

UNIVERSIDAD CATÓLICA DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL

SISTEMA DE POSGRADO

ESCUELA DE GRADUADOS EN CIENCIAS DE LA SALUD

ESPECIALIDAD EN MEDICINA FAMILIAR Y COMUNITARIA

TEMA:

“DISEÑO DE UNA ESTRATEGIA EDUCATIVA PARA EL CONTROL DEL RIESGO PRECONCEPCIONAL. CONSULTORIO K, CENTRO DE SALUD PASCUALES. AÑO 2018”

AUTOR:

GONZÁLEZ SUÁREZ, HAMILTON LUCIO

**TRABAJO DE INVESTIGACIÓN
PREVIO A LA OBTENCIÓN DEL TÍTULO DE:**

ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR Y COMUNITARIA

DIRECTOR:

ARANDA CANOSA, SANNY

GUAYAQUIL-ECUADOR

2018



UNIVERSIDAD CATOLICA DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL

SISTEMA DE POSGRADO

ESCUELA DE GRADUADOS EN CIENCIAS DE LA SALUD

CERTIFICACIÓN

Certificamos que el presente trabajo fue realizado en su totalidad por *el Dr. González Suárez, Hamilton Lucio*, como requerimiento parcial para la obtención del Título de Especialista en *Medicina Familiar y Comunitaria*.

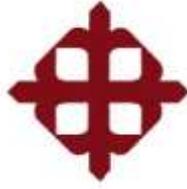
Guayaquil, 17 de diciembre del 2018.

DIRECTOR DEL TRABAJO DE INVESTIGACIÓN:

Aranda Canosa, Sanny

DIRECTOR DEL PROGRAMA:

Landívar Varas, Xavier Francisco



UNIVERSIDAD CATÓLICA DE SANTIAGO DE GUYAQUIL

**SISTEMA DE POSGRADO
ESCUELA DE GRADUADOS EN CIENCIAS DE LA SALUD**

DECLARACIÓN DE RESPONSABILIDAD

YO, González Suárez, Hamilton Lucio

DECLARO QUE:

El trabajo de investigación “Diseño de una *estrategia educativa para el control del riesgo preconcepcional. Consultorio k, centro de salud Pascuales. Año 2018*” previo a la obtención del Título de Especialista, ha sido desarrollado en base a una investigación exhaustiva, respetando derechos intelectuales de terceros conforme las citas que constan en el texto del trabajo, y cuyas fuentes se incorporan en la bibliografía.

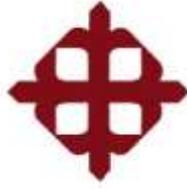
Consecuentemente este trabajo es de mi total autoría.

En virtud de esta declaración, me responsabilizo del contenido, veracidad y alcance científico del Trabajo de Tesis mencionado.

Guayaquil, 17 de diciembre del 2018

EL AUTOR:

González Suárez, Hamilton Lucio



UNIVERSIDAD CATÓLICA DE SANTIAGO DE GUYAQUIL

SISTEMA DE POSGRADO

ESCUELA DE GRADUADOS EN CIENCIAS DE LA SALUD

AUTORIZACIÓN:

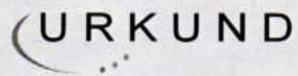
YO, González Suárez, Hamilton Lucio

Autorizo a la Universidad Católica de Santiago de Guayaquil, la publicación en la biblioteca de la institución del trabajo de investigación de Especialización titulado: “Diseño de una *estrategia educativa para el control del riesgo preconcepcional. Consultorio k, centro de salud Pascuales. Año 2018*”, cuyo contenido, ideas y criterios son de mi exclusiva responsabilidad y total autoría.

Guayaquil, 17 de diciembre del 2018

EL AUTOR:

González Suárez, Hamilton Lucio



Urkund Analysis Result

Analysed Document:	Dr. Hamilton Gonzalez S. tesis.docx (D45620479)
Submitted:	12/12/2018 2:58:00 PM
Submitted By:	hrances77@gmail.com
Significance:	1 %

Sources included in the report:

<https://www.monografias.com/trabajos93/disenio-acciones-control-del-riesgo-reproductivo/disenio-acciones-control-del-riesgo-reproductivo.shtml>

Instances where selected sources appear:

3

1 AGRADECIMIENTO

En primer lugar agradezco a Dios por permitirme alcanzar un objetivo más en la vida y ser el guía en mi proyecto de vida, el que ha permitido que las metas alcanzadas se conviertan en conquistas, que me edifican como ser humano en servicio de los demás. A mis maestros por el conocimiento impartido a diario, por enseñarnos el significado de la medicina en servicio del prójimo, a tener una visión integral. Y mis compañeros por el esfuerzo compartido durante el posgrado, por las luchas que emprendidas en virtud del conocimiento.

2 DEDICATORIA

Dedico este trabajo a mis Padres y hermanos quienes han sido los mentores en mi vida y en el largo camino que he emprendido en la educación y preparación para enfrentarme al mundo cambiante actual. Y los cuales en los momentos más difíciles fueron el fundamento para poder pasar las adversidades. A mis Tíos que me mostraron el apoyo incondicional en toda la vida, y me enseñaron el significado de una familia.



UNIVERSIDAD CATÓLICA DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL

SISTEMA DE POSGRADO

ESCUELA DE GRADUADOS EN CIENCIAS DE LA SALUD

ESPECIALIZACIÓN EN MEDICINA FAMILIAR Y COMUNITARIA

TRIBUNAL DE SUSTENTACIÓN

f. _____

**LANDÍVAR VARAS, XAVIER FRANCISCO
DIRECTOR DEL POSGRADO**

f. _____

**ARANDA CANOSA, SANNY
COORDINADORA DOCENTE**

f. _____

**BATISTA PEREDA, YUBEL
OPONENTE**



**SISTEMA DE POSGRADO- ESCUELA DE GRADUADOS EN CIENCIAS DE LA SALUD
ESPECIALIZACIÓN EN MEDICINA FAMILIAR Y COMUNITARIA
II COHORTE
TRIBUNAL DE SUSTENTACIÓN**

TEMA: "Diseño de una estrategia educativa para el control del riesgo preconcepcional. Consultorio k, centro de salud Pascuales. Año 2018"
ALUMNO: GONZÁLEZ SUÁREZ HAMILTON LUCIO
FECHA:

Nº.	MIEMBROS DEL TRIBUNAL	FUNCIÓN	CALIFICACIÓN TRABAJO ESCRITO /60	CALIFICACIÓN SUSTENTACIÓN /40	CALIFICACIÓN TOTAL /100	FIRMA
1	DR. XAVIER LANDIVAR VARAS	DIRECTOR DEL POSGRADO MFC				
2	DRA. SANNY ARANDA CANOSA	COORDINADORA DOCENTE				
3	DR. YUBEL BATISTA PEREDA	OPONENTE				
NOTA FINAL PROMEDIADA DEL TRABAJO DE TITULACIÓN						

Observaciones: _____

Lo certifico,

DR. XAVIER LANDIVAR VARAS
DIRECTOR DEL POSGRADO MFC

DR. YUBEL BATISTA PEREDA
OPONENTE
TRIBUNAL DE SUSTENTACIÓN

DRA. SANNY ARANDA CANOSA
COORDINADORA DOCENTE
TRIBUNAL DE SUSTENTACIÓN

3 ÍNDICE DE CONTENIDOS

1	AGRADECIMIENTO	VI
2	DEDICATORIA	VII
	TRIBUNAL DE SUSTENTACIÓN	VIII
	ACTA DE SUSTENTACIÓN	IX
3	ÍNDICE DE CONTENIDOS	X
4	ÍNDICE DE TABLAS	XII
5	ÍNDICE DE ANEXOS	XIII
6	Resumen.....	XIV
7	Abstract	XV
8	INTRODUCCIÓN	2
9	EL PROBLEMA	6
9.1	Identificación, Valoración y Planteamiento	6
9.2	Formulación.....	6
10	OBJETIVOS GENERALES Y ESPECÍFICOS	7
10.1	General	7
10.2	Específicos	7
11	MARCO TEÓRICO	8
11.1	Base Teórica.....	8
11.1.1	Plan de vida reproductivo.....	8
11.1.2	Consulta preconcepcional	8
11.1.3	Factores de riesgo en salud	8
11.1.4	Riesgo preconcepcional	9
11.1.5	Salud sexual y reproductiva	9
11.1.6	Antecedentes y condiciones generales	10
11.1.7	Antecedentes patológicos personales.....	13
11.1.8	Antecedentes Gineco-Obstétricos	21
11.1.9	Hábitos y estilos de vida	21
12	MÉTODOS	23
12.1	Justificación de la elección del método.....	23
12.2	Diseño de la investigación	23

12.2.1	Criterios y procedimientos de selección de la muestra o participantes del estudio	23
12.2.2	Procedimiento de recolección de la información.	24
12.2.3	Técnicas de recolección de información	25
12.2.4	Técnicas de análisis estadístico.....	26
12.2.5	Variables	26
13	RESENTACIÓN DE RESULTADOS Y DISCUSIÓN	30
14	CONCLUSIONES	42
15	REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	43
16	TÍTULO DE LA ESTRATEGIA:.....	59
	¡MENOR RIESGO Y MÁS SALUD!	59
16.1	JUSTIFICACIÓN.....	60
16.2	OBJETIVOS	60
16.2.1	Objetivo General:	60
16.2.2	Objetivos específicos:	60
16.3	FUNDAMENTACIÓN TEÓRICA	61
16.4	FACTIBILIDAD	61

4 ÍNDICE DE TABLAS

TABLA 1. DISTRIBUCIÓN DE MUJERES EN EDAD FÉRTIL SEGÚN EDAD. CONSULTORIO MEDICINA FAMILIAR Y COMUNITARIA K. CENTRO DE SALUD PASCUALES. AÑO 2018.....	30
TABLA 2. DISTRIBUCIÓN DE MUJERES EN EDAD FÉRTIL SEGÚN VARIABLES SOCIODEMOGRÁFICAS. CONSULTORIO K. CENTRO DE SALUD PASCUALES. AÑO 2018.....	31
TABLA 3. DISTRIBUCIÓN DE MUJERES EN EDAD FÉRTIL SEGÚN ANTECEDENTES PATOLÓGICOS PERSONALES. CONSULTORIO K. CENTRO DE SALUD PASCUALES. AÑO 2018.....	33
TABLA 4. DISTRIBUCIÓN DE MUJERES EN EDAD FÉRTIL SEGÚN CONDUCTAS Y HÁBITOS. CONSULTORIO K. CENTRO DE SALUD PASCUALES. AÑO 2018.....	34
TABLA 5. DISTRIBUCIÓN DE MUJERES EN EDAD FÉRTIL SEGÚN ANTECEDENTES GINECO - OBSTÉTRICOS. CONSULTORIO K. CENTRO DE SALUD PASCUALES. AÑO 2018.....	35
TABLA 6: DISTRIBUCIÓN DE MUJERES EN EDAD FÉRTIL SEGÚN EDAD DE INICIO DE RELACIONES SEXUALES Y DE PRIMER EMBARAZO. CONSULTORIO K. CENTRO DE SALUD PASCUALES. AÑO 2018.....	36
TABLA 7: DISTRIBUCIÓN DE MUJERES EN EDAD FÉRTIL SEGÚN CONOCIMIENTO SOBRE MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS. CONSULTORIO K. CENTRO DE SALUD PASCUALES. AÑO 2018.....	37
TABLA 8: DISTRIBUCIÓN DE MUJERES EN EDAD FÉRTIL SEGÚN CONOCIMIENTO SOBRE ITS. CONSULTORIO K. CENTRO DE SALUD PASCUALES. AÑO 2018.....	38
TABLA 9: DISTRIBUCIÓN DE MUJERES EN EDAD FÉRTIL SEGÚN CONOCIMIENTO SOBRE EL RIESGO PRECONCEPCIONAL. CONSULTORIO K. CENTRO DE SALUD PASCUALES. ENERO A JUNIO DEL 2018.....	39
TABLA 10. DISTRIBUCIÓN DE MUJERES EN EDAD FÉRTIL SEGÚN CONOCIMIENTO SOBRE CONTROL DE RIESGO PRECONCEPCIONAL. CONSULTORIO K. CENTRO DE SALUD PASCUALES. AÑO 2018.....	40
TABLA 11: DISTRIBUCIÓN DE MUJERES SEGÚN COMPONENTES QUE PREFIEREN SE CONSIDEREN PARA LA ESTRATEGIA EDUCATIVA. CONSULTORIO K. CENTRO DE SALUD PASCUALES. AÑO 2018.....	41

5 ÍNDICE DE ANEXOS

ANEXO 1: CONSENTIMIENTO INFORMADO.....	50
ANEXO 2: ENCUESTA SOBRE RIESGO PRECONCEPCIONAL.....	51
ANEXO 3: ENCUESTA DE ESTRATIFICACIÓN SOBRE EL NIVEL SOCIOECONÓMICO.....	55
ANEXO 4: ESTRATEGIA EDUCATIVA SOBRE RIESGO PRECONCEPCIONAL.....	59

6 Resumen

Antecedentes: La mortalidad materna a nivel mundial entre 1990 y 2013 se redujo en un 40%. Y en el 2013 cerca de 9.300 mujeres murieron por causas maternas según ONU, en Ecuador en el 2015 se obtuvo una razón de muertes maternas de 44. 58. Lo que constituye un problema de salud pública y demuestra la importancia del riesgo reproductivo preconcepcional. **Materiales y método:** Estudio observacional, descriptivo, transversal en el consultorio k del centro de salud Pascuales, cuyo objetivo fue Caracterizar según variables socio demográficas e identificar los factores del riesgo preconcepcionales y directrices necesarias para diseñar una estrategia educativa en 150 mujeres en edad fértil. La información se obtuvo mediante encuesta y de las fichas familiares. Los resultados fueron llevados a tablas para realizar un análisis. Se aplicó la estadística descriptiva. **Resultados:** El grupo predominante fue la edad entre 20 y 24 años con 28(22,0%), con un nivel de educación primaria 49(38,6%), ama de casa 53,5%, como conductas y hábitos el 8,7% refiere consumo de alcohol, el 90,6% no presenta hacinamiento, el 100% presenta un nivel socioeconómico medio bajo. La hiperlipidemia 31,5% es el antecedente patológico personal predominante y la multiparidad 47,2% fue los antecedentes gineco-obstétricos de preponderancia. El 98,4% no tuvo un nivel de conocimiento sobre riesgo preconcepcional. **Conclusiones:** Existe desconocimiento sobre los factores de riesgo preconcepcional Por cuanto la intervención educativa en este campo permitirá modificar factores de riesgo y adquirir conductas y hábitos saludables, con un impacto positivo en la salud materno- infantil.

Palabras Clave: ESTRATEGIA, ATENCIÓN PRECONCEPTIVA, PLANIFICACIÓN FAMILIAR, FACTORES DE RIESGO, EDUCACIÓN EN SALUD Y FERTILIDAD.

7 Abstract

Background: Maternal mortality fell by an average of 40% between 1990 and 2013 worldwide. However, around 9,300 women died of maternal causes in 2013 according to the ONU, in Ecuador in 2015 a maternal death ratio of 44 was obtained. 58. What constitutes a public health problem and demonstrates the importance of reproductive risk preconceptional. **Materials and method:** An observational, descriptive, cross-sectional study in the k clinic of the Pascuales health center, whose objective was to characterize according to socio-demographic variables and identify the preconceptional risk factors and guidelines necessary to design an educational strategy for 150 women of childbearing age. The information was obtained through a survey, RDACA and family cards. Results were taken to tables to perform an analysis. Descriptive statistics was applied. **Results:** The predominant group was the age between 20 and 24 years old with 28(22,0%), with a level of primary education 49(38,6%), housewife 53,5%, as behaviors and habits on the 7th, 8,7% refer to alcohol consumption, 90,6% do not have overcrowding, 100% have a low average socioeconomic level. Hyperlipidemia 31,5% is the predominant personal pathological antecedent and multiparity 47,2% was the predominant gynecological-obstetric history. 98,4% did not have a level of knowledge about preconceptional risk. **Conclusions:** There is a lack of knowledge about preconceptional risk factors. Because the educational intervention in this field will allow modifying risk factors and acquiring healthy behaviors and habits, with a positive impact on maternal and child health.

Keywords: STRATEGY, PRECONCEPTIVE ATTENTION, FAMILY PLANNING, RISK FACTORS, HEALTH EDUCATION AND FERTILITY.

8 INTRODUCCIÓN

Por medio del presente trabajo se plantea diseñar una estrategia de intervención educativa sobre riesgo preconcepcional, dirigido a mujeres en edad fértil, observando que a nivel mundial los porcentajes de mujeres que acuden al menos a una visita prenatal fluctúan entre 30% y 50%. Tomando en cuenta que la OMS en el 2015 notificó que a nivel mundial perdieron la vida unas 303.000 mujeres por causas relacionadas con la reproducción. De esas defunciones, el 99% correspondió a países en desarrollo y la mayoría de ellas podrían haberse evitado. Es así que en África una de cada 21 mujeres tienen riesgo de morir durante el embarazo, en Asia una de cada 56 y en Norteamérica una de cada 6366 y finalmente en Europa Septentrional una de cada 9850. América Latina y el Caribe, alrededor de 9.300 mujeres murieron por causas maternas en 2013, lo que representa 85 muertes por 100.000 nacidos vivos, fluctuando entre 14 defunciones por 100.000 nacidos vivos en Uruguay y 380 defunciones por 100.000 nacidos vivos en Haití(1).

En el Ecuador actualmente la razón de mortalidad materna corresponde un objetivo primordial de los doce planteados en el Plan Nacional del Buen Vivir (2013-2017), de manera particular, es parte del tercer objetivo “Mejorar la calidad de vida de la población”. En este contexto, a nivel nacional se obtuvo una razón en el año 2012 de 59.90 muertes por cada cien mil nacidos vivos, revisando resultados históricos se puede observar que entre el año 2006 y el 2011 se registraron 38.78 y 70.44 muertes respectivamente. Y en el 2015 se obtuvo una razón de 44.58. De acuerdo a la información de los Indicadores Básicos de Salud 2013, la razón de mortalidad materna ha tenido una tendencia decreciente.

En el centro de salud Pascuales acuden a consulta programados aquellos pacientes que poseen un padecimiento y entre las cuales en gran porcentaje son embarazadas. Por medio de datos obtenidos del consolidados de atenciones gineco -obstétrica evidenciamos que en el mes de junio del 2017 se registraron 337 consultas de embarazo, en septiembre 263 embarazos y en octubre del 2017 se reportó 328 embarazadas, de estas últimas 66 eran adolescentes.

Los datos a nivel mundial indican que la tasa de mortalidad materna y perinatal son indicadores de suma importancia que reflejan morbilidad subyacente, condiciones de vida de la mujer y calidad de vida en la sociedad (2).

La Salud Sexual y Reproductiva está influenciada por factores de riesgos que pueden influir en sus diferentes etapas. La prevención de estos es fundamental para el desarrollo de la salud reproductiva. El enfoque de riesgo reproductivo debe empezar antes de la concepción, y a este proceso se denomina preconcepcional. El control y manejo del riesgo preconcepcional (RPC) es de vital importancia, se define como la probabilidad que tiene una mujer, no gestante, de sufrir daños durante el proceso de la reproducción (2).

“Y referente a la asistencia sanitaria preconcepcional se define como el conjunto de intervenciones sanitarias que tienen como finalidad identificar y modificar los riesgos biomédicos, conductuales y sociales, tanto maternos como paternos, antes de la concepción, con el fin de incrementar las posibilidades de un resultado perinatal favorable”. (3)

Durante décadas se ha intentado reducir los efectos adversos asociados a la reproducción que tiene que enfrentar la mujer y la pareja, e identificar el momento ideal para adquirir hábitos saludables o realizar consultas especializadas que a corto plazo podrían reducir la morbimortalidad materno neonatal, así como los defectos congénitos en futuras gestaciones (4).

La promoción y el desarrollo de la salud reproductiva es uno de los cimientos más importantes para la prevención de la enfermedad y muerte materno-neonatal, al analizar este tema se encuentra aspectos usuales mayor en países menos desarrollados, áreas rurales, mujeres con bajo escolaridad y recurso económico y edades extremas, entre otros. Es así que el riesgo reproductivo preconcepcional se emplea a mujeres en edad reproductiva y que no se encuentren en estado de gestación, y que de acuerdo con las manifestaciones de condiciones o factores de riesgos son susceptibles de sufrir daño (5).

En la última década Ecuador ha enfrentado cambios sobre todo en el aspecto de salud, dando prioridad a identificar los determinantes de la misma, que permitan brindar servicios de calidad y calidez propiciando una atención preconcepcional de

rutina en forma integral, mediante la participación de equipo multidisciplinario, con el fin de aumentar su efectividad, estimulando acciones que tengan impacto positivo en los resultados maternos perinatales que influyan directamente sobre la familia como célula fundamental de la sociedad. El médico familiar tiene una metodología práctica con base científica, que prima la atención de manera integral, que atiende a la persona en todas las etapas del desarrollo, los médicos de familias intervienen con los padres desde la planificación del embarazo hasta la última etapa de la vida del individuo, es decir de principio a fin. Se hacen necesario priorizar las actuaciones de promoción y prevención e introducir cambios dando más protagonismo a las actuaciones que incidan sobre hábitos vitales de los ciudadanos y frenar, siempre que sea posible, la medicalización y utilización poco justificable de los recursos sanitarios que puedan inducir estas actuaciones (6).

Existe un alto número de mujeres con RPC que a pesar de los esfuerzos realizados por el sistema de salud, la atención médica no es integral. Esto constituye un problema de salud, donde la natalidad es elevada y la pareja desconoce temas como planificación familiar. El riesgo preconcepcional como política de salud permite la decisión libre, consciente y voluntaria de las parejas para determinar cuándo y cuántos hijos desean, mediante la utilización de los diferentes métodos de planificación familiar, su finalidad es reducir la morbilidad materno infantil y que la pareja disfrute plenamente de su sexualidad y lograr paternidad y maternidad responsable (7).

“Es muy importante que el embarazo sea deseado, planificado, que la madre esté en las mejores condiciones biológicas, psicológicas y socioeconómicas. En ello desempeña un papel primordial el manejo del RPC. Al eliminar o compensar el riesgo preconcepcional con un enfoque clínico epidemiológico, se promueve la salud reproductiva, ya que se reduce el número de veces que la mujer y su producto se exponen al peligro que conlleva estar embarazada en circunstancias desfavorables. De esta manera mejoraría el estado de salud de las madres y los niños, se podrían obtener niños más sanos y saludables, las madres asistirían al momento del parto en las condiciones óptimas para el mismo, evitando complicaciones durante el embarazo, parto, puerperio y también durante toda la vida infantil. Los niños podrían tener un crecimiento y desarrollo normal evitando enfermedades y defunciones”. (7)

Este estudio se realizó con el objetivo de diseñar una estrategia de intervención educativa para elevar el nivel de conocimientos sobre riesgo preconcepcional de la población femenina en edad fértil del consultorio médico K del Centro de Salud Pascuales en el periodo 2018.

9 EL PROBLEMA

9.1 Identificación, Valoración y Planteamiento

En Ecuador la muerte materna y neonatal representa un grave problema que aqueja a las áreas urbanas y rurales, a pesar de ser un problema prevenible y tratable. Varios factores influyen en esta situación de salud, entre los que se encuentra el desconocimiento sobre el riesgo preconcepcional que poseen las personas y profesionales de la salud, además de la falta de programas dirigidos directamente a actuar sobre este factor agravante.

La vulnerabilidad de mujeres con riesgo preconcepcional del consultorio K del centro de salud Pascuales, fue identificada a través del Análisis de la Situación Integral de Salud (ASIS) y de la atención brindada en la labor diaria por el posgradista de Medicina Familiar y Comunitaria, siendo los problemas más frecuentes el embarazo en la adolescencia, el consumo de sustancias psicotrópicas, la obesidad y el desconocimiento sobre métodos anticonceptivos. Estos factores junto con otros biológicos, psicológicos, sociales y ambientales pueden influir negativamente sobre la salud materna y/o del producto, tanto durante el embarazo, parto y puerperio, motivando al investigador a realizar el presente estudio que permitió caracterizar el riesgo preconcepcional en las mujeres que formaron parte de la investigación, para luego poder elaborar una estrategia de intervención educativa dirigida a disminuir las complicaciones durante el embarazo, parto y puerperio, mediante propuestas de la población de estudio y la experiencia del investigador y de esta manera elevar los conocimientos en cuanto al tema y la necesidad de utilizar adecuadamente los servicios de salud con la que cuenta los pobladores de Pascuales.

9.2 Formulación

¿Cuáles son los principales riesgos preconceptionales presentes en las mujeres en edad fértil del consultorio K del centro de salud Pascuales? ¿Qué elementos formarían parte de la estrategia educativa para disminuirlos?

10 OBJETIVOS GENERALES Y ESPECÍFICOS

10.1 General

Diseñar una estrategia educativa para disminuir el riesgo preconcepcional en el consultorio K del centro de salud Pascuales en el año 2018.

10.2 Específicos

Caracterizar las mujeres en edad fértil del consultorio K, según variables socio demográficas

Identificar los factores del riesgo preconcepcional presentes en la población de estudio.

Determinar los componentes de una estrategia educativa, para disminuir el riesgo preconcepcional en la población de estudio.

Elaborar una estrategia educativa para la disminución del riesgo preconcepcional.

11 MARCO TEÓRICO

11.1 Base Teórica

11.1.1 Plan de vida reproductivo

Implica la capacidad de disfrutar una vida sexual satisfactoria y sin riesgos; la posibilidad de ejercer el derecho a procrear o no; la libertad para decidir el número y espaciamiento de los hijos; el derecho a obtener información que posibilite la toma de decisiones libres e informadas, sin sufrir discriminación, coerción ni violencia; el acceso y la posibilidad de elección de métodos de regulación de la fecundidad seguros, eficaces, aceptables y asequibles; la eliminación de la violencia doméstica y sexual que afecta la integridad y la salud, así como el derecho a recibir servicios adecuados de atención a la salud que permitan embarazos y partos sin riesgos; el acceso a servicios y programas de calidad para la promoción, detección, prevención y atención de todos los eventos relacionados con la sexualidad y la reproducción, independientemente del sexo, edad, etnia, clase, orientación sexual o estado civil de la persona, teniendo en cuenta sus necesidades específicas, de acuerdo con su ciclo vital (8).

11.1.2 Consulta preconcepcional

Es el conjunto de acciones que realiza el médico con la participación de la paciente, encaminadas a conocer las condiciones de salud e identificar el momento ideal para embarazarte. La mujer y su pareja conocen así las condiciones de salud y los riesgos que pudieras tener en caso de embarazo, proporcionar información u orientación y, brindar tratamiento en caso de enfermedad.

El médico indicará, cuando es conveniente embarazarse o la ventaja de posponer el embarazo mediante el uso regular de un método anticonceptivo y continuar en vigilancia y tratamiento (9).

11.1.3 Factores de riesgo en salud

La salud y el bienestar se ven afectados por múltiples factores; los relacionados con la mala salud, la enfermedad, la discapacidad o la muerte se conocen como factores de riesgo.

Un factor de riesgo es una característica, condición o comportamiento que aumenta la probabilidad de contraer una enfermedad o sufrir una lesión. Los factores de riesgo a menudo no se presentan de manera individual, sino que suelen darse en conjuntos e interactúan entre ellos (10).

11.1.4 Riesgo preconcepcional

Se conoce como riesgo preconcepcional a la probabilidad que tiene una mujer no gestante de sufrir daño ella o su producto durante el proceso de la reproducción.

Esto está condicionado por una serie de factores, enfermedades o circunstancias únicas o asociadas que pueden repercutir desfavorablemente en el binomio, durante el embarazo, parto o puerperio (11).

Por lo antes expuesto, el riesgo puede ser de carácter biológico, psicológico y social; es decir, que el mismo estado de riesgo no repercute de forma igual en cada mujer, por lo que debemos hacer un enfoque y análisis individualizado en cada caso. Por lo tanto, no puede hacerse una clasificación representativa del riesgo preconcepcional, pero sí debemos tener en cuenta una serie de criterios que nos ayuden a su identificación (11).

11.1.5 Salud sexual y reproductiva

A pesar de que la sexualidad es parte integral de todos los seres humanos desde su nacimiento hasta su muerte sigue tema de controversia en la sociedad. A menudo se evita su abordaje en las instituciones de salud, educación, en la familia y otras instituciones y persisten barreras para el acceso y uso de estos servicios, sobre todo en la población que tiene mayores desigualdades, las féminas y, en especial, las de recursos bajos y las adolescentes. El género, o sea el conjunto de atributos simbólicos, sociales, jurídicos, culturales, políticos y económicos asignados a las personas conforme a su sexo que se traducen en creencias, actitudes, valores, comportamientos, y estereotipos, sigue impactando a las mujeres en la exposición a riesgos específicos ligados a roles femeninos, en la percepción sobre el cuerpo y el autocuidado, en el grado de acceso y control sobre los recursos para la protección de su salud o en la calidad de los servicios que se les ofrecen (12).

La Organización Mundial de la Salud define la salud reproductiva como el estado de bienestar físico, mental y social (y no la mera ausencia de enfermedades o dolencias) en todos los aspectos relacionados con el sistema reproductivo, sus funciones y procesos. La salud reproductiva entraña la capacidad de disfrutar de una vida sexual satisfactoria y sin riesgos para la salud o para procrear, con la libertad de decidir en todos los aspectos relativos al ejercicio de la sexualidad y de su reproducción. Asimismo, la salud reproductiva atiende el derecho del hombre y la mujer a obtener información sobre sexualidad y reproducción, el derecho a recibir servicios adecuados que permitan embarazos y partos sin riesgos, y las máximas posibilidades de tener hijos sanos así como el acceso a métodos anticonceptivos seguros, eficaces, asequibles y aceptables y el derecho a una sexualidad informada, placentera y sin riesgos para su salud. Requiere también de un enfoque basado en los derechos sexuales y reproductivos de las personas (11).

11.1.6 Antecedentes y condiciones generales

11.1.6.1 Edad

La edad es un factor de riesgo muy característico de la población, debido a un creciente número de mujeres adolescentes que cursan un embarazo en nuestro país. Las adolescentes embarazadas representan un serio problema social y se considera desde el punto de vista médico y social como una situación de riesgo. Es por ello que una adolescente que se embaraza se sumerge en un gran cambio fisiológico para el que no está preparado y representara problemas durante la gestación (13).

“Durante la adolescencia los patrones conductuales, conocimientos y actitudes se establecen y se fortalecen, incluyendo aquéllos vinculados con las relaciones interpersonales y el ejercicio de la sexualidad. El ejercicio, respetuoso, responsable, y equitativo de las relaciones interpersonales es fundamental para disminuir conductas sexuales riesgosas”. (14)

La demora de la maternidad se ha convertido en un fenómeno común en el mundo desarrollado como resultado de factores sociales, educacionales y económicos. A medida que avanza la edad, las posibilidades de que una mujer quede en gestación disminuyen, motivado por el disminución en la calidad de sus óvulos sobre todo aquellas que esperan, para obtener descendencia, hasta la perimenopausia. La mujer de esta edad frecuentemente adolece de alguna enfermedad crónica y a lo que se

añaden los cambios fisiológicos propios del embarazo a los que son sometidos todos los sistemas del organismo que ponen a prueba sus reservas corporales y que agravan el pronóstico y los resultados de la gestación (15).

11.1.6.2 Índice de masa corporal

A nivel mundial el 65% de la población vive en países donde el sobrepeso y la obesidad tienen gran repercusión en la morbimortalidad en la población, lo que implica grandes gastos a la salud a escala gubernamental y familiar por las complicaciones a las que se asocia como diabetes, hipertensión arterial y sobre la planificación de la gestación, conduciendo a un sin número de complicaciones (16).

“La autopercepción de la imagen corporal (IC) en la población ha sido evaluada en varias ocasiones, siendo constante la falta de concordancia de la autopercepción de la IC con el Índice de Masa Corporal (IMC) real, donde el género, la raza y el nivel de escolaridad son determinantes de la precisión de la auto-percepción del peso corporal con el real. La OMS asignando la siguientes categorías según el índice de masa corporal para clasificar a la población adulta: bajo peso ≤ 18.49 , normal de 18.5-24.99, sobrepeso 25-29.99 y obesidad ≥ 30.15 , cuando la estatura fue baja (≤ 150 cm en mujeres y ≤ 160 cm en hombres) se clasificó de la siguiente manera: bajo peso ≤ 18.49 , normal de 18.5 a 22.99, sobrepeso de 23 a 24.99, obesidad ≥ 25.16 ”. (16)

La nutrición materna antes y durante el embarazo es reconocida como un factor determinante del resultado del nacimiento. Estudios han demostrado la importancia que representa el peso pregestacional y la ganancia de este durante el embarazo para evaluar el riesgo del resultado del embarazo. Los factores nutricionales maternos expresan el 50% de las diferencias entre las tasas del retraso del crecimiento intrauterino que se observa en los países desarrollados respecto a los subdesarrollados. Siendo entonces un predictor de riesgo preconcepcional muy importante para tener en consideración durante el proceso reproductivo (17).

11.1.6.3 Nivel de instrucción

El nivel de instrucción de una persona es el grado más elevado de estudios alcanzado. Pero que al mundo actual es menester tener acceso al conocimiento, como

medio para acceder a la tecnología y poder beneficiarse de los servicios de salud (18).

En Ecuador los artículos 26 y 27 de la Constitución de la República, definen a la educación como un derecho de las personas y un deber ineludible e inexcusable del Estado, que constituye un área prioritaria de la política pública, garantía de la igualdad e inclusión social y condición indispensable para el Buen Vivir; en datos estadísticos en Ecuador el 9% de la población de más de 15 años no ha terminado la educación básica (rezago educativo) (19).

La pobreza, el desempleo, la baja escolaridad de los padres, la marginación, el embarazo a temprana edad, el consumo de drogas, la desintegración familiar, así como las bajas expectativas que las familias tienen de la educación son identificados como factores del contexto familiar que pueden influir en la captación de la información y limitar el acceso a consultas de planificación familiar y riesgo preconcepcional (20).

11.1.6.4 Nivel de conocimiento sobre anticonceptivos

La problemática vista ante la presencia de embarazos radica en el nivel de conocimientos que poseen sobre los métodos anticonceptivos. Se observa que a medida que se introducen en los temas relacionados con anticoncepción van adquiriendo los conceptos con evidencia científica para brindar educación a la comunidad (21).

Cuánto conocen los jóvenes sobre métodos de planificación familiar? Indudablemente, responder a esta pregunta es algo muy complejo, al parecer por que estará en función del avance en los años de formación educacional y la disponibilidad de información por parte de la institución educativa (21)

“En México en el 2012, 23% de la población adolescente de 12 a 19 años de edad había iniciado su vida sexual. De las mujeres adolescentes con inicio de vida sexual, más de la mitad (51.3%) había estado alguna vez embarazada. Aunque 90% de la población adolescente reportó conocer o haber escuchado hablar de algún método anticonceptivo, las mujeres no utilizaron método anticonceptivo alguno en su primera relación sexual. El 21% desconocía que el condón podía utilizarse para prevenir infecciones de transmisión sexual (ITS), como embarazos. Otras encuestas nacionales evidencian la necesidad de la población de recibir Información sobre

anticoncepción”. (22)

La población de pascuales es un área urbana pero que carece de conocimientos en distintos aspectos de salud, la poca recurrencia hacia los centros de salud y la limitación a los métodos anticonceptivos hacen de este factor un riesgo perenne, causando múltiples conflicto en relación a salud reproductiva.

11.1.6.5 Ocupación

El trabajo es una actividad social que permite la relación de las personas y están dados por los modos de organización laboral y por la comunicación que se establece entre la clase obrera. Probablemente la presencia de trabajo es generador de estrés y sus consecuencias repercuten en la salud de los trabajadores. Algunos países han incluido el estrés laboral como una enfermedad de origen profesional, pero sin duda estos efectos ocasionados incluyen la salud reproductiva (23).

“Múltiples investigaciones reconocen al estrés laboral como condición riesgosa para la trabajadora gestante en aquellos puestos donde existen algunas condicionantes vinculadas a la actividad laboral: el número de horas trabajadas y la carga física y mental que conlleva, laborar en condiciones estresantes durante el primer trimestre de la gestación y constatan la existencia de más complicaciones durante la gestación y menos peso al nacer del neonato en mujeres trabajadoras en comparación con amas de casa. Las demandas psicológicas se refieren a las exigencias propias del trabajo que son percibidas y valoradas en su magnitud por el o la trabajadora”. (24)

11.1.7 Antecedentes patológicos personales

Este importante acápite de la historia clínica se refiere a los padecimientos que el paciente tuvo previamente, y de condiciones asociadas a manejo clínico u hospitalario. Estos padecimientos son de importancia, porque pueden estar presentes, tener repercusiones posteriores, o alertan al médico de tomar medidas de educación, prevención y control del paciente (25).

11.1.7.1 Hipertensión arterial

La hipertensión es la complicación médica más común del embarazo, y puede dejar secuelas permanentes como alteraciones neurológicas, hepáticas, hematológicas o renales. Cada tres minutos muere una mujer debido a la preeclampsia. Cerca de 800 mujeres y unos 7 700 recién nacidos mueren diariamente por complicaciones relacionadas con el embarazo, el parto y el periodo postnatal, según denunció la Organización Mundial de la Salud (OMS) (26).

Los trastornos hipertensivos que complican el embarazo son frecuentes y forman una tríada letal junto con la hemorragia y la infección. De hecho, la hipertensión es una de las complicaciones más significativas que una gestante puede padecer. Y que este trastorno en la gestación con lleva a patologías como pre eclampsia, una enfermedad multisistémica que se extiende más allá de la hipertensión arterial y la disfunción renal. Dado la morbimortalidad que implica, es imprescindible conocer su manejo y entrenamiento en descubrir las formas leves de la enfermedad para emprender acciones de salud adicional en las pacientes con riesgo de desarrollar dicha enfermedad.

Se distinguen cuatro tipos de hipertensión arterial (HTA) durante el embarazo: la HTA gravídica o gestacional (4,9%), la preeclampsia (2,1%), la HTA crónica (1%) y la preeclampsia sobreañadida a la HTA crónica. La disfunción placentaria que origina la preeclampsia tiene relación con una anomalía de la invasión trofoblástica de las arterias espirales uterinas. Se asocia una disfunción endotelial que da lugar a un aumento de la producción de sustancias vasoconstrictoras (endotelina, tromboxano A2 y angiotensina II) y a una inhibición de la producción de sustancias vasodilatadoras (óxido nítrico [NO] y prostaciclina). La preeclampsia es un síndrome polifacético que puede presentar numerosas complicaciones maternas y perinatales. Su estudio de evaluación realizado con la paciente hospitalizada busca signos de gravedad de la preeclampsia, porque se tienen en cuenta según la semana de embarazo para decidir el tratamiento (27).

La enfermedad hipertensiva gravídica del embarazo, es una enfermedad única del embarazo humano. Las alteraciones hipertensivas, especialmente la eclampsia,

constituye la causa fundamental de muerte materna en países en vías de desarrollo (28).

Una gestante que padezca de alguna alteración en la gestación puede estar condicionada por factores físicos, ambientales, sociales y económicos que en forma directa e indirecta afectan su bienestar. Las causas que determinan la mortalidad materna pueden ser obstétricas directas que resultan de complicaciones obstétricas del estado del embarazo, el parto o el puerperio, de intervenciones, de omisiones, de tratamiento incorrecto, o de una cadena de acontecimientos originados en cualquiera de las causas mencionadas y las indirectas resultan de una enfermedad previa al embarazo o de una que evoluciona durante el mismo, no debida a causas directas, pero agravadas por éste (29).

11.1.7.2 Diabetes mellitus

La diabetes mellitus gestacional, es definida como intolerancia a los carbohidratos detectada por primera vez durante el embarazo. A diferencia de los otros tipos de diabetes, la gestacional no es causada por carencia de insulina, sino por los efectos bloqueadores de las otras hormonas de la insulina, condición denominada resistencia a la insulina, que se presenta generalmente a partir de las 20 semanas de gestación; generando mayor producción de insulina a fin de compensar dicha resistencia, siempre que exista suficiente reserva funcional pancreática. Sin embargo, las células- β del páncreas podrían estar lesionadas y ser insuficientes para compensar esta demanda, lo que desencadenaría la hiperglucemia en el embarazo (30).

Los factores de riesgo reportados para DMG son :antecedente de DMG en embarazo anterior, aumentandose el riesgo a un 33-50 %, edad \geq a 25 años, antecedentes de diabetes en familiares de 1° grado, que abarca tanto herencia de factores genéticos como comportamiento de estilo de vida, pacientes con índice de masa corporal de 25 o más al inicio del embarazo, antecedentes de macrosomía fetal (un hijo de 4 Kg., o más), antecedentes obstétrico adverso : historia de abortos involuntarios, malformación congénita, parto pre término, poli hidramnios y muerte perinatal, antecedente de síndrome de ovario poli quístico (SOP), por su conocida asociación con intolerancia de la glucosa, paridad mayor o igual a 3 hijos previos. Principalmente el aumento del riesgo guarda relación importante con la ganancia de peso y el aumento de la edad con cada nuevo embarazo, antecedente familiar de DG

en primer grado. Otros factores como la Hipertensión inducida por el embarazo, la ganancia excesiva de peso en el embarazo, el hábito de fumar, la glucemia en ayunas mayor de 85 mg/dl durante el primer trimestre, antecedente personal de intolerancia a la glucosa e HTA crónica (34).

Esta patología va en incremento y no respeta edad, sexo, raza y condición social pues además de sufrir un daño físico importante, el paciente es afectado psicológicamente pues conlleva un gran impacto en la vida emocional y afectiva de las personas. Provoca cambios en el estado de salud y en el plano psicológico a los que deberá adecuar el paciente. Para poder sobrellevar estos es el papel que desempeñan las familias y entorno social que rodea al paciente (31).

La frecuencia de resultados adversos puede reducirse con un manejo adecuado de la diabetes. Debido a las alteraciones metabólicas que se producen cuando no existe un control dietético adecuado, la diabetes se asocia a una mayor incidencia de resultados perinatales adversos. También se reporta un aumento en la posibilidad de tener descendientes con malformaciones congénitas de todo tipo, sobre todo relacionadas con la descompensación de las cifras de glucemia. La mujer con DG tiene mayor riesgo de presentar hipertensión gestacional, preeclampsia, parto por cesárea y se asocia con potenciales morbilidades. Así mismo posee mayor riesgo de desarrollar diabetes posteriormente durante el transcurso de su vida. Los hijos de madres con diabetes gestacional tienen mayor riesgo de presentar complicaciones metabólicas asociadas como hipoglicemia 20%, macrosomía 17%, hiperbilirrubinemia 5%, síndrome de distress respiratorio 5%, malformaciones congénitas 5 a 12% y muerte neonatal (32).

11.1.7.3 Cardiopatías

Un defecto congénito es una anomalía estructural, funcional o bioquímica presente al nacimiento, con independencia de que sea detectada o no en ese momento. En los países desarrollados los defectos congénitos están entre la primera y segunda causas de muerte y de discapacidades severas en la niñez, y su incidencia se estima entre 25-60 por cada 1000 nacimientos (33).

Las cardiopatías congénitas han ido aumentando entre las mujeres embarazadas de los países desarrollados debido a su mayor supervivencia, la tardía edad gestacional, las nuevas técnicas de fecundación y el aumento de los factores de riesgo cardiovascular. Los cambios fisiológicos del embarazo, parto y posparto conllevan un incremento en el volumen plasmático, la frecuencia cardíaca, el gasto cardíaco y un descenso de las resistencias vasculares periféricas. Aunque bien tolerados en las pacientes con corazones estructuralmente sanos, estos cambios pueden conllevar un mayor riesgo de morbimortalidad materno fetal entre pacientes con cardiopatía (34).

En general, la enfermedad cardíaca tiende a empeorar con el tiempo, por lo que las mujeres con cualquier tipo de cardiopatía que deseen tener niños deberían hacerlo lo antes posible. Las cardiopatías no representan problemas para llevar a término un embarazo. Las excepciones a esta regla son las pacientes en grado funcional III-IV con severo compromiso de la función cardíaca, la hipertensión pulmonar de cualquier origen, las cardiopatías congénitas con cianosis y grado funcional IIIIV, el síndrome de Marfan, las lesiones obstructivas izquierdas severas sintomáticas o asintomáticas con datos de disfunción sistólica, las portadoras de válvulas cardíacas artificiales y las mujeres con antecedentes de miocardiopatía asociada al embarazo, en las cuales debe desaconsejarse el embarazo o, en caso de producirse, puede recomendarse su interrupción, asumiendo los problemas éticos que se generan a la embarazada y al médico (35).

11.1.7.4 Enfermedad tiroidea

La disfunción tiroidea subclínica es de diagnóstico bioquímico y es una entidad frecuente durante la gestación. Los cambios hormonales fisiológicos que acontecen durante la gestación, junto con la falta de valores de referencia de las hormonas tiroideas en este periodo, hacen que la disfunción tiroidea subclínica sea de difícil interpretación (40).

Mientras el hipertiroidismo subclínico en la gestación carece de repercusión clínica y no requiere una actuación específica, el hipotiroidismo subclínico, en ese periodo, parece beneficiarse del tratamiento sustitutivo con tiroxina. Los suplementos de yodo en la gestación y lactación son necesarios incluso en zonas de yodo suficiencia (36).

Las alteraciones en la función tiroidea son más frecuentes en la mujer. Dentro de ellas, el hipotiroidismo se presenta con una frecuencia del 0,5-2,5% de todos los embarazos, mientras que el hipotiroidismo subclínico tiene una prevalencia del 2-5% en las mujeres embarazadas. Entre el 5-9% de las pacientes desarrolla enfermedad tiroidea posparto. El hipotiroidismo clínico ha sido asociado con complicaciones gestacionales como partos pre término, bajo peso al nacer, abrupto placentae, hipertensión y muerte fetal. Las hormonas tiroideas maternas desempeñan un rol crucial en el desarrollo del sistema nervioso central del feto, particularmente durante el primer trimestre, debido a la imposibilidad de la tiroides fetal de secretar iodotironinas antes de la semana 10 de gestación. Hoy en día se acepta que, aun la hipotiroxinemia materna discreta en edades gestacionales tempranas, puede llegar a comprometer el desarrollo psiconeurológico fetal. En la actualidad se recomienda una ingesta diaria de 200 µg de yodo, aunque ciertas poblaciones no logran alcanzar este valor. Como la tiroxina materna es crucial para la maduración del sistema nervioso fetal, en especial durante el primer trimestre, incluso una discreta deficiencia en la ingesta de yodo podría llegar a ser deletérea (37).

11.1.7.5 Epilepsia

La epilepsia es la afección neurológica más común en el embarazo con una incidencia 0.15-10%. Un tercio de las embarazadas experimenta un incremento en las crisis del 17-37%, este incremento está asociado al aumento de hormonas esteroides, de privación del sueño y a cambios metabólicos del embarazo. Además existe mayor riesgo aparente de óbitos e hipertensión inducida por el embarazo. La disminución en niveles séricos de antiepilépticos durante el embarazo aumenta frecuencia de las crisis esto es debido a que disminuye la absorción en el tracto gastrointestinal y los niveles de albúmina. Estos factores se presentan en 10% embarazadas. Por supuesto, hay que valorar para lo anterior la edad de inicio de la enfermedad, el tipo de epilepsia, los hallazgos electroencefalográficos y el número de crisis antes del control. La monoterapia es ideal en caso de necesitar medicación. La escogencia de droga será de acuerdo a la eficacia. Es necesaria la suplementación con ácido fólico para disminuir la recurrencia de defectos del tubo neural en pacientes con historia de hijo anterior afectado (38).

11.1.7.6 Nefropatías

Las glomerulopatías que afectan a las de mujeres no gestantes, pueden agravarse durante el embarazo, siendo su habitual forma clínica de presentación la hematuria renal, retención hidrosalina, hipertensión, proteinuria en rango nefrótico y caída de filtrado glomerular. Desde ya, la hipertensión arterial sistémica afecta adversamente la evolución de la nefropatía aun durante el embarazo, siendo la hipertensión glomerular un factor inductor de esclerosis glomerular. Asimismo, el aumento en la excreción renal de proteínas es un indicador de daño renal en las mujeres portadoras de glomerulopatías y la cuantía de esta pérdida está inversamente relacionada con el peso del feto al nacer (39).

11.1.7.7 Violencia o Maltrato Familiar

La violencia de género es un factor cotidiano, el cual cada día por la falta de educación y de información de las personas, se vuelve más común. Cada día se evidencia cómo en la ciudad, como en el resto del país y alrededor del mundo, crecen los casos de violencia contra la mujer y se agudizan con el tiempo. Por tal razón, las autoridades pretenden informar a las personas para que tomen conciencia de este problema y así adoptar medidas para llegar un día a disminuir las estadísticas de violencia de género que se presentan a diario. Y es que en el seno de la problemática intrafamiliar, la mujer sigue siendo la principal víctima; la sociedad se ha concientizado de ello y ha logrado grandes avances en la lucha por los derechos de la mujer: autonomía económica, distribución del trabajo doméstico, participación en espacios públicos, entre otros. Todos estos logros son el producto de los esfuerzos de diversos grupos sociales, de carácter político y no político (40).

Al respecto, una de las causas de la violencia de género radica en la cultura patriarcal en la que aún sigue sumida el mundo; aunque los roles han cambiado bastante en las últimas décadas, aún partes de la sociedad se resisten a aceptar dichos cambios. La violencia sobre la mujer puede tomar muchas formas, desde las más sutiles y difíciles de diferenciar hasta las más brutales. Puede ocurrir en cualquier etapa de su vida, incluyendo el embarazo y afectar tanto su nivel físico como mental (43).

11.1.7.8 Asma

El asma es una enfermedad heterogénea, que generalmente se caracteriza por una inflamación crónica de las vías aéreas. Se define por las manifestaciones clínicas de síntomas respiratorios, como sibilancias, dificultad respiratoria, opresión torácica y tos, que varían a lo largo del tiempo y en su intensidad, junto con una limitación variable del flujo aéreo espiratorio. El asma en la mujer es la enfermedad asmática que ocurre en una persona del sexo femenino, especialmente caracterizada por la complejidad de sus manifestaciones. El asma en la mujer tiene unas connotaciones especiales que implican distintos factores, entre los que se encuentran las hormonas sexuales femeninas, la psicología propia de la mujer o la influencia de los factores ambientales sobre unas características genéticas específicas (epigenética), entre otros (41).

11.1.7.9 Infecciones de transmisión sexual

Las enfermedades transmitidas por contacto sexual, llamadas infecciones de transmisión sexual (ITS), se conocen por el hombre desde tiempos inmemoriales. Estas infecciones están muy relacionadas con el comportamiento humano, si bien su magnitud exacta no es conocida, sí es palpable un ascenso del que solo aflora una pequeña parte que revela que existen otros problemas de índole social, en los que la voluntad de los hombres juega un papel fundamental. En la actualidad se identifican como conducta de riesgo para contraer estas infecciones a la homosexualidad masculina, el consumo de alcohol y otras drogas, además de conductas sociales inadecuadas como la prostitución. (45)

La transmisión de estas infecciones se produce por contacto íntimo con personas infectadas, existiendo un incremento en la población de jóvenes y dentro de estas adolescentes. Actualmente se observa un alza y según la Organización Mundial de la Salud (OMS), se considera que existen todos los años en el mundo, una gran cantidad de casos nuevos de estas enfermedades, con un aproximado de 200 millones de gonorrea y 40 millones de sífilis (42).

11.1.8 Antecedentes Gineco-Obstétricos

La evaluación ginecológica comienza con un exhaustivo interrogatorio relacionado a la historia obstétrica y función reproductora. El médico también pregunta si se siente dolor, cólicos o cefaleas durante los periodos menstruales, o si se nota dolor durante el coito, en la mitad del ciclo menstrual (que puede indicar que el dolor coincide con la ovulación) o en otras circunstancias. Si hay dolor, se pregunta acerca de su intensidad y qué lo alivia. También se indaga sobre posibles problemas mamarios, tales como dolor, bultos, áreas dolorosas al tacto o enrojecidas, y secreción por los pezones. Por último, se pregunta si la mujer se autoexplora las mamas, con qué frecuencia y si necesita alguna instrucción sobre la técnica. Se revisan los antecedentes de trastornos ginecológicos y generalmente se obtiene un historial médico y quirúrgico que incluye los problemas de salud previos. Se revisan todos los fármacos que la mujer toma, tanto los recetados como los de venta libre, y si consume drogas, tabaco o alcohol, ya que muchas de estas sustancias afectan a la función ginecológica. También se pregunta sobre abusos psicológicos, físicos o sexuales en la actualidad o en el pasado. Las preguntas acerca de la micción son útiles para descubrir alguna infección en el tracto urinario o problemas de incontinencia (43).

11.1.9 Hábitos y estilos de vida

El período de gestación constituye un momento trascendental para la educación y la promoción de conductas saludables que mejoren la calidad de vida de la madre y de su futuro bebé. Abordar la complejidad que conlleva la adopción de estilos de vida saludables en diversas poblaciones, con rasgos diferentes, implica comprender los elementos culturales y las características propias que han evidenciado una alta importancia frente al cambio de conductas (Ríos, 2011); dicho entendimiento se constituye en una importante necesidad frente a poblaciones en Asia, África, América Latina y el Caribe (Onusida, 2001) (44).

11.1.9.1 Métodos anticonceptivos

A pesar de la variedad de métodos anticonceptivos disponibles en la actualidad y al hecho de que el conocimiento de las usuarias sobre los mismos ha aumentado significativamente a través del tiempo, se estima que en 2012 cerca de la mitad de los

embarazos producidos en países en desarrollo (80 millones) siguen siendo embarazos no planificados, de los cuales 37,5 % resultaron en nacimientos no planificados, 50 % en abortos inducidos y 12,5 % en abortos involuntarios. Además, 92 % de las usuarias de métodos anticonceptivos modernos en estos países son mujeres casadas, y solo 74 % de las mujeres en edad de procrear (867 millones) están usando métodos anticonceptivos modernos (45).

En América Latina se calcula que cerca de 65 % de las mujeres casadas utilizan métodos anticonceptivos modernos y alrededor de dos tercios de los embarazos en el Caribe y Suramérica no son planificados. En la región, 22 % de los embarazos finalizan en aborto, siendo la gran mayoría realizados de forma ilegal e insegura. Entre las mujeres casadas quienes desean evitar un embarazo solo 54 % de las adolescentes (15-19 años) usan métodos modernos comparadas con 83 % de aquellas con 35 o más años de edad, lo que puede verse reflejado en la elevada frecuencia de embarazos en este grupo de edad en varios países de América Latina. A través de estos últimos años, el incremento de embarazos no deseados que terminan en aborto, sobre todo en los países donde las legislaciones son muy restrictivas y no tienen políticas adecuadas de planificación familiar, plantea introducir nuevas formas de tecnología anticonceptiva que no estén basadas en la toma diaria, semanal o mensual del anticonceptivo y que a la vez tengan una alta eficacia (46).

Condón o preservativo.- Es una funda delgada de látex que se coloca en el órgano sexual del hombre antes de tener relaciones sexuales. Para cada relación sexual se debe colocar un nuevo condón. Es el único método anticonceptivo que previene las infecciones transmitidas por medio de las relaciones sexuales como el VIH/Sida. No requiere examen ni prescripción médica, es de fácil acceso ya que su costo es bajo y es eficaz si se usa correctamente (47). Dispositivo Intrauterino – DIU (T de cobre).- Son dispositivos que el médico o la obstetra colocan dentro del útero de la mujer, quien así se protege de un embarazo por 10 años. Su eficacia es elevada e inmediata y la usuaria retorna a la fecundidad al ser retirado el DIU. Del 1 al 2% de mujeres lo expulsan en forma espontánea y no previene las ITS ni el VIH/Sida. Inyectable hormonal.- Son inyectables que contienen progestágeno y se aplican en el glúteo (46).

12 MÉTODOS

12.1 Justificación de la elección del método

12.2 Diseño de la investigación

Se realizó un estudio de nivel descriptivo, para caracterizar el riesgo preconcepcional en las mujeres de la población del consultorio K del centro de salud Pascuales, lo que permitió elaborar una intervención educativa para disminuir las complicaciones durante el embarazo, el parto y el puerperio. De tipo observacional, ya que no hubo intervención del investigador, prospectivo porque la fuente de información es primaria, de corte transversal porque las variables fueron medidas en una sola ocasión y de carácter descriptivo por ser univariado.

12.2.1 Criterios y procedimientos de selección de la muestra o participantes del estudio

La población de estudio se corresponde a las mujeres en edad fértil (15-49 años) del consultorio K del centro de salud Pascuales.

Criterios de inclusión:

Padres o tutores de las adolescentes de 15-18 años y mujeres de 19 a 49 años que deseen participar en el estudio y firmen el consentimiento informado. (Anexo 1)

Criterios de exclusión:

- Mujeres que se encuentren en estado de gestación.
- Mujeres que presenten algún tipo de limitación intelectual que no le permitan contestar correctamente la encuesta.

12.2.2 Procedimiento de recolección de la información.

La investigación fue aprobada por el Comité de Ética de la Investigación de la Universidad Católica de Santiago de Guayaquil, para su realización se cumplieron las normas éticas vigentes en el Reglamento de ética del Ecuador y en la declaración de Helsinki. Previo al inicio de la recolección de la información se procedió a la solicitud y firma del consentimiento informado por parte de las mujeres incluidas en la investigación.

Se recogieron los datos primarios de historia clínicas, RDACA y de las fichas familiares del consultorio K, lo cual permitió obtener la relación de mujeres en edad fértil con riesgo preconcepcional. Una vez determinadas las mujeres con riesgo preconcepcional se les aplicó una encuesta piloto a 30 mujeres de la población del consultorio L, confeccionada por el autor, basada en la revisión bibliográfica de instrumentos usados en anteriores investigaciones relacionadas con el tema, dicha encuesta fue validada por dos expertos uno de Medicina Familiar y Comunitaria y una Bioestadística. Lo que permitió la adecuación de las respuestas, y la elaborar la estrategia.

El instrumento quedó conformado por 26 preguntas, dos referentes a aspectos demográficos, 20 preguntas sobre riesgos presentes en la población y conocimientos sobre riesgo preconcepcional, anticonceptivos e ITS. Para valorar la edad de inicio de relaciones sexuales como riesgo preconcepcional, después de realizar revisiones bibliográficas sobre el tema, se determinó por el autor que un riesgo es el inicio de las relaciones sexuales antes de los 19 años. El conocimiento en la investigación fue identificado a través de preguntas abiertas y de opción múltiple. Según la puntuación obtenida se calificaron las respuestas en las categorías: conoce cuando responde correctamente el 60 % o más de los ítems y no conoce cuando responde correctamente menos del 60 %. Las cuatro últimas preguntas estuvieron dirigidas a identificar los componentes de la estrategia. (Anexo 2)

12.2.3 Técnicas de recolección de información

Variable	Tipo de técnica
Edad	Encuesta
Escolaridad	Encuesta
Autodefinición Étnica	Encuesta
Religión	Encuesta
Estado civil	Encuesta
Ocupación	Encuesta
Índice de hacinamiento (número de personas/número de dormitorio)	Encuesta
Nivel socio económico (Anexo 3)	Encuesta
Antecedentes patológicos personales	Encuesta
Hábitos y conductas	Encuesta
Antecedentes gineco-obstétrica y reproductivos	Encuesta
Edad de inicio de relaciones sexuales	Encuesta
Edad durante el primer embarazo	Encuesta
Conocimiento sobre métodos anticonceptivos	Encuesta
Conocimiento sobre ITS	Encuesta
Conocimiento sobre riesgo preconcepcional	Encuesta
Conocimiento sobre control del riesgo preconcepcional	Encuesta
Forma de recepción de información sobre riesgo preconcepcional	Encuesta
Lugar para recibir información sobre riesgo preconcepcional	Encuesta
Tiempo y frecuencia para recibir información del riesgo preconcepcional	Encuesta
Número de personas por capacitación	Encuesta

12.2.4 Técnicas de análisis estadístico

El procesamiento de la información se realizó en una computadora hp core i3, utilizando Windows 10, se ingresaron los datos en programa Excel. Las variables se codificaron y exportaron al programa estadístico SPSS versión 20 para procesar y elaborar tablas.

Por ser un estudio descriptivo, los resultados se presentaron resumidos en tablas y en números absolutos y porcentos.

12.2.5 Variables

12.2.5.1 Operacionalización de variables.

Variable	Indicador	Valor final	Tipo de Escala
Edad	Años cumplidos(grupos quinquenales)	15-19 20-24 25-29 30-34 35-39 40-44 45-49	Numérica discreta
Escolaridad	Último nivel aprobado	Ninguna Primaria Secundaria Bachiller Universitario	Categórica Ordinal
Etnia	Autodefinición étnica	Indígena Mestizo Negro Afroecuatoriano Mulato Montubio Blanco Otros	Categórica Nominal Politómica
Religión	Creencia religiosa que profesa	Católico Evangélico Testigo de Jehová Mormón Otros	Categórica Nominal Politómica
Estado Civil	Condición social relacionada con la pareja	Casado Soltero Unión libre Separado Viudo	Categórica Nominal Politómica
Ocupación	Actividad laboral o de	Trabajadora	Categórica

	estudio que realiza	Estudiante Ninguna	Nominal Politómica
Hacinamiento (Índice de hacinamiento)	Hasta 2.4 De 2.5 a 4.9 Más de 5	Sin hacinamiento Hacinamiento medio Hacinamiento crítico	Categórica ordinal
Nivel socioeconómico (Encuesta Estratificada del INEC)	De 0 a 316 De 316.1 a 535 De 535.1 a 696 De 696.1 a 845 De 845.1 y más	Bajo Medio bajo Medio típico Medio alto Alto	Categórica ordinal
Antecedentes patológicos personales	Enfermedad Cardiovascular isquémica Hipertensión Arterial Accidente Cerebrovascular Hiperlipidemia Diabetes mellitus Asma bronquial Anemia Enfermedad de la tiroides Artritis reumatoidea Enfermedades de las mamas Hepatopatías Enfermedad psiquiátrica Violencia Enfermedad de Transmisión Sexual Sobrepeso Obesidad	Si No	Categórica nominal
Conductas y hábitos	Alcohol Tabaco Drogas	Si No	Categórica nominal
Antecedentes obstétricos y reproductivos	Multiparidad Abortos espontáneos Malformaciones congénitas Muertes perinatales Óbito fetal Antecedentes de prematuridad y/o bajo peso al nacer Preeclampsia o eclampsia Cesárea anterior	Si No	Categórica nominal

	Diabetes gestacional Hipertensión gestacional		
Edad de inicio de relaciones sexuales	Años cumplidos	Años	Numérica discreta
Edad durante el primer embarazo	Años cumplidos	Años	Numérica discreta
Conocimiento sobre métodos anticonceptivos	Cuando responde correctamente el 60% o más de las preguntas realizadas. Cuando responde correctamente menos del 60% de las preguntas realizadas	Conoce No conoce	Categórica nominal
Conocimiento sobre ITS	Cuando responde correctamente el 60% o más de las preguntas realizadas. Cuando responde correctamente menos del 60% de las preguntas realizadas	Conoce No conoce	Categórica Nominal
Conocimiento sobre el riesgo preconcepcional	Cuando responde correctamente el 60% o más de las preguntas realizadas. Cuando responde correctamente menos del 60% de las preguntas realizadas	Conoce No conoce	Categórica Nominal
Conocimiento sobre control del riesgo preconcepcional	Cuando responde correctamente el 60% o más de las preguntas realizadas. Cuando responde correctamente menos del 60% de las preguntas realizadas	Conoce No conoce	Categórica Nominal
Forma de recepción de información sobre riesgo preconcepcional	Técnicas de adquirir información de riesgo preconcepcional	Charla Videos Discusión grupal	Categórica Nominal Politómica

Lugar para la información sobre riesgo preconcepcional	Lugar para la información sobre riesgo preconcepcional	Centro de salud Escuela Barrio Domicilio Otros	Catagórica Nominal Politómica
Tiempo y frecuencia para recibir información del riesgo preconcepcional	Con qué tiempo y frecuencia puede recibir información	30 minutos, 3 veces a la semana. 45 minutos, 2 veces a la semana. 1 hora, 1 vez a la semana.	Catagórica Nominal Politómica
Número de personas por capacitación	Número de personas por capacitación	Grupo de 5-10 Grupo de 11-15 Grupo de 16-20	Catagórica ordinal

13 RESENTACIÓN DE RESULTADOS Y DISCUSIÓN

Las tablas 1 y 2 resumen las variables sociodemográficas correspondientes al primer objetivo del estudio.

Tabla 1. Distribución de mujeres en edad fértil según edad. Consultorio Medicina Familiar y Comunitaria K. Centro de salud Pascuales. Año 2018.

Grupo de edad (años)	Nº	%
15-19	17	13,4
20-24	28	22,0
25-29	27	21,3
30-34	16	12,6
35-39	13	10,2
40-44	18	14,2
45-49	8	6,3
total	127	100,0

Fuente: Encuesta y ficha familiar

En el estudio se incluyó a todas las mujeres en edad fértil comprendidas entre los 15 y 49 años, donde predominan las féminas entre 20-24 años representando el 22,0% de la población, las edades de 25-29 años no se encuentran muy alejadas de la más frecuente que comprende el 21,3%. Pero también un porcentaje considerado (14,2%) representan a las edades de 40-44 años y proporciones casi similares las edades entre 15-19 (13,4%), 30-34 años (12,6%), 35-39 (10,2%) y finalmente de 45-49 años con un porcentaje de 6,3%.

En un estudio realizado en el año 2016 en la Universidad Regional Autónoma de los Andes, María Gabriela Haro S, en el Hospital Regional Docente Ambato donde indica que el rango más frecuente de edad encontrados fue de 21- 26 años (45%), relacionándose con lo encontrado en el estudio (48). Un estudio realizado en Pascuales por la Dra. Janeth Mabel Rojas en el 2017 a pesar de no considerar los mismo rangos de edad, el mayor por ciento (50,8%) comprendió las edades entre 20 y 34 años, que se relaciona con nuestro estudio, debido a que los valores de la investigación se encuentran dentro los establecidos en este documento (49). En

estudios similares realizado en Cuba por Raisa D. Labrada S en el 2016 encontró como edades más frecuentes fueron menores de 20 años y mayores de 35 años, a pesar de no usar los mismos rangos de edad los valores no se relacionan con nuestro estudio (50).

Tabla 2. Distribución de mujeres en edad fértil según variables sociodemográficas. Consultorio K. Centro de salud Pascuales. Año 2018.

Variables sociodemográficas	N =127	
<i>Nivel escolar</i>	N°	%
Primaria	49	38,6
Secundaria	48	37,8
Bachiller	18	14,2
Universitario	12	9,4
<i>Etnia</i>		
Mestizo	119	93,7
Negro	3	2,4
Afro Ecuatoriano	5	3,9
<i>Religión</i>		
Católico	116	91,3
Evangélico	10	7,9
Testigo de Jehová	1	0,8
<i>Estado civil</i>		
Casado	22	17,3
Soltero	25	19,7
Unión libre	76	59,8
Separado	4	3,1
<i>Ocupación</i>		
Trabajadora	41	32,3
Estudiante	18	14,2
Ama de casa	68	53,5
<i>Índice de hacinamiento</i>		
Sin hacinamiento	115	90,6
Hacinamiento medio	12	9,4
Hacinamiento crítico	0	0
<i>Nivel socioeconómico</i>		
Bajo	0	0
Medio bajo	127	100
Medio típico	0	0
Medio alto	0	0
Alto	0	0

Fuente: Encuesta y ficha familiar

Las características sociodemográfica de las mujeres en edad fértil en la población de estudio el nivel de escolaridad primaria predominaron en un 38,6%. El auto identificación étnica encontrada es mestizo en 93,7% y la religión que profesan católica 91,3%. El estado civil que predominó en las mujeres fértiles es unión libre 59,8%, seguido del soltero (19,7%) y casados (17,3%), la separación de la pareja solo se apreció en un 3,1%.

Las mujeres de la población se desempeñan como amas de casa 53,5% siendo este un trabajo no remunerado; el 32,3% trabaja y aporta económicamente al hogar y el 14,2% pertenece al grupo de estudiantes.

Las condiciones estructurales y servicios de la vivienda reflejada en el índice de hacinamiento según encuesta INEC, el 90,6% se encuentra sin hacinamiento y el 9,4% hacinamiento medio. Las condiciones socioeconómicas el 100% de la población corresponden al medio bajo.

En el estudio realizado por la Dra. Janeth Mabel Rojas en el 2017, en la parroquia pascuales predominaron la escolaridad secundaria 70,8%, ama de casa 66,2%, el nivel socioeconómico medio Bajo con el 49% y Bajo con el 6%. Nuestro estudio no se relaciona con el nivel de escolaridad encontrado por la doctora Rojas, pero la ocupación si guarda relación junto al nivel socioeconómico (51).

En la Universidad Técnica de Ambato año 2016 la Md. Verónica Torres Paredes, en su estudio sobre riesgo preconcepcional encontró que preponderando las indígenas con 43.5 %; la escolaridad que prevaleció fue el nivel primario con 71.9 %, las féminas como ocupación principal poseen los quehaceres domésticos, los cuales lideraron con 29.2 %. El estudio realizado en la región sierra en aspecto de escolaridad y ocupación se relaciona con nuestro estudio, en los demás aspectos no coinciden (52).

En la investigación realizada por Alicia González Portales en 2016 en el Hospital General Ciro Redondo García de Artemisa, Cuba, el 34 % de las mujeres incluidas en el estudio tenía noveno grado. Un 34 % eran casadas, predominaron las amas de casa con dependencia económica; en este estudio los resultados relacionados con la escolaridad y la ocupación son similares al de esta investigación, excepto el estado civil que difiere (53).

Las tablas 3 a 10, resumen las variables de factores de riesgo presente en las mujeres en edad fértil del consultorio K del centro de salud Pascuales correspondientes al segundo objetivo del estudio.

Tabla 3: Distribución de mujeres en edad fértil según antecedentes patológicos personales. Consultorio K. Centro de salud Pascuales. Año 2018.

Antecedentes patológicos personales	Nº	%
Enfermedad cardiovascular isquémica	2	1,6
Hipertensión arterial	23	18,1
Accidente cerebrovascular	2	1,6
Hiperlipidemia	40	31,5
Diabetes Mellitus	13	10,2
Asma Bronquial	4	3,1
Anemia	6	4,7
Enfermedad de la tiroides	1	0,8
Artritis reumatoide	2	1,5
Enfermedad psiquiátrica	1	0,8
Violencia	1	0,8
Sobrepeso	22	17,3
Obesidad	38	29,9
Enfermedad de transmisión sexual	8	6,3

Fuente: Encuesta y ficha familiar

En las mujeres en edad fértil los antecedentes patológicos personales predomina en un 31,5% hiperlipidemia, seguido de la obesidad con 29,9% y sobrepeso en 17,3%, la hipertensión arterial fue la cuarta patología encontrada con el 18,1%. Posteriormente la diabetes 10,2%, enfermedades de transmisión sexual 6,3% que fueron las más significativa. Los antecedentes patológicos personales son factores para padecer alguna patología que pueda acarrear complicaciones durante el proceso reproductivo, las mujeres en edad fértil del consultorio K poseen un gran riesgo metabólico manifestado por la dislipidemia, y trastornos del peso corporal, que está muy relacionado con la presencia de pre eclampsia, eclampsia.

En un estudio realizado en el año 2016 en la Universidad Regional Autónoma de los Andes, María Gabriela Haro S, en el Hospital Regional Docente Ambato refirió que existe una gran proporción de pacientes que no presentan morbilidad con un 67%, las patologías que se presentaron con mayor frecuencia son Hipertensión Arterial con un 10% e Hipotiroidismo con un 8%, no relacionándose con el estudio (53).

En un estudio del riesgo preconcepcional la Md. Verónica Torres Paredes, en la universidad Técnica de Ambato, 2016 evidencio la artritis reumatoide como antecedente patológico personal en un 35.7%, seguido de la hipertensión arterial con 25.0%, no concierda con lo encontrado en el trabajo en las mujeres fértiles de Pascuales (57).

En el año 2015, Evelyn Amán Villegas en la universidad Autónoma de los Andes identifico entre los antecedentes patológicos la hipertensión arterial como el predominante y que se correspondió con un 54%, lo que no se relaciona con lo evidenciado en el consultorio K de centro de salud Pascuales (54).

En el estudio de Alvino Mamani Jaclyn Lauren, Perú, 2015 encontró que el 23,3 % de las mismas tenían sobrepeso como un factor de riesgo importante preconcepcional en las usuarias de la población en edad fértil y un 9,6 % de obesidad siendo datos de valor para la salud de las féminas (55).

Tabla 4: Distribución de mujeres en edad fértil según conductas y hábitos. Consultorio K. Centro de salud Pascuales. Año 2018.

Conductas y hábitos	Nº	%
Alcohol	11	8,7
Tabaco	3	2,4
Drogas	7	5,5

Fuente: Encuesta e historia clínica

La presencia de conductas y hábitos como factor de riesgo preconcepcional que puede influir de manera directa en el proceso reproductivo con graves complicaciones para la madre y su producto, en las mujeres fértiles del consultorio K del centro de salud Pascuales predominó el consumo de alcohol en un 8,7%, seguido

del consumo de drogas 5,5% que representa un grave problema social en nuestra población y finalmente el tabaco con el 2,4%.

Un estudio realizado en Pascuales por la Dra. Janeth Mabel Rojas en el año 2017 sobre riesgo preconcepcional, las conductas como ingesta de alcohol, consumo de tabaco o drogas estuvieron presentes en el 11% de la población, corroborando con lo manifiesto en nuestra población (54).

En la ciudad de México Bermúdez Pérez Stephanie en el año 2017. Manifestó que un grupo de mujeres en edad fértil representando el 26,7% consumen alcohol durante en el período preconcepcional con un promedio de 2,6 gramos de alcohol/día lo que concierne con el valor encontrado en la población de estudio en Pascuales (56).

Tabla 5: Distribución de mujeres en edad fértil según antecedentes gineco - obstétricos. Consultorio K. Centro de salud Pascuales. Año 2018.

Antecedentes gineco - obstétricos	Nº	%
Multiparidad	60	47,2
Abortos espontáneos	9	7,1
Malformaciones congénitas	5	3,9
Muertes perinatales	6	4,7
Antecedentes de prematuridad	9	7,1
Bajo peso al nacer	15	11,8
Cesárea anterior	36	28,3
Diabetes gestacional	5	3,9
Hipertensión gestacional	14	11,0

Fuente: Encuesta y ficha familiar

Los antecedentes gineco-obstétrico en el estudio sobre el riesgo preconcepcional en la población es de relevancia debido a que estos factores marcan el desarrollo satisfactorio de un próximo embarazo. En la población de estudio predominó la multiparidad con el 47,2% seguido de la cesáreas anterior 28,3%, no muy lejos se

encuentra la presencia de bajo peso al nacer 11.8%, y la hipertensión gestacional 11.0%.

El estudio realizado por la Md. Verónica Torres Paredes, Universidad Técnica de Ambato en el año 2016, obtuvo predominio en antecedentes gineco-obstétrico de mujeres con periodo intergenésico corto en un 55.8%, seguido de la multiparidad y aborto a repetición con 44.2 y 28.8 % respectivamente (57).

En él años 2016 Alicia González Portales, Hospital General Ciro redondo García de Artemisa, Cuba los antecedentes gineco - obstétricos encontrados fue los abortos provocados (38 %), y cuyo resultados no se relacionan con nuestro estudio (58).

Tabla 6: Distribución de mujeres en edad fértil según edad de inicio de relaciones sexuales y de primer embarazo. Consultorio K. Centro de salud Pascuales. Año 2018.

Grupo de edad (años)	Edad de inicio de relaciones sexuales		Edad durante el primer embarazo	
	Nº	%	Nº	%
15-19	91	79,8	58	60,4
20-24	22	19,3	34	35,4
25-29	1	0,9	3	3,1
30-34	0	0	1	1,0
total	114	100	96	100

Fuente: Encuesta

La edad de inicio de las relaciones sexuales y la edad durante el primer embarazo como factor de riesgo preconcepcional, ya que influyen directamente sobre la reproducción, debidos a que el embarazo a temprana edad en donde fisiológicamente el cuerpo no se encuentra preparado para la gestación y conllevaría a complicaciones durante el embarazo. En la población de mujeres en edad fértil del consultorio K del centro de salud Pascuales las edades de inicio de las relaciones sexuales predominó el rango de 15-19 años en un 79,8% y comparte el mismo rango para la edad del primer embarazo en un 60,4%.

En el estudio de Cisneros Ventura. Perú 2017, evidencio el inicio de relaciones sexuales como riesgo preconcepcional las edades comprendidas entre 15-19 años con un 47,4% (57).

En el año 2014 Dalgy Rodríguez en Cuba, en su estudio determino el riesgo de inicio de relaciones sexuales a temprana edad como riesgo preconcepcional y de ITS en donde manifestó que el 85 % tuvieron sus primeras relaciones sexuales entre los 15 y 17 años (58).

En el Hospital General de Ecatepec, Ana María Mora en México 2015 evidenció que 20% de los nacimientos anuales ocurren en mujeres menores de 20 años de edad que representa un riesgo para la concepción y cuyos resultados se relaciona con encontrado en las mujeres fértiles del consultorio K del centro de salud Pascuales (59).

Tabla 7: Distribución de mujeres en edad fértil según conocimiento sobre métodos anticonceptivos. Consultorio K. Centro de salud Pascuales. Año 2018.

Conocimiento sobre métodos anticonceptivos	Nº	%
Conoce	111	87,4
No conoce	16	12,6
Total	127	100

Fuente: Encuesta

Los métodos anticonceptivos representan un factor importante en la identificación del riesgo preconcepcional, mediante el cual se puede controlar la reproducción e influir sobre el control preconcepcional. Al realizar la encuesta sobre conocimiento de métodos anticonceptivos el 87.4% refiere tener conocimiento, lo que es positivo para las mujeres en edad fértil del consultorio k del centro de salud Pascuales, pero como médico de la población se puede constatar que las mujeres poseen el conocimiento pero no tiene acceso a los mismo debido a que en el centro de salud solo ofertan los inyectables, no permitiendo la elección del método adecuado para cada mujer.

En la Escuela Superior Politécnica de Chimborazo, Adriana Cáceres Cabrera, en el año 2016, en su estudio sobre diseño de una estrategia educativa para riesgo preconcepcional evidencio el conocimiento sobre métodos anticonceptivos el cual englobo el 96,0%, lo que guarda relación con el valor encontrado en la población de estudio (60).

En el año 2016 Ana Cecilia Mera Zambrano, Manta (Ecuador) en su estudio sobre reproducción y riesgo preconcepcional demostró que el 47% mujeres conocen sobre métodos anticonceptivo (61).

Tabla 8: Distribución de mujeres en edad fértil según conocimiento sobre ITS. Consultorio K. Centro de salud Pascuales. Año 2018.

Conocimiento sobre ITS	Nº	%
Conoce	24	18,9
No conoce	103	81,1
Total	127	100

Fuente: Encuesta

Las enfermedades de transmisión sexual implican un riesgo para la reproducción tanto para la madre y su hijo, en las mujeres fértiles de la población el conocimiento sobre las enfermedades de transmisión sexual el 81,1% indicó no poseer conocimiento e identificaron de las ITS.

En un estudio de Universidad Laica Eloy Alfaro la MSc. Daylin Fleitas-Gutiérrez, de Manabí, Manta, Ecuador 2016. Al estudiar el nivel de conocimiento sobre enfermedades de transmisión sexual el 40% refirieron conocer que las ITS son enfermedades contagiosas, resultados que no se relaciona con los expuestos en nuestra investigación (62).

En Cuba en el año 2013 José Corona Lisboa Santiago, en su estudio manifestó sobre conocimiento de Infecciones de transmisión sexual, las mujeres encuestadas respondieron en un 9,5 % no poseer conocimiento relacionado con las ITS (63).

Tabla 9: Distribución de mujeres en edad fértil según conocimiento sobre el riesgo preconcepcional. Consultorio K. Centro de salud Pascuales. Enero a junio del 2018.

Conocimiento sobre el riesgo preconcepcional	N0	%
Conoce	2	1,6
No conoce	125	98,4
Total	127	100

Fuente: Encuesta

El riesgo preconcepcional siendo el principal riesgo para asegurar una generación fructífera debe tener un patrón importante en la vida de la población en edad fértil, pero en la población de mujeres de edad fértil del consultorio K del centro de salud Pascuales el 98,4% refiere no tener conocimiento sobre el mismo.

En el año 2016 en Ambato, María Gabriela Haro S, demostró en su estudio sobre riesgo preconcepcional el bajo conocimiento que existía sobre este riesgo con un 67,5%, sobre aquellas pacientes que tienen conocimiento representando el 32,5%.de la población encuestada (53).

Un estudio realizado en Pascuales por la Dra. Janeth Mabel Rojas en el 2017, el 49% representó un bajo nivel de conocimiento sobre riesgo preconcepcional (54).

Raisa D. Labrada S en Cuba 2016, en la investigación sobre conocimiento del riesgo preconcepcional, las mujeres encuestadas respondieron en un 76% que su conociendo es inadecuado (55).

Tabla 10: Distribución de mujeres en edad fértil según conocimiento sobre control de riesgo preconcepcional. Consultorio K. Centro de salud Pascuales. Año 2018.

Conocimiento sobre control de riesgo preconcepcional	N°=127	
	N°	%
Conoce	32	25,2
No conoce	95	74,8
TOTAL	127	100

Fuente: Encuesta

Las mujeres en edad fértil del consultorio K centro de salud pascuales al preguntarles sobre conocimiento del control del riesgo preconcepcional, el 74,8% refirió no tener conocimiento sobre el tema.

En estudios en el año 2018 por Glòria Rebollo-Garriga en España sobre conocimiento y utilización del control preconcepcional en la atención primaria de salud demostró que el 50,2% de las mujeres fértiles conocían la posibilidad de solicitar asistencia previa preconcepcional, resultados que no se relacionan con nuestro estudio (64).

Universidad de Ciencias Médicas de Matanzas durante en el años 2018 la MSc. Dra. Damaris Hernández Suárez en estudio sobre control preconcepcional el 73,01% de las mujeres fértiles conocen sobre control preconcepcional, cifras que no se relacionan con nuestros resultados (65).

En la tabla 11 se presentan los componentes de la estrategia educativa para disminuir el riesgo preconcepcional en la población de estudio, lo que da salida al tercer objetivo de la investigación.

Tabla 11: Distribución de mujeres según componentes que prefieren se consideren para la estrategia educativa. Consultorio K. Centro de salud Pascuales. Año 2018.

Técnicas educativas para la recepción de la información sobre riesgo preconcepcional	No	%
Charla	111	87,4
Videos	9	7,1
Discusión grupal	6	4,7
Otros	1	0,8
Total	127	100
Lugar para recibir información sobre riesgo preconcepcional		
Centro de salud	76	59,8
Escuela	19	15
Barrio	12	9,4
Domicilio	20	15,7
Total	127	100
Tiempo y frecuencia para recibir información del riesgo preconcepcional		
30 minutos, 3 veces a la semana	28	22,0
45 minutos, 2 veces a la semana	49	38,6
1 hora, 1 vez a la semana.	50	39,4
Total	127	100
Número de personas por actividad educativa		
Grupo de 5 - 10 personas	17	13,4
Grupo de 11 - 15 personas	98	77,2
Grupo de 16 - 20 personas	12	9,4
Total	127	100

Fuente: Encuesta

Para la elaboración de la estrategia de riesgo preconcepcional, se encuestó sobre la forma de recepción de la información y el 87,4% refiere que sea mediante charlas. El lugar para impartir la información fue escogida en centro de salud con el 59,8%. El tiempo y frecuencia para recibir la información sobre riesgo preconcepcional 1 hora, 1 vez a la semana obtuvo 39,4% y finalmente el grupo en que se impartirán las capacitaciones es de 11 – 15 personas (77,2%). (Anexo 4)

14 CONCLUSIONES

En la investigación predomina el grupo de edad de adultas jóvenes, sin embargo casi la mitad de la población de estudio se encuentra en las edades que constituyen riesgo preconcepcional tanto adolescentes como las de edad materna avanzada. La religión católica predomina, al igual que la auto identificación étnica mestiza. El estado civil más frecuente es la unión libre y el nivel de escolaridad primario, mientras que las mujeres que no poseen empleo son mayoría, siendo la ocupación ama de casa la predominante. El nivel socioeconómico mayormente encontrado es medio bajo y el mayor número no viven con hacinamiento.

Referente los factores de riesgo, las conductas y hábitos que afectan con mayor frecuencia la población de estudio es el consumo de alcohol. La hiperlipidemia destacó como el antecedente patológico personal predominante y la multiparidad como los antecedentes gineco- obstétrico que principalmente constituyen riesgo. El inicio precoz de relaciones sexuales es un factor de riesgo encontrado en un número importante de adolescentes.

Según los conocimientos sobre métodos anticonceptivos, la mayor parte de la población de estudio conoce sobre estos, sin embargo existe desconocimiento en la mayoría sobre las enfermedades de transmisión sexual y la importancia del control de riesgo preconcepcional.

La estrategia considera las charlas como la técnica educativa más utilizada. El lugar donde se realiza la intervención es el centro de salud, la duración es de una hora una vez por semana en grupo de 11 a 15 personas. El programa incluye seis encuentros donde se tratan los temas que tuvieron deficiente conocimiento en la población de estudio.

15 REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Fantin María Alejandra, Zavattiero Claudina. Estimaciones de Mortalidad Materna en América Latina y el Caribe. [online].; 2016 [cited 2017 abril 11. available from: <http://www.abep.org.br/~abeporgb/publicacoes/index.php/anais/article/viewFile/2530/2469>

2 González Portales Alicia, Rodríguez Cabrera Aida, Jiménez Ricardo Maybelis. Caracterización de mujeres con riesgo preconcepcional en un consultorio médico. Rev Cubana de Med Gen Integr [internet]. 2016; 35(2) [citado 2017 novi 10] Disponible en: <http://scielo.sld.cu>

3 Mombiola Guillén Araceli, López Valls Laia, Marín Calduch Maria, ATENCIÓN PRECONCEPCIONAL: PREVENCIÓN PRIMARIA. Musas, [internet] (2016): 82 - 98. [citado 2017 Abr 12].

4 Fescina RH, De Mucio B, Díaz Rosello, Martínez G. Serruya S. Salud sexual y reproductiva; guías para el continuo de la atención de la mujer y el recién nacido focalizadas APS. 3era Edición. Montevideo CLAP/SMR; 2011

5 Pupo Damas Henry, Almarales Sarmiento Geisy, Tamayo Peña Dulce. Comportamiento del riesgo reproductivo preconcepcional en Soibada. Manatuto. Timor – Leste. [online] 2008;12(4) [cited 2017 abril 11]

6 Ministerio de Salud Pública del Ecuador, Control Prenatal, Guía de Práctica Clínica 2015. [cited 2017 noviembre 11] available from: <http://www.salud.gob.ec/wp-content/uploads/2014/05/GPC-CPN-final-mayo-2016-DNN.pdf>

7 Pupo Damas Henry, Almarales Sarmiento Geisy, Tamayo Peña Dulce. Comportamiento del riesgo reproductivo preconcepcional en Soibada. Manatuto. Timor – Leste. [online] 2008;12(4) [cited 2017 abril 11]

8 ORTIZ L. EDGAR, VÁSQUEZ GUSTAVO, ARTURO CECILIA, MEDINA P PATRICIA. “Protocolo de atención preconcepcional”. Bogotá D.C. MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL. 2014

9 IMSS blog de maternidad [Internet] MÉXICO, consulta preconcepcional 2017 [citado 14 nov 2017]. Disponible en: http://www.imss.gob.mx/_maternidad2/piensas-embarazarte/consulta-preconcepcional

10 Australian Institute of Health and Welfare (2015). *Risk factors to health*. Retrieved June 23, 2015, from <http://www.aihw.gov.au/risk-factors/>

11 Capitán Jurado M, Cabrera Vélez R. La consulta preconcepcional en Atención Primaria. Evaluación de la futura gestante. Medifam [online]; 2015. [citado 2017 nov 10]. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1131-57682001000400004

12 Teresa Corona Vázquez, María Elena Medina Mora. La mujer y la salud en México. Rev. Consejo Nacional de ciencia y tecnología. [Internet] 2014. Disponible en: https://www.researchgate.net/profile/Patricia_Uribe-Zuniga/publication/279180027_La_mujer_y_la_Salud_en_Mexico/links/558c5df208ae1f30aa80a483.pdf#page=248

13 Ulanowicz María, Parra Karina Elizabeth, Wendler Gisela Elizabeth, Dra. Monzón Lourdes Tisiana. RIESGOS EN EL EMBARAZO ADOLESCENTE. Rev. de Posgrado de Medicina a 2006. [citado 2017 nov 10]. N° 153 Pág. 13-17 Disponible en: https://med.unne.edu.ar/revista/revista153/4_153.htm

4 Rojas Rosalba, Filipa de Castro, Villalobos Aremis, Allen Leigh Betania Romero, Martin. Educación sexual integral: cobertura, homogeneidad, integralidad y continuidad en escuelas de México. Rev Cubana [Internet] 2017; 59 ,1. Disponible en: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?pid=S0036-36342017000100019&script=sci_arttext&tlng=en

15 García Alonso Iván; Alemán Mederos María Mislaine. Riesgos del embarazo en la edad avanzada. Rev Cubana Obstet Ginecol [Internet] 2010 ;.36 n.4 [citado 2017 nov 10] Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0138-600X2010000400002

6 Sámano Reyna, Rodríguez Ventura Ana Lilia, Sánchez-Jiménez Bernarda, Satisfacción de la imagen corporal en adolescentes y adultos mexicanos y su relación con la autopercepción corporal y el índice de masa corporal real. Nutr Hosp. [Internet] 2015;31 [citado 14 nov 2017]. Disponible en: <http://www.redalyc.org/html/3092/309235369011/>

7 MSC. MILÁN DOBSON NIURKA. LIC. PAULA DE LA CARIDAD CASTRO PAULA DE LA CARIDAD. Importancia de la nutrición en el embarazo. Rev. Cubana tecnología médica [Internet] 2010; 1. [citado 2017 nov 15] Disponible en: <http://www.revtecnologia.sld.cu/index.php/tec/article/view/12/23>

8 Mendoza Cárdenas Elizabeth, Zúñiga Coronado María. Factores intra y extra escolares asociados al rezago educativo en comunidades vulnerables. Revista de Educación [Internet] junio 2017; 12, 1. . [citado 2017 nov 10] Disponible en: <http://revistas.ups.edu.ec/index.php/alteridad/article/view/1.2017.07/1368>

9 Ministerio de Salud Pública del Ecuador. Instituto nacional de estadísticas y censo [Internet] 2010 [citado 2017 nov 10] Disponible en: http://www.ecuadorencifras.gob.ec/wp-content/descargas/Presentaciones/capitulo_educacion_censo_poblacion_vivienda.pdf

20 Mendoza Cárdenas Elizabeth, Zúñiga Coronado María. Factores intra y extra escolares asociados al rezago educativo en comunidades vulnerables. Revista de Educación [Internet] junio 2017; 12, 1. . [citado 2017 nov 10] Disponible en: <http://revistas.ups.edu.ec/index.php/alteridad/article/view/1.2017.07/1368>

21 Atehortua Puerta William, Acosta Sandra, López Andrea, Suárez Josefina. Conocimiento métodos anticonceptivos en estudiantes de pregrado. REVISTA

Ciencia y Cuidado[Internet] 2011; 8, 1. [citado 2017 nov 10] Disponible en: <http://respuestas.ufps.edu.co/ojs/index.php/cienciaycuidado/article/view/473/490>

22 Rojas Rosalba, Filipa de Castro, Villalobos Aremis, Allen Leigh Betania Romero, Martín. Educación sexual integral: cobertura, homogeneidad, integralidad y continuidad en escuelas de México. Rev Cubana [Internet] 2017; 59 ,1. . [citado 2017 nov 10] Disponible en: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?pid=S0036-36342017000100019&script=sci_arttext&tlng=en

23 MSc. Marrero Santos Maria de Lourdes, Dr. Román Hernández C. Jorge Juan, Dr. Avich Nelly Salomón. Estrés psicosocial laboral como factor de riesgo para las complicaciones de la gestación y el bajo peso al nacer. Rev Cubana Salud Pública [Internet] 2013; 39,1. [citado 2017 nov 10] Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-34662013000500006

24 Santa María Rosario. La iniciativa de vivienda saludable en el Perú. Rev. Perú. [Internet] 2008; 25,4 citado 2017 nov 10] Disponible en: http://www.scielo.org.pe/scielo.php?pid=S1726-46342008000400013&script=sci_arttext&tlng=en

25 Dr. López José Israel, Dr. Lugones Botell Miguel, Dr. Valdespino Pineda Luis M. y Dr. Blanco Javier Virella. Algunos factores maternos relacionados con el bajo peso al nacer Rev Cubana Obstet Gineco. [Internet] 2004 v.30 n.1. [citado 2017 nov 15] Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0138-600X2004000100001

26 Morales García Blaren, Moya Toneut Carlos, Blanco Balbeito Nubia, Moya Arechavaleta Néstor. Trastornos hipertensivos durante el embarazo en gestantes del Policlínico Universitario "Santa Clara" (2015-2016) Rev Cubana. [Internet] 2017; 43, 2 [citado 2017 nov 15] Disponible en: <http://revginecobstetricia.sld.cu/index.php/gin/article/view/207/166>

27 N.Sananes A.GaudineauC.-Y. AkladiosL. Lecointre B. Langer. Hipertensión arterial y embarazo. sciencedirect [Internet]2016; Vol. 52, I2,. [citado 2017 nov 15] Disponible en: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1283081X16778829>

28 BOLAÑOS TEN ARISOL, HERNÁNDEZ SÁEZ ISBEL, GONZÁLEZ SÁEZ YOANDRA, BERNARDO MARÍA DOLORES Intervención educativa sobre los factores de riesgo de la hipertensión gestacional. rev. infomed [Internet]2010 Vol. 14, No. 5 [citado 2017 nov 15] Disponible en: <http://www.revistaamc.sld.cu/index.php/amc/article/view/2106/583>

29 Sánchez Oliveros Beatriz Elena, Marín Santos Andrea Biviana , Sarmiento Rodríguez Mariana del Pilar , Gómez Figueroa Sandra Milena. FACTORES DE RIESGO QUE INCIDEN EN LA HIPERTENSIÓN GESTACIONAL en San Gil. Revista Universalud. [Internet] 2013;3. [citado 2017 nov 15] Disponible en: <http://publicaciones.unisangil.edu.co/index.php/revista-universalud/article/view/216/199>

- 30 Vega Maria , Larrabure Gloria, Escudero Gabriela , Chávez Roberto. FACTORES DE RIESGO PARA DIABETES MELLITUS GESTACIONAL EN EL HOSPITAL NACIONAL PNP “LUIS N. SÁENZ”: 2013-2014. Rev. Médica Carriónica. [Internet] 2016; 3, 4 [citado 2017 nov 15] Disponible en: <http://cuerpomedico.hdosdemayo.gob.pe/index.php/revistamedicacarrionica/issue/view/13>
- 31 Alcolea García Annet de la Caridad, Alcolea García Anais de los Milagros, Alcolea Rodríguez José Rolando, Poveda Mercedes Andrés. Asociación entre diabetes gestacional y salud oral en embarazadas. Rev 16 de abril [Internet] 2017;56(265):93-103 [citado 2017 nov 15] Disponible en: http://www.rev16deabril.sld.cu/index.php/16_04/article/view/597/pdf_138
- 32 Parodi Karla, Sophie Jose. DIABETES Y EMBARAZO Rev. Fac. Cienc. Méd [Internet] 2016 [citado 2017 nov 15] Disponible en: <http://www.bvs.hn/RFCM/pdf/2016/pdf/RFCMVol13-1-2016-5.pdf>
- 33 Marcheco Teruel Beatriz, Lantigua Cruz Araceli, Rojas Betancourt Iris , Benítez Cordero Yudelkis. impacto en el cuidado de la Salud Materno Infantil en 35 años (1980-2014). Rev Cubana [Internet]2016 [citado 2017 nov 11] Disponible en: <http://www.revistaccuba.cu/index.php/acc/article/viewFile/585/508>
- 34 Martínez-Quintana E. Romero Requejo A, F. Rodriguez. Cardiopatías congénitas y embarazo. Rev. Sciencedirect. [Internet] 2016 Vol 43, I 1 [citado 2017 nov 16] Disponible en: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0210573X15000155>
- 35 González Maqueda Isidoro, Armada Romero Eduardo, Díaz Recasens Joaquín, Gallego García de Vinuesa Pastora, García Moll Modesto. Guías de práctica clínica de la Sociedad Española de Cardiología en la gestante con cardiopatía. Rv. Española de Cardiología . [Internet]2000 ; 53,11 [citado 2017 nov 16] Disponible en: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0300893200752663>
- 36 Galofré Ferratera Carlos Juan, Corrales Hernández Juan José, AnaCantón . Guía clínica para el diagnóstico y el tratamiento de la disfunción tiroidea subclínica en la gestación. Rev. Endocrinología. [Internet] 2009 ; 56, (2), [citado 2017 nov 16] Disponible en: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S157509220970556X>
- 37 Macchia Carla Lorena M.D, Sánchez Flórez Javier Augusto. HIPOTIROIDISMO EN EL EMBARAZO Rev. Colombiana de Obstetricia [Internet] 2007; 58(4). [citado 2017 nov 13] Disponible en: <http://www.redalyc.org/html/1952/195214323009/>
- 38 Navarro-Meza Andrea. Epilepsia y embarazo. Universidad Autónoma de Centro América. Acta Académica 1987.
- 39 Dra. Bernasconi Amelia. RIÑÓN Y EMBARAZO.II.- GLOMERULOPATÍAS Y EMBARAZO. Rev Electron Biomed. [Internet] 2016;3 [citado 2017 nov 13] Disponible en: <https://biomed.uninet.edu/2016/n3/2bernasconi.html>

40 Ortiz Calle Martha Elena. Violencia de género. Inst. Universitario de Envigado. [Internet]2013 ; 9 (12). [citado 2017 nov 20] Disponible en: <http://www.iue.edu.co/revistasieue/index.php/nuevodercho/article/view/634/951>

41 Pereira-Vegaa Antonio, Sánchez-Ramosb José Luis, Alwakil Olbah Michael. Ciclo menstrual y asma en la mujer. Rev Asma. [Internet] 2016;1(1):14-21[citado 2017 nov 20] Disponible en: <http://separcontenidos.es/revista3/index.php/revista/article/view/88/96>

42 Céspedes Gamboa Luis Rafael; Cejas Yumila Pupo; Céspedes Gamboa María del Pilar; Ramírez Castillo Rosa Antonia. Las infecciones de transmisión sexual y los estudiantes de Medicina. Revista Médica. Granma. [Internet] 2015; 19(1) [citado 2017 nov 20] Disponible en: <http://www.medigraphic.com/pdfs/multimed/mul-2015/mul151h.pdf>

43 Moral L , Espínola-Canata M , Ferreira-Gaona MI , Díaz-Reissner CV. Planificación familiar en adolescentes que consultan en el Servicio de Ginecología Instituto de Previsión Social. Hospital Central, Paraguay, 2012/2015. Rev. Salud Pública Parag. [Internet] 2017; 7 (1) [citado 2017 nov 20] Disponible en: <file:///C:/Users/User/Downloads/462-1528-1-PB.pdf>

44 Luz Estella Torres Trujillo, Juan Esteban Valencia Rey. Factores Biológicos Psicológicos y Socioculturales de los Hábitos Saludables en Pacientes Gestantes Atendidas en una Institución de Salud de Alta Complejidad de la Ciudad de Medellín. [Internet] 2015; 11- 23 [citado 2018 mayo 28].

45 Drs. Pizzi Rita, Fernández Marisol, Fuenmayor Jairo, Rodríguez Edgard. Impacto de la asesoría anticonceptiva en la elección del método anticonceptivo: Resultados del Proyecto PIENSA en Venezuela. Rev Obstet Ginecol [Internet] 2016 ;76, 1[citado 2017 nov 15] Disponible en: http://www.scielo.org.ve/scielo.php?pid=S0048-77322016000100003&script=sci_arttext&tlng=pt

46 Gutiérrez Ramos Miguel. Los métodos reversibles de larga duración (LARC), una real opción anticonceptiva en el Perú. Revista Peruana de Ginecología[Internet] 2017;63(1): [citado 2017 nov 15] Disponible en: [file:///C:/Users/User/Downloads/Dialnet-LosMetodosReversiblesDeLargaDuracionLARCUnaRealOpc-5978868%20\(1\).pdf](file:///C:/Users/User/Downloads/Dialnet-LosMetodosReversiblesDeLargaDuracionLARCUnaRealOpc-5978868%20(1).pdf).

47 Ministerio de Salud Pública de Perú. Planificación familiar 2012 [cited 2017 noviembre 11] available from: <http://www.minsa.gob.pe/portada/especiales/2012/planfam/metodos.asp#metant01>

48 MARÍA GABRIELA HARO SALAS. MUJERES CON RIESGO PRECONCEPCIONAL ATENDIDAS EN EL HOSPITAL REGIONAL DOCENTE AMBATO.[tesis doctoral en Internet] UNIVERSIDAD REGIONAL AUTÓNOMA DE LOS ANDES. 2016. citado 20 de octubre de 2018]. Recuperado a partir de: <http://dSPACE.uniandes.edu.ec/bitstream/123456789/3504/1/TUAMED005-2016.pdf>

49 Md. Janeth Mabel Rojas Riera “Diseño de estrategia de intervención educativa sobre riesgo preconcepcional. Consultorio N°28. Parroquia Pascuales.2016” (tesis doctoral) Universidad Católica del Guayaquil Ecuador. 2017

50 Labrada Sánchez, R.D., Fuentes García, M., & Grave de Peralta Carmenate, Y. (2016). Modificación de Conocimientos sobre Riesgo Preconcepcional en la Población Femenina de Vázquez, Puerto Padre, Cuba. Revista Científica Hallazgos21, 1 (2), 136- 145 . Recuperado de <http://revistas.pucese.edu.ec/hallazgos21/>

51 González Portales Alicia, Rodríguez Cabrera Aida, Jiménez Ricardo Maybelis. Caracterización de mujeres con riesgo preconcepcional en un consultorio médico. Rev Cubana. [Internet] 2016; 35(2) [citado 2018 mayo 28].

52 Md. Verónica Imelda Torres Paredes. FACTORES DE RIESGO PRECONCEPCIONALES ASOCIADOS A LA INTERCULTURALIDAD. PARROQUIA SALASACA. ENERO – DICIEMBRE 2016. (tesis doctoral) UNIVERSIDAD TÉCNICA DE AMBATO.2016

53 González Portales Alicia, Rodríguez Cabrera Aida, Jiménez Ricardo Maybelis. Caracterización de mujeres con riesgo preconcepcional en un consultorio médico. Rev Cubana. [Internet] 2016; 35(2) [citado 2018 mayo 28]

54 EVELYN ESTEFANÍA AMÁN VILLEGAS, MUJERES CON RIESGO PRECONCEPCIONAL ATENDIDAS EN EL HOSPITAL IESS AMBATO. 2015 (tesis doctoral) UNIVERSIDAD REGIONAL AUTÓNOMA DE LOS ANDES.

55 Alvino Mamani Jaclyn Lauren. Factores de riesgo en la etapa preconcepcional en usuarias de los consultorios de planificación familiar del Instituto Nacional Materno Perinatal. Febrero 2015(tesis doctoral) UNIVERSIDAD NACIONAL MAYOR DE SAN MARCOS. Lima-Perú [citado 2018 noviembre 28] Disponible: <https://core.ac.uk/download/pdf/54236056.pdf>

56 Rocio Stephanie Bermúdez Pérez. Exposición al alcohol periconcepcional y salud del recién nacido. Rev Panamericana de la investigación, Cuba [Internet]2018 [citado 2018 noviembre 28] Disponible: <http://coloquioenfermeria2018.sld.cu/index.php/coloquio/2018/paper/view/636/590>

57 Cisneros Ventura, Lucero Nataly. Infecciones de transmisión sexual y su relación en parto pre-termino por rotura prematura de membranas. Rev Peruana [Internet] 2017[citado 2018 mayo 28] Disponible: http://repositorio.uap.edu.pe/bitstream/uap/6466/1/T059_73218273_T.pdf

58 Rodríguez González Dalgy, Pérez Piñero Julia, Sarduy Nápoles Miguel. Infección por el virus del papiloma humano en mujeres de edad mediana y factores asociados. Rev Cubana Obstet Ginecol [Internet]. 2014 Jun [citado 2018 Nov 19] ; 40(2): 218-232. Disponible en:

[http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0138-600X2014000200009&lng=es.](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0138-600X2014000200009&lng=es)

59 Ana María Mora-Cancino, Marcelino Hernández-Valencia. Embarazo en la adolescencia. Rev Ginecol Obstet Mex [Internet] 2015;83:294-301. [citado 2018 septiembre 2018] Disponible en: <http://www.medigraphic.com/pdfs/ginobsmex/gom-2015/gom155e.pdf>

60 Adriana del Carmen Cáceres Cabrera. diseño de una estrategia de intervención educativa sobre factores de riesgo preconcepcional en mujeres en edad fértil. barrio de Lourdes, enero a junio 2016 (tesis doctoral) escuela superior politecnica de Chimborazo.

61 Ana Cecilia Mera Zambrano, Yuliana Dolores Roca Castro. Salud sexual y reproductiva en las mujeres de los cantones Montecristi, Jaramijó y Manta (Ecuador). [Internet] 2016, 79 [citado 2018 septiembre 27] Disponible en: <https://www.margen.org/suscri/margen79/mera79.pdf>

62 MSc. Daylin Fleitas-G, MSc. Galina O. González. Factores de riesgo y nivel de conocimiento sobre ITS/VIH Manta, Ecuador. Rev Dom. Cien [Internet] 2016; 2, 2,(3-11) [citado 2018 nov 20] Disponible en: <file:///D:/HAMILTON/Downloads/Dialnet-FactoresDeRiesgoYNivelDeConocimientoSobreITSVIH-5761585.pdf>

63 Corona Lisboa José, Ortega Alcalá Jorge. Comportamiento sexual y conocimiento sobre infecciones de transmisión sexual en estudiantes venezolanos de un liceo del municipio de Miranda. MEDISAN [Internet]. 2013 Ene [citado 2018 Nov 18] ; 17(1): 78-85. Disponible en: [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1029-30192013000100011&lng=es.](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1029-30192013000100011&lng=es)

64 Rebollo-Garriga G, Martínez-Juan J, Falguera Puig G, Nieto-Tirado S, Núñez Rodríguez L. Conocimiento y utilización de la visita preconcepcional en atención primaria de salud. Matronas Prof. [Internet] 2018; 19(2): 52-58. [citado 2018 nov 20] Disponible en: http://www.federacion-matronas.org/wp-content/uploads/2018/07/Original_Visita-preconcepcional.pdf

65 MSc. Dra. Damaris Hernández S, MSc. Dra. María Blanco P. INTERVENCIÓN EDUCATIVA PARA CONTRIBUIR A LA PREVENCIÓN PRECONCEPCIONAL DE HIDROCEFALIA CONGÉNITA EN EL POLICLÍNICO "JOSÉ JACINTO MILANÉS", 2016-2018. Rev morfo virtual [Internet] 2018 [citado 2018 nov 20] Disponible en: <http://www.morfovirtual2018.sld.cu/index.php/morfovirtual/2018/paper/viewPaper/251/462>

ANEXO 1

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Yo....., con
cédula de identidad número....., paciente perteneciente del
consultorio k del

Centro de Salud Pascuales he recibido por parte de la

Md._____ la información verbal clara y he
comprendido los objetivos y beneficios de la investigación sobre estrategia educativa
para el riesgo preconcepcional.

La investigación no tiene ningún interés económico ni de lucro, sino más bien tiene
la finalidad de analizar mis factores de riesgo y evaluar mi nivel de conocimiento
sobre ese aspecto, logrando posteriormente junto con el equipo de salud tomar
medidas educativas, preventivas, de diagnóstico y tratamiento si fuera necesario.

Se me ha explicado que puedo dejar en cualquier momento de contestar el
cuestionario que me será entregado para la investigación, sin que deba dar
explicación acerca de mi decisión, lo cual no afectara mi relación con el personal del
centro de salud u otra institución pública.

Me es indicado que tengo la facilidad de contactarme con la Md. del consultorio k 0
o personalmente en caso de requerir mayor información.

Por lo antes expuesto dejo constancia que mi participación en este estudio es

VOLUNTARIA.

Nombre y apellido del paciente o tutor

firma _____ CI _____

Nombre y apellido del
medico _____

firma _____ CI _____

Anexo 2

Encuesta

Estimada.

La salud de la madre influye considerablemente en el resultado final de un embarazo, tanto referente a la madre como su bebé. Durante esta etapa, llamada preconcepcional, es muy importante la adecuada atención médica.

El presente trabajo servirá como fuente de información para diseñar una estrategia de intervención educativa sobre riesgo preconcepcional, permitiendo a las mujeres conocer el momento idóneo para tener hijos, así como el control de los riesgos que pueden presentarse.

Edad: _____

1. Estado civil

- a) Casada ___
- b) Soltera ___
- c) Unión libre ___
- d) Divorciada ___
- e) Viuda ___

2. Escolaridad

- a) Ninguna ___
- b) Primaria ___
- c) Secundaria ___
- d) Bachiller ___
- e) Universitario ___

3. Padece usted de alguna de las enfermedades siguientes:

- a) Enfermedades del corazón ___
- b) Hipertensión arterial ___
- c) Derrame cerebral ___
- d) Diabetes mellitus ___
- e) Presión alta ___
- f) Asma bronquial ___
- g) Anemia ___
- h) Enfermedad de la tiroides ___
- i) Artritis reumatoidea ___
- j) Colesterol y triglicéridos altos ___
- k) Enfermedad del hígado ___
- l) Enfermedades de las mamas ___
- m) Enfermedades genitales ___
- n) Enfermedades mentales ___
- o) Maltrato o violencia ___

4. Consume alguna de las sustancias siguientes:

- a- Alcohol: Si ___ No ___
- b- Cigarrillo: Si ___ No ___
- c- Drogas: Si ___ No ___

5. ¿Ha intentado alguna vez quitarse la vida?
Sí _____ No _____
6. ¿Ha tenido usted relaciones sexuales en algún momento de su vida?
Sí _____ No _____
En el caso que la respuesta sea SI, a qué edad inició las relaciones sexuales:

7. ¿Se ha realizado usted el examen de Papanicolaou en los dos últimos años?
Sí _____ No _____
8. Ha estado alguna vez embarazada Sí _____ No _____

En el caso de haber tenido al menos un embarazo, responda las preguntas siguientes, si no continúe con la pregunta 17.

9. ¿Qué edad tenía en su primer embarazo? _____
10. De los partos que ha tenido, diga cuántos han sido:
Partos normales _____ cesárea _____ aborto _____
11. ¿Ha tenido presión alta en alguno de sus embarazos?
Sí _____ No _____
12. ¿Ha tenido diabetes en alguno de sus embarazos?
Sí _____ No _____
13. ¿Alguno de sus hijos presentó malformación congénita?
No _____ Sí _____ Cuántos _____Cuál(es) _____
14. ¿Ha nacido antes de tiempo alguno de sus hijos?
No _____ Sí _____ Cuántos _____
15. ¿Ha nacido muerto o ha fallecido durante el primer mes alguno de sus hijos?
No _____ Sí _____ Cuántos _____
16. ¿Ha tenido algún hijo con bajo peso?
No _____ Sí _____ Cuántos _____
17. Señale con una X la repuesta correcta: un método anticonceptivo es:
- ___ Son sustancias, objetos o procedimientos utilizados por la mujer y/o el hombre para evitar que se presente un embarazo.
 - ___ Son objetos o sustancias utilizados por la mujer para evitar que se presente un embarazo.
 - ___ Son objetos utilizados por el hombre para evitar que se presente un embarazo.

18. Enumere los métodos anticonceptivos que usted conozca:

_____, _____, _____, _____, _____,
_____, _____, _____.

19. De las enfermedades siguientes, cuáles considera usted que son enfermedades de transmisión sexual:

- a) VIH ___
- b) Sífilis ___
- c) Virus del papiloma ___
- d) Clamidia ___
- e) Herpes genital ___
- f) Gonorrea ___
- g) Todas ___

20. a. Conocimiento sobre riesgo preconcepcional: Enumere que riesgos pueden tener las mujeres que pudieran afectar su salud y la del niño en caso de quedar embarazadas:

_____, _____, _____, _____,
_____, _____, _____, _____.

b. Conoce usted que tiempo debe esperar una mujer después de un embarazo para tener otro hijo:

___ Menos de 1 año. ___ entre uno y dos años ___ más de dos años

c. En qué momento cree que se debe tomar hierro y ácido fólico.

- a) Antes del embarazo ___
- b) Durante el embarazo ___
- c) Después del embarazo ___
- d) Antes y durante el embarazo ___

21. ¿Cree usted que es necesario acudir al médico para planificar un embarazo?

Sí ___ No ___

22. ¿Asiste o ha asistido alguna vez a la consulta de planificación familiar?

Sí ___ No ___

Porqué _____

23. ¿A través de qué medio le gustaría se le informara sobre riesgo preconcepcional?

- a) Charlas ___
- b) Videos ___
- c) Discusión grupal ___
- d) Otros ___ Cuáles? _____

24. En qué lugar le gustaría que se impartan las actividades informativas sobre riesgo preconcepcional:

- a) Centro de salud ___
- b) Escuela ___
- c) Barrio ___
- d) Domicilio ___
- e) Otros ___

25. Tiempo y frecuencia para recibir información del riesgo preconcepcional:

- a) 30 minutos, 3 veces a la semana _____
- b) 45 minutos , 2 veces a la semana _____
- c) 1 hora, 1 ves a la semana_____

26. Con cuántas personas desearía recibir la capacitación sobre riesgo preconcepcional?

- a) En un grupo de 5 a 10 mujeres _____
- b) En un grupo de 11 a 15 mujeres _____
- c) En un grupo de 16 a 20 mujeres _____

Anexo 3



Encuesta de Estratificación del Nivel Socioeconómico

Marque una sola respuesta con una (x) en cada una de la siguientes preguntas:

Características de la vivienda		participación final
1 ¿Cuál es el tipo de vivienda?		
Suite de lujo	<input type="checkbox"/>	59
Cuarto(s) en casa de inquilinato	<input type="checkbox"/>	59
Departamento en casa o edificio	<input type="checkbox"/>	59
Casa/Villa	<input type="checkbox"/>	59
Mediagua	<input type="checkbox"/>	40
Rancho	<input type="checkbox"/>	4
Choza/ Covacha/Otro	<input type="checkbox"/>	0
2 El material predominante de las paredes exteriores de la vivienda es de:		
Hormigón	<input type="checkbox"/>	59
Ladrillo o bloque	<input type="checkbox"/>	55
Adobe/ Tapia	<input type="checkbox"/>	47
Caña revestida o bahareque/ Madera	<input type="checkbox"/>	17
Caña no revestida/ Otros materiales	<input type="checkbox"/>	0
3 El material predominante del piso de la vivienda es de:		
Duela, parquet, tablón o piso flotante	<input type="checkbox"/>	48
Cerámica, baldosa, vinil o marmetón	<input type="checkbox"/>	46
Ladrillo o cemento	<input type="checkbox"/>	34
Tabla sin tratar	<input type="checkbox"/>	32
Tierra/ Caña/ Otros materiales	<input type="checkbox"/>	0
4 ¿Cuántos cuartos de baño con ducha de uso exclusivo tiene este hogar?		
No tiene cuarto de baño exclusivo con ducha en el hogar	<input type="checkbox"/>	0
Tiene 1 cuarto de baño exclusivo con ducha	<input type="checkbox"/>	12
Tiene 2 cuartos de baño exclusivos con ducha	<input type="checkbox"/>	24
Tiene 3 o más cuartos de baño exclusivos con ducha	<input type="checkbox"/>	32
5 El tipo de servicio higiénico con que cuenta este hogar es:		
No tiene	<input type="checkbox"/>	0
Letrina	<input type="checkbox"/>	15
Con descarga directa al mar, río, lago o quebrada	<input type="checkbox"/>	18
Conectado a pozo ciego	<input type="checkbox"/>	18
Conectado a pozo séptico	<input type="checkbox"/>	22
Conectado a red pública de alcantarillado	<input type="checkbox"/>	38
Acceso a tecnología		participación final
1 ¿Tiene este hogar servicio de internet?		
No	<input type="checkbox"/>	0
Sí	<input type="checkbox"/>	45
2 ¿Tiene computadora de escritorio?		
No	<input type="checkbox"/>	0
Sí	<input type="checkbox"/>	35

3 ¿Tiene computadora portátil?		
No	<input type="checkbox"/>	0
Sí	<input type="checkbox"/>	39
4 ¿Cuántos celulares activados tienen en este hogar?		
No tiene celular nadie en el hogar	<input type="checkbox"/>	0
Tiene 1 celular	<input type="checkbox"/>	8
Tiene 2 celulares	<input type="checkbox"/>	22
Tiene 3 celulares	<input type="checkbox"/>	32
Tiene 4 ó más celulares	<input type="checkbox"/>	42

1 ¿Tiene este hogar servicio de teléfono convencional?

No	<input type="checkbox"/>	0
Sí	<input type="checkbox"/>	19
2 ¿Tiene cocina con horno?		
No	<input type="checkbox"/>	0
Sí	<input type="checkbox"/>	29
3 ¿Tiene refrigeradora?		
No	<input type="checkbox"/>	0
Sí	<input type="checkbox"/>	30
4 ¿Tiene lavadora?		
No	<input type="checkbox"/>	0
Sí	<input type="checkbox"/>	18
5 ¿Tiene equipo de sonido?		
No	<input type="checkbox"/>	0
Sí	<input type="checkbox"/>	18
6 ¿Cuántos TV a color tienen en este hogar?		
No tiene TV a color en el hogar	<input type="checkbox"/>	0
Tiene 1 TV a color	<input type="checkbox"/>	9
Tiene 2 TV a color	<input type="checkbox"/>	23
Tiene 3 ó más TV a color	<input type="checkbox"/>	34
7 ¿Cuántos vehículos de uso exclusivo tiene este hogar?		
No tiene vehículo exclusivo para el hogar	<input type="checkbox"/>	0
Tiene 1 vehículo exclusivo	<input type="checkbox"/>	6
Tiene 2 vehículo exclusivo	<input type="checkbox"/>	11
Tiene 3 ó más vehículos exclusivos	<input type="checkbox"/>	15
Hábitos de consumo		porcentaje
1 ¿Alguien en el hogar compra vestimenta en centros comerciales?		
No	<input type="checkbox"/>	0
Sí	<input type="checkbox"/>	6
2 ¿En el hogar alguien ha usado internet en los últimos 6 meses?		
No	<input type="checkbox"/>	0

Sí	<input type="checkbox"/>	76
3 ¿En el hogar alguien utiliza correo electrónico que no es del trabajo?		
No	<input type="checkbox"/>	0
Sí	<input type="checkbox"/>	27
4 ¿En el hogar alguien está registrado en una red social?		
No	<input type="checkbox"/>	0
Sí	<input type="checkbox"/>	28
5 Exceptuando los libros de texto o manuales de estudio y lecturas de trabajo ¿Alguien del hogar ha leído algún libro completo en los últimos 3 meses?		
No	<input type="checkbox"/>	0
Sí	<input type="checkbox"/>	12

Nivel de educación		participación Financiera
1 ¿Cuál es el nivel de instrucción del Jefe del hogar?		
Sin estudios	<input type="checkbox"/>	0
Primaria incompleta	<input type="checkbox"/>	21
Primaria completa	<input type="checkbox"/>	39
Secundaria incompleta	<input type="checkbox"/>	41
Secundaria completa	<input type="checkbox"/>	65
Hasta 3 años de educación superior	<input type="checkbox"/>	91
4 ó más años de educación superior (sin post grado)	<input type="checkbox"/>	127
Post grado	<input type="checkbox"/>	171

Actividad económica del hogar		participación Financiera
1 ¿Alguien en el hogar está afiliado o cubierto por el seguro del IESS (general, voluntario o campesino) y/o seguro del ISSFA o ISSPOL?		
No	<input type="checkbox"/>	0
Sí	<input type="checkbox"/>	39
2 ¿Alguien en el hogar tiene seguro de salud privada con hospitalización, seguro de salud privada sin hospitalización, seguro Internacional, seguros municipales y de Consejos Provinciales y/o seguro de vida?		
No	<input type="checkbox"/>	0
Sí	<input type="checkbox"/>	55
3 ¿Cuál es la ocupación del Jefe del hogar?		
Personal directivo de la Administración Pública y de empresas	<input type="checkbox"/>	76
Profesionales científicos e intelectuales	<input type="checkbox"/>	69
Técnicos y profesionales de nivel medio	<input type="checkbox"/>	46
Empleados de oficina	<input type="checkbox"/>	31
Trabajador de los servicios y comerciantes	<input type="checkbox"/>	18
Trabajador calificados agropecuarios y pesqueros	<input type="checkbox"/>	17
Oficiales operarios y artesanos	<input type="checkbox"/>	17
Operadores de instalaciones y máquinas	<input type="checkbox"/>	17
Trabajadores no calificados	<input type="checkbox"/>	0
Fuerzas Armadas	<input type="checkbox"/>	54
Desocupados	<input type="checkbox"/>	14
Inactivos	<input type="checkbox"/>	17

Según la suma de puntaje final (Umbral),

identifique a que grupo socioeconómico pertenece su logar:

Grupos socioeconómicos	Umbrales
A (alto)	De 845,1 a 1000 puntos
B (media alto)	De 696,1 a 845 puntos
C+ (medio típico)	De 535,1 a 696 puntos
C- (medio bajo)	De 316,1 a 535 puntos
D (bajo)	De 0 a 316 puntos



suma de
puntajes
finales

Anexo 4

ESTRATEGIA EDUCATIVA PARA EL RIESGO PRECONCEPCIONAL. CONSULTORIO K, CENTRO DE SALUD PASCUALES. AÑO 2018.

¡MENOS RIESGO Y MÁS SALUD!



Estrategia educativa para el riesgo preconcepcional

Md. Hamilton González Suárez
Posgradista de Medicina Familiar y Comunitaria

16 TÍTULO DE LA ESTRATEGIA:

¡MENOR RIESGO Y MÁS SALUD!

2. Datos informativos

Institución ejecutora: Centro de Salud Pascuales

Institución Beneficiada: Población de la parroquia Pascuales

Provincia: Guayas

Cantón: Guayaquil

Parroquia: Pascuales

Beneficiarias: Mujeres en edad fértil pertenecientes al consultorio K del centro de salud Pascuales.

Autora: Md. Hamilton González Suárez

Personal responsable

Dr. Hamilton González Suárez

Director del centro de salud Pascuales

Técnico de atención primaria de salud (TAPS)

Representante del comité local de salud.

N° de participantes: 127 mujeres en edad fértil

Grupos: 8 grupos de 14 mujeres y 1 de 15 mujeres

Encuentros por grupos: 6 encuentros

Duración total: 6 horas para cada grupo (1 hora para cada grupo)

Frecuencia: semanal

16.1 JUSTIFICACIÓN

La población de Pascuales se caracteriza por ser cosmopolita donde posee fortaleza pero también debilidades que influyen negativamente sobre la salud. La población asignada corresponde con la de un centro de salud tipo B, que brinda servicios en distintas especialidades de las cuales el área de Medicina Familiar y Comunitaria tiene una gran influencia e impacto en la salud de la población. Al evaluar las atenciones prestadas se evidencia que existe un gran porcentaje de embarazo en adolescentes, no existe una percepción de riesgo para llevarla a cabo una de las labores más naturales como la reproducción sin que ella represente riesgo para la mujer y su producto. Al momento de investigar sobre estudios aplicados a mejorar estos parámetros, no se evidencian programas que mejoren el riesgo preconcepcional. Durante el estudio realizado se evidenció el desconocimiento por parte de la población sobre riesgo preconcepcional, los medios de planificación familiar, enfermedades de transmisión sexual e incluso sobre programas que mejoran la salud y seguridad reproductiva. Es muy importante elevar el conocimiento sobre riesgo preconcepcional en esta población donde es muy frecuente el embarazo en la adolescencia y el bajo peso al nacer, lo cual fue la justificación fundamental para diseñar la presente estrategia educativa, la cual incrementará el conocimiento de las mujeres en edad fértil para de esta forma disminuir los riesgos preconcepcionales.

16.2 OBJETIVOS

16.2.1 Objetivo General:

Elevar el nivel de conocimiento sobre factores de riesgo preconcepcional en las mujeres en edad fértil del consultorio K. Centro de Salud Pascuales.

16.2.2 Objetivos específicos:

- Proveer del conocimiento sobre riesgo preconcepcional a las mujeres en edad fértil atendidas en el consultorio K del centro de salud Pascuales.

- Brindar información sobre enfermedades de transmisión sexual y planificación familiar.
- Orientar las principales medidas para la prevención y modificación del riesgo preconcepcional.

16.3 FUNDAMENTACIÓN TEÓRICA

La prevención de la enfermedad y la muerte durante el proceso de reproducción es uno de los pilares fundamentales para el desarrollo de la salud reproductiva. El enfoque de riesgo reproductivo debe empezar antes de la concepción y es a esta etapa la que se denomina preconcepcional.

En este sentido entra a jugar un papel importante el control y manejo del RPC. El cual se define como la probabilidad que tiene una mujer no gestante de sufrir daños ella y el producto de la concepción durante el proceso de la reproducción. Una dispensarización adecuada de la población femenina permite identificar los riesgos colectivos o individuales y al actuar sobre ellos, lograr un embarazo satisfactorio, un parto feliz y un recién nacido sano. El buen control y manejo del riesgo preconcepcional (RPC) es un elemento determinante en la disminución de la morbilidad y mortalidad general de la población femenina y la posibilidad real de disminuir o evitar el daño que, desde el punto de vista biopsicosocial y ambiental, pueda sufrir una madre o su hijo. ¹

La evidencia científica sugiere que la exposición preconcepcional y prenatal a algunos factores de riesgo, como las exposiciones ambientales desfavorables o la presencia de hábitos tóxicos, hábitos dietéticos desfavorables o enfermedades crónicas descompensadas, pueden afectar negativamente a este desarrollo y ocasionar efectos de larga duración para la salud. La atención previa a la concepción puede ayudar a aumentar los resultados positivos durante la gestación mediante el compromiso de las mujeres a mantener un estilo de vida saludable antes de quedarse embarazadas. ²

La prevención es el pilar fundamental para mejorar la salud de la población y obtener resultados satisfactorios, por lo que es imprescindible apoyar las estrategias encaminadas a focalizar las acciones de planificación familiar, particularmente en todas las mujeres con riesgo, al igual que posean un alto riesgo reproductivo.

16.4 FACTIBILIDAD

La factibilidad de la propuesta es evidente ya que no requiere inversión de recursos, todos los elementos son de fácil adquisidor y se cuenta con la instalación del centro de salud. La población muestra interés por aprender en pro de mejorar su salud

ENCUENTRO 1

Objetivo	Metas	Temas a tratar	Técnica educativa	Recursos	Responsable	Lugar
Proveer del conocimiento sobre riesgo preconcepcional a las mujeres en edad fértil atendidas en el consultorio K del centro de salud Pascuales.	Pre tést sobre conocimiento de riesgo preconcepcional. Socializar la estrategia a los participantes.	Temas de la estrategia. Importancia de la dimensión del problema identificado.	Charla Educativa	Infocux Computador Marcadores Pizarra Trípticos	Grupo EAIS Representante del comité de salud	Centro de salud Pascuales

ENCUENTRO 2

Objetivo	Metas	Temas a tratar	Técnica educativa	Recursos	Responsable	Lugar
Proveer del conocimiento sobre riesgo preconcepcional a las mujeres en edad fértil atendidas en el consultorio K del centro de salud Pascuales.	Caracterizar los riesgos preconcepcionales	Riesgo biológico, social, ambiental para la mujer y/o producto.	Video y discusión grupal	Infocux Computador Marcadores Pizarra	Grupo EAIS Representante del comité de salud	Centro de salud Pascuales

ENCUENTRO 3

Objetivo	Metas	Temas a tratar	Técnica educativa	Recursos	Responsable	Lugar
Brindar información sobre planificación familiar y enfermedades de transmisión sexual	<p>Caracterizar los métodos anticonceptivos y conocer ventajas y desventajas de cada uno de ellos.</p> <p>Despejar dudas y creencias sobre el uso de anticonceptivo</p>	<p>Temas clasificación de los métodos anticonceptivos</p> <p>Demostración del uso del condón masculino y femenino</p>	Video y Charla demostrativa	<p>Infocux</p> <p>Computador</p> <p>preservativos</p> <p>DIU</p> <p>pene de plástico</p>	Grupo EAIS Representante del comité de salud	Centro de salud Pascuales

ENCUENTRO 4

Objetivo	Metas	Temas a tratar	Técnica educativa	Recursos	Responsable	Lugar
Brindar información sobre enfermedades de transmisión sexual y planificación familiar.	Identificar las enfermedades de transmisión sexual y las vías de transmisión de estas.	Identificar mediante imágenes las lesiones causadas por ITS Conocer las principales complicaciones consecuencias de ITS Aprender la utilidad del Papanicolau	Video y Charla demostrativa	Infocux Computador Marcadores Pizarra	Grupo EAIS Representante del comité de salud	Centro de salud Pascuales

ENCUENTRO 5

Objetivo	Metas	Temas a tratar	Técnica educativa	Recursos	Responsable	Lugar
Orientar las principales medidas para la prevención y modificación del riesgo preconcepcional.	Relacionar las medidas de prevención para modificar el riesgo preconcepcional y complicaciones durante el proceso reproductivo.	Edad ideal para el embarazo Socializar la pirámide alimenticia Ingesta de Hierro y ácido fólico	Video y Charla	Infocux Computador Marcadores Pizarra	Grupo EAIS Representante del comité de salud	Centro de salud Pascuales

ENCUENTRO 6

Objetivo	Metas	Temas a tratar	Técnica educativa	Recursos	Responsable	Lugar
Orientar las principales medidas para la prevención y modificación del riesgo preconcepcional.	Evaluar los conocimientos adquiridos por las mujeres durante la intervención educativa	Aplicación de pos tést. Agradecimiento y cierre del evento.	Entrega de certificado de asistencia al curso.	Certificados impresos	Grupo Representante del comité de salud EAIS	Centro de salud Pascuales

Durante el estudio realizado se evidenció el desconocimiento por parte de la población sobre riesgo preconcepcional, los medios de planificación familiar, enfermedades de transmisión sexual e incluso sobre programas que mejoran la salud y seguridad reproductiva. Es muy importante elevar el conocimiento sobre riesgo preconcepcional en esta población donde es muy frecuente el embarazo en la adolescencia y el bajo peso al nacer, lo cual fue la justificación fundamental para diseñar la presente estrategia educativa, la cual incrementará el conocimiento de las mujeres en edad fértil para de esta forma disminuir los riesgos preconcepcionales.



ENCUENTRO 1

- Pre test sobre conocimiento de riesgo preconcepcional.
- Socializar la estrategia a los participantes.

ENCUENTRO 2

- Caracterizar los riesgos preconcepcionales.

ENCUENTRO 3

- Caracterizar los métodos anticonceptivos y conocer ventajas y desventajas de cada uno de ellos.
- Despejar dudas y creencias sobre el uso de anticonceptivo.

ENCUENTRO 4

- Identificar las enfermedades de transmisión sexual y las vías de transmisión de estas.

ENCUENTRO 5

- Relacionar las medidas de prevención para modificar el riesgo preconcepcional y complicaciones durante el proceso reproductivo.

ENCUENTRO 6

- Evaluar los conocimientos adquiridos por las mujeres durante la intervención educativa.

¡ MENOS
RIESGO Y MÁS
SALUD!



“Estrategia educativa sobre riesgo preconcepcional”

Dr. Hamilton González S.
Posgradista en Medicina
Familiar y Comunitaria

Estrategia educativa sobre riesgo Preconcepcional

Datos informativos

Institución ejecutora: Centro de Salud Pascuales



Institución Beneficiada: Población de la parroquia Pascuales

Provincia: Guayas

Cantón: Guayaquil

Parroquia: Pascuales

Beneficiarias: Mujeres en edad fértil pertenecientes al consultorio K del centro de salud Pascuales.

Autora: M^d. Hamilton González Suárez

Personal responsable

Dr. Hamilton González Suárez
Director del centro de salud Pascuales.

Técnico de atención primaria de salud (TAPS).

Representante del comité local de salud.

N° de participantes: 127 mujeres en edad fértil

Grupos: 8 grupos de 14 mujeres y 1 de 15 mujeres

Encuentros por grupos: 6 encuentros

Duración total: 6 horas para cada grupo (1 hora para cada grupo)

Frecuencia: semanal

Objetivo General:

Elevar el nivel de conocimiento sobre factores de riesgo preconcepcional en las mujeres en edad fértil del consultorio K. Centro de Salud Pascuales.

Objetivos Específicos:

- ⇒ Proveer del conocimiento sobre riesgo preconcepcional a las mujeres en edad fértil atendidas en el consultorio K del centro de salud Pascuales.
- ⇒ Brindar información sobre enfermedades de transmisión sexual y planificación familiar.
- ⇒ Orientar las principales medidas para la prevención y modificación del riesgo preconcepcional.

Justificación

La población de Pascuales se caracteriza por ser cosmopolita donde la población posee fortaleza pero también debilidades que influyen negativamente sobre la salud. La población asignada corresponde con la de un centro de sa-

lud tipo B, que brinda servicios en distintas especialidades de las cuales el área de Medicina Familiar y Comunitaria tiene una gran influencia e impacto en la salud de la población. Al evaluar las atenciones prestadas se evidencia que existe un gran porcentaje de embarazo en adolescentes, no existe una percepción de riesgo para llevarla a cabo una de las labores más naturales como la reproducción sin que ella represente riesgo para la mujer y su producto. Al momento de investigar sobre estudios aplicados a mejorar estos parámetros, no se evidencian programas que mejoren el riesgo preconcepcional.



Referencias

1. Alicia González Portales; Aida Rodríguez Cabrera. El riesgo preconcepcional y su vínculo con la salud materna. Rev. Cubana [Internet] 2016 32(3) [citado 2018 oct 16] Disponible en: <http://www.medigraphic.com/pdfs/revcubmedgenint/cmi-2016/cmi163m.pdf>
2. Rebollo-Garriga G, Martínez-Juan J, Falguera Puig G, Nieto-Tirado S, Núñez Rodríguez L. Conocimiento y utilización de la visita preconcepcional en atención primaria de salud. Rev. Matronas [Internet] 2018; 19(2): 52-58. [citado 2018 oct 16]: http://www.federacion-matronas.org/wp-content/uploads/2018/07/Original_Visita-preconcepcional.pdf



DECLARACIÓN Y AUTORIZACIÓN

Yo, **González Suárez, Hamilton Lucio** con C.C: # **0926851221** autor del trabajo de titulación: **Diseño de una estrategia educativa para el control del riesgo preconcepcional. Consultorio k, centro de salud pascuales. Año 2018**, previo a la obtención del título de **Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria** en la Universidad Católica de Santiago de Guayaquil.

1.- Declaro tener pleno conocimiento de la obligación que tienen las instituciones de educación superior, de conformidad con el Artículo 144 de la Ley Orgánica de Educación Superior, de entregar a la SENESCYT en formato digital una copia del referido trabajo de titulación para que sea integrado al Sistema Nacional de Información de la Educación Superior del Ecuador para su difusión pública respetando los derechos de autor.

2.- Autorizo a la SENESCYT a tener una copia del referido trabajo de titulación, con el propósito de generar un repositorio que democratice la información, respetando las políticas de propiedad intelectual vigentes.

Guayaquil, **17 de diciembre del 2018**

f.

Nombre: **González Suárez, Hamilton Lucio**

C.C: **0926851221**



REPOSITORIO NACIONAL EN CIENCIA Y TECNOLOGÍA

FICHA DE REGISTRO DE TESIS/TRABAJO DE TITULACIÓN

TEMA Y SUBTEMA:	Diseño de una estrategia educativa para el control del riesgo preconcepcional. Consultorio k, centro de salud pascuales. Año 2018.		
AUTOR(ES)	González Suárez, Hamilton Lucio		
REVISOR(ES)/TUTOR(ES)	Aranda Canosa Sanny		
INSTITUCIÓN:	Universidad Católica de Santiago de Guayaquil		
FACULTAD:	Escuela de Graduado en Ciencias de la Salud		
CARRERA:	Medicina Familiar y Comunitaria		
TITULO OBTENIDO:	Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria		
FECHA DE PUBLICACIÓN:	17 de diciembre de 2018	No. DE PÁGINAS:	72
ÁREAS TEMÁTICAS:	Medicina Familiar y Comunitaria, Ginecología, Salud Pública		
PALABRAS CLAVES/KEYWORDS:	Estrategia, atención preconceptica, planificación familiar, factores de riesgo, educación en salud y fertilidad.		
RESUMEN/ABSTRACT:			
<p>Antecedentes: La mortalidad materna a nivel mundial entre 1990 y 2013 se redujo en un 40%. Y en el 2013 cerca de 9.300 mujeres murieron por causas maternas según ONU, en Ecuador en el 2015 se obtuvo una razón de muertes maternas de 44. 58. Lo que constituye un problema de salud pública y demuestra la importancia del riesgo reproductivo preconcepcional. Materiales y método: Estudio observacional, descriptivo, transversal en el consultorio k del centro de salud Pascuales, cuyo objetivo fue Caracterizar según variables socio demográficas e identificar los factores del riesgo preconcepcionales y directrices necesarias para diseñar una estrategia educativa en 150 mujeres en edad fértil. La información se obtuvo mediante encuesta y de las fichas familiares. Los resultados fueron llevados a tablas para realizar un análisis. Se aplicó la estadística descriptiva. Resultados: El grupo predominante fue la edad entre 20 y 24años con 28(22,0%), con un nivel de educación primaria 49(38,6%), ama de casa 53,5%, como conductas y hábitos el 8,7% refiere consumo de alcohol, el 90,6% no presenta hacinamiento, el 100% presenta un nivel socioeconómico medio bajo. La hiperlipidemia 31,5% es el antecedente patológico personal predominante y la multiparidad 47,2% fue los antecedentes gineco-obstétricos de preponderancia. El 98,4% no tuvo un nivel de conocimiento sobre riesgo preconcepcional. Conclusiones: Existe desconocimiento sobre los factores de riesgo preconcepcional Por cuanto la intervención educativa en este campo permitirá modificar factores de riesgo y adquirir conductas y hábitos saludables, con un impacto positivo en la salud materno- infantil.</p>			
ADJUNTO PDF:	<input checked="" type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
CONTACTO AUTOR/ES:	CON	Teléfono: 593969801236	E-mail: hrances77@gmail.com
CONTACTO INSTITUCIÓN (COORDINADOR PROCESO UTE)::	CON LA INSTITUCIÓN DEL	Nombre: Landívar Varas, Xavier Francisco	
		Teléfono: +593-4-2206953 ext.: 1830 – 1811	
		E-mail: xavier.landivar@cu.ucsg.edu.ec	
SECCIÓN PARA USO DE BIBLIOTECA			
Nº. DE REGISTRO (en base a datos):			
Nº. DE CLASIFICACIÓN:			
DIRECCIÓN URL (tesis en la web):			