los que se observó que los conocimientos no eran los adecuados. Los aspectos sobre los que se enfatizó en la intervención estuvieron dirigidos a:

- La consulta de Riesgo Reproductivo Preconcepcional.
- Dispensarización y riesgo preconcepcional. Factores relacionados. Seguimiento y control de la paciente en consulta.
- La asesoría o consejería Preconcepcional: Responsabilidad de la pareja ante el riesgo y responsabilidad de la pareja ante la anticoncepción.

➤ **Etapa evaluación**

En la sesión final del programa educativo se aplicó nuevamente el instrumento inicial con las mismas características que en la primera etapa para comprobar los conocimientos adquiridos como resultado de la intervención educativa.

Para la evaluación del nivel de conocimiento de manera general, la encuesta fue calificada con valor de 100 puntos: (Ver Anexo 4).

Técnica de recolección de la información

La información se obtuvo del registro de dispensarización que se encuentra en la consulta de RPC del Policlínico "14 de junio", revisado por el autor.

Para el desarrollo de esta investigación, se aplicó un cuestionario con 6 ítems de conocimientos sobre el tema antes y después de la intervención educativa, que constituyó el sustento informativo de todo el trabajo. En esta se recogieron además todas las variables de interés de la información

Técnica de recolección y procedimiento

Los datos obtenidos del cuestionario fueron vaciados en cuadros estadísticos para su presentación y análisis, utilizando medidas de resumen para variables cualitativas y cuantitativas (porcentaje). Para la comparación de las calificaciones obtenidas antes y después de la intervención y poder evaluar el nivel de conocimiento y la efectividad de la intervención se utilizó el Test de Comparación de Medias para ambos momentos (antes y después) con un nivel de significación de $\alpha = 0.05$:

Ho: $\mu_a \neq \mu_d$ Las medias son iguales en ambos momentos (el nivel de conocimiento es igual antes y después de aplicada la intervención)

H1: $\mu_a \neq \mu_d$ Las medias difieren en ambos momentos (el nivel de conocimiento se difiere antes y después de aplicada la intervención).

Estadígrafo de prueba: para $n > 30$

$$Z = \frac{x - \mu_0}{\frac{\delta}{\sqrt{n}}}$$

Entonces la regla de decisión será rechazar Ho si la Z observada es $> Z$ tabulada ($Z_o > Z_{1-\alpha/2}$), al utilizarse el software estadístico, como es el nuestro se rechazará la Ho si la probabilidad asociada al estadígrafo (p) resulta ($p < \alpha$). Se calcularán además los intervalos de confianza para la media con un nivel de confianza del 95%.

$$x \pm Z_{\alpha/2} \frac{\delta}{\sqrt{n}}$$

Estos datos fueron procesados en el paquete estadístico de Windows SPSS v.15 y para los textos se utilizaron los programas Microsoft Word y Excel 2010.

Consideraciones éticas

Se le pidió el consentimiento informado al director del área como máximo responsable del Programa Materno Infantil y el que además nos autorizó acceder al departamento de estadística donde se tuvo en cuenta el resguardo de la información utilizada; no se reveló en ningún momento la identidad de las pacientes que participaron y se hizo hincapié en el principio de respeto a las personas el cual es un proceder de obligado cumplimiento al trabajar con seres humanos y que consiste en contar siempre con el consentimiento de la persona de ser tomado como miembro de una investigación; por lo cual se le informó correctamente qué, por qué y para qué se realizó el estudio, siendo libre de elegir su participación en la investigación.

Al final se confeccionó un informe final cumpliendo con los requisitos metodológicos establecidos por el departamento de postgrado de la Universidad de Ciencias Médicas de Las Tunas.

ANÁLISIS Y DISCUSIÓN DE LOS RESULTADOS

Al realizar el análisis estadístico por grupos de edades, Tabla 1, el grupo de 37 a 41 años es el de mayor incidencia (16,4%), seguido del grupo entre 22 a 26 años (12,5%). Al comparar los resultados obtenidos con la investigación realizada por Moos Estrada, Días Alfonso y Zigelboing ⁽²¹⁾, donde el número de mujeres en esas edades se relacionan con el alcanzado en nuestro estudio.

Tabla 1: Distribución según grupos de edad de las mujeres dispensarizadas como riesgo preconcepcional pertenecientes al consultorio # 25 de Las pelonas 2da. Noviembre 2017 – mayo 2019.

Grupos de edad	Nº	%
12 - 16	20	15,6
17 - 21	11	8,6
22 - 26	16	12,5
27 - 31	11	8,6
32 - 36	18	14,1
37 - 41	21	16,4
42 - 46	27	21,1
47 - 49	4	3,1
Total	128	100,00

Fuente: Cuestionario.

Se ha investigado ampliamente a qué edad materna es más probable que el embarazo tenga un desenlace favorable. La edad materna (menos de 18 años) se ha identificado como un factor de riesgo, autores revisados tales como Vázquez Marqués, ⁽²²⁾ plantean que influye en el advenimiento frecuente del parto antes de tiempo por abortos o partos prematuros, además que puedan ocurrir con más frecuencia complicaciones como inserción baja placentaria, toxemia, distocia del parto y muerte fetal; esto se debe al incompleto desarrollo anatomofisiológico del aparato reproductor femenino en edades tempranas. Además, debemos tener en cuenta que a estas edades se tienen mayores riesgos de ser madres solteras, de tener conflictos psicológicos y sociales.

Se reconoce a la edad materna avanzada (mayores de 35 años) como factor de riesgo asociado a las anomalías del desarrollo, y el primer ejemplo descrito fue el Síndrome de Down. En Latinoamérica, las mujeres de 40 años o más producen el 2% de todos los nacimientos y el 40% de los casos con Síndrome de Down. Sin ignorar los derechos reproductivos, se puede asegurar que desestimulando la concepción en mujeres mayores

de 35 años y con otros factores de riesgo como la multiparidad, las enfermedades crónicas y el hábito de fumar, podría prevenirse casi la mitad de los casos de una enfermedad genética grave e incurable. ⁽²²⁾

Tabla 2: Distribución de acuerdo al nivel de escolaridad de las mujeres dispensarizadas como riesgo preconcepcional pertenecientes al consultorio # 25 de Las pelonas 2da. Noviembre 2017 – mayo 2019.

Nivel de escolaridad	Nº	%
Iletrada	-	-
Primaria	22	17,2
Secundaria	57	44,5
Preuniversitario	34	26,6
Universidad	15	11,7
Total	128	100,00

Fuente: Cuestionario.

Al realizar un análisis sobre el nivel de escolaridad, (Tabla 2), esta mostró resultados significativos, 57 pacientes que representa (44,5%) de las mujeres encuestadas tienen la secundaria terminada, dato que en nuestra investigación coincide con algunos autores ^(23,24) y que hace que podamos calificar a esta población entre el nivel medio y medio superior. Este aspecto es de importancia pues está en estrecha relación con las posibilidades educacionales existentes en el país que implican el acceso masivo y gratuito a los servicios de educación de las mujeres garantizando de este modo la igualdad de derechos de la mujer.

Fernández Sordo y Por tuondo ⁽²⁵⁾ plantean que el bajo nivel educacional o intelectual tiene una influencia indirecta en la comprensión y cumplimiento de las orientaciones médicas, lo que a largo plazo entorpece el buen desenvolvimiento de las acciones de salud.

La educación para la salud se transmite a todas las pacientes de forma sistemática, aquellas que tienen mayor nivel cultural son más receptivas y cumplen a cabalidad las orientaciones médicas, pero lo contrario ocurre en las madres con menos nivel cultural. Sin embargo, Ramírez Díaz ⁽²⁶⁾ plantea que variables tales como la escolaridad baja no tienen identificación con toda certeza como riesgo.

Tabla 3: Distribución según estado civil de las mujeres dispensarizadas como riesgo preconcepcional pertenecientes al consultorio # 25 de Las pelonas 2da. noviembre 2017 – mayo 2019.

Mujeres	Nº	%
Casadas	4	3,1
Acompañadas	51	39,8
Solteras	73	57,0
Total	128	100,00

Fuente: Cuestionario

En la Tabla 3 aparece la distribución de las mujeres según su estado civil, en el estudio predominaron las solteras con el 57,0 %, seguida de las acompañadas y las casadas con el 39,8% y 3,1% respectivamente. Esta variable es importante a tener en cuenta en el control de RPC ya que, en las mujeres solteras se producen embarazos que no son reconocidos o respaldados por el padre y esto provoca que la mujer enfrente sola el embarazo, el cuidado y la atención del futuro bebé. Autores como Danicela Henríquez Navarro ⁽²⁷⁾ obtuvo resultados similares a nuestro trabajo.

En nuestro país este aspecto tiene una connotación especial pues, aunque en otros países esto resulta un problema, en Cuba existen mecanismos muy bien engranados donde la mujer embarazada se encuentra protegida y recibe las atenciones necesarias para llevar a término su embarazo con los debidos cuidados.

Tabla 4: Distribución de las mujeres dispensarizadas como RPC no controladas según hábitos tóxicos en el consultorio # 25 de Las pelonas 2da. Noviembre 2017 – mayo 2019.

Hábitos tóxicos	Nº	%
Fuman	62	48,4
Ingieren bebidas alcohólicas	41	32,0
Ingieren Drogas	0	----
No hábitos tóxicos	29	22,7
TOTAL	128	100.00

Fuente: Cuestionario

Como puede observarse en la, Tabla 4, el hábito tóxico más frecuente entre las mujeres de riesgo fue el hábito de fumar, con 48,4%, estos datos fueron similares a los reportados por Lightwood y Chomitz. ^(28,29) El hábito de fumar activo y pasivo afecta tanto al feto como a la madre. Entre los daños atribuidos se describen: infertilidad, aborto espontáneo y bajo peso al nacer; pudiendo producir hasta una disminución de 200g en el momento del nacimiento, restricción del crecimiento fetal, riesgo de parto pretérmino, desprendimiento de placenta, muerte fetal y perinatal, aumento del riesgo de infecciones del tracto respiratorio del recién nacido. El efecto del

tabaquismo pasivo en gestantes es un hecho todavía controvertido, aunque se cree que está asociado a bajo peso al nacer.

Al analizar las enfermedades crónicas no transmisibles, Tabla 5, la de mayor prevalencia en la población de riesgo preconcepcional es la HTA con el 30,4%, seguida por el Asma Bronquial con 14,0%. Muchos de los estudios revisados coinciden con el nuestro, como los realizados en Venezuela ⁽³⁰⁾ y México ⁽³¹⁾, donde se reportan entre las enfermedades asociadas con mayor frecuencia, a la HTA entre un 49 y 61 % y el Asma Bronquial entre un 8 y 20%. Por si sola la HTA es una de las causas que mayores complicaciones puede provocar tanto a la mujer como al producto de su embarazo, relacionándose con el CIUR, bajo peso al nacer, prematuridad, hematoma retroplacentario y alta mortalidad perinatal.

Tabla 5: Distribución de las mujeres según enfermedades crónicas no trasmisibles en el Consultorio No. 25 de Las Pelonas. Noviembre 2017 – mayo 2019.

Enfermedades crónicas	Nº	%
Hipertensión Arterial	39	30,5
Diabetes Mellitus	4	3,1
Asma Bronquial	18	14,1
Epilepsia	1	0,8
Cardiopatía isquémica	5	3,9
TOTAL	128	100.00

Fuente: Cuestionario.

Las enfermedades crónicas afectan a una de cada 20 mujeres embarazadas, lo que corresponde al 5% de la población femenina en edad reproductiva. Se presentan en la mujer previa a la gestación y pueden afectar al feto por alteraciones de la fisiología materna, así como por la medicación que recibe, imbricándose ambas etiologías. ⁽³²⁾

En la tabla 6 se muestran los resultados obtenidos al aplicar el instrumento antes y después de la implementación del programa educativo. En cuanto al conocimiento del concepto de RPC, solo el 29.5% (18) de las mujeres respondieron correctamente esta pregunta por lo que se obtuvo un nivel bajo de conocimientos, lo que nos llamó la atención por la contradicción con los resultados antes expuestos, pues la mayoría de las mujeres solo reconoció que el RPC se aplica a mujeres de 12 a 49 años (70.5%), pero desconoce otros aspectos esenciales del concepto. Estos resultados coinciden con una investigación realizada por Cateura Martínez, ⁽³³⁾ en el Área de salud del Cerro, sus resultados alcanzaron cifras superiores al 50.0% y a su criterio los resultados pudieran estar relacionados con irregularidades en la comunicación entre las pacientes del área estudiada y el personal de salud. Ya después de la intervención estos resultados mejoraron notablemente y la calificación alcanzada fue alta con el 96.5%.

Tabla 6: Distribución de las mujeres encuestadas de acuerdo al nivel de conocimiento sobre algunos aspectos relacionados con la consulta de RPC antes y después de la aplicación del programa educativo en el consultorio # 25 de Las pelonas 2da. Noviembre 2017 – mayo 2019.

ASPECTO	CALIFICACIÓN	ANTES		DESPUÉS	
		Nº	%	Nº	%
Conocimiento sobre concepto de RPC	Alto	45	35,2	111	86,7
	Bajo	83	64,8	17	13,3
Percepción ante el riesgo	Alto	61	47,7	106	82,8
	Bajo	67	52,3	22	17,2
Conocimiento sobre el seguimiento	Alto	54	42,2	123	96,1
	Bajo	74	57,8	5	3,9
Conocimiento sobre responsabilidad de la pareja ante el riesgo	Alto	37	28,9	99	77,3
	Bajo	91	71,1	29	22,7
Conocimiento sobre responsabilidad de la pareja ante la anticoncepción	Alto	39	30,5	103	80,5
	Bajo	89	69,5	25	19,5
Conocimiento sobre factores de riesgo	Alto	50	39,1	95	74,2
	Bajo	78	60,9	33	25,7

Fuente: Cuestionario.

La percepción ante el riesgo fue al inicio baja, solo el 47,7% (61) de las 128 mujeres reconoció su riesgo. Esto nos muestra que las mujeres no tienen una clara noción de cuando se es o no de riesgo. Lo que coincide con la literatura revisada. (34)

El hecho de que una paciente no tenga percepción de riesgo lo consideramos un elemento importante. Al respecto Reina Gómez (35) enfatiza que es una variable psicosocial que puede influir en que una persona adopte o no conductas adecuadas, en este sentido el nivel de conocimiento no es por sí solo suficiente para la adopción de determinados comportamientos, de lo antes expuesto se desprende que las mujeres pueden tener una percepción de riesgo y sin embargo asumir conductas irresponsables frente al mismo, de la misma manera que pueden tener un buen conocimiento sobre el RPC y no asumir las conductas esperadas. Es por ello que en las conductas de salud interviene el nivel de conocimiento, la percepción de riesgo, pero también otras variables como mitos o creencias, capacidad intelectual, autoestima, motivación, por citar algunas.

Con esto queremos decir que si estas pacientes no se perciben como riesgo no acudirán al control y seguimiento que requieren, lo que corroboramos cuando se constató que solo un 42,2% asistía a consulta y lo hacía 1 vez al año por lo que el nivel de conocimiento alcanzado en cuanto al seguimiento fue bajo. Dato este que se correspondía con otros trabajos revisados como por ejemplo el de Villavicencio. (36) Después de la intervención se logró alcanzar un nivel de conocimiento alto para ambos con el 82,8% y 96,1% respectivamente.

En cuanto al conocimiento sobre la responsabilidad ante el riesgo con la participación activa de la pareja, no debe olvidarse que, en materia de concepción, la responsabilidad es compartida por el hombre y la mujer, con similares derechos, y se considera la opinión de la pareja un elemento de gran valor sobre todo a la hora de convenir cualquier decisión ante el asesoramiento que le brinda el médico. Solo el 28.9% de las mujeres respondió que la pareja debe participar alcanzando un nivel bajo de conocimientos. Una vez realizada la intervención en el segundo momento, ya las féminas respondían que la participación debe ser la pareja alcanzando un nivel de conocimiento alto, con el 77,3%.

La anticoncepción es otro tema de importancia que abordamos y constatamos que ninguna mujer utiliza métodos anticonceptivos y el 30,5% manifestó que la pareja era responsable ante la selección del método, por lo que sigue siendo la mujer en primer plano y así lo percibe ella la que tome decisiones que deben involucrar a la pareja. Al final de la intervención la calificación se logró variar de nivel bajo a alto con el 80,5%. Los resultados obtenidos en el conocimiento de los factores de riesgos dejaron en evidencia que las mujeres aun cuando están dispensarizadas como riesgo no conocen realmente cuales son estos factores y al inicio el nivel de conocimiento resultó bajo (39,1%). Autores como Barberán Vázquez ⁽³⁷⁾ obtuvo resultados similares a nuestro trabajo.

Cuando se revisaron las encuestas detalladamente buscando una explicación encontramos lo siguiente: las pacientes con el hábito de fumar, sobre todo las que no concomitan con otro factor de riesgo en su mayoría no perciben el riesgo, pero además señalaban el mínimo de los factores de riesgo, salvo raras excepciones se señalaba el nivel bajo de escolaridad, la baja talla y la multiparidad como factores de riesgo.

En este acápite la paridad resulta un tema muy controvertido y del cual en todos los estudios revisados se expresan diferentes criterios. En la investigación realizada el 74,2% de las mujeres encuestadas tienen una paridad satisfecha pues ya han alcanzado el número de hijos deseados, pero 34 mujeres, de ellas 9 menores de 19 años y 6 mayores de 35 años no han tenido hijos, pero el resto que, si tiene, no están satisfechas con su paridad y desean en la actualidad tenerlos.

En esta Tabla. 7 se resumen los resultados del nivel de conocimiento general de las encuestadas antes y después de la intervención como se puede observar al momento inicial (diagnóstico) se constató que el nivel de conocimientos de las mujeres era bajo con el 79.7% y solo un 30.3% clasificaba como alto. Ya en un segundo momento luego de aplicado el programa educativo el 90,6% de las mujeres alcanzaba un nivel alto, aunque un 9,4% permaneció con nivel bajo.

Tabla 7: Distribución de las mujeres dispensarizadas como RPC de acuerdo al nivel de conocimientos general sobre la importancia del RPC antes y después de la aplicación del programa educativo en el consultorio # 25 de Las pelonas 2da. Noviembre 2017 – mayo 2019.

NIVEL DE CONOCIMIENTO	ANTES		DESPUÉS	
	Nº	%	Nº	%
ALTO	26	20,3	116	90,6
BAJO	102	79,7	12	9,4
TOTAL	128	100	128	100

Fuente: Cuestionario.

Es opinión del autor que en estos resultados tengan mucho que ver con variables cuyas respuestas están muy relacionadas con la percepción, la paridad y los factores de riesgo pues aún al finalizar el programa, algunas mujeres no comprendieron algunos conceptos.

Tabla 8: Análisis y comparación estadística del nivel de conocimiento en ambas encuestas en el consultorio # 25 Las pelonas 2da. Noviembre 2017 – mayo 2019.

ANTES		DESPUÉS	
MEDIA	59.57	MEDIA	88.10
DESVIACIÓN TÍPICA	9.46	DESVIACIÓN TÍPICA	11.70
INTERVALO CONFIANZA	[57.06; 62.09]	INTERVALO CONFIANZA	[85.00; 91.21]

Fuente: Cuestionario.

Cuando realizamos el análisis estadístico de los datos Tabla 8 obtuvimos que la media para el momento antes de la intervención fue de 59.57% clasificando en la categoría de nivel de conocimiento bajo, ya en la evaluación, después de la intervención se logró alcanzar la categoría alto con el 88.1%.

Al obtener el resultado de la probabilidad asociada al estadígrafo de prueba (p) $p = 0.000$; este resultado es menor que el nivel de significación utilizado $\alpha = 0.05$, y como ($p < \alpha$) se rechaza la hipótesis nula (H_0), que se refuerza cuando observamos los intervalos de confianza calculados donde la media se encuentra dentro del intervalo y afirmamos con una confiabilidad del 95% que las medias difieren en ambos momentos y para los

efectos de la investigación la intervención educativa aplicada fue efectiva y se cumplió con el objetivo propuesto.

CONCLUSIONES

- 1 - El grupo de edad de mayor frecuencia fue de 42-46 años.
- 2 - La secundaria como nivel de escolaridad predominó en el estudio.
- 3 - Las solteras representaron el mayor por ciento.
- 4- EL hábito tóxico de mayor frecuencia fue el de fumar.
- 5- La enfermedad crónica más frecuente fue la hipertensión arterial.
- 6- El nivel de conocimiento de las mujeres sobre la consulta de riesgo preconcepcional fue bajo, incidiendo en la baja percepción de las mismas. La intervención implementada fue efectiva pues se logró elevar el nivel de conocimiento de las mujeres.

BIBLIOGRAFÍA

1. World Health Organization. International statistical classification of diseases and related health problems. Tenth revision. Geneva: World Health Organization; 2014. 15(2), 1025-0255
2. OMS. International and Health Reported: public health action for healthier children and populations. Copenhagen: OMS; 2015. 14(2):142.
3. Ministerio de Salud Pública, Cuba (1996): Metodología para el manejo y control del riesgo reproductivo preconcepcional. MINSAP, La Habana. Editorial Ciencias Médicas, 2010; 2(3): 1-17.
4. World Health Organization. Special session/ European and Health Reported: public health and populations. Copenhagen: OMS; 2014; 4(3):5
5. Vázquez Márquez A. Riesgo preconcepcional en la consulta de planificación familiar. Rev. Cubana Med Gen Integr 2015; 4(3):192
6. OMS. Anuario Estadístico de Salud. Riesgo preconcepcional. 2014. 3(3):15-26.
7. Organización Panamericana de la Salud. Manual sobre el enfoque de riesgo preconcepcional en la atención materno-infantil. 2015. 11(2):14-15.
8. Anuario Estadístico de Salud. Riesgo preconcepcional. 2015. 154-156. Editorial Ciencias Médicas. 2015.

9. Prendes Labrada M, Guibert Reyes W. Riesgo Preconcepcional en la consulta de planificación familiar. Rev. Cubana Med Gen Integr 2010; 17(4):360.
10. Cabezas E, Herrera V, Ortega M, Santiesteban S. Riesgo Preconcepcional en: Procederes de Obstetricia y Ginecología para el Médico de la Familia, La Habana, Editorial Ciencias Médicas,2014;3(4):5-7.
11. Carmen Garrido Riquenes, R. Salud Reproductiva en: Temas de MGI volumen I de Álvarez Síntes, R., La Habana: Ciencias Médicas, 2008;5(5): 515-518.
12. Rigol Ricardo O. Obstetricia y Ginecología. Riesgo Reproductivo. La Habana: Editorial Ciencias Médicas; 2004; 3(2):112-114
13. Ramírez Díaz, V. Factores Psico-sociales y Riesgo Preconcepcional. Rev. Cub. Obstetr. Ginecolog. 2009, 16 (2): 216-225.
14. Henríquez Navarro, Danicela; L Morales Cristina. Intervención sobre el riesgo reproductivo preconcepcional en el Municipio Cerro.2015. [Artículo en línea]<www.ilustrados.com> . [Consulta 15/2/2015].
15. Lightwood JM,Phibbs CS, Glantz SA. Short-term health and economic benefits of smoking cessation: low birth weight. Pediatrics 2015; 104:1312-20.
16. Chomitz VR, Cheung LW, Lieberman E. The role of lifestyle in preventing low birth weight. Future Child 2014; (5): 121-38.
17. Olivas Montenegro, Mario B. Riesgo Reproductivo para la mortalidad perinatal en Caracas. Rev. Venezolana Ginecol 2015. Vol. 2;25(2): 54-63
18. Riesgo Reproductivo II. Academia Mexicana de Investigación en Demografía Médica. Planificación Familiar de Riesgo Reproductivo. México, 2015.45-49
19. Vázquez Marqués. Efectividad de un programa educativo para el control del riesgo reproductivo preconcepcional en el Municipio Cerro. Rev. Cubana: Medicina General Integral. 2015. 18(4):33-41
20. Cateura Martínez, Pérez Orta. G. Riesgo preconcepcional, comportamiento en el puesto de salud.Área de salud: Cerro, Revista Ciencias 2010.4 (5):15-22
21. De la Torre E, López Pardo C, Márquez M, Gutiérrez Muñiz JA. Rojas Ochoa F. Salud para todos. Sí es posible. Sociedad Cubana de Salud Pública, Sección de Medicina Social. La Habana, 2014. pp 45-49

22. Gómez Reina, G. Como protegernos de los riesgos reproductivos. Editorial Ciencias Médicas, 2014. 2(3): 34-38

OTRAS BIBLIOGRAFÍAS CONSULTADAS

- ✓ Cuba MINSAP. Dpto. Estadísticas Policlínico 14 de Junio . Área de salud Jobabo. Riesgos Reproductivo Preconcepcional.2017.
- ✓ Álvarez Sintés, R. Temas de Medicina General Integral. La Habana. Editorial Ciencias Médicas .2010. Vol.I., pág. 515-518.
- ✓ Cefalo Robert, C; Moods, M. Reproductive History. Preconcepcional Health Care 2 Ed.St.Louis: Mosby 2016, pág 205-219
- ✓ Castaro G.E. Mortalidad Materna y Factores de Riesgo. Medellín. Universidad de Antioquia ,2014.
- ✓ Cobi E; Reyes S. Percepciones Masculinas de las Necesidades y Servicios de Planificación Familiar y Salud Reproductiva: Un Estudio Cualitativo en Chimbote. Nueva Cork. Population Council, 2014
- ✓ Díaz GR. Factores de Riesgo de Bajo Peso al Nacer. Revista Cubana de Obstetricia y Ginecología. Julio-Septiembre2015.
- ✓ Huevo, Carlos M.; Corignan Charles S; Pautas Médicas y Prestación de Servicios para planificación Familiar, Londres: Federación Internacional de Planificación de la Familia, 2015.
- ✓ Torres García, J.; González Ranget, M.A. Riesgo Reproductivo.2015.

ANEXO N° 1. CONSENTIMIENTO INFORMADO

Yo: _____

Me comprometo a participar en el estudio que se realizará que tiene como tema central el nivel de conocimientos que tienen LAS MUJERES SOBRE EL RIESGO REPRODUCTIVO PRECONCEPCIONAL. He sido debidamente informada sobre la importancia del tema para la salud de la familia y la mía propia por lo que necesito aprender sobre el tema.

FIRMA DEL PACIENTE: _____.

ANEXO N° 2. CUESTIONARIO

El siguiente cuestionario se realizará con el objetivo de evaluar sus conocimientos sobre el riesgo reproductivo preconcepcional, por lo que necesitamos de su cooperación y su sinceridad en las respuestas ya que tiene un fin investigativo.

I.-Datos Generales:

1.-Edad: _____

2.- Nivel de Escolaridad: _____

3.- Estado civil:

3.-1___ Casado(a)

3.-2___ Acompañado(a)

3.-3___ Soltero(a)

4.-Hábitos Tóxicos:

4.1___ fuma

4.2___ Ingiere bebidas alcohólicas

4.3___ Ingiere drogas

5.- Enfermedades Crónicas:

5.1___ Hipertensión Arterial

5.2___ Diabetes Mellitus

5.3___ Asma Bronquial

5.4___ Epilepsia

5.5___ Cardiopatía Isquémica

5.6___ Otras _____

6.- Historias obstétrica anterior

6.-1___ Número de embarazos: ___

6.-2___ Número de partos: ___ Normales: ___

Cesáreas: ___

6.-3___ Números de Abortos: ___ Espontáneos: ___

Provocados: ___

II- Conocimiento sobre el riesgo reproductivo preconcepcional

6.- El riesgo preconcepcional para su criterio:

6.1 ___ Se aplica a mujeres en edad reproductiva, entre 12 y 49 años, con factores de riesgo, que incremento la probabilidad de sufrir daños a su salud o a la de su futuro hijo.

6.2 ___ Se aplica a todas las mujeres entre 12 y 49 años.

6.3 ___ Se aplica a todas las mujeres en cualquier edad.

7.- ¿Conoce usted las consecuencias que puede traer un embarazo no planificado en una paciente clasificada como riesgo preconcepcional?

7.1___ Si, cuales _____

7.2___ No

8.- ¿Se considera usted como riesgo preconcepcional?

8.1___ Si

8.2___ No

9.- ¿Asiste a consulta por ser riesgo preconcepcional?

Cada qué tiempo asiste a consulta:

____ 1 vez al mes

____ Cada 3 meses

____ Cada 6 meses

____ 1 vez al año

10. ¿Tiene hijos?

Si ____

No ____

En el caso de contestar negativo

¿Desea tener hijos? Sí__ No __

11.- Durante el seguimiento del riesgo preconcepcional debe participar activamente:

11.1 ____ La mujer

11.2 ____ La pareja

11.3 ____ El hombre

11.4 ____ La familia

12.- Utiliza algún método anticonceptivo

12.1 ____ Si

12.2 ____ No

¿Cree usted que el método anticonceptivo debe ser escogido por?

____ Usted

____ La pareja y el médico

13.- De las siguientes condiciones marque con una cruz la que usted crea que debe tenerse en cuenta para ser controlada como riesgo reproductivo Preconcepcional:

___ Tener edades entre 12 y 49 años.

___ Estar divorciada

___ Menor de 12 años y mayor de 35 años.

___ Desnutrición materna

___ Talla inferior a 150 cm.

___ Abortos a repetición.

___ Más de 5 partos.

___ Bajo peso al nacer.

___ Periodo intergenésico corto (lapso de tiempo entre el fin de un embarazo o aborto y el inicio de un nuevo embarazo)

___ Cesárea anterior menos de 2 años

___ Enfermedades asociadas (Hipertensión arterial, Asma bronquial, Endocrinopatías (diabetes mellitus, hiper o hipotiroidismo y otras), Cardiopatías, Neuropatías, Epilepsias, Síndromes, y otras.

___ Bajo nivel de escolaridad.

___ Madre soltera.

___ Parejas sexuales inestables.

___ Hábitos tóxicos, (tabaquismo y alcoholismo)

___ Embarazo no deseado