



UNIVERSIDAD MICHOACANA DE SAN NICOLÁS DE HIDALGO
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS Y BIOLÓGICAS "DR. IGNACIO CHAVEZ"
INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
DELEGACIÓN REGIONAL EN MICHOACÁN
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR NO.80

TITULO

**IMPACTO DE UNA INTERVENCIÓN EDUCATIVA CON ENFOQUE DE RIESGO EN MUJERES EN EDAD
REPRODUCTIVA CON DESEO DE EMBARAZO DE LA UMF 75 CON UMAA.**

TESIS

**PARA OBTENER EL GRADO DE:
ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR**

PRESENTA:

HECTOR CORTEZ SANCHEZ

TUTORA

ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR

DRA. WENDY LEA CHACÓN PIZANO

COORDINADOR AUXILIAR MEDICO DE EDUCACION EN SALUD DELEGACION IMSS MICHOACAN

CO-TUTORES

DR. GERARDO MUÑOZ CORTÉS

ADSCRITO A LA UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No. 80

ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR

COORDINADOR CLÍNICO DE EDUCACIÓN E INVESTIGACIÓN EN SALUD

ASESOR ESTADÍSTICO

COORDINADOR ANALISTA "A"

MATEMÁTICO CARLOS GÓMEZ ALONSO

ADSCRITO AL CENTRO DE INVESTIGACIÓN BIOMÉDICA DELEGACIÓN MICHOACÁN

MORELIA, MICHOACAN, MEXICO, JULIO 2017

INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
DELEGACIÓN REGIONAL DE MICHOACÁN
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No. 80

DR. JUAN GABRIEL PADERES SARALEGUI
COORDINADOR DE PLANEACIÓN Y ENLACE INTERINSTITUCIONAL

DR. CLETO ALVAREZ AGUILAR
COORDINADOR DELEGACIONAL AUXILIAR DE INVESTIGACIÓN

DRA. WENDY LEA CHACÓN PIZANO
COORDINADOR DELEGACIONAL AUXILIAR DE EDUCACIÓN

DRA. MARÍA DEL ROSARIO GONZÁLEZ CALDERÓN
DIRECTOR MÉDICO DE LA UMF. No. 80

DR. GERARDO MUÑOZ CORTÉS
COORDINADOR CLÍNICO DE EDUCACIÓN E INVESTIGACIÓN EN SALUD
U.M.F. No. 80

DRA PAULA CHACÓN VALLADARES
PROFESORA TITULAR DE LA RESIDENCIA DE MEDICINA FAMILIAR U.M.F No. 80



UNIVERSIDAD MICHOACANA DE SAN NICOLAS DE HIDALGO

DR. DANIEL FELICIANO ZALAPA MARTÍNEZ

JEFE DE LA DIVISIÓN DE POSGRADO DE LA FACULTAD DE CIENCIAS
MÉDICAS Y BIOLÓGICAS “DR. IGNACIO CHÁVEZ”

DR. ALAIN RAIMUNDO RODRÍGUEZ OROZCO

COORDINADOR DE LA ESPECIALIDAD DE MEDICINA FAMILIAR DE LA
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS Y BIOLÓGICAS “DR. IGNACIO CHÁVEZ”

AGRADECIMIENTOS

Debo agradecer de manera especial y sincera a la Dra. Wendy Lea Chacón Pizano por aceptarme para realizar esta tesis bajo su dirección. Su apoyo y confianza en mi trabajo y su capacidad para guiar mis ideas ha sido un aporte invaluable, no solamente en el desarrollo de esta tesis, sino también en mi formación como investigador. Las ideas propias, siempre enmarcadas en su orientación y rigurosidad, han sido la clave del buen trabajo que hemos realizado juntos, el cual no se puede concebir sin su siempre oportuna participación. Le agradezco también el haberme facilitado siempre los medios suficientes para llevar a cabo todas las actividades propuestas durante el desarrollo de esta tesis.

A las participantes, por su paciencia y disposición para atender a nuestro llamado y formar parte de nuestra investigación.

DEDICATORIA

A ti Dios que me diste la oportunidad de vivir y de permitirme culminar mis estudios.

Este trabajo fruto del esfuerzo, dedicación y responsabilidad se lo dedico a mis padres y hermanos por ser parte de este logro más en mi vida, gracias a su cariño, esfuerzo que infundieron en mí el don máspreciado de la humanidad como es la honorabilidad, constancia, dedicación y naturalmente la responsabilidad, gracias a ello he podido culminar mis anhelos de adquirir una profesión para el futuro de mi vida al servicio de la sociedad.

A mi esposa y Dra. Liliana Maristel Zalpa Nava por estar a mi lado en los momentos más difíciles, por ser parte fundamental en la realización de este trabajo y por todo su amor, cariño, comprensión y apoyo, pero principalmente por ser mi aspiración en mi vida.

ÍNDICE

Pag.		
I.	RESUMEN.....	1
II.	ABSTRACT.....	3
III.	ABREVIATURAS.....	5
IV.	GLOSARIO.....	6
V.	RELACIÓN DE FIGURAS Y TABLAS.....	7
VI.	INTRODUCCIÓN.....	8
VII.	ANTECEDENTES.....	9
VIII.	PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	26
IX.	JUSTIFICACIÓN.....	27
X.	HIPOTESIS.....	28
XI.	OBJETIVOS.....	29
XII.	MATERIAL Y MÉTODOS.....	30
	- DISEÑO DEL ESTUDIO.....	30
	- POBLACIÓN DE ESTUDIO.....	30
	- MUESTRA.....	30
	- ESTIMACION DEL TAMAÑO DE MUESTRA.....	30
	- CRITERIOS DE SELECCIÓN.....	30
	- DESCRIPCIÓN DE VARIABLES.....	31
	- OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES.....	32
	- DESCRIPCIÓN OPERATIVA DEL ESTUDIO.....	41
	- ANÁLISIS ESTADÍSTICO.....	48
	- CONSIDERACIONES ÉTICAS.....	49
XIII.	RESULTADOS.....	52
XIV.	DISCUSIÓN.....	62
XV.	CONCLUSIONES.....	66
XVI.	PERSPECTIVAS.....	67
XVII.	REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	68
XVIII.	ANEXOS.....	73

RESUMEN

“IMPACTO DE UNA INTERVENCIÓN EDUCATIVA CON ENFOQUE DE RIESGO EN MUJERES EN EDAD REPRODUCTIVA CON DESEO DE EMBARAZO DE LA UMF 75 CON UMAA”

Cortez-Sánchez H¹, Chacón-Pizano WL², Muñoz-Cortés G¹, Gómez-Alonso C³.

1. Unidad de Medicina Familiar No.80. 2. Delegación Michoacán. 3. Centro de Investigación Biomédica de Michoacán.

INTRODUCCIÓN: La educación en salud es un factor elemental en los procesos de atención médica de primer nivel de atención, que determinará la identificación oportuna de factores de riesgo prenatales y con ello disminuir un embarazo de alto riesgo.

OBJETIVO: Evaluar el impacto de una intervención educativa en las mujeres en edad reproductiva con deseo de embarazo en el nivel de conocimientos y detección de factores de riesgo prenatales.

MATERIAL Y MÉTODOS: Diseño cuasiexperimental. Se incluyeron 25 mujeres en edad reproductiva con deseo de embarazo, con previa firma de consentimiento informado. Se llevó a cabo una estrategia educativa que incluyó: 12 sesiones, una vez a la semana durante 3 meses. El nivel de conocimientos de la intervención educativa, se evaluó mediante un instrumento ex profeso. Se identificaron los factores de riesgo y se registró IMC, circunferencia de cintura, nivel de glucosa, perfil de lípidos, función renal, EGO, grupo y RH sanguíneo, biometría hemática completa al inicio del estudio, para detectar de manera oportuna los factores de riesgo con la finalidad de lograr un estado óptimo de salud en la mujer con deseo de embarazo. Los datos se analizaron con t de Student para muestras relacionadas y se consideró significancia estadística $p < 0.05$

RESULTADOS: La intervención educativa en las mujeres en edad reproductiva con deseo de embarazo generó un impacto en el nivel de conocimientos, control e identificación de factores de riesgo. Dentro de los factores de riesgo encontrados en el grupo de estudio, de las 25 mujeres incluidas, previo a la aplicación de la estrategia educativa, 12 mujeres (48%) tuvieron peso normal y 13 mujeres (52%) presentaron sobrepeso. Posterior a la estrategia educativa 14 mujeres (56%) tuvo peso normal y 11 mujeres (44%) sobrepeso. De las 25

mujeres incluidas 13 pacientes (52%) resultaron sin anemia, 11 pacientes (44%) con anemia leve y 1 paciente (4%) con anemia moderada. En la postintervención 24 mujeres (96%) resultaron sin anemia y solo 1 paciente (4%) presento anemia leve.

En cuanto a las cifras de colesterol total, 11 mujeres (44%) presentaron hipercolesterolemia; posterior a la intervención educativa el 100% de las participantes tenia cifras normales de colesterol. En cuanto a los triglicéridos el grupo de mujeres en estudio, 13 mujeres (52%) presentaron hipertrigliceridemia y al término de la intervención solo se presentó el 36% presento cifras elevadas de triglicéridos.

En cuanto a los resultados del examen general de orina, previo a la intervención, 14 mujeres (56%) no presentaron alteraciones, sin embargo 11 de las participantes (44%) presentaron infección de vías urinarias, posterior a la intervención todas tuvieron un examen general de orina normal.

CONCLUSIONES: Una intervención educativa en mujeres en edad reproductiva tiene impacto al incrementar el conocimiento en ellas. El nivel de conocimientos en las mujeres con deseos de embarazo se incrementó en un 69.6% después de la aplicación de la estrategia educativa. Dentro de los factores de riesgo encontrados en la población de estudio se encontraron: sobrepeso, anemia, dislipidemia e infección de vías urinarias.

PALABRAS CLAVE: Intervención educativa, embarazo, factores de riesgo, método assure, educación.

ABSTRACT

“IMPACT OF AN EDUCATIONAL INTERVENTION APPROACH TO RISK IN WOMEN OF REPRODUCTIVE AGE WITH PREGNANCY WISH UMF 75 UMAA”

Cortez-Sánchez H¹, Chacón-Pizano WL², Muñoz-Cortés G¹, Gómez-Alonso C³.

1. Family Medicine Unit No.80. 2. Delegation Michoacan. 3. Biomedical Research Center of Michoacan.

INTRODUCTION: Health education is a basic processes medical help primary care, which will determine the timely identification of prenatal risk factors and thereby reduce high-risk pregnancy factor.

OBJECTIVE: Assess the impact of an educational intervention on women of reproductive age with desire for pregnancy in the level of knowledge and detection of prenatal risk factors.

MATERIAL AND METHODS: Quasi-experimental design. We included 25 women of reproductive age (gilts) with desire for pregnancy with after signing informed consent. It was held an educational strategy which included 12 sessions, once a week for 3 months. The level of knowledge of the educational intervention was evaluated by expressly instrument. Risk factors were identified and BMI, waist circumference, glucose, lipid profile, renal function, ego, group and RH blood, complete blood count at baseline was recorded to promptly detect risk factors in order to achieve optimum health in women with desire of pregnancy. The data were analyzed using Student t test for related samples and statistical significance $p < 0.05$ was considered

RESULTS: The educational intervention in women of reproductive age with desire of pregnancy generated an impact on the level of knowledge, control and identification of risk factors. Among the risk factors found in the study group, of the 25 women included, prior to the implementation of the education strategy, 12 women (48%) had normal weight and

13 women (52%) were overweight. After the educational strategy 14 women (56%) had normal weight and 11 women (44%) overweight. Of the 25 women included 13 patients (52%) were without anemia, 11 patients (44%) with mild anemia and 1 patient (4%) with moderate anemia. In the postintervention 24 women (96%) were without anemia and only 1 patient (4%) had mild anemia.

As for total cholesterol, 11 women (44%) had hypercholesterolemia; after the educational intervention 100% of the participants had normal cholesterol levels. As for triglycerides group of women in the study, 13 women (52%) had hypertriglyceridemia and end of the intervention showed only 36% I present high levels of triglycerides.

As for the results of urinalysis, before surgery, 14 women (56%) had no alterations, however 11 participants (44%) had urinary tract infection, postintervention all had an exam General normal urine.

CONCLUSIONS: An educational intervention in women of reproductive age have impact by increasing awareness in them. The level of knowledge in women with pregnancy desires increased by 69.6% after the implementation of the educational strategy. Among the risk factors found in the study population they were found: overweight, anemia, dyslipidemia, and urinary tract infection.

KEYWORDS: Educational intervention, pregnancy, risk factors, assure method, education.

ABREVIATURAS

ASSURE: Sistema de Diseño Instruccional.

AACE: American Association of Clinical Endocrinologist

CC: Circunferencia de Cintura

DM: Diabetes Mellitus.

DM1: Diabetes Mellitus tipo 1

DM2: Diabetes Mellitus tipo 2

HAS: Hipertensión Arterial Sistémica.

IMC: Índice de Masa Corporal.

IMSS: Instituto Mexicano del Seguro Social.

Mg/dl: Miligramos por decilitro.

NOM: Norma Oficial Mexicana.

SC: Subcutáneo

UMF No.75: Unidad Medicina Familiar Número 75.

UMMA: Unidad Médica de Atención Ambulatoria.

EGO: Examen General de Orina.

GLOSARIO

APRENDIZAJE: Proceso de adquisición de conocimientos, habilidades, valores y actitudes, posibilitado mediante el estudio, enseñanza y experiencia.

CONOCIMIENTO: El producto o resultado de ser instruido, el conjunto de cosas sobre las que se sabe o que están contenidas en la ciencia.

EDUCACIÓN: Proviene de la palabra latina *educere* que significa guiar, conducir o de *educare* que significa formar o instruir, y puede definirse como todos aquellos procesos que son bi-direccionales mediante los cuales se puede transmitir conocimientos, costumbres.

ESTRATEGIA EDUCATIVA: Es el conjunto de procedimientos, apoyados en técnicas de enseñanza que tienen por objeto llevar a buen término la acción didáctica, es decir, alcanzar los objetivos de aprendizaje.

EDUCACIÓN PARA LA SALUD: Es el proceso de enseñanza aprendizaje que permite mediante el intercambio y análisis de la información, desarrollar habilidades y cambiar actitudes, con el propósito de inducir comportamientos para cuidar la salud individual, familiar y colectiva.

FACTOR DE RIESGO: Condición que incrementa la probabilidad de desarrollar una enfermedad, su asociación tiene efectos auditivos para desarrollar alimentaciones de salud.

SALUD: Un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de enfermedad o dolencia. Dentro del contexto de la promoción de la salud. La salud ha sido considerada no como un estado abstracto, sino como un medio para llegar a un fin, como un recurso que permite a las personas llevar una vida individual social y económicamente productiva.

METODO ASSURE: Modelo de diseño instruccional para diseñar una intervención educativa.

RELACIÓN DE FIGURAS Y TABLAS

Figura 1. Proporción del conocimiento previo a la estrategia educativa.....	52
Figura 2. Proporción del conocimiento posterior a la estrategia educativa.....	53
Figura 3. Niveles de conocimientos previos a la estrategia educativa.....	53
Figura 4. Niveles de conocimientos posterior a la estrategia educativa.....	54
Figura 5. ICC previo y posterior a la aplicación de la estrategia educativa.....	55
Figura 6. IMC previo y posterior a la aplicación de la estrategia educativa.....	55
Figura 7. Proporción de mujeres con anemia de acuerdo a hemoglobina posterior a la aplicación de la estrategia educativa.....	57
Figura 8. Proporción de mujeres con cifras de glucosa normal previo y posterior a la aplicación de la estrategia educativa.....	58
Figura 9. Proporción de mujeres con cifras de colesterol normal previo y posterior a la aplicación de la estrategia educativa.....	59
Figura 10. Proporción de mujeres con cifras de triglicéridos normales previo y posterior a la aplicación de la estrategia educativa.....	60
Figura 11. Proporción de mujeres con examen general de orina normal previo y posterior a la aplicación de la estrategia educativa.....	61
Tabla I. Contraste de variables bioquímicas	56

INTRODUCCIÓN

La implementación de programas de promoción de salud, encaminados a proporcionar una educación en salud, nos capacitará para detectar y ofrecer asistencia al educando en forma oportuna, evitando que siga incrementándose el número de personas que adoptan conductas de riesgo para la salud. Los estilos de vida son patrones de conducta que han sido elegidos de las alternativas disponibles para la gente, de acuerdo a la capacidad para elegir y a sus circunstancias socioeconómicas.

Es necesario que la atención prenatal con enfoque de riesgo se conciba como un sistema integrado y coordinado en el que todos los participantes trabajen en equipo, conozcan, acepten y se identifiquen con las metas, que atiendan las necesidades e intereses del paciente con medidas y acciones de utilidad para su bienestar.

La atención a la salud materno–infantil es una prioridad para los servicios de salud, su objetivo principal es la prevención de las complicaciones maternas, el diagnóstico oportuno y su atención adecuada. Las principales causas de mortalidad materna y perinatal son previsibles mediante atención prenatal temprana, sistemática y de alta calidad, que permite identificar y controlar los principales factores de riesgo obstétricos y perinatales.

Existen factores de riesgo en etapa preconcepcional los cuales están estrechamente relacionados con los hábitos higiénicos y nutricionales, factores ambientales, omisión de la consulta prenatal y sobre todo la falta de información de las mujeres en edad reproductiva acerca de su cuidado.

Estos factores de riesgo se relacionan estrechamente con las complicaciones del embarazo, parto y puerperio, lo que dificulta el curso de éste y aumenta la morbilidad y mortalidad materna.

El médico familiar, debe identificar los factores de riesgos para evitar efectos adversos del embarazo; e identificar cuáles de estos factores son modificables y dar indicaciones

precisas. Los factores no modificables y que incrementan la probabilidad de resultados adversos expresaran la necesidad de derivar a la paciente al segundo nivel de atención.

ANTECEDENTES

EDUCACIÓN

Los procesos andragógicos estimulan el razonamiento, promueven la discusión constructiva de las ideas, favoreciendo el diálogo, origina puntos de vista, ideas e innovaciones, y al mismo tiempo conduce a replantear propuestas como resultado de la confrontación de saberes individuales y de conclusiones grupales.

Para John Dewey “toda auténtica educación se efectúa mediante la experiencia”. El autor considera que el aprendizaje experiencial es activo y genera cambios en la persona y en su entorno, y que no sólo va al interior del cuerpo y del alma del que aprende, sino que utiliza y transforma los ambientes físicos y sociales. ¹

La educación, como un fenómeno de transformación en la convivencia, es un ámbito relacional en el que el educando no aprende una temática, sino que aprende un vivir y un convivir, como resultado de lo cual desarrolla una forma de vivir el ser humano. La tarea de los educandos consiste en crear un espacio de convivencia donde los educandos se trasformen en seres capaces de un convivir democrático y que se respeten a sí mismo. Se propone cambiar la noción de autoestima por la de aceptación y la de respeto por sí mismo.²

La gran tarea de la educación es que como seres adultos, maestros, padres y actores sociales guíen a los educandos en el proceso de transformarse en personas adultas que se respetan a sí mismos en un proyecto común de convivencia en mutuo respeto.

El cambio cultural intencional solo es posible desde el cambio individual, el cual lleva a un cambio consciente, el cual solo es posible como un cambio responsable, como aspectos de la conciencia individual de los individuos (personas) que constituyen el ámbito social del

país, y se satisfagan las tres condiciones siguientes: Conocimiento, Entendimiento y Acción efectiva.³

La educación participativa se ha desarrollado desde hace dos décadas, tiene como fundamento epistemológico que el conocimiento no se consume, sino que se elabora; dicha elaboración se lleva a cabo por medio de la crítica y la autocrítica, donde el alumno es el protagonista de su propia aventura en el conocimiento, la cual aplicada al área de la salud y en situaciones específicas, como en caso del Programa Integrado de Salud, favorece la adopción de estilos de vida saludables e impacta favorablemente en la disminución de la magnitud de la morbilidad y mortalidad asociada a los riesgos y daños más frecuentes.

La educación con mayores probabilidades de éxito es la que responsabiliza al derechohabiente en su propio cuidado, lo que significa enseñarlo a tomar decisiones orientadas en cuanto a la asistencia y la prevención de las enfermedades. Por otro lado, los pacientes deben de entender que la educación en salud tiene la misma importancia que el estilo de vida. Solamente así podrá modificar su calidad, como parte integral de su vida y no como un factor que interfiere en ella.⁴

Las modificaciones de la conducta individual para reducir el riesgo de enfermarse, o de mejorar la salud y el bienestar, es el objetivo común de las diferentes concepciones de la salud y de las prácticas en la atención primaria de ésta; destaca entre ellas la Medicina Familiar.

La adopción de comportamientos saludables debe de tomar en cuenta que las personas necesitan información sobre qué hacer y cómo hacerlo. La información científica es necesaria para fomentar la aparición de nuevas creencias, así como para mezclarse con las tradiciones culturales de los grupos humanos. El valor que la salud tiene para los individuos, en sus comportamientos saludables que muestran, se relaciona con el incremento de su motivación hacia el autocuidado y en su autorresponsabilidad respecto a la salud.⁵

Si se toma en cuenta esta realidad y conociendo que, por tradición, los programas de educación para la salud se han centrado preferentemente en transmitir información, los objetivos de este trabajo son proveer un marco teórico y metodológico específico al Médico Familiar, de tal manera que le permita mejorar la efectividad de las estrategias educativas en salud y optimizar el proceso de comunicación en la educación en salud dirigida hacia el individuo, la familia y la comunidad, las cuales propicien la adquisición de conductas protectoras y la modificación de su estilo de vida.

La salud no es tarea exclusiva de los profesionales, su repercusión, protección y fomento, es responsabilidad de todos los individuos que integran una sociedad en forma colectiva como en lo individual. Propiciar que se asuma la responsabilidad ante la salud es una tarea educativa, pero no de una educación para la salud pasiva y vertical, sino de una educación para la salud que posibilite la toma de conciencia, que atienda no solo las enfermedades, sino que se ocupe también de las condiciones y calidad de vida. Esta nueva forma de hacer educación para la salud debe tomar en cuenta todos los sectores de la población.

EDUCACIÓN PARA LA SALUD

La educación para la salud es un proceso que aborda no solamente la transmisión de la información en salud, sino también el fomentar la motivación, las habilidades personales y la autoestima necesarios para adoptar medidas destinadas a mejorar la salud; en ello se incluyen la información que se refiere a los factores de riesgo y comportamientos de riesgos, así como su contraparte. La promoción de la salud es el proceso que permite a la personas incrementar su control sobre los determinantes de la salud y en consecuencia mejorarla.

Los educadores en salud deben de encarar perspectivas teóricas, pero también convertirlas en habilidades que tienen que ver con romper con la dicotomía asimétrica entre docente y alumno, lo cual conlleva un proceso pedagógico participativo, del reconocimiento del saber del otro para operar en la construcción colectiva de la necesidad y las estrategias para apropiarse de los satisfactores.

Sabemos que la salud es un producto social, resultado de la interrelación entre el hombre y su ambiente integrante del plan para el desarrollo social y económico de cualquier nación y componente de la calidad de vida. Al seguir estos conceptos, se reafirma que la educación para la salud es condición esencial para toda acción en salud.⁶

La educación fundamentada en una pedagogía participativa, constituye una estrategia útil para promover comportamientos y estilos de vida saludable. Esta pedagogía, muy inspirada en el pensamiento de Paulo Freire, y desarrollada y perfeccionada en América Latina por educadores populares, teóricos y prácticos, tiene como principios orientadores los siguientes.⁷

- Énfasis en el desarrollo de capacidades, competencias y criterios.
- Recuperación de la experiencia concreta con la gente, de sus saberes, actitudes y conductas, de sus percepciones e interpretaciones sobre los fenómenos, como punto de partida del proceso educativo y como insumos para la reflexión.
- Propensión a crear ambientes lúdicos para realizar los eventos educativos, de manera tal que se faciliten las manifestaciones espontáneas y la expresividad natural, culturalmente determinadas.
- Horizontalidad en la relación pedagógica que implica redefinir el papel del maestro para entenderlo como un facilitador del aprendizaje.
- Reconocimiento y uso de diferentes caminos para acceder al conocimiento.
- Predilección por el aprendizaje centrado en problemas, como referentes obligados para propiciar su análisis y búsqueda participativa de solución.
- Preferencia por técnicas dialógicas, grupales y activas.
- Validación del aprendizaje adquirido, no en términos de conceptos memorizados, sino de cambios de comportamiento y estilos de vida.

La educación en salud reclama un reconocimiento conceptual que implica la incorporación de nuevos valores de intervención social, relacionados con la promoción a la salud, que en todas las propuestas, desde Hipócrates hasta nuestros días, la sitúan antes de que los procesos patológicos se inicien. La horizontalidad entre los diferentes actores involucrados,

el reconocimiento de las diferencias culturales, la diversidad de saberes y la posibilidad de elaborar los problemas desde diferentes miradas que llevan aparejadas diversas estrategias debe marcar el sentido de las acciones. Por lo tanto, cuando hablamos de educación en salud se refiere a un proceso de construcción pedagógico continuo y extendido en el tiempo, que adopta comportamientos y hábitos saludables, y no a la actuación sobre la inmediatez de los procesos patológicos.

Proponemos la educación para la salud como un proceso de formación, y responsabilidad del individuo, a fin de que adquiriera los conocimientos, las actitudes y los hábitos básicos para la defensa y la promoción de la salud individual y colectiva.

El paso del concepto negativo de la salud, a una visión positiva ha conducido a un movimiento ideológico, según el cual, las acciones deben ir dirigidas a fomentar estilos de vida saludables, frente al enfoque preventivo que había prevalecido hasta entonces.

Paralelamente, se ha producido un cambio terminológico. De la tradicional denominación de educación sanitaria a la actual EPS: Educación para la Salud.⁸

La educación para la salud, tiene por objeto mejorar la salud de las personas, puede considerarse desde dos perspectivas:

- Preventiva. Capacitando a las personas para evitar los problemas de salud mediante el propio control de las situaciones de riesgo, o evitando sus posibles consecuencias.
- Promoción a la Salud. Capacitando a la población para que pueda adoptar formas de vida saludable.

En la actualidad, en nuestra comunidad, las principales enfermedades y problemas de salud, se relacionan con determinados estilos de vida y comportamientos que son accesibles a la prevención y al control a través de la educación para la salud y otras medidas. La disminución y el control de factores de riesgo en ciertos sectores de la población y en personas concretas, pueden proporcionar enormes beneficios en términos de promoción de salud y prevención de enfermedades.

La instrumentación metodológica del proceso educativo se subordina al enfoque teórico que sobre educación, conocimiento y aprendizaje asuma el profesional de la salud y deberá respaldarla, al menos en las siguientes dimensiones de trabajo.⁹

- Tipo de intervención.
- Áreas de intervención
- Contenidos por trabajar
- Metodología de trabajo.

Considerando el documento de la Unión Internacional de Educación y Promoción de Salud (UIPHES) los puntos destacados de evidencia en intervenciones de promoción de salud son: salud mental, adicciones, nutrición, prevención de accidentes, lo cual guarda relación en algunos puntos con PREVENIMSS.

INTERVENCION EDUCATIVA

Es evidente el avance en el modo biopsicosocial, tanto a la hora de analizar las necesidades como de intervenir en educación y promoción a la salud. Se ha pasado de trabajar contenidos exclusivamente informativos a incluir distintos aspectos psicosociales relacionados a la toma de decisiones, la aceptación de la enfermedad o el apoyo social. Los siguientes puntos tienen como propósito profundizar en los contenidos con un enfoque holístico:

- Desarrollar una nueva visión del tema en su globalidad y como misión: “vivir un embarazo saludable”.
- Ampliar los bloques de contenidos por trabajar sobre cada tema mediante el siguiente programa educativo, tales como:

Problemas de salud:

1. Identificar factores de riesgo.

Estilos de vida:

1. El propio estilo de vida y posibles cambios.
2. Prepararse planificar y llevar a cabo el cambio.
3. Consolidar el cambio.

Transiciones vitales:

1. La etapa vital: elaborar y asumir esta etapa.
2. Recursos y medidas para afrontarla.
3. Un plan hacia adelante.

Profundizar más en los contenidos psicosociales, incluyendo contenidos de un desarrollo profesional: Se debe de llevar a cabo un planteamiento educativo del desarrollo personal, potenciación de recursos y habilidades personales para afrontar la vida. Algunos aspectos del desarrollo profesional necesarios para el enfrentamiento de problemas o temas de salud constan de:

- Aspectos sociales:

1. Modelos socioculturales.
2. Recursos y servicios.
3. Apoyo social.
4. Entorno próximo.

- Aspectos personales:

1. Identidad personal, etapa vital y proyecto de vida.
2. Habilidades personales: manejo de emociones y toma de decisiones.
3. Actitudes, valores y creencias.
4. Relaciones interpersonales.
5. Habilidades sociales: comunicación y manejo de conflictos.

La metodología de trabajo incluye el enfoque participativo, basado en las teorías del aprendizaje autónomo, que comparte claves con otros enfoques pedagógicos, socioeducativos, o psicoeducativos, algunas características de este enfoque son:

De informar a educar: Se trata de profundizar en la reflexión sobre el concepto de educación.

De enseñar a aprender: Se trata de avanzar o profundizar en el logro de aprendizajes con sentido significativos: la persona aprende desde su propia experiencia, sus vivencias, motivaciones, preconceptos y modelos cognitivos, elaborando nuevos conocimientos o reorganizándolos y modificándolos ante las nuevas informaciones o experiencias que se producen en el proceso de enseñanza / aprendizaje.

De las charlas a las técnicas educativas grupales activas y participativas: Se basa en el estilo de aprendizaje y la participación de los sujetos de estudio.

El educador: El rol del experto a rol de ayuda, esto supone desarrollar más reflexiones, actitudes y habilidades para profundizar en un rol de facilitador, de ayuda y de apoyo. Para ello son útiles algunas actitudes básicas tales como: congruencia, aceptación, valoración positiva y empatía) y otras más concretas que se relacionan con un ambiente idóneo, más que defensivo en el aula.

Las habilidades útiles incluyen también algunas que son más generales y otras más concretas. Entre las primeras destacan: comprensión empática, escucha activa, asertividad, comunicación interpersonal, autocontrol emocional, manejo de conflictos y negociación. Entre las segundas se podrían reseñar: manejo de discusiones y distintos tipos de técnicas educativas, recursos y materiales educativos. Las actitudes y habilidades de quien educa, así como las técnicas utilizadas, deben adaptarse a la dinámica y etapas de evolución del grupo.

De trabajo incidental al trabajo programado: Ello permitirá obtener mejores resultados y utilizar los recursos de la manera más adecuada.

DISEÑO INSTRUCCIONAL ASSURE

Para llevar a cabo la estrategia educativa para mujeres en edad reproductiva con deseo de embarazo, se puede considerar el diseño instruccional llamado ASSURE que es un método el cual es utilizado por los educadores para diseñar y desarrollar el ambiente de aprendizaje más apropiado para sus educandos, el cual se describe a continuación: ¹⁰

Análisis de los estudiantes, Establecimiento de objetivos (Orientar a educar), Utilización de medios y materiales, Requiere la participación de los estudiantes y Evaluación y revisión

El modelo ASSURE incorpora los eventos de instrucción de Robert Gagné para asegurar el uso efectivo de los medios en la instrucción.

Análisis de los estudiantes

Antes de comenzar, se debe conocer las características de la audiencia (los educandos). Así, es necesario clarificar la siguiente información acerca de los estudiantes:

- Características Generales: nivel de estudios, edad, sexo.
- Capacidades específicas de entrada: conocimientos previos, habilidades y actitudes.
- Estilos de Aprendizaje: verbal, lógico, visual, musical, estructurado, etc.

Establecimiento de objetivos

Una vez que se conoce a los estudiantes, se debe comenzar a establecer los objetivos de la lección o el curso a desarrollar. Los objetivos son los resultados de aprendizaje, es decir, ¿qué resultados obtendrá el estudiante con la intervención educativa?

En la redacción de los objetivos se debe considerar:

- Audiencia y ¿Quiénes son los estudiantes?

Conducta a ser demostrada

- Condiciones bajo las cuales la conducta será observada

- Grado en el que las habilidades aprendizajes serán dominadas.

Selección de métodos instruccionales, medios y materiales

Una vez que se conoce a los estudiantes y se tiene una idea clara de cuáles son los resultados que se espera que logren al finalizar el estudio de la lección o el curso, se puede pasar a la siguiente etapa, en donde se debe seleccionar:

- Método Instruccional que se considera más apropiado para lograr los objetivos para esos educandos particulares.
- Los medios que serían más adecuados para trabajar con el método Instruccional elegido, los objetivos planteados y las características de los educandos. Los medios pueden ser texto, imágenes, video, audio, y multimedia.
- Los materiales que proveerán a los educandos el apoyo necesario para el logro de los objetivos. Los materiales pueden ser comprados y usados tal cual o pueden ser adaptados según las necesidades. Se puede también diseñar y crear los materiales propios para uso de los estudiantes. Los materiales serían programas de software específico, música, videos, imágenes, etc, aunque también pueden ser equipo, por ejemplo, proyectores, computadora, impresora, escáner, televisión, CD, etc.

Utilización de medios y materiales

Una vez realizadas las fases anteriores, es momento de desarrollar la lección o el curso y utilizar los medios y materiales que fueron elegidos previamente. Se debe siempre revisar los materiales antes de usarlos en la clase, así mismo, se debe usar el equipo con anticipación para asegurarse de que funciona y que se conoce su manejo. Si se utiliza equipo electrónico, no se debe dar por hecho que todo funcionará, es importante contemplar un plan alternativo por si algo falla.

Requiere la participación del estudiante

Es importante recordar que los estudiantes aprenden mejor cuando están envueltos de manera activa en el aprendizaje. Corresponde al educador asegurarse que todos los

estudiantes tengan suficientes oportunidades para participar en las actividades de aprendizaje de la lección o el curso. Se debe evitar dar conferencias por una hora entera. Lo importante es escuchar a los estudiantes y permitirles que se apropien del contenido. Permitirles aprender en lugar de tratar de enseñarles.

Evaluación y revisión

Esta última etapa es la más importante. Cualquiera puede desarrollar una lección y entregarla, pero los buenos maestros deben reflexionar sobre la lección o el curso, los objetivos planteados, las estrategias instruccionales, los materiales instruccionales y la evaluación y determinar si esos elementos de la lección fueron efectivos o si no o más de ellos necesitan ser cambiados en la próxima lección. Algunas veces la lección puede parecer grandiosa, al menos en papel. Pero cuando se enseña la lección con un grupo específico de estudiantes, se podría descubrir que hay varias cosas que parecen no funcionar. Las expectativas podrían ser muy elevadas o muy bajas. Los materiales pueden no haber sido apropiados para el nivel académico o el material podría no ser muy motivante. La estrategia InstruccionaI podría no mantener a los estudiantes interesados en participar o la estrategia InstruccionaI podría haber sido difícil de manejar. La evaluación usada puede mostrar que los estudiantes no aprendieron lo que se les evaluó, esto puede significar que el docente no evaluó exactamente los objetivos planteados, y por lo tanto el método de evaluación necesita ser revisado, o que la lección no brinda el tiempo suficiente para que los estudiantes dominen los objetivos. No significa que se sea un mal maestro si la lección no funciona; se es un mal maestro si no se reflexiona sobre las lecciones y se trabaja en la revisión de los elementos de la lección hasta que los estudiantes lleguen a ser aprendices.

La importancia y el valor del factor de riesgo para la medicina preventiva dependen del grado de asociación con el daño a la salud, de la frecuencia del factor de riesgo en la comunidad y de la posibilidad de prevenirlo.

EMBARAZO

El embarazo se considera un estado fisiológico de la mujer, que culmina con el parto. La atención a la salud materno–infantil es una prioridad para los servicios de salud, su objetivo principal es la prevención de las complicaciones maternas, el diagnóstico oportuno y su atención adecuada. Las principales causas de mortalidad materna y perinatal son previsibles mediante atención prenatal temprana, sistemática y de alta calidad, que permite identificar y controlar los principales factores de riesgo obstétricos y perinatales. Amplios estudios avalan que la inversión en maternidad sin riesgo no solo reducirá la mortalidad y la discapacidad materno-infantil, sino que también contribuirá a la mejor salud, calidad de vida y equidad para las mujeres, sus familias y comunidades.

ATENCION PRENATAL CON ENFOQUE DE RIESGO

Las intervenciones de maternidad sin riesgo, que abarca las estrategias de promoción a la salud, son las más eficaces en función de costos del sector salud, particularmente en atención primaria. Independientemente de la edad gestacional en la primera consulta, el médico familiar, debe identificar los factores de riesgo que predisponen una complicación del embarazo, dichos factores pueden ser independientemente de la edad gestacional en la pueden ser identificados en la primera consulta prenatal, el Médico Familiar debe identificar y clasificar los factores de riesgo obstétrico con la finalidad de evitar complicaciones en el embarazo, dichos factores pueden ser modificables, para los cuales la educación en salud, deja un papel fundamental para generar un cambio en su estilo de vida, en cambio, los no modificables, incrementa la probabilidad de un embarazo de alto riesgo y con ello la participación de un equipo multidisciplinario para el seguimiento del embarazo.¹¹

Las prioridades de los cuidados prenatales que el médico familiar debe considerar es la instrucción a las mujeres para que sean capaces de sus cuidados, en donde será atendida, quién llevará a cabo sus cuidados, y a que exámenes será sometida. La primera consulta debe ser lo más temprano posible (primer trimestre), la OMS establece que las mujeres embarazadas deben asistir como mínima a 5 consultas de atención prenatal.¹¹

La primera cita preconcepcional se brindará la información pertinente y resolver dudas, identificar diabetes mellitus gestacional (DMG), hipertensión arterial (HA), preeclampsia, descartar incompatibilidad a grupo sanguíneo y RH, detección oportuna de sobrepeso, obesidad, anemia y dislipidemia.¹²

La visita inicial ideal para recibir asistencia prenatal debería tener lugar con anterioridad a la concepción. La visita previa a la concepción hace posible la modificación de ciertas conductas, la administración de medicamentos y la corrección de problemas médicos antes del embarazo.¹³

Durante el embarazo uno de los problemas de salud son los trastornos hipertensivos que constituyen una importante causa de morbilidad y mortalidad materna, fetal y neonatal en todo el mundo.¹⁴

La complicación frecuente en el embarazo es la **preeclampsia**, que se requiere de un control prenatal cada mes en las Unidades de Medicina Familiar, a fin de detectar de manera oportuna irregularidades en las cifras tensionales y en caso de que se registren por encima de lo normal, referir a la derechohabiente a hospitales de segundo nivel para seguimiento del embarazo, que ya se considera de alto riesgo.¹⁵

Afecta de 2 a 7% de las mujeres embarazadas nulíparas sanas. En países donde el control prenatal no es adecuado, la preeclampsia-eclampsia es la causa de 40-80% de las muertes maternas que se estiman en 50,000 muertes por año. En México representa 30% de los casos y es la principal causa de muerte materna.¹⁶

La preeclampsia es una de las principales causas de muerte materno-fetal (36.2%); la incidencia en el mundo es de 3%, y la incidencia en México es de entre 5 y 10% de todos los embarazos.¹⁶

En la última década hemos visto un aumento significativo de Diabetes Mellitus (DM) en mujeres en edad fértil. El embarazo normal, es por sí mismo, un estado “Diabetogénico”. Las mujeres con Diabetes y Embarazo se exponen a serias complicaciones, aumentando las cifras de morbimortalidad perinatal. Las evidencias recientes, han demostrado la importancia del estricto control glicémico de la diabética embarazada, para lograr un buen desarrollo fetal; reduciendo los riesgos de la madre y el recién nacido. La DM y embarazo

representan un gran desafío médico-obstétrico por sus múltiples complicaciones, aún presentes, a pesar del avance médico y tecnológico. Ganancia de peso: Normal 10-12 kg. (1-2 kg a fines de 1er trimestre y posteriormente 400g. semanales hasta el parto). Las pacientes obesas deben subir hasta 7 kg (no es el momento de bajar de peso; pero no aumentar excesivamente por repercusión materno-fetal). Pacientes con bajo peso puede aumentar entre 15-18 kg.

La diabetes gestacional es una alteración del metabolismo de la glucosa que se diagnostica por primera vez durante el embarazo y su importancia radica en las posibles complicaciones fetales.¹⁷

Dado que la mayoría de las mujeres con **diabetes pregestacional** no reciben atención preconcepcional, se encuentran expuestas a elevados riesgos perinatales secundarios a la hiperglucemia y a la vasculopatía materna. Las mujeres diabéticas en edad fértil se encuentran con los siguientes problemas: aumento de las malformaciones congénitas mayores de sus hijos, aborto espontáneo y falta de información para tomar las decisiones adecuadas en relación con la posible progresión de las complicaciones diabéticas.¹⁸

Un inconveniente para la mujer embarazada es la **obesidad**, que se ha convertido en una epidemia mundial. A medida que aumenta la prevalencia de obesidad, también lo hace el número de mujeres en edad reproductiva con sobrepeso y obesidad. Las mujeres con obesidad grave tipo II y III tienen tendencia a tener aún más complicaciones y desenlaces adversos. Algunos investigadores han sugerido que las mujeres obesas tienen una tasa 10 veces mayor de hipertensión crónica que aquellas de peso normal. También la obesidad es un factor de riesgo independiente para desarrollar DMG, con un riesgo de alrededor del 20%.¹⁹ El embarazo es una etapa determinante en la vida de una mujer, su cuerpo sufre cambios pues en su vientre se está gestando una nueva vida, por lo que se debe tener especial atención.²⁰

Como comunidad mundial, nos encontramos en la insólita posición de afrontar la mayor epidemia de nuestra historia, de la que tal vez conozcamos la cura pero ante la que tenemos una limitada capacidad de implementar dicha solución. Las investigaciones nos han enseñado mucho sobre los mecanismos que sustentan el desarrollo de la obesidad, pero la información aún no se ha traducido en una estrategia eficaz para resolver el problema. La

prevención de la obesidad es especialmente difícil porque implica no sólo interrumpir una vía patológica convencional, sino que además precisa de un cambio en la conducta humana. La exposición de las personas a un abundante aporte de comida junto con la inactividad física es la característica de nuestra civilización y de nuestro poder adquisitivo actual. Para muchas personas, este estilo de vida representa la modernidad y el privilegio. Apoyar la retirada de este estilo de vida es un mensaje difícil de vender. El desarrollo de programas que animen a la actividad física y a los cambios en la dieta requiere innovación y el entendimiento de la cultura y de la biología evolutiva de aquellos cuya conducta deben modificar.

De ahí la importancia de evaluar el impacto de una intervención educativa en mujeres de edad reproductiva con deseo de embarazo.²¹⁻²⁶

La **hipertrigliceridemia** del embarazo parece ser un estado fisiológico normal en respuesta a las necesidades metabólicas del feto y posteriormente de la lactancia, evidencia obtenida a partir de estudios epidemiológicos, experimentales y genéticos, muestra niveles elevados de colesterol, especialmente colesterol en las lipoproteínas de baja densidad (c-LDL) y niveles bajos de colesterol en las lipoproteínas de alta densidad (c-HDL), con un riesgo mayor de padecer enfermedad cardiovascular. Los triglicéridos altos y las partículas ricas en triglicéridos como las lipoproteínas de muy baja densidad (VLDL), se han asociado a pancreatitis, preeclampsia y diabetes. Por lo tanto, es importante hallar en nuestra población los niveles adecuados de los lípidos plasmáticos para determinar cuándo una elevación de los mismos, deja de ser fisiológica y se convierte en un factor asociado a enfermedades cardiovasculares o desórdenes del embarazo.

El seguimiento del perfil lipídico de las gestantes es una herramienta diagnóstica que permita monitorear aumentos por encima de lo normal o disminuciones no esperadas, llevando a un adecuado control prenatal y a la disminución de la morbi-mortalidad materno infantil.²⁷

La **obesidad central**, reflejada por la circunferencia abdominal, es un indicador confiable y no costoso de aterosclerosis, riesgo cardiovascular y síndrome metabólico. Aunque es un marcador útil que se asocia con el riesgo de desarrollar enfermedad coronaria, en el caso de

la mujer embarazada no es aplicable, además el índice de masa corporal (IMC) no es el mejor indicador de obesidad asociada a resistencia a la insulina y riesgo cardiovascular en este tipo de pacientes. Por otro lado, a pesar de que el IMC influye en la elevación de los lípidos; el sobrepeso u obesidad antes o durante el embarazo está relacionado con este tipo de problemas. La grasa visceral es resistente a la insulina, lo que provoca un aumento del flujo de ácidos grasos al hígado por vía portal con dos consecuencias inmediatas: se produce esteatosis hepática por incremento de la síntesis de triglicéridos y aumenta la formación de lipoproteínas de muy baja densidad (VLDL, por sus siglas en inglés), lo que incrementa las concentraciones sanguíneas de triglicéridos. La hipertrigliceridemia se favorece también por una baja actividad de la lipasa de lipoproteína, enzima endotelial dependiente de la insulina, que elimina, de la circulación, a los quilomicrones (transportadores de los triglicéridos de la dieta) y a las VLDL, y cuya actividad se encuentra baja en pacientes con resistencia a la insulina.²⁸

De acuerdo a la información publicada en la Encuesta Nacional en Salud y Nutrición (ENSANUT-ECU 2011-2013), la prevalencia de anemia en mujeres en edad reproductiva es del 15% a escala nacional.²⁹

La **anemia**, niveles de hemoglobina de ≤ 11 g/dl, según la definición de la OMS, es una de las principales causas de discapacidad en el mundo y, por lo tanto, uno de los problemas de salud pública más graves a escala mundial. La prevalencia de anemia en el embarazo varía considerablemente debido a diferencias en las condiciones socioeconómicas, los estilos de vida y las conductas de búsqueda de la salud entre las diferentes culturas.

La anemia afecta a casi la mitad de todas las embarazadas en el mundo; al 52% de las embarazadas de los países en vías de desarrollo y al 23% de las embarazadas de los países desarrollados. Los principales factores de riesgo para desarrollar anemia por deficiencia de hierro son: bajo aporte de hierro, pérdidas sanguíneas crónicas a diferentes niveles, síndromes de mala absorción y, períodos de vida en que las necesidades de hierro son especialmente altas.

La anemia ferropénica es la primera causa de deficiencia nutricional que afecta a las mujeres embarazadas. Es un hecho que las mujeres con anemia por deficiencia de hierro

tienen niños prematuros o con bajo peso al nacer con una frecuencia significativamente mayor.

También está documentado que la baja reserva de hierro antes del embarazo aumenta la posibilidad de padecer anemia durante el mismo, menor tolerancia para realizar actividades físicas, mayor susceptibilidad a desarrollar infecciones y, como consecuencia, una pobre interacción con sus hijos cuando estos han nacido. Por esto la anemia materna continúa siendo causa de un número considerable de morbimortalidad perinatal.³⁰

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

La educación en los sistemas de salud tiene un papel fundamental en la prevención, diagnóstico y tratamiento de las enfermedades. La educación en salud plantea como finalidad la competencia del individuo para vivir armónicamente en su contexto social, ecológico y cultural para vivir una vida digna y feliz, en este contexto la educación debe considerar al paciente en su entorno familiar considerando los aspectos socioculturales en el que se desenvuelve.

Las mujeres en edad reproductiva con embarazo están muy distantes del cumplimiento de control que establece el programa en salud, en el primer nivel de atención el cual se caracteriza por un enfoque de riesgo y acciones anticipatorias, que promueven un embarazo saludable. Para lo cual nos hemos cuestionado ¿qué actividades realizan las unidades de primer nivel para incidir en los embarazos saludables, mediante la identificación oportuna de factores de riesgo? Sin embargo, a pesar de que el instituto invierte en estrategias educativas para las derechohabientes con deseos de embarazo, parece que el resultado no es el esperado.

El sistema de atención prenatal es adecuado pero lamentablemente la población derechohabiente en edad reproductiva desconoce la importancia de una atención preconcepcional, la cual le permitirá conocer los factores de riesgo modificables y no modificables que le permitirán llevar a cabo un embarazo saludable.

Por lo que consideramos que la educación de la mujer y su pareja acerca del EMBARAZO, por medio de una intervención educativa multidisciplinaria puede ser un modelo para crear una conciencia acerca de la importancia en el autocuidado de la salud y de promover embarazos saludables, por lo cual nos planteamos la siguiente pregunta:

¿Cuál es el impacto de una intervención educativa en mujeres en edad reproductiva con deseo de embarazo de la UMF 75 con UMAA?

JUSTIFICACIÓN

La importancia de la educación en salud radica en la impartición sistemática de conocimientos teóricos-prácticos, así como el desarrollo consciente de actitudes y hábitos correctos, que la población debe asimilar, interiorizar y por último, incorporar gradual y progresivamente a su estilo de vida, como requisito para preservar en óptimas condiciones su estado de salud.

Las intervenciones destinadas a enmendar la falta de educación en salud y que puedan impactar en el estilo de vida pueden ser altamente efectivas para prevenir o retardar las enfermedades.

Actualmente no se cuenta con estudios realizados en la Unidad de Medicina Familiar No. 75 con UMAA que evalúe el impacto de la intervención educativa en mujeres en edad reproductiva con deseo de embarazo mediante la participación del equipo multidisciplinario.

La impartición de una estrategia educativa para mujeres en edad reproductiva con deseo de embarazo, nos servirá para saber cuál es el impacto de una educación en la que se haga participe al sujeto de estudio sobre el auto cuidado de su salud, mediante la adquisición de conocimientos y promover embarazos saludables.

El presente estudio tiene como finalidad detectar los factores de riesgo modificables y no modificables en mujeres en edad reproductiva con deseo de embarazo, además de evaluar el nivel de conocimiento de educación en salud prenatal.

HIPOTESIS

Una estrategia educativa con enfoque de riesgo dirigida a la mujer en edad reproductiva promueve un embarazo saludable.

OBJETIVOS

OBJETIVO GENERAL:

Evaluar el impacto de una intervención educativa a mujeres en edad reproductiva con deseo de embarazo en el nivel de conocimientos e identificación de factores de riesgo.

OBJETIVOS ESPECIFICOS:

1. Determinar los factores sociodemográficos de las participantes.
2. Evaluar el nivel de conocimientos del embarazo pre y post educativa.
3. Identificar los factores de riesgo de la población de estudio.

MATERIAL Y MÉTODOS

DISEÑO DEL ESTUDIO

Cuasiexperimental.

Longitudinal

Prospectivo

Comparativo

POBLACIÓN DE ESTUDIO

Mujeres en edad reproductiva con deseo de embarazo adscritas a la UMF No. 75 con UMAA que cumplan con los criterios de selección.

MUESTRA

25 mujeres derechohabientes de la UMF No. 75 con UMAA con deseo de embarazo.

ESTIMACIÓN DEL TAMAÑO DE LA MUESTRA

Muestreo no probabilístico por conveniencia.

CRITERIOS DE SELECCIÓN

CRITERIOS DE INCLUSIÓN

1. Mujeres en edad reproductiva con deseo de embarazo.
2. Derechohabientes del IMSS.
3. Adscritas a la UMF 75 con UMAA.
4. Disponibilidad de horario.
5. Que estén de acuerdo en participar y hayan firmado el consentimiento informado

CRITERIOS DE NO INCLUSION

1. Que sufran alguna incapacidad física que les permita participar.
2. Que padezcan alguna co-morbilidad crónica (diabetes, hipertensión).

CRITERIOS DE ELIMINACIÓN

1. Pacientes que no concluyan el programa educativo.
2. Pacientes que no cumplan con el 80% de la asistencia al programa educativo.
3. Que no deseen participar en la contestación del cuestionario.

DESCRIPCIÓN DE VARIABLES

Variable independiente:

Intervención Educativa

Variable dependiente:

- Nivel de conocimientos
- Factores de Riesgo

OPERACIONALIZACION DE LAS VARIABLES

VARIABLE	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	DEFINICIÓN OPERACIONAL	TIPO DE VARIABLE	ESCALA DE MEDICIÓN
INTERVENCION EDUCATIVA	Proceso enseñanza-aprendizaje, que permite orientar al docente en su práctica con respecto a los objetivos, las conductas que deben manifestar los alumnos, las actividades y contenidos a desarrollar, así como las estrategias y recursos a emplear con este fin.	El programa Educativo se va a llevar a cabo, de acuerdo a las 12 sesiones que contiene el Programa Embarazo.	Cualitativa	1.Método Assure
NIVEL DE CONOCIMIENTO	Es el grado de entendimiento, inteligencia, razón natural que alcanza el ser humano.	El nivel del conocimiento del paciente lo mediremos con el cuestionario de Embarazo. El cuestionario incluyo 18 reactivos de carácter dicotómico (sí, no). Cada respuesta se codifico con valor de 1 si la respuesta era (sí) y 0 si la respuesta era (no), obteniéndose un	Cualitativa	1.Buena(>13 puntos) 2.Regular(7-12 puntos) 3.Mala(<6 puntos)

		valor mínimo de 0 y un valor máximo de 18; para valorar los resultados se consideraron 3 niveles de conocimientos: bueno para valores mayores a 13 puntos, regular para quienes se ubicaron entre 7 a 12 puntos y malo para menores de 6 puntos.		
FACTOR DE RIESGO	Es cualquier rasgo, característica o exposición de un individuo que aumente su probabilidad de sufrir una enfermedad o lesión.	Se identificaran mediante un cuestionario de factores de riesgo modificables, Diabetes Mellitus, sobrepeso, obesidad, anemia, dislipidemia, infección de vías urinarias, hipertensión arterial, y factores de riesgo no modificables, sexo, edad, antecedentes familiares.	Cualitativa dicotómica y ordinal	1. Con factores de riesgo modificables/no modificables 2. Sin factores de riesgo modificables/no modificables
EDAD	Tiempo que una persona ha vivido, a contar desde que nació	Mediante el interrogatorio dirigido a la población derechohabiente	Cuantitativa Continua	En años
ESTADOCIVIL	Situación de las personas físicas determinada por sus relaciones de familia, provenientes del matrimonio o del	Mediante el interrogatorio dirigido a la población derechohabiente 1. Soltero (a): estado civil, con reconocimiento legal,	Cualitativa Dicotómica Nominal	1. Soltera 2. Casada 3. Unión libre

	parentesco, que establece ciertos derechos y deberes	<p>en el que se encuentra aquella persona que no ha contraído matrimonio.</p> <p>2. Casado(a): estado civil que adquiere una persona en el momento que contrae matrimonio.</p>		4. Viuda
OCUPACIÓN	Concepto utilizado como sinónimo de trabajo, labor o quehacer	<p>Mediante el interrogatorio dirigido a la población derechohabiente.</p> <p>1. Ama de casa: cuando la ocupación principal es el trabajo en el hogar con quehaceres domésticos tales como: el cuidado de los hijos, la limpieza de la casa, la compra de víveres y otros artículos, la preparación de los alimentos, la administración parcial o total del presupuesto familiar, la supervisión de trabajos y de tareas en el ámbito del hogar, etcétera.</p> <p>2. Estudiante: se refiere al educando o alumno o alumna dentro del ámbito académico. Y que se dedica a esta actividad como su ocupación principal.</p>	<p>Cualitativa</p> <p>Dicotómica</p> <p>Nominal</p>	<p>1. Ama de casa</p> <p>2. Estudiante</p>
RELIGIÓN	Es una colección organizada de creencias, sistemas culturales y	Mediante el interrogatorio dirigido a la población derechohabiente.	<p>Cualitativa</p> <p>Politómica</p>	<p>1. Católica</p> <p>2. Cristiana</p>

	cosmovisiones que relacionan a la humanidad a un tipo de existencia		Nominal	3. Testigo de Jehová 4. Otras
ANTECEDENTES HEREDOFAMILIARES	Enfermedades y afecciones presentes en una familia y que son un riesgo de que un integrante padezca la misma enfermedad.	Mediante el interrogatorio dirigido a la población de estudio. 1. DM2: trastorno que se caracteriza por concentraciones elevadas de glucosa en sangre, debido a la deficiencia parcial en la producción o acción de la insulina. 2. HTA: síndrome de etiología múltiple caracterizado por la elevación persistente de las cifras de presión arterial a cifras >140/90mmHg. Es producto del incremento de la resistencia vascular periférica y se traduce en daño vascular sistémico. 3. Obesidad: enfermedad sistémica, crónica y multifactorial, que genera un incremento en la morbilidad y en los costos en salud, así como una disminución de la sobrevida y de la calidad de vida. 4. Epilepsia: enfermedad	Cualitativa Politómica Nominal	1.DM2 2.HTA 3.Obesidad 4. Epilepsia 5.Enfermedades tiroideas

		<p>cerebral crónica que afecta a personas de todo el mundo y se caracteriza por convulsiones recurrentes. Estas convulsiones son episodios breves de movimientos involuntarios que pueden afectar a una parte del cuerpo (convulsiones parciales) o a su totalidad (convulsiones generalizadas) y a veces se acompañan de pérdida de la consciencia y del control de los esfínteres.</p> <p>5. Enfermedades tiroideas: aquellas que afectan a la glándula tiroidea como hipertiroidismo, hipotiroidismo, etc.</p>		
TENSIÓN ARTERIAL	Es la presión que ejerce la sangre contra las paredes de las arterias	<p>Medición mediante baumanómetro y estetoscopio.</p> <p>Optima: <120 y <80 mm de Hg</p> <p>Normal: 120-129 y 80-84 mm de Hg</p> <p>Normal alta: 130-139 y 85-89 mm de Hg</p> <p>Hipertensión grado 1: 140-159 y 90-99 mm de Hg</p> <p>Hipertensión grado 2:</p>	<p>Cuantitativa</p> <p>Discreta</p>	<p>1. Optima (<120 y <80 mmhg)</p> <p>2. Normal (120-129 y 80-84 mmhg)</p> <p>3. HAS Grado I (140-159 y 90-99 mmhg)</p> <p>4. HAS Grado II (160-179 y 100-109 mmhg)</p> <p>5. HAS Grado III (>180 y</p>

		160-179 y 100-109 mm de Hg Hipertensión grado 3: >180 y >110 mm de Hg Hipertensión sistólica aislada: >140 y <90 mm de Hg		>110mmhg)
IMC (INDICE DE QUETELET)	Criterio diagnóstico que se obtiene dividiendo el peso en kilogramos, entre la talla en metros elevada al cuadrado, Sirve para identificar: Bajo Peso, Peso Normal, Sobrepeso, preobeso, obesidad tipo I, obesidad tipo II, obesidad tipo III.	Mediante la determinación de peso en kilogramos y talla en metros. Bajo peso <18.5 kg/m ² Peso normal 18.6 a 24.99 kg/m ² Sobrepeso: 25 a 29.99 kg/m ² Preobeso:25-29.99 kg/m ² Obesidad: >30 kg/m ² Obesidad tipo I: 30 a 34.99 kg/m ² Obesidad tipo II: 35-39.99 kg/m ² Obesidad tipo III: >40 kg/m ²	Cuantitativa Continua	1.Peso normal(18.6-24.99kg/ m ²) 2.Sobrepeso(25-29.99kg/ m ²) 3.Obesidad tipo I(30-34.99kg/m ²) 4.Obesidad tipo II(35-39.99kg/ m ²) 5.Obesidad tipo III(>40kg/m ²)
CIRCUNFERENCIA DE CINTURA	Índice que mide la concentración de grasa en la zona abdominal y, por tanto, es un indicador sencillo y útil que permite conocer el riesgo cardiovascular.	Mediante una cinta métrica al medir el perímetro de la cintura. Anormal: -Mujeres: >80 cm -Hombres: :>90 cm	Cuantitativa Continua	Mujeres 1.Normal <80 cm 2.Anormal>81 cm

<p>INDICE CINTURA/ CADERA</p>	<p>Es una medida antropométrica específica para medir los niveles de grasa intraabdominal. Matemáticamente es una relación para dividir el perímetro de la cintura entre el de la cadera</p>	<p>Mediante una cinta métrica al medir la circunferencia de la cintura y cadera.</p> <p>La OMS establece unos niveles normales para el índice cintura cadera aproximados de de 0,8 en mujeres y 1 en hombres.</p>	<p>Cuantitativa</p> <p>Continua</p>	<p>Mujeres</p> <p>1.Normal <0.8</p> <p>2.Anormal >0.9</p>
<p>HEMOGLOBINA</p>	<p>Proteína que se encuentra en el interior de los glóbulos rojos, tiene como función transportar el oxígeno desde los pulmones a los tejidos así como al dióxido de carbono (CO2) desde los tejidos hacia los pulmones.</p>	<p>Mediante la extracción de sangre venosa y estudios de laboratorio (biometría hemática).</p> <p>Los valores de hemoglobina se utilizan para conocer la existencia o no de anemia y en caso de que exista esta afección la clasifica como:</p> <p>-Sin anemia 12g/dl o más</p> <p>-Anemia Leve 11 a 11.9 g/dl</p> <p>-Anemia Moderada 8 a 10.9 g/dl</p> <p>-Anemia Grave menor a 7.9 g/dl</p>	<p>Cuantitativa</p> <p>Continua</p>	<p>1.Sin anemia(>12g/dl)</p> <p>2.Anemia Leve(11-11.9g/dl)</p> <p>3.Anemia Moderada(8-10.9g/dl)</p> <p>4.Anemia Grave(<7.9g/dl)</p>
<p>GLUCOSA</p>	<p>Glúcido monosacárido de 6 átomos de carbono, blanco, cristalizable, dulce y soluble al agua; es una molécula crucial en el metabolismo de los seres vivos ya que</p>	<p>Mediante la extracción de sangre venosa y estudios de laboratorio (química sanguínea) .</p> <p>- Normal 60 a 100mg/dl</p>	<p>Cuantitativa</p> <p>Discreta</p>	<p>1.Normal(60-100mg/dl)</p> <p>2.Glucosa anormal en ayuno(101-125mg/dl)</p> <p>3.Diabetes Mellitus(Glucemia plasmática</p>

	les proporciona energía	<p>- Glucosa anormal de ayuno 101 a 125 mg/dl</p> <p>Diabetes:</p> <p>-Glucemia plasmática casual >200 mg/dl ó</p> <p>-glucemia plasmática en ayuno >126 mg/dl ó</p> <p>-glucemia >200 a las 2 hrs después de carga oral de 75 gr de glucosa disuelta en agua</p>		<p>casual >200 mg/dl ó</p> <p>-glucemia plasmática en ayuno >126 mg/dl)</p>
UREA	Sustancia orgánica toxica, resultante de la degradación de sustancias nitrogenadas en el organismo, se sintetiza en el hígado y se elimina principalmente en el riñón, y que corresponde con el producto final de la degradación de las proteínas.	<p>Mediante la extracción de sangre venosa y estudios de laboratorio (química sanguínea).</p> <p>La concentración de urea en sangre oscila entre 10 a 40 mg/dl.</p>	<p>Cuantitativa</p> <p>Continua</p>	<p>1.Normal (10 a 40mg/dl)</p> <p>2.Anormal (>41mg/dl)</p>
CREATININA	Compuesto orgánico generado a partir de la degradación de la creatina. Es un producto de desecho del metabolismo normal de los músculos que es producida por el cuerpo en una tasa muy	<p>Mediante la extracción de sangre venosa y estudios de laboratorio (química sanguínea).</p> <p>En los adultos la concentración normal es <1.3 mg/dl en el varón y <0.9 mg/dl en la mujer</p>	<p>Cuantitativa</p> <p>Continua</p>	<p>1.Normal (<0.9mg/dl)</p> <p>2.Anormal (>1.0mg/dl)</p>

	constante, y filtrada por los riñones y excretada en la orina.			
COLESTEROL TOTAL	Esterol o lípido ubicado en diferentes tejidos del organismo, así como también en el torrente sanguíneo, por donde transportado a diversas partes del cuerpo.	Mediante la extracción de sangre venosa y estudios de laboratorio: Normal: 0-200 mg/dl Hipercolesterolemia >200mg/dl	Cuantitativa Discreta	1.Normal (0-200mg/dl) 2.Hipercolesterolemia (>200mg/dl)
TRIGLICERIDOS	Un tipo de lípidos, formados por una molécula de glicerol, que tiene esterificados sus tres grupos hidroxílicos por tres ácidos grasos, ya sean saturados o insaturados.	Mediante la extracción de sangre venosa y estudios de laboratorio: Normal 0-150 mg/dl Hipertrigliceridemia >150 mg/dl	Cuantitativa Discreta	1.Normal(0-150mg/dl) 2.Hipertrigliceridemia (>150mg/dl)
EXAMEN GENERAL DE ORINA	Evaluación física, química y microscópica de la orina, permite detectar y medir la presencia de diversos compuestos que, a su vez, reflejan el estado de salud del individuo.	Mediante la recolección de muestra de orina y a través de un análisis de laboratorio determinado: Normal. Leucos 0-1/campo Nitritos negativos Eritrocitos negativos Bacterias escasas Patológico: Leucos \geq 2/campo Nitritos positivo	Cualitativa Dicotómica	1.Normal(Leucos 0-1/campo, nitritos negativos, eritrocitos negativos, bacterias escasas) 2.Patológico(Leucos \geq 2/campo, nitritos positivo, eritrocitos positivos, bacterias abundantes)

		Eritrocitos positivos		
		Bacterias abundantes		

DESCRIPCIÓN OPERATIVA DEL ESTUDIO

Etapa I

A los pacientes que reunieron los criterios de selección y aceptaron participar en el estudio se les informó ampliamente de su participación, de los beneficios que recibirían de ello además de la libertad de abandonar el estudio sin que ello afectara los servicios que recibían del IMSS, una vez que aceptaron se les pidió firma de consentimiento informado **(Anexo 1)**.

Enseguida se les aplicó una historia clínica y un cuestionario inicial para evaluar el nivel de conocimientos de cada una de las pacientes **(Anexo 2)**.

El cuestionario de nivel de conocimientos incluyó 18 reactivos de carácter dicotómico (si, no). Cada respuesta se codificó con valor de 1 si la respuesta era (si) y 0 si la respuesta era (no), que evaluaron los siguientes dominios: Medicamentos y embarazo (3), diagnóstico y embarazo (1), actividad física y embarazo (1), actividad sexual y embarazo (1), causas de

amenaza de aborto (1), obesidad y embarazo (2), grupo y Rh y embarazo (1), parto prematuro y embarazo (3), vacunas y embarazo (1), TA y embarazo (2), evolución del embarazo (2). (**Anexo 3**).

La consistencia interna se evaluó por medio de la fórmula de Cronbach (0.422) y confirmación por método de mitades (0.561).

Obteniéndose un valor mínimo de 0 y un valor máximo de 18; para valorar los resultados se consideraron 3 niveles de conocimientos: bueno para valores mayores a 13 puntos, regular para quienes se ubicaron entre 7 a 12 puntos y malo para menores de 6 puntos.

Una vez habiendo completado el cuestionario se procedió a determinar los parámetros somatométricos, IMC, índice cintura cadera y TA.

La **talla** se determinó como la distancia entre el vertex y la región plantar, estando la cabeza en el plano de Frankfurt. El cuerpo estuvo en posición anatómica, erecta con los talones, glúteos, espalda y región occipital en contacto con un plano vertical. Se utilizó un estadímetro con escuadra. Los pacientes fueron medidos descalzos y de espalda, con las palmas de las manos en el muslo.

Al sujeto de estudio se le solicitó que realizara una inspiración profunda en el momento de la medida para compensar el acortamiento de los discos intervertebrales.

El **peso** se determinó como la medida de la masa corporal expresada en kilogramos. Se utilizó una báscula de plataforma con capacidad mínima de 150 kg y precisión de 100 a 200 g. Se calibró la báscula antes de empezar el procedimiento. La medición se realizó con la menor ropa posible y sin zapatos. Se pidió al sujeto que subiera a la báscula colocando los pies paralelos en el centro, de frente al examinador. Debió estar erguido, con la vista hacia el frente, sin moverse y con los brazos cayendo naturalmente a los lados. Se tomó la lectura cuando la aguja central se encontró en medio de los 2 márgenes y sin moverse.

El **índice de masa corporal** se obtuvo al dividir el peso en kilogramos entre la estatura en metros elevada al cuadrado y se interpretó de acuerdo a los criterios propuestos por la OMS como: peso normal (cifras $<24.99 \text{ kg/m}^2$), sobrepeso (cifras entre 25.00 a 29.99 kg/m^2) y obesidad ($>30 \text{ kg/m}^2$).

Para la determinación de la **circunferencia de la cintura**, se utilizó una cinta métrica de fibra de vidrio, graduada en centímetros, de un metro de longitud. Se realizó con el sujeto de pie, con los brazos a los lados, siendo medido en la parte más angosta entre la última costilla y la cresta ilíaca superior. Si la parte estrecha no fue aparente, se tomó la medida a la altura del ombligo.

La medición de **TA** se efectuó después de por lo menos 5 minutos en reposo en derechohabientes que 30 minutos antes de la medición no fumaron o tomaron café, productos cafeinados o refresco de cola y que no tuvieron la necesidad de orinar o defecar. La presión arterial se registró en posición sentado, con un buen soporte para la espalda, y con el brazo descubierto y flexionado a la altura del corazón.

Se utilizó un esfigmomanómetro anerode recientemente calibrado. El ancho del brazalete cubrió alrededor del 40% de la longitud del brazo y la cámara de aire del interior del brazalete abarcó por lo menos 80% de la circunferencia del mismo.

El investigador se aseguró que el menisco coincidiera con el cero de la escala, antes de empezar a inflar. Se colocó el brazalete, situando el manguito sobre la arteria humeral y colocando el borde inferior del mismo 2 cm por encima del pliegue del codo. Palpando la arteria humeral (en el canal bicipital en la cara anterior del brazo por dentro del músculo bíceps con dedos índice y medio) se infló rápidamente el manguito hasta que el pulso desapareció, determinando así por palpación el nivel de la presión sistólica.

Se desinfló nuevamente el manguito y se colocó la cápsula del estetoscopio sobre la arteria humeral. Se infló rápidamente el manguito hasta 30 o 40 mm de Hg por arriba del nivel palpatorio de la presión sistólica y se desinfló a una velocidad de aproximadamente 2 mm de Hg/seg. La aparición del primer ruido de Korotkoff marcó el nivel de la presión sistólica y, el quinto, la presión diastólica. Los valores se expresaron en números pares. Si las dos lecturas difirieron por más de cinco mm de Hg, se realizaron otras dos mediciones y se obtuvo su promedio.

ETAPA II

Se les otorgo al grupo de pacientes una solicitud de laboratorio para determinación de parámetros bioquímicos como fueron biometría hemática, grupo y Rh, glucosa, urea, creatinina, perfil de lípidos y examen general de orina todo lo anterior para la determinar los factores de riesgo presentes en la población de estudio.

Se explicó al paciente que debía presentarse a su cita en el laboratorio de la UMF No. 75/UMAA con un mínimo de 12 horas de ayuno.

Antes de iniciar con la extracción de sangre venosa se le pidió al paciente que se sentara.

Posteriormente se seleccionó la vena o el lugar de punción, generalmente el pliegue del codo. Se realizó asepsia y antisepsia con alcohol en el lugar elegido para realizar la punción. Se colocó en el brazo un torniquete por encima del lugar elegido, se realizó la punción, se liberó la ligadura o torniquete y se procedió a la extracción de la muestra de sangre venosa. Posteriormente se extrajo la aguja y se le pidió al paciente que presionara el lugar de la punción con un algodón seco durante unos minutos.

Para la obtención de la muestra de orina mediante técnica del chorro medio, se les pidió a las pacientes un frasco recolector estéril. Se les explicó que previo a la recolección de la muestra deberían lavar el área genital con agua y jabón y posteriormente iniciar la micción, desechando los primeros 5-10 cc de orina, introducir el frasco colector y comenzar a recolectar la muestra de orina subsecuente (orina del chorro medio) 5-10 cc y eliminar el resto de la orina en el inodoro. Se les explicó que posterior a ello deberían tapar perfectamente el frasco recolector para evitar que la orina se saliera o se contaminara.

ETAPA III

En esa misma ocasión se les notificó que deberían presentarse a las aulas de la UMF 75 para el abordaje de 12 sesiones, una sesión por semana, con duración de 40 minutos cada una, para lo cual se les proporcionó una guía de estudio del tema a revisar. El día de la intervención se reflexionó y discutió acerca de los temas de salud mediante la participación

de cada una de las participantes y se les otorgó información adicional por parte del educador con la finalidad de lograr un conocimiento con fundamento científico, así mismo se otorgó el tiempo necesario para la resolución de dudas o comentarios.

Sesión 1. Identificación de factores de riesgo durante el embarazo. Teniendo como objetivo informar sobre las enfermedades crónicas degenerativas que se presentan durante el embarazo. Mencionar como identificar factores de riesgo para diabetes mellitus gestacional, Preeclampsia-Eclampsia y Obesidad primordialmente. Se orientó a las mujeres en edad reproductiva que la mayoría de los factores de riesgo que nos encontramos en la etapa prenatal tienen que ver con la salud y costumbres de la madre, siendo el ambiente del niño en el útero crítico para su desarrollo. Concientizando que, la edad de la madre, su estado general de salud y nutrición, y lo adecuado de su cuidado prenatal, son factores maternos que potencialmente pueden llegar a ser riesgos importantes.

Sesión 2. Medidas preventivas. Mencionar cuales son las acciones que deben realizar antes de embarazo para prevenir ciertos padecimientos como DM2, HAS, obesidad entre otros. Si alguien ya la padece, cuales son los cuidados que debe tener. Se informó a las participantes sobre las actividades que se deben realizar durante el control prenatal, entre las que se encuentran elaboración de una historia clínica, identificación de signos y síntomas de alarma, valoración de riesgo obstétrico, entre otras.

Sesión 3. Vacunas. Se mencionó cuáles son las vacunas que se deben aplicar antes del embarazo y durante su gestación. En qué mes se deben aplicar y con quién deben acudir. Se informó sobre el beneficio de su vacunación, que conocieran que vacunas deben aplicarse previo y durante su embarazo.

Sesión 4. Riesgos que contrae tener exceso de peso; se informo acerca de la obesidad y las comorbilidades que contrae si la mujer se embaraza con exceso de peso.

Mencionar cuál es su IMC ideal. Determinar la importancia de tener un índice de cintura-cadera adecuado.

Sesión 5. Cambios físicos en el embarazo. Se enseñó sobre los cuidados para aliviar las molestias que puedan surgir en el proceso del embarazo, mejorando la calidad de vida y el bienestar durante este período. Se platicó sobre todos aquellos cambios que presentara su cuerpo durante la gestación, como el saber reconocerlos.

Sesión 6. Hábitos saludables. Informar sobre los cuidados para adquirir o continuar con hábitos de vida saludables durante el embarazo: alimentación, trabajo, tabaco, alcohol y otras drogas, así como, ofrecer información sobre las relaciones afectivas durante el embarazo.

Sesión 7. Toma de ácido fólico y hierro. Se informó de lo importante que es la toma de ácido fólico y hierro previo al embarazo y durante el primer trimestre de embarazo, así como en los alimentos que pueden encontrarlos.

Sesión 8. Medidas de higiene bucal. Se orientó sobre la adecuada higiene bucal durante el embarazo y de los principales padecimientos que pueden presentarse durante su gestación como prevenirlos y tratarlos oportunamente.

Sesión 9. Cuando acudir con el médico familiar. Se comentó sobre las acciones a realizar por parte del médico familiar, para identificación de factores de riesgo obstétrico, así como cuantas consultas debe acudir durante su gestación.

Sesión 10. Importancia de la citología cervical. Ofrecer información sobre la importancia de realizarse una citología cervical antes del embarazo y cuando el médico lo determine. previo al embarazo, para detección oportuna de alteraciones en el cuello del útero.

Sesión 11. Prevención de infecciones vaginales. Informar sobre los cuidados personales higiénicos que debe tener la mujer para prevenir infecciones. Se habló, sobre su identificación oportuna, reconocimiento de los síntomas, así como las repercusiones de presentarse durante el embarazo.

Sesión 12. Cambios psicológicos en el embarazo. Informar sobre los cambios físicos y psicológicos que se producen en el embarazo para que así la mujer y su pareja tomen conciencia del proceso de gestación. (**Anexo 4**).

Para la detección de factores de riesgo preconceptionales se requirió la intervención de un grupo multidisciplinario.

Trabajo social. Tuvo una importante papel en la educación de la mujer que planea un embarazo; participo facilitando de manera dinámica la expansión de los temas de importancia, capacitándolas para que afronte con información verídica las situaciones que se presentaran en el embarazo. Cumple una intervención preventiva y asistencial, integrándolas a grupos específicos. Además examina y conversa con la mujer para detectar problemas que podrían necesitar tratamiento y un control más estricto.

Nutrición. Actúo sobre el tratamiento nutricional de las participantes del estudio, teniendo en cuenta las necesidades fisiológicas y/o patológicas si es el caso, considerando hábitos alimentarios, condiciones socioeconómicas y culturales, para contribuir a la mejora del estado nutricional. Vigilando, evaluando y dando seguimiento al estado nutricional.

Estomatología. Participo en la información sobre los principales padecimientos de la cavidad oral, su detección y tratamiento oportuno, así como, de las medidas de higiene bucal y acciones preventivas previas al embarazo.

Enfermería. Su objetivo fue educar a las mujeres embarazadas a sobre su estado fisiológico dándole consejos y recomendaciones para que esta etapa de su vida sea grata sin ninguna anomalía tanto para ella como para su bebe y evitar complicaciones en la hora del parto y de igual manera llevando su control de peso, talla, vacunas entre muchas actividades más.

Para la determinación de nuevos parámetros bioquímicos se les otorgo una solicitud de laboratorio a los 3 meses de la determinación basal para observar la evolución de dichos parámetros que incluyeron de igual manera biometría hemática, glucosa, urea, creatinina, perfil de lípidos y examen general de orina.

ANÁLISIS ESTADÍSTICO

Para el análisis estadístico se hizo captura de los resultados obtenidos a una base de datos en el paquete SPSS versión 21.0 y se realizó una estadística analítica y comparativa.

Se realizó la prueba de Kolmororov-Smirnov para identificar la normalidad de los datos.

Se utilizaron medidas de tendencia central: media \pm desviación estándar o mediana con su rango intercuartílico para las variables continuas; para las variables categóricas se utilizaron frecuencias; para el contraste de los parámetros bioquímicos inicio y al final de la estrategia se utilizó la t de Student para muestras relacionadas.

El cuestionario de nivel de conocimientos, fueron validados mediante el Alfa de Cronbach y reconfirmados por el métodos de mitades de Sperman Brown.

Se consideró significancia estadística cuando resultó una $p < 0.05$.

CONSIDERACIONES ETICAS

Este proyecto fue aprobado por el Comité Investigación de la Unidad de Medicina Familiar No. 80 del Instituto Mexicano del Seguro Social. Se sometió a evaluación por el SIRELCIS y una vez aprobado y obteniendo número del registro se procedió a su ejecución.

Como en toda investigación en la que el ser humano sea sujeto de estudio, prevaleció el criterio del respeto a su dignidad y la protección de sus derechos y bienestar.

Se realizó por profesionales de la salud con conocimiento y experiencia para cuidar la integridad del ser humano, bajo la responsabilidad de una institución de atención a la salud que actuó bajo la supervisión de las autoridades sanitarias competentes y que contó con los recursos humanos y materiales necesarios, que garantizaron el bienestar del sujeto de investigación.

Contó con el dictamen favorable de las Comisiones de Investigación y de Ética.

Se realizó de acuerdo con la legislación vigente derivada de la Ley General de Salud en materia de investigación para la salud de acuerdo a los siguientes artículos:

ARTÍCULO 16. Se protegió la privacidad del individuo sujeto de investigación, identificándolo sólo cuando los resultados lo requieran y éste lo autorice.

ARTÍCULO 17.- II. Fue una investigación con riesgo mínimo ya que fue un estudio que empleó el riesgo de datos a través de procedimientos comunes en exámenes físicos entre los que se consideraron: pesar al sujeto, extracción de sangre por punción venosa en adultos en buen estado de salud.

ARTÍCULO 20.- Se otorgó consentimiento informado el cual es un acuerdo por escrito, mediante el cual el sujeto de investigación aceptó participar con pleno conocimiento de la naturaleza de los procedimientos y riesgos a los que se sometería, con la capacidad de libre elección y sin coacción alguna.

ARTÍCULO 21.- El sujeto de investigación recibió una explicación clara y completa, de tal forma que pudo comprenderla, sobre los siguientes aspectos:

- I. La justificación y los objetivos de la investigación
- II. Los procedimientos que iban a usarse y su propósito
- III. Las molestias o los riesgos esperados
- IV. Los beneficios que se esperarían
- V. La garantía de recibir respuesta a cualquier pregunta y aclaración a cualquier duda acerca de los procedimientos, riesgos, beneficios y otros asuntos relacionados con la investigación y el tratamiento del sujeto;
- VI. La libertad de retirar su consentimiento en cualquier momento y dejar de participar en el estudio, sin que por ello se creen prejuicios para continuar su cuidado y tratamiento;
- VII. La seguridad de que no se identificaría al sujeto y que se mantendría la confidencialidad de la información relacionada con su privacidad;
- VIII. El compromiso de proporcionarle información actualizada obtenida durante el estudio aunque ésta pudiera afectar la voluntad del sujeto para continuar participando;

ARTÍCULO 22.- El consentimiento informado se formuló por escrito y contuvo los siguientes requisitos:

- I. Fue elaborado por el investigador principal.
- II. Fue revisado y, en su caso, aprobado por la Comisión de Ética de la institución de atención a la salud.
- III. Indicó los nombres y direcciones de dos testigos y la relación que éstos tuvieran con el sujeto de investigación.
- IV. Fue firmado por el sujeto de investigación. Si el sujeto de investigación no sabía firmar, imprimió su huella digital y a su nombre firmó otra persona que él designó.

V. Se extendió por duplicado, quedando un ejemplar en poder del sujeto de investigación.

ARTÍCULO 114.- Fue realizado por profesionales de la salud ya que fue realizado por médicos en colaboración con químicos.

Esta investigación también se realizó de acuerdo a los principios establecidos en la más reciente revisión de la Declaración de Helsinki, y las Buenas Prácticas de la Investigación Clínica.

RESULTADOS

En nuestro estudio se incluyeron 25 mujeres en edad reproductiva con deseo de embarazo, en un rango de edad de 18 a 30 años de edad, adscritas a la UMF 75/UMAA de la Ciudad de Morelia, Michoacán que cumplieron con los criterios de selección, cuya edad promedio fue de 24.12 ± 3.44 años

Las variables sociodemográficas demostraron que respecto a sus actividades: el 80% de la muestra (20 mujeres) eran amas de casa y el 20% eran estudiantes.

La distribución de las participantes en base a su estado civil fue: 18 mujeres (72%) eran casadas y 7 mujeres (28%) solteras.

El total de la muestra fue de religión católica.

En cuanto a antecedentes heredofamiliares, sólo el 44% (11 mujeres) tuvieron antecedentes que incluyeron diabetes mellitus, hipertensión arterial, enfermedades tiroideas o epilepsia y 14 mujeres (56%) sin antecedentes de heredofamiliares.

Nivel de conocimiento

En base al pretest realizado en las participantes; el porcentaje de respuestas al cuestionario dicotómico se muestra en la figura 1. Donde se observa que de las 25 participantes la mayoría respondió “no”, es decir, con respuestas desfavorables.

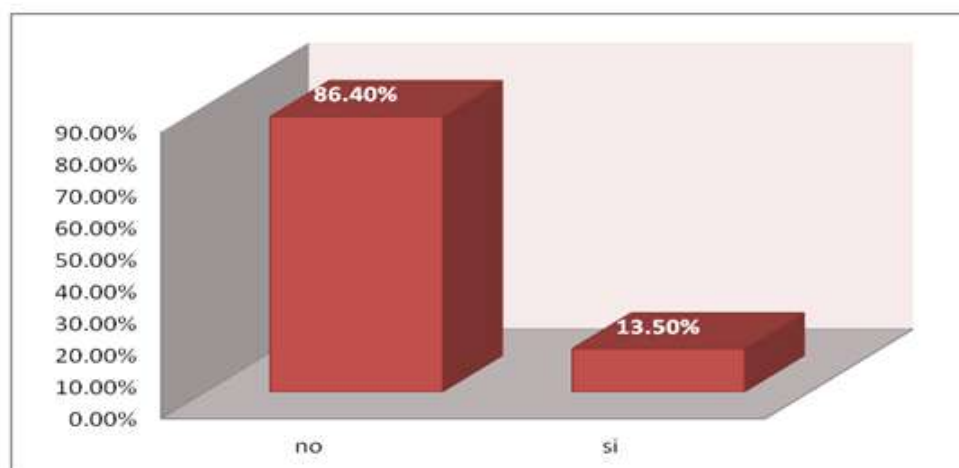


FIGURA 1. PROPORCIÓN DEL CONOCIMIENTO PREVIO A LA ESTRATEGIA EDUCATIVA

Mientras que en la figura 2, se muestra el porcentaje de respuestas que se obtuvieron posterior a la aplicación de la estrategia educativa, las cuales la mayoría fueron favorables.

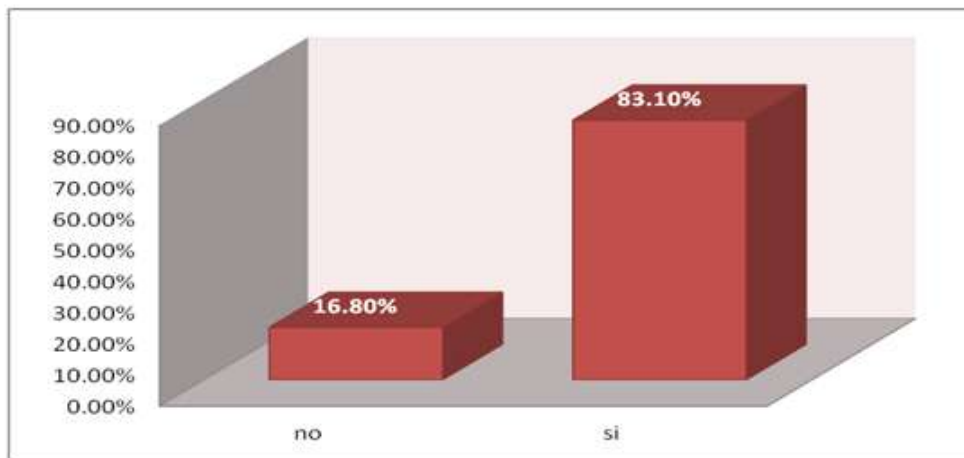


FIGURA 2. PROPORCIÓN DEL CONOCIMIENTO POSTERIOR A LA ESTRATEGIA EDUCATIVA

El grado de conocimiento del grupo de mujeres en estudio se muestra en la figura 3. Donde se puede observar que en la evaluación previa a la aplicación de la estrategia educativa todas las participantes tuvieron un nivel de conocimiento calificado como “malo”.

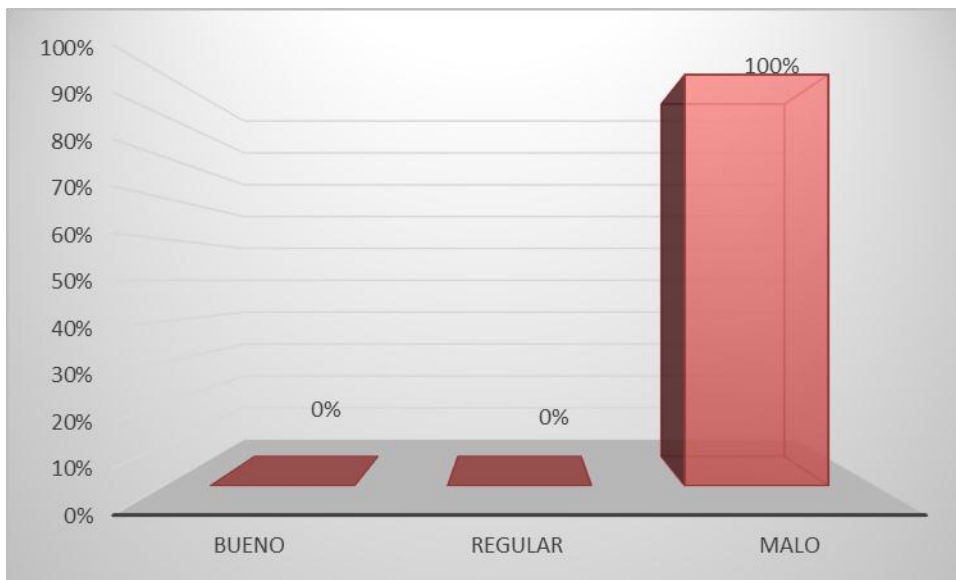


FIGURA 3. NIVELES DE CONOCIMIENTOS PREVIO A LA ESTRATEGIA EDUCATIVA.

Una vez aplicada la estrategia educativa, los resultados obtenidos a través del post-test evidenciaron que el nivel de conocimientos se incrementó, mostrando un mejor nivel, ya que el 88 % se caracterizó por tener un conocimiento bueno y solo el 12 % se ubicó como regular.

Lo que indica que fue favorable la intervención educativa en el conocimiento sobre las mujeres en edad reproductiva con deseo de embarazo. Figura 4

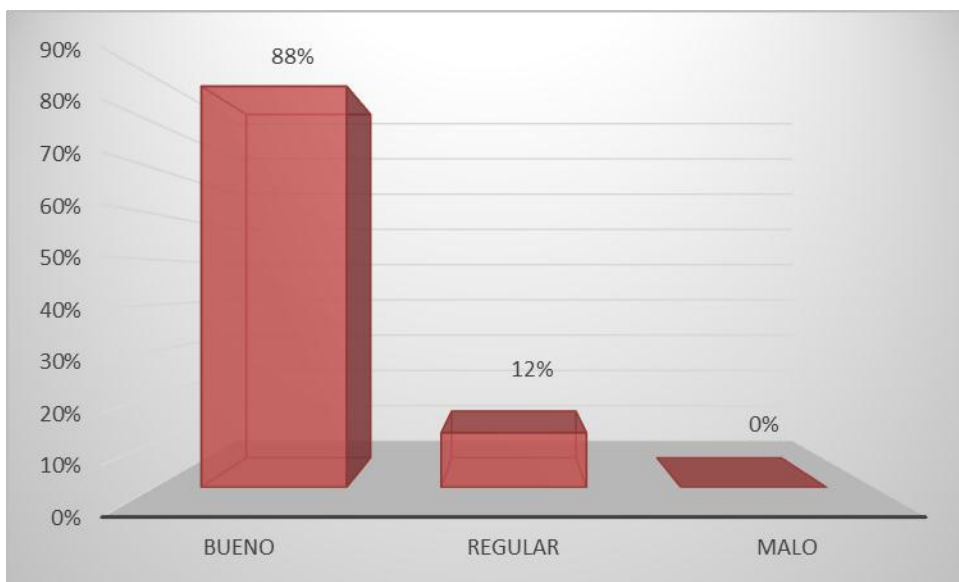


FIGURA 4. NIVELES DE CONOCIMIENTOS POSTERIOR A LA ESTRATEGIA EDUCATIVA.

Factores de Riesgo

El 100% de las participantes tuvieron cifras de tensión arterial dentro de rangos normales con un promedio de la TA de 94/64 mm de Hg.

Previo a la aplicación de la estrategia educativa el 44% (11 mujeres) tuvieron un ICC <0.8 y en el 56% (14 mujeres) fue >0.9.

Posterior a la estrategia educativa en el 64% (16 mujeres) el ICC fue normal y sólo en el 36% (9 mujeres) fue mayor de 0.9. Figura 5

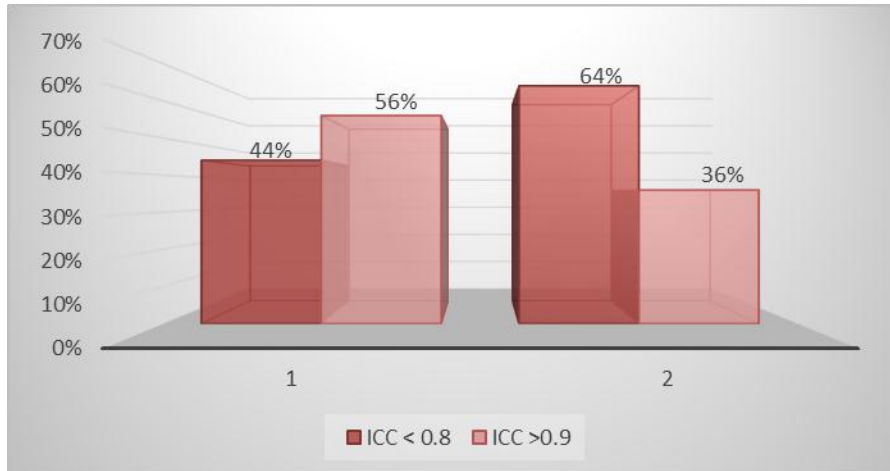


FIGURA 5. INDICE CINTURA CADERA PREVIO Y POSTERIOR A LA APLICACIÓN DE LA ESTRATEGIA EDUCATIVA.

De las 25 mujeres incluidas en el estudio, previo a la aplicación de la estrategia educativa, 12 mujeres (48%) tuvieron peso normal y 13 mujeres (52%) presentaron sobrepeso. Sin embargo, posterior a la estrategia educativa 14 mujeres (56%) tuvo peso normal y 11(44%) sobrepeso.

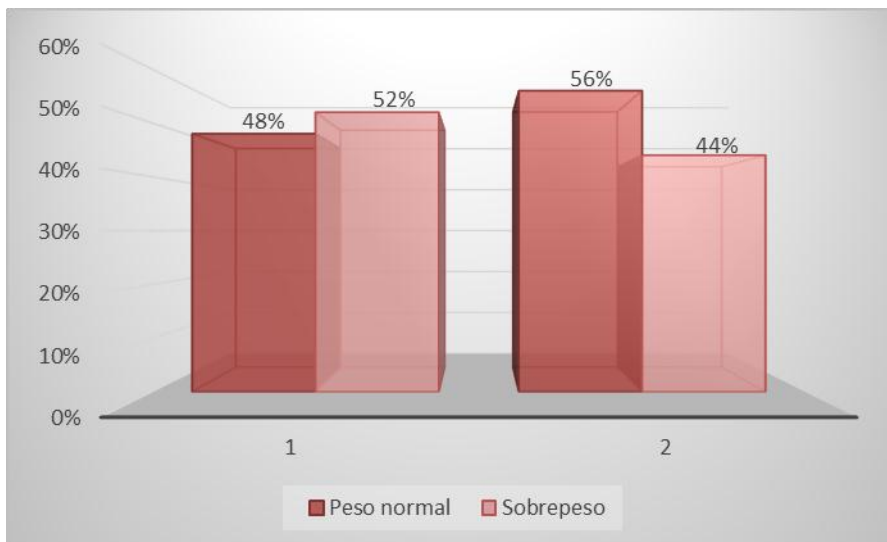


FIGURA 6. IMC PREVIO Y POSTERIOR A LA APLICACIÓN DE LA ESTRATEGIA EDUCATIVA.

PARÁMETROS BIOQUÍMICOS

Los resultados obtenidos del contraste de los estudios de laboratorio, antes y después de la intervención educativa se pueden observar en la tabla I. Donde resalta que la mayoría de los parámetros bioquímicos mostraron cambios.

VARIABLE	PREMEDICIÓN	POSTMEDICIÓN	t	Sig.
	N = 25	N = 25		
	$\bar{X} \pm E.E$	$\bar{X} \pm E.E$		
HB (g/dl)	12.23 ± 0.16	13.20 ± 0.14	-11.088	.000*
HTO (%)	36.98 ± 0.60	38.38 ± 0.55	-8.149	.000*
VGM (fl)	91.40 ± 1.38	94.10 ± 1.49	-3.744	.001*
HCM (pg)	29.73 ± 0.49	33.17 ± 0.54	-4.081	.000*
GLUCOSA (mg/dl)	74.60 ± 2.84	73.84 ± 1.66	-.396	.695*
UREA (mg/dl)	14.20 ± 1.08	12.76 ± 0.87	1.659	.110*
BUN (mg/dl)	6.98 ± 0.50	6.32 ± 0.41	3.824	.001*
CREATININA (mg/dl)	0.48 ± 0.02	0.42 ± 0.01	3.133	.005*
ACIDO URICO (mg/dl)	3.28 ± 0.20	2.52 ± 0.07	4.542	.000*
COLESTEROL (mg/dl)	181.20 ± 10.66	135.32 ± 5.82	6.341	.000*
TRIGLICERIDOS (mg/dl)	180.24 ± 19.98	135.20 ± 11.95	3.963	.001*

* t de Student, para muestras relacionadas. Cifra *estadísticamente significativa* (P<0.05);

$\bar{X} \pm E.E$ = media ± Error Estándar

De las 25 mujeres incluidas: 13 pacientes (52%) resultaron sin anemia, 11 pacientes (44%) con anemia leve y 1 paciente (4%) con anemia moderada. Posterior a la intervención los porcentajes se modificaron, con una tendencia a la mejoría, como se muestra en la figura 7.

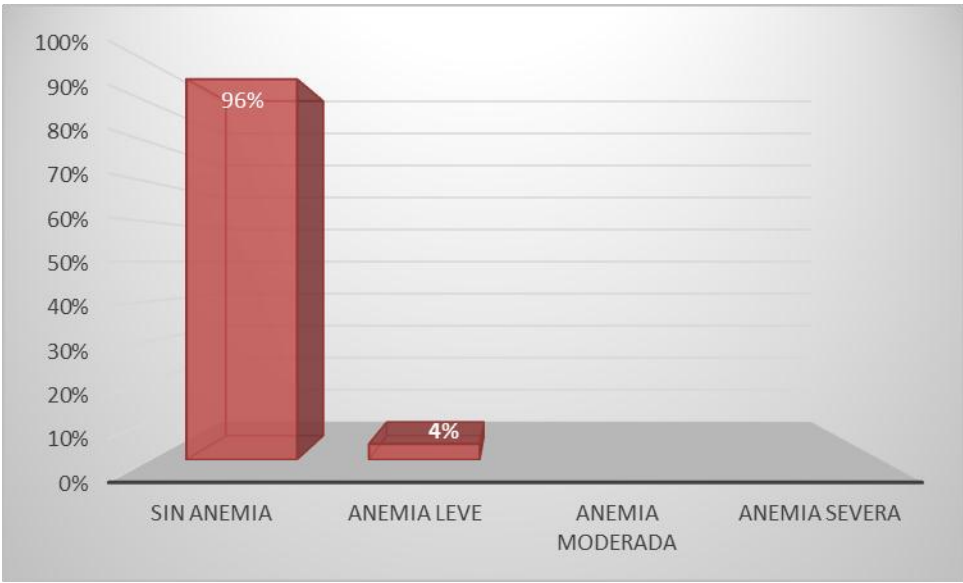


FIGURA 7. PROPORCIÓN DE MUJERES CON ANEMIA DE ACUERDO A HEMOGLOBINA POSTERIOR A LA APLICACIÓN DE LA ESTRATEGIA EDUCATIVA

Del total del grupo de mujeres en edad reproductiva con deseo de embarazo, 23 mujeres (92%) tuvieron glucosa dentro de los parámetros de normalidad (figura 8), sin embargo, 2 de ellas (8%) presentaron glucosa anormal en ayuno. Posterior a la intervención el total de la muestra tuvieron cifras de glucosa dentro de parámetros normales.

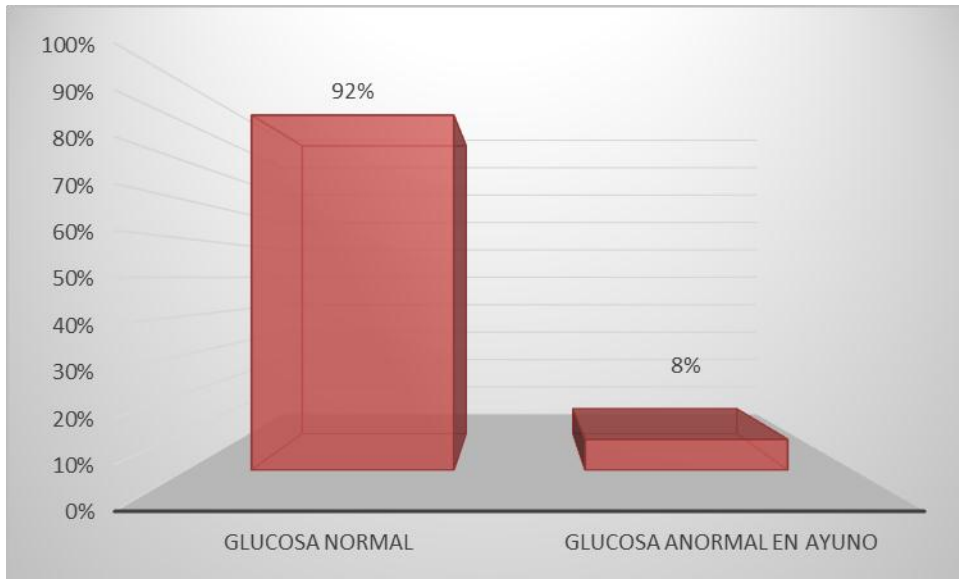


FIGURA 8. PROPORCIÓN DE MUJERES CON CIFRAS DE GLUCOSA NORMAL PREVIO Y POSTERIOR A LA APLICACIÓN DE LA ESTRATEGIA EDUCATIVA.

Respecto a las variables bioquímicas creatinina y ácido úrico, el total de la muestra tanto previo como posterior a la intervención presentó cifras dentro de la normalidad.

En las cifras de colesterol, 11 mujeres (44%) presentaron hipercolesterolemia y al final el 100% de las participantes tenía las cifras de colesterol dentro de rangos normales, lo cual se debe a que las participantes recibieron tratamiento farmacológico para su control. Figura 9.

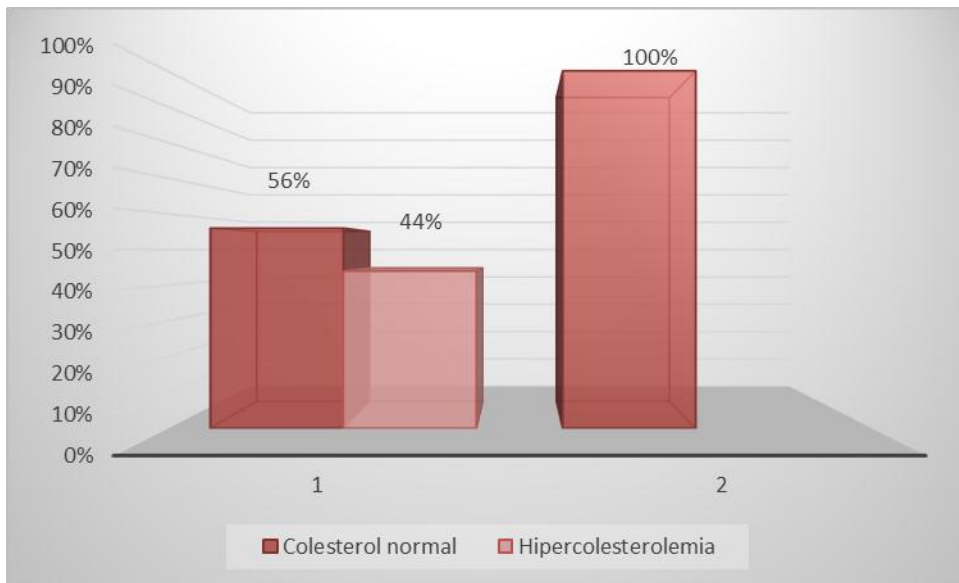


FIGURA 9. PROPORCIÓN DE MUJERES CON CIFRAS DE COLESTEROL NORMAL PREVIO Y POSTERIOR A LA APLICACIÓN DE LA ESTRATEGIA EDUCATIVA.

En cuanto a la cantidad de triglicéridos de las mujeres del grupo de estudio, 13 mujeres (52%) iniciaron con hipertrigliceridemia y al término de la intervención, aunado a un tratamiento farmacológico hipolipemiante, sólo hubo un 36% con esta hipertrigliceridemia. Figura 10.

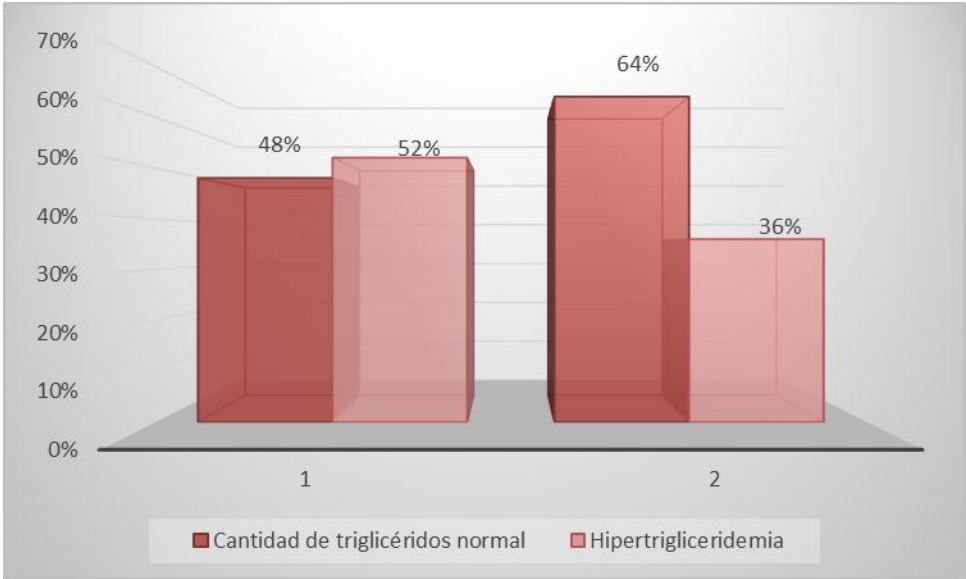


FIGURA 10. PROPORCIÓN DE MUJERES CON CIFRAS DE TRIGICERIDOS NORMALES PREVIO Y POSTERIOR A LA APLICACIÓN DE LA ESTRATEGIA EDUCATIVA.

Del grupo de 25 mujeres en estudio, en relación a los resultados del EGO, previo a la intervención, 14 mujeres (56%) no presentaron alteraciones, y 11 de ellas (44%) presentaban datos clínicos y de laboratorio de infección de vías urinarias, motivo por el cual se les inició tratamiento con antibiótico y en la medición al final del estudio, a los 3 meses, todas presentaron un EGO normal. Figura 11.

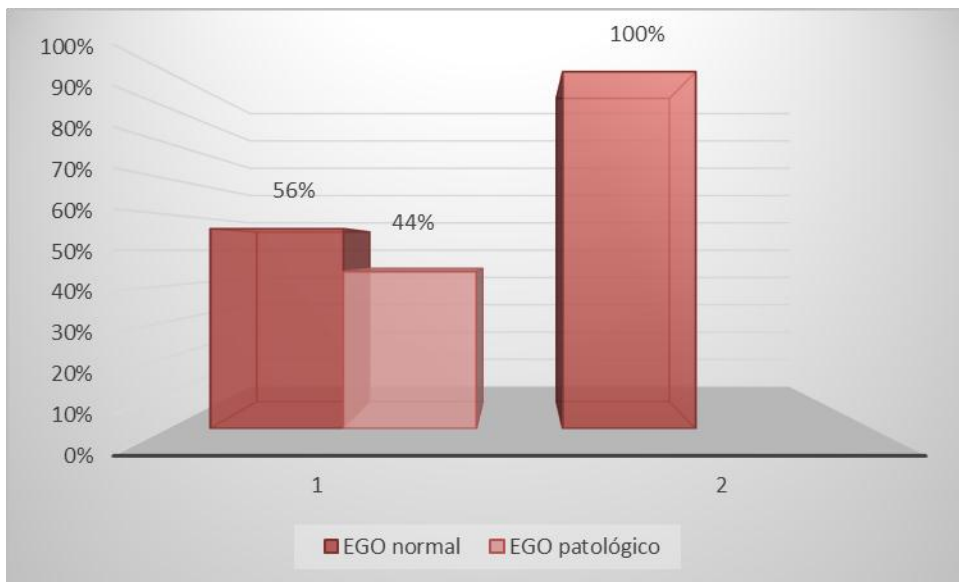


FIGURA 11. EXAMEN GENERAL DE ORINA DE LAS PARTICIPANTES PREVIO Y POSTERIOR A LA APLICACIÓN DE LA ESTRATEGIA EDUCATIVA

Finalmente los resultados de las frecuencias del grupo sanguíneo de las pacientes fueron: 24 (96%) mujeres fueron 0 positivo y 1 (4%) A positivo.

DISCUSIÓN

La mujer en edad reproductiva con deseo de embarazo, el apoyo es básico para el cuidado de la salud, tanto para ella como para su futuro hijo.

Tomando en cuenta que el autocuidado, conlleva la capacidad humana de los individuos para realizar acciones con el objeto de cuidar de sí mismo y de otros el aprendizaje del autocuidado y de mantenimiento continuado, son funciones humanas que implican acciones intencionadas.

En el estudio de Barragán y Cols.³¹, donde su grupo control previo a la aplicación de la estrategia educativa el 70% de las mujeres embarazadas contaban con un conocimiento inicial: 26.7% obtuvo un conocimiento bueno, 43.3% un conocimiento regular y solo el 30% de sus participantes tuvieron un conocimiento catalogado como malo. Mediante un programa de apoyo educativo de enfermería mediante pláticas, entrega de trípticos informativos y retroalimentación sobre la importancia de los cuidados durante el embarazo, alimentación, higiene personal, señales de alarma y complicaciones durante el embarazo; se encontró que una vez aplicada la estrategia educativa los resultados evidenciaron que el nivel de conocimientos de autocuidado de las mujeres embarazadas se incrementó, ya que el 93.3% se caracterizó por tener un conocimiento bueno y solo el 6.7% se ubicó como regular, sin encontrarse ninguna participante con conocimiento evaluado como malo. En cuanto al nivel de conocimiento en nuestro estudio, previo a la intervención educativa, se obtuvo un puntaje mayor de conocimiento inadecuado (malo) en el 100% de las participantes. En nuestro estudio se llevó a cabo cada sesión partiendo de una discusión, liderada por el facilitador, además de la participación del equipo multidisciplinario (trabajo social, nutrición, estomatología, enfermería), para reforzar el conocimiento adquirido, además de la participación activa del educando, como elemento prioritario del método instruccional Assure utilizado en nuestro grupo de pacientes. Con resultados favorables en la post-intervención educativa con incremento en el nivel conocimiento de manera considerable teniendo un 88% de conocimiento catalogado como bueno y el 12% como regular.

En un estudio realizado en Tezontepec de Aldama Hidalgo en el 2014, por Gonzaga Soriano y Cols.³², sobre conocimientos de salud materna en mujeres embarazadas de 20-25 años, se encontró que 62% conocía la importancia del control prenatal, 96% conocían los beneficios que aporta el ácido fólico durante el embarazo, 63 % sabía de los alimentos que debe consumir, 66% identificó datos de alarma obstétrica, el 84% conoce de las acciones que se implementan en pro de su estado de salud. **Es decir, en este estudio la mayoría de las mujeres embarazadas contaba con conocimientos previos.** En contraste a los resultados encontrados donde el total de nuestras pacientes tenía un nivel de conocimiento inadecuado o malo.

En un estudio sobre Intervención educativa en adolescentes con riesgo de embarazo de Vega M. y Cols.³³ al evaluar los conocimientos antes y después de la intervención, se observa al inicio una evaluación de regular en 23 (50,0 %), seguido de bien con 19 (41,3 %). Después de la intervención prevaleció la evaluación de bien en 35 (76,1 %) y regular en 11 (23,9 %).

El conocimiento acerca del embarazo en la adolescencia antes de la intervención era superficial e insuficiente, con la intervención se logró que los adolescentes ganaran en conocimientos y habilidades para evitar embarazos en edades tempranas. Al final de la investigación se demostró la eficacia de la intervención educativa liderada por el personal de enfermería, utilizando métodos educativos tradicionales.

En nuestro estudio se tiene mayor nivel de conocimiento en comparación con el estudio de Vega y Cols., ya que se utiliza como método instruccional el método Assure, así como la participación de un equipo multidisciplinario interviniendo de manera activa junto con las participantes fortaleciendo los conocimientos de nuestras pacientes en estudio. Teniendo un mayor nivel de conocimientos en la post-intervención.

Cabe resaltar que a pesar que nuestro grupo de mujeres en edad reproductiva con deseo de embarazo a pesar de no contar con un conocimiento previo los resultados en la

postintervención, el 12% se ubicó con conocimiento regular y el 88% con conocimiento bueno.

Las diferentes respuestas obtenidas por las participantes frente al tema de conocimientos sobre la salud materna, pone de manifiesto una constante de conocimiento sobre el tema, lo que infiere un conocimiento por lo menos básico, sin embargo, se debe tener en cuenta que la educación en salud se reconoce como necesaria para la prevención y la mayor colaboración del paciente en el cuidado y tratamiento.

A pesar de que el porcentaje de conocimientos se modificó posterior a la aplicación de la estrategia educativa es necesario continuar con el trabajo de capacitación y sensibilización para reforzar los conocimientos de las integrantes.

En una intervención educativa encaminada a fortalecer el autocuidado durante el control prenatal realizado en el INPerIER en el 2007 por Sánchez Jiménez y Cols.³⁴ se encontraron como factor de riesgo sobrepeso y obesidad en un 83%, a diferencia de nuestro grupo de estudio encontramos una frecuencia de sobrepeso de 52% previo a la aplicación de la estrategia educativa y posterior a ella de 44%, no encontrando mujeres con obesidad.

En cuanto a los factores de riesgo encontrados en nuestro estudio se observó una prevalencia mayor de anemia leve con 44% antes de la estrategia educativa; resultados similares encontrados en un estudio realizado a 160 mujeres en el 2010, en Bucaramanga, Colombia, por Guiza Salazar y Cols.³⁵, en una unidad materno infantil con ingreso temprano a control prenatal se encontró como una causa principal de morbilidad a su ingreso anemia leve en un 23%.

La mayoría de los estudios previamente mencionados se centra en mujeres embarazadas, caso contrario de nuestro donde participan mujeres en edad reproductiva con deseo de embarazo, las intervenciones realizadas en dichos estudios solo interviene personal de enfermería, caso contrario de nuestro estudio donde participa un equipo multidisciplinario, donde además del médico familiar, participa enfermería, trabajo social, nutrición, y estomatología, para contribuir al reforzamiento del nivel de conocimiento de nuestras pacientes, así como la detección oportuna de factores de riesgo previos a un futuro

embarazo. Así también cabe resaltar que en la impartición de las sesiones, en nuestro se aplica el método instruccional assure para reforzar de una manera más adecuada el nivel de conocimiento de nuestras pacientes, y en ninguno de los estudios anteriormente comentados no se menciona sobre la técnica didáctica utilizada. También cabe mencionar que una vez orientado y concientizado sobre la identificación de factores de riesgo, una limitante de nuestro estudio, sería que una vez detectado algún factor de riesgo, como anemia, dislipidemia o infección de vías de urinarias, el paciente opto por tratar de manera adecuada con medicamentos (fumarato ferroso, hipolipemiantes o antibiótico). Teniendo así un mejor control de dicho factor de riesgo previo al embarazo.

CONCLUSIONES

Una intervención educativa en mujeres en edad reproductiva tiene impacto al incrementar el nivel de conocimiento, e identificación de los factores de riesgo en ellas.

Los factores sociodemográficos fueron: 25 mujeres en edad reproductiva con deseo de embarazo, con un rango de edad de los 18 a 30 años de edad. La mayoría eran amas de casa, estaban casadas, y religión predominante la católica.

El nivel de conocimientos en las mujeres en edad reproductiva con deseo de embarazo en la pre-intervención educativa se obtuvo un conocimiento malo en un 100%, en la post-intervención educativa se logró incrementar el conocimiento como bueno en un 88%, 12% con un conocimiento regular.

Los factores de riesgo encontrados en la población de estudio fueron: sobrepeso, anemia, dislipidemia e infección de vías urinarias.

PERSPECTIVAS

Los problemas relacionados con el embarazo, parto y puerperio, representan una de las principales causas de mortalidad en mujeres en edad reproductiva y están determinados por las condiciones socioeconómicas y por la falta de conocimiento, por lo que es necesario capacitar nosotros los servidores de la salud a nuestra población para disminuir los índices de morbimortalidad materna y secundariamente infantil.

Los resultados de nuestro trabajo muestran la importancia de una estrategia educativa previo al embarazo ya que como pudo observarse la falta de conocimiento sobre aspectos relacionados predominó, por lo consideramos de vital importancia que al otorgar educación para la salud las mujeres con deseo de embarazo sean capaces de prevenir y/o identificar oportunamente los trastornos más frecuentes en el binomio madre-hijo.

La educación y el autocuidado son estrategias que pueden influir sobre este problema, de tal forma que si la mujer desea embarazarse tenga mayor conocimiento de cómo cuidarse en esta etapa disminuyendo los riesgos.

La información obtenida en el presente estudio orienta hacia la necesidad de realizar estrategias educativas con muestras más grandes, captadas en diferentes instituciones de salud, que permitan evaluar su efectividad, eficacia y eficiencia en el fortalecimiento del autocuidado de la salud, que es el campo donde el médico tiene gran tarea a realizar, principalmente entre las mujeres en condiciones de bajo nivel sociocultural.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Barriga-Arceo F, Hernández-Rojas G. Constructivismo y Aprendizaje significativo. En: Estrategias Docentes para un Aprendizaje Significativo. Ed. McGRAW-HILL; 1999. p. 397-403.
2. Maturana H, Vignolo C. “Conversando sobre educación. Perspectivas 2001; 4:249-266.
3. Dávila-Yañez X, Maturana-Romensín H. Hacia una era post posmoderna en las comunidades educativas. Revista Iberoamericana de Educación. 2009; 49:135-161.
4. Peredo-Rosado P, Gomez-Lopez V, Sanchez-Nuncio H, Navarrete Sanchez H, García Ruiz M. Impacto de una estrategia activa participativa en el control de la hipertensión arterial. Rev Med IMSS. 2005;43(Supl 2): 126-130
5. Sanchez-Fernandez R. Educación para la Salud. En: Marco teórico y metodológico. Ed. Corinter; 2008.p.487-497.
6. Dueñas-Becerra J. Educación para la salud y bases psicopedagógicas. Rev Cubana Educ Med Sup. 1999; 13(1):92-98.
7. Freire P, Gadotti M, Gómez M, Mafra J, Alencar A. Contribuciones para la Pedagogía. En: Por una Pedagogía Participativa. Ed. Consejo Latinoamericano de Ciencias Sociales; 2008.p. 75-82.
8. Arenas-Monreal L. La promoción de la salud y la educación para la salud en América Latina. Salud Publica Mex 1998; 40 (3)p. 304-306.
9. Sharon-Smaldino E, Deborah-Lowther L, James-Russell M. Facilitar el Aprendizaje. En: Tecnología instruccional y medios para el aprendizaje. Ed. Merrill Prentice Hall; 2008. p.5-15

10. Benitez-Lima MG. El modelo de diseño instruccional assure aplicado a la educación a distancia. TLATEMOANI 2010; (1)1-14
11. Instituto Mexicano del Seguro Social, Dirección de Prestaciones Médicas, Coordinación de Unidades Médicas de Alta Especialidad. Guía de Práctica Clínica para el control prenatal con enfoque de riesgo. IMSS-028-08.
12. Rivera Montiel Angelina. Cambios fisiológicos del embarazo. Universidad nacional Autónoma de México. Escuela nacional de enfermería y obstetricia. 2008.
13. Phelan T. Sharon. Componentes y cronología de la asistencia prenatal. Clínicas obstétricas y ginecológicas de norteamérica. 35 (2008) 339–353.
14. Mancia Giuseppe, De backer Guy, Dominiczak Anna, Cifkova Renata, Fagard Robert, Germano Giuseppe, Grassi, Guido, et al. Guías 2007 para el manejo de la hipertensión arterial. 2007, 25: 1105–1187.
15. Comunicado No. 16. Coordinación de la delegacional de comunicación social. Mantiene IMSS control prenatal para prevenir preeclampsia. México, D.F., a 10 de febrero de 2013.
16. Romero, Gutiérrez Gustavo Y Hernández, González Bogar Omar. Persistencia de hipertensión en mujeres con preeclampsia. Ginecología y obstetricia de México. 2011; 79(10):601-606.
17. García, Ortiz Liliana., Gutiérrez, J., Galaviz, C., ChimaGalán, M., Hilton, J., et al. Posible asociación entre preeclampsia-eclampsia y la edad paterna: estudio piloto. Ginecología y obstetricia de México. 2011; 79(4):190-196.
18. Vázquez, Rodríguez Juan Gustavo y Rico, Trejo Elda Inés. Papel del ácido úrico en la preeclampsia-eclampsia. Ginecología y obstetricia de México. 2011; 79(5):292-297.

19. Araya F. Rosa. Diabetes y embarazo. Revista médica clínica Condes. 2009; 20(5) 614 – 629.
20. Moreno Martínez Socorro, Tufiño O. Edith, Chávez L. Vicente, Rodríguez M. Martha, Guerrero R. Fernando y Levario C. Margarita. Composición corporal en mujeres con diabetes mellitus gestacional. Ginecología y obstetricia México. 2009. 77(6):270-6.
21. Sánchez Larios Sandra, Sánchez L. Alejandro, Hernández M. Martha, Solorio M. Eduardo, Torres H. Rocío y Guillén C. José Manuel. Diabetes gestacional. Comportamiento de los factores de riesgo en población mexicana. Hospital de Gineco-Obstetricia, Centro Médico Nacional de Occidente, Guadalajara, Jalisco. Revista médica del Instituto Mexicano del Seguro Social. 2008; 46 (6): 659-662.
22. Leguizamón Gustavo, L. Igarzabal María y Reece E. Albert. Atención periconcepcional de las mujeres con diabetes mellitus. Clínicas obstétricas y ginecológicas de norteamérica. 34 (2007) 225 – 239.
23. Rojas Carrera Sonia Irma, Márquez C. Félix, Lagunes M. Adrián, González A. Víctor. Precisión diagnóstica de la prueba de O'Sullivan en diabetes gestacional. Revista Médica, Instituto Mexicano del Seguro Social. 2013;51(3):336-9
24. Yogev Yariv, Catalano Patrick. Embarazo y obesidad. Division of Perinatal, Helen Schneider Hospital for Women, Rabin Medical Center. 36 (2009) 285–300.
25. Comunicado No. 3196-13. Coordinación de la delegacional de comunicación social. Mujeres embarazadas deben vigilar su peso, recomienda nutrióloga del IMSS. Toluca, México; de junio de 2013.
26. Newnham P. John, Pennell E. Craig, Lye J. Stephen y Rampono Jonathan. Orígenes de la obesidad en edades tempranas. School of Women's and Infants' Health. 36 (2009) 227–244.

27. Instituto Mexicano del Seguro Social, Dirección de Prestaciones Médicas, Coordinación de Unidades Médicas de Alta Especialidad. Guía de Práctica Clínica Diagnóstico y Tratamiento de la Infección del Tracto Urinario Bajo Durante el Embarazo, en un Primer Nivel De Atención. 2008-0231.
28. Gobierno federal. Guía de referencia rápida, Diagnóstico y Tratamiento de la Vaginitis Infecciosa en Mujeres de Edad Reproductiva, en Primer Nivel De Atención. IMSS-081-08.
29. Instituto Mexicano del Seguro Social, Dirección de Prestaciones Médicas, Coordinación de Unidades Médicas de Alta Especialidad. Guía de Práctica Clínica Diagnóstico y Tratamiento la Vaginitis Infecciosa en Mujeres de Edad Reproductiva, en Primer Nivel De Atención. 2009.
30. Blas Robledo Mónica, Hernández G. Esther, García A. Marina, Montero M. Rubén, Olivares G. Cristin Y Valtierra P. Alicia. Factores que influyen en el consumo de ácido fólico preconcepcional en el País Vasco. 2011; 12(2): 33-40.
31. Medina Barragan RA, Medina Sanchez MJ, Espiricueta Medina M, Perez Perez R, Salas Medina DL, Vazquez Arambula IJ, Moya Garcia MR. Intervención educativa de enfermería en el nivel de conocimientos de autocuidado en embarazos. Waxapa. 2012, 2 (7): 15-23.
32. Gonzaga Soriano MR, Zonana Nacach A, Anzaldo Campos MC, Olazaran Gutiérrez A. Conocimientos de salud materna en mujeres embarazadas participantes en los clubes del embarazo del municipio de Tezontepec de Aldama Hidalgo. Salud Pública Mex. 2014; 56: 32-39.
33. Vega M., Rosa I., Acosta R., Lucila P., Barrón, Alicia G., Intervención educativa en adolescentes con riesgo de embarazo. Revista Facultad Nacional de Salud Pública. 2012, 30 (3): 265-272.

34. Sánchez Jiménez B, María Hernández Trejo M, Lartigue Becerra T. Estrategia educativa de enfermería para fortalecer el autocuidado durante el control prenatal. *Perinatol Reprod Hum.* 2007; 21: 167-177.

35. Guiza Salazar IJ, Mora Merchán MA, Moya Plata D. Ingreso temprano al control prenatal en una unidad materno infantil. *Revista cuidarte.* 2010; 1 (1): 44-52.

ANEXOS

ANEXO 1: CONSENTIMIENTO INFORMADO



**INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
UNIDAD DE EDUCACIÓN, INVESTIGACIÓN Y POLÍTICAS DE SALUD
COORDINACIÓN DE INVESTIGACIÓN EN SALUD**

**CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO
(ADULTOS)**

CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPACIÓN EN PROTOCOLOS DE INVESTIGACIÓN

Impacto de un intervención educativa con enfoque de riesgo y seguimiento del embarazo en mujeres en edad reproductiva de la UMF 75 con UMAA

Nombre del estudio:	Impacto de un intervención educativa con enfoque de riesgo y seguimiento del embarazo en mujeres en edad reproductiva de la UMF 75 con UMAA
Patrocinador externo (si aplica):	No aplica
Lugar y fecha:	Morelia, Michoacán a 08 de noviembre del 2013
Número de registro:	En Trámite.
Justificación y objetivo del estudio:	Evaluar el impacto de una intervención educativa con enfoque de riesgo en mujeres en edad reproductiva con deseo de embarazo y el seguimiento de un embarazo saludable.
Procedimientos:	Identificación de factores de riesgo, toma de prenatales de rutina.
Posibles riesgos y molestias:	Ninguno
Posibles beneficios que recibirá al participar en el estudio:	Embarazo Saludable,
Información sobre resultados y alternativas de tratamiento:	Factores de Riesgo y tratamiento multidisciplinario,
Participación o retiro:	En libertad de abandonar el estudio
Privacidad y confidencialidad:	Código de ética.

En caso de colección de material biológico (si aplica):

<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>

- No autoriza que se tome la muestra.
- Si autorizo que se tome la muestra solo para este estudio.
- Si autorizo que se tome la muestra para este estudio y estudios futuros.

Disponibilidad de tratamiento médico en derechohabientes (si aplica): De acuerdo a la GPC.

Beneficios al término del estudio: Embarazo saludable,.

En caso de dudas o aclaraciones relacionadas con el estudio podrá dirigirse a:

Investigador Responsable: Dr. Héctor Cortez Sánchez

Colaboradores: Dra. Wendy Lea Chacón Pizano / Dra. Oliva Mejía Rodríguez.

En caso de dudas o aclaraciones sobre sus derechos como participante podrá dirigirse a: Comisión de Ética de Investigación de la CNIC del IMSS: Avenida Cuauhtémoc 330 4° piso Bloque "B" de la Unidad de Congresos, Colonia Doctores. México, D.F., CP 06720. Teléfono (55) 56 27 69 00 extensión 21230, Correo electrónico: comision.etica@imss.gob.mx

Nombre y firma del sujeto

Testigo 1

Nombre, dirección, relación y firma

Nombre y firma de quien obtiene el consentimiento

Testigo 2

Nombre, dirección, relación y firma

Este formato constituye una guía que deberá completarse de acuerdo con las características propias de cada protocolo de investigación, sin omitir información relevante del estudio

Clave: 2810-009-013

ANEXO 2

HISTORIA CLINICA

DATOS PERSONALES:

Nombre: _____
Edad: _____ Sexo: _____
Ocupación: _____
Número de afiliación _____
Estado civil _____
Religión _____

ANTECEDENTES FAMILIARES

Obesidad _____ Diabetes (tipo 1 o 2) _____ HTA _____ Epilepsia _____
Enfermedades tiroideas _____
Otros _____

AGO

Menarca _____ Ritmo Menstrual: _____
FUM _____
Inicio de Vida sexual _____ FPP _____ FUP _____
Partos _____ Abortos _____ Cesáreas _____ Método _____
Anticonceptivo _____ SI _____ NO _____ Tipo _____
Tiempo _____ Última toma _____

EXPLORACIÓN FÍSICA

Signos Vitales FC: _____ TA: _____ FR: _____ PULSO: _____

TA Normal	Pre hipertensión	HAS

Peso actual (Kg): _____
IMC (kg/mts²) _____
Estatura (mts.): _____
Cintura _____
Cadera _____
Peso anterior _____
Peso máximo _____
Peso ideal _____

ESTUDIOS DE LABAORATORIO

Estudio	Resultado
Hematocrito	
Hemoglobina	
Vol. Glob. Medio	
Hem. C. Media	
Plaquetas	
Glucosa	
Urea	
BUN	
Creatinina	
Ácido úrico	
Colesterol total	
Triglicéridos	
Gpo. y Rh	
EGO	

ANEXO 3

INSTRUMENTO DE NIVEL DE CONOCIMIENTOS

- 1. ¿Sabías de la importancia de tomar ácido fólico previo al embarazo y tres meses posteriores al mismo?**
SI NO
- 2. ¿Conoces que estudios debes realizarte para confirmar si estas embarazada?**
SI NO
- 3. ¿Conoces los cambios vas a tener en tu cuerpo durante tu embarazo?**
SI NO
- 4. ¿Sabías de los beneficios de realizar ejercicio durante tu embarazo?**
SI NO
- 5. ¿Conoces los signos y síntomas para amenaza de aborto?**
SI NO
- 6. ¿Sabías que el tener relaciones sexuales durante el embarazo es totalmente seguro?**
SI NO
- 7. ¿Sabías que tener un exceso de peso puede traer consecuencias para tu embarazo?**
SI NO
- 8. ¿Sabías de la importancia de tomar hierro durante tu embarazo?**
SI NO
- 9. ¿Sabías que debes evitar ciertos medicamentos para evitar complicaciones para tu bebé?**
SI NO
- 10. ¿Sabías que durante tu embarazo debes tener un control adecuado de tu presión arterial para prevenir complicaciones como la preeclamsia?**
SI NO
- 11. ¿Sabías que en esta etapa de tu embarazo debes incrementar la ingesta de proteínas, vitamina C, hierro y calcio?**
SI NO

12. ¿Sabías de la importancia de tener tu esquema de vacunación completa?

SI NO

13. ¿Sabías que es normal que presentes contracciones uterinas esporádicas durante tu embarazo?

SI NO

14. ¿Conoces los datos de alarma de amenaza de parto pretermino?

SI NO

15. ¿Conoces las complicaciones del embarazo por descontrol de TA?

SI NO

16. ¿Conoces las complicaciones del embarazo al ser madre obesa?

SI NO

17. ¿Sabes que complicaciones puede tener tu bebe al ser madre Rh negativa?

SI NO

18. ¿Sabías que las infecciones de vias urinarias pueden ser causantes de amenazas de parto pretermino?

SI NO

ANEXO 4

PROGRAMA EDUCATIVO

SESIÓN	PONENTE	OBJETIVO	TÉCNICA EDUCATIVA
1. Factores de riesgo durante el embarazo	Héctor Cortez Sánchez	<p>Informar sobre las enfermedades crónicas degenerativas que se presentan durante el embarazo.</p> <p>Mencionar lo que es DMG, Preeclampsia-Eclampsia, Epilepsia, Hipotiroidismo, Obesidad, etc.</p>	Didáctica
2. Medidas preventivas	Héctor Cortez Sánchez	Mencionar cuales son las acciones que deben realizar antes de embarazo para evitar las enfermedades mencionadas. Si alguien ya la padece, cuales son los cuidados que debe tener.	Didáctica
3. Vacunas	Héctor Cortez Sánchez	Mencionar cuales son las vacunas que se deben aplicar antes del embarazo y durante. En qué mes se deben aplicar y con quién acudir.	Didáctica
4. Riesgos que contrae tener exceso de peso	Héctor Cortez Sánchez	<p>Informar acerca de la obesidad y las comorbilidades que contrae si la mujer se embaraza con exceso de peso.</p> <p>Mencionar cual es el IMC</p>	Didáctica

		ideal. Determinar la importancia de tener un índice de cintura adecuado.	
5. Cambios físicos del embarazo	Héctor Cortez Sánchez	Enseñar cuidados para aliviar las molestias que puedan surgir en el proceso del embarazo, mejorando la calidad de vida y el bienestar durante este período.	Didáctica
6. Hábitos saludables	Héctor Cortez Sánchez	Informar sobre los cuidados para adquirir o continuar con hábitos de vida saludables durante el embarazo: alimentación, trabajo, tabaco, alcohol y otras drogas. Ofrecer información sobre las relaciones afectivas durante el embarazo.	Didáctica
7. Toma de ácido fólico y Hierro	Héctor Cortez Sánchez	Informar sobre la importancia de tomar ácido fólico y hierro cuando el médico lo determine.	Didáctica
8. Medidas de higiene bucal	Héctor Cortez Sánchez	Ofrecer información básica sobre el cuidado bucal.	Didáctica

9. Cuando acudir con el médico familiar	Héctor Cortez Sánchez	Mencionar la importancia de acudir antes de que se embarace para realizar una evaluación completa.	Didáctica
10. Importancia de la citología cervical	Héctor Cortez Sánchez	Ofrecer información sobre la importancia de realizarse una citología cervical antes del embarazo y cuando el médico lo determine.	Didáctica
11. Prevención de infecciones vaginales	Héctor Cortez Sánchez	Informar los cuidados personales higiénicos que debe tener la mujer para prevenir infecciones.	Didáctica
12. Cambios psicológicos en el embarazo	Héctor Cortez Sánchez	Informar sobre los cambios físicos y psicológicos que se producen en el embarazo para que así la mujer y su pareja tomen conciencia del proceso de gestación.	Didáctica

ANEXO 5: HOJA DE REGISTRO ANTE CLEIS

Carta Dictamen

Página 1 de 1



Dirección de Prestaciones Médicas
Unidad de Educación, Investigación y Políticas de Salud
Coordinación de Investigación en Salud



Dictamen de Autorizado

Comité Local de Investigación y Ética en Investigación en Salud 1602
H GRAL REGIONAL NUM 1, MICHOACÁN

FECHA **21/03/2014**

DRA. WENDY LEA CHACON PIZANO

P R E S E N T E

Tengo el agrado de notificarle, que el protocolo de investigación con título:

IMPACTO DE UNA INTERVENCIÓN EDUCATIVA CON ENFOQUE DE RIESGO EN MUJERES EN EDAD REPRODUCTIVA CON DESEO DE EMBARAZO DE LA UMF 75

que sometió a consideración de este Comité Local de Investigación y Ética en Investigación en Salud, de acuerdo con las recomendaciones de sus integrantes y de los revisores, cumple con la calidad metodológica y los requerimientos de Ética y de Investigación, por lo que el dictamen es **A U T O R I Z A D O**, con el número de registro institucional:

Núm. de Registro

R-2014-1602-12

ATENTAMENTE

DR. (A). JORGE RICARDO FRAGA CORTÉS

Presidente del Comité Local de Investigación y Ética en Investigación en Salud No. 1602

IMSS

SECRETARÍA DE SALUD FEDERAL

http://sirelcis/pi_dictamen_clis.php?idProyecto=2014-623&idCli=1602&monitor=1&tipo... 21/03/2014

ANEXO 6

CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES

Actividad	JUNIO-AGO 2013	SEPTIEMBRE- DIC 2013	ENERO-MAYO 2014	JUNIO-DIC 2014	ENERO-JULIO 2015	AGO-SEP 2015	SEP-DICI 2015	ENERO- MARZO 2016
Elección del tema- título	♣							
Recolección de información		♣	♣	♣	♣	♣		
Revisión bibliográfica		♣	♣	♣	♣	♣		
Elaboración del marco teórico		♣	♣	♣	♣	♣		
Autorización por el CLIES				♣				
Instrumento de medición				♣	♣	♣		
Aplicación de instrumento							♣	
Recopilación de resultados							♣	
Procesamiento y análisis de datos							♣	
Revisión del proyecto con resultados								♣
Presentación de resultados								♣
Presentación de tesis (examen profesional)								♣