

**REPUBLICA COOPERATIVA DE GUYANA
CENTRO DE DIAGNOSTICO INTEGRAL
SUDDIE REGION 2 ESSEQUIBO.**



**TITULO: " Estrategia de Intervención Educativa para el Incremento del
Conocimiento Sobre los Riesgos Reproductivo
Preconcepcional de las Mujeres en Edad Fértil Pertenecientes a
la Comunidad de Suddie en el Essequibo Guyanés ".**

AUTOR: Lic. Raudel Guirado Flores.

TUTOR: MSc.Dr. Ognary Israel Valdivia Parra.

Especialista de Segundo Grado en Ginecobstetricia.

Master en Atención Integral a la Mujer.

Profesor Auxiliar de la Facultad de Ciencias Médicas,

Ciego de Ávila

ASESOR: MSc.Dr. Carlos A. Rodríguez de Bernardo.

Especialista de Segundo Grado en Ginecobstetricia.

Master en Atención Integral a la Mujer.

Profesor Auxiliar de la Facultad de Ciencias Médicas,

Ciego de Ávila

Trabajo para optar por el titulo de master en atención integral a la mujer

AÑO 2010

**REPUBLICA COOPERATIVA DE GUYANA
CENTRO DE DIAGNOSTICO INTEGRAL
SUDDIE REGION 2 ESSEQUIBO.**



**TITULO: " Estrategia de Intervención Educativa para el Incremento del
Conocimiento Sobre los Riesgos Reproductivo
Preconcepcional de las Mujeres en Edad Fértil Pertenecientes a
la Comunidad de Suddie en el Essequibo Guyanés ".**

AUTOR: Lic. Raudel Guirado Flores.

Trabajo para optar por el titulo de master en atención integral a la mujer.

AÑO 2010

PENSAMIENTOS

Tratar a la enfermedad es una ciencia, tratar al enfermo es un arte, ser feliz en ambos es una suerte.

Esculapio

DECLARACION JURADA DEL AUTOR.

Por medio de la presente declaro ante el Consejo Científico de la facultad de Ciencias Médicas de Ciego de Ávila que la tesis titulada: "**Estrategia de Intervención Educativa para el Incremento del Conocimiento Sobre los Riesgos Reproductivo Preconcepcional de las Mujeres en Edad Fértil Pertenecientes a la Comunidad de Suddie en el Essequibo Guyanés**". Es de mi propia autoria, no contiene material escrito por otra persona que no haya sido referenciada debidamente en el texto.

Para que así conste firma la presente

Lic. Raudel Guirado Flores.

Maestrante.

Dado en Ciego de Ávila a los ____ días de Diciembre de 2010.

AGRADECIMIENTOS

Agradezco eternamente al MSc. Dr. Ognary Israel Valdivia Parra, por su acertada conducción, por su interés en la culminación final del presente trabajo, al MSc. Alexander Flores Sánchez, por su ayuda incondicional como primo e intelectual, a mi madre querida por las horas dedicadas a la revisión de este trabajo y a sus continuas sugerencias, a la Lic. Maidelyn Santana por sus sugerencias en el campo médico y su continuo aliento en el desarrollo de esta tesis. También deseo agradecer a todas las personas que contribuyeron de una forma u otra a la realización de esta investigación.

A todos

MUCHAS GRACIAS.....

DEDICATORIA.

Dedico esta obra académica a mis hijas por el amor que le profesó, a mi esposa Maidelyn por su tolerancia, consejos, amor y dedicación incondicional en la formación de nuestra familia, a mi madre ejemplo inspirador en mi formación académica, a mi abuela por la bendición de cada día de para ser un hombre mejor para la humanidad.

RESUMEN

Se realizó una investigación pre-experimental (antes y después) para evaluar el comportamiento del Riesgo Reproductivo Preconcepcional en mujeres pertenecientes a la comunidad de Suddie en el Essequibo Guyanés, en el período comprendido Julio 2009 Julio 2010. El universo del estudio estuvo constituido por un total de 600 mujeres con edades comprendidas entre 11 y 49 años dispensarizadas como riesgo reproductivo Preconcepcional, y una muestra conformada por 180 pacientes con riesgo reproductivo preconcepcional a las cuales se le aplicó varios cuestionarios recogiéndose las variables: edad, nivel escolar, ocupación, estado civil y los condicionantes del riesgo reproductivo preconcepcional. Se exploró el nivel de conocimiento sobre planificación familiar, causas de la no planificación y su conducta ante la misma, así como los métodos anticonceptivos utilizados. Las principales condicionantes del riesgo reproductivo preconcepcional fueron: la edad mayor de 35 años y los antecedentes de hipertensión arterial, afecciones vulvovaginales, período intergenésico corto y toxemia gravídica. La principal causa de no protección anticonceptiva fue el temor a efectos indeseables. Se comprobó el desconocimiento sobre riesgo reproductivo preconcepcional, métodos anticonceptivos y planificación familiar y se logró controlar con un método anticonceptivo a la mayoría de las mujeres no protegidas, así como el incremento del conocimiento de las mismas sobre riesgo reproductivo Preconcepcional a través de la Estrategia de Intervención Educativa Sobre Riesgo Reproductivo Preconcepcional aplicada en la Atención de Salud Comunitaria.

INTRODUCCION

La promoción y el desarrollo de la salud reproductiva es uno de los pilares más importantes para la prevención de la enfermedad y la muerte durante el proceso de la reproducción ⁽¹⁾. Se considera Riesgo Reproductivo Preconcepcional (**en lo adelante RRPC**) a la probabilidad que tiene una mujer no gestante de sufrir daños, ella o su producto, si se involucrara en el proceso reproductivo. Esta probabilidad está dada por factores condicionantes, bien sean enfermedades, o circunstancias que interfieren durante el embarazo, parto o puerperio. El RRPC aparece en la población de mujeres en edad fértil de 11 a 49 años que, de acuerdo con la presencia de condiciones o factores de riesgo, tiene un incremento en la probabilidad de sufrir daño a su salud o a la de su futuro hijo, si se involucra en el proceso de la reproducción. ⁽²⁾

El RRPC es considerado un riesgo mundial, como se evidencia en Honduras, donde se realizó un trabajo educativo con el personal médico del Instituto Hondureño de Seguridad Social, que demostró el deficiente conocimiento en esta materia, reflejado como factor más relevante la edad, seguida por la paridad, período intergenésico corto e HTA. ⁽³⁾

En el caso de Cuba, país en vías de desarrollo, la prevalencia anticonceptiva alcanza algo más de un 70%; en esto influyen factores como la existencia de un programa de atención a la mujer con seguimiento y control adecuado del riesgo reproductivo, factores socioculturales y la educación de la fémina, la cual además de aumentar el uso de los anticonceptivos contribuye a elevar la condición social de la mujer y reducir la mortalidad materna infantil. ⁽³⁻⁴⁾

En el caso de la República cooperativa de Guyana, país subdesarrollado, la prevalencia anticonceptiva alcanza algo más de un 0,2 %, en esto influyen factores tales como la no existencia de un programa de atención a la mujer con seguimiento y control adecuado del riesgo reproductivo, factores socioculturales y la educación de la fémina, lo cual constituyen factores determinantes, así como la condición social de la mujer y el aumento de la mortalidad materno infantil.(3-4).

Teniendo en cuenta la importancia que reviste el análisis del RRPC, se hace necesario brindar a la población femenina de la comunidad de Suddie en el Essequibo guyanés que está en edad fértil y con algún factor de riesgo, el modo de controlar la fecundidad; muchas no tienen la suficiente motivación para llevar adelante este control o no conocen como hacerlo, por lo que se hace necesario ir a la solución del siguiente **Problema de Investigación:** ¿ Como elevar el nivel de conocimientos sobre el RRPC en las mujeres en edad fértil en la comunidad de Suddie en el Essequibo Guyanés?

Posibles causas que originaron el problema científico determinado:

Determinantes Sociales y Psicológicos: hábitos de fumar, consumo de drogas, mal hábito alimenticio, condiciones higiénicas deficientes, escaso nivel cultural e intelectual, etc.

Determinantes biológicos: factores hereditarios, obesidad y otros.

Hipótesis. Si se aplica una estrategia de intervención educativa basada en las necesidades de conocimientos relacionados con el RRPC en mujeres en edad fértil de la comunidad del Suddie en el Essequibo Guyanés, entonces se logrará un incremento de los estándares de vida en la salud reproductiva.

Objeto de Investigación: El proceso Reproductivo Preconcepcional de las mujeres en edad fértil pertenecientes a la comunidad de Suddie en el Essequibo Guyanés.

Campo: Conocimientos asociados a los Riesgos Reproductivo Preconcepcional de las mujeres en edad fértil pertenecientes a la comunidad de Suddie en el Essequibo Guyanés.

Como instrumento fundamental de trabajo en el programa del Riesgo Reproductivo, que con la participación del médico y enfermera de familia se realizan acciones encaminadas a propiciar información, orientación y educación a la pareja, incluidas las infértiles, garantizando el desarrollo de la salud reproductiva, sobre la base del criterio del derecho libre a la reproducción, convirtiendo este programa en una estrategia de salud con el fin de proteger y mejorar la familia y la comunidad. ⁽⁵⁾

OBJETIVO GENERAL

Implementar una Estrategia de Intervención Educativa para elevar el nivel de conocimientos de las mujeres en edad fértil pertenecientes a la comunidad de Suddie en el Essequibo Guyanés sobre Riesgo Reproductivo Preconcepcional.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

1. Diagnosticar los elementos condicionantes del riesgo reproductivo preconcepcional (biológicos y socioambientales).

2. Determinar el nivel de conocimientos sobre riesgo reproductivo preconcepcional, métodos anticonceptivos de las mujeres en edad fértil pertenecientes a la comunidad de Suddie en el Essequibo Guyanés.
3. Precisar el grado de percepción de riesgo en la muestra seleccionada.
4. Identificar los métodos anticonceptivos más utilizados y las causas de su no utilización.
5. Elaborar una propuesta de Estrategia de Intervención Educativa sobre Riesgo Reproductivo Preconcepcional para ser aplicado en la comunidad de Suddie en el Essequibo Guyanés.
6. Aplicar la Estrategia de Intervención Educativa sobre Riesgo Reproductivo Preconcepcional en la comunidad de Suddie en el Essequibo Guyanés.
7. Evaluar los resultados de la aplicación de la Estrategia de Intervención Educativa sobre Riesgo Reproductivo Preconcepcional

CAPITULO: I DISEÑO TEORICO

El riesgo preconcepcional es la [probabilidad](#) que tiene una mujer no gestante de sufrir daño, ella o su [producto](#), si se involucra en el [proceso](#) reproductivo. Esta probabilidad está dada por factores condicionantes, bien sea [enfermedades](#) o circunstancias que interfieran durante el embarazo, [parto](#) o puerperio. Dicha probabilidad no es igual para todas las mujeres, aunque sea lo mismo, es decir, que la magnitud del riesgo es individual y así debemos considerarlo. No existe una condición de riesgo que sea medible por igual en cada mujer o pareja. En la gran mayoría de los casos, la poca percepción y el mal manejo del riesgo trae como consecuencia que las mujeres busquen alternativas de resultados impredecibles para su salud, por lo que el embarazo y el parto son una de las principales causas de muerte de las mismas. ⁽³⁾

El riesgo puede ser de [carácter](#) biológico, psíquico, social y ambiental, y pueden influenciarse entre ellos. Existen diversas clasificaciones de riesgo preconcepcional, pero ninguna puede sustituir el [pensamiento](#) médico en cada caso en particular, es decir, que teniendo en cuenta los diversos factores que pueden conceptualizarse, debemos aplicar un enfoque integral, analítico e individualizado en cada caso.

En la comunidad de Suddie, el riesgo reproductivo preconcepcional no deja de constituir un problema de salud, específicamente el determinado por factores biológicos unido a la existencia de una baja prevalencia del control, por lo que en la mayoría de los casos el desconocimiento es la causa fundamental del no uso de la anticoncepción, lo que constituye un problema fundamental dentro de la salud materno infantil y de ahí surge nuestra motivación para la realización de esta investigación.

Entre los antecedentes patológicos personales se encuentran las enfermedades crónicas como Hipertensión Arterial, Diabetes Mellitus, Cardiopatías, Nefropatías, Hepatopatías, que son las más importantes por su repercusión sobre la vida del binomio, seguida en frecuencias por el Asma Bronquial y la Anemias. Además, existen otras condiciones que pueden no haberse relacionado antes ya que solamente lo hicimos con las más frecuentes. Es importante destacar que cuando se asocian los factores el riesgo se incrementa.

La edad óptima para la procreación varía entre 20 -29; 20 -24; 25 y 29 años. Se considera riesgo para el embarazo la edad temprana, pero no existen coincidencias en sus rangos (menores de 12 años, menores de 18 y menores de 20 años), y las mayores de 35.

La multiparidad es un factor de riesgo, dado por el desgaste del aparato reproductivo y porque el riesgo aumenta proporcionalmente al número de nacimientos. El embarazo no deseado generalmente termina en un nacimiento con todo los riesgos que este tiene para la madre y el niño, cuando puede en algunos casos no ser atendido o cuidado debidamente..

La desnutrición constituye otro factor de riesgo para el embarazo, debido a que se establece una relación entre la masa corporal de la madre y el desarrollo de la masa corporal del producto, esta puede causar: mortalidad del feto, bajo peso, CIUR, mortalidad materna y anemia entre otros. En cuanto al estado civil en el caso de las solteras, llamadas producciones independientes, o sea embarazos que no son reconocidos o respaldado por el padre, la mujer enfrenta sola el embarazo, cuidado y atención del futuro niño, lo que afecta el [sistema](#) neuropsíquico e influye sobre el desarrollo del embarazo y posterior desarrollo del niño.

El hábito de fumar constituye un factor de riesgo importante relacionado con el riesgo materno perinatal, al igual que la ingestión de [alcohol](#) o [drogas](#), los que pueden ser causantes de prematuridad, mortalidad fetal, CIUR, y enfermedades psíquicas en las madres. Los antecedentes obstétricos desfavorables como son las muertes perinatales o infantiles, bajo peso al nacer, malformaciones congénitas e hijo con alguna enfermedad [genética](#) importante tienen un mayor riesgo de repetirse. Las enfermedades crónicas constituyen un riesgo importante para la madre ya que en el embarazo tienen mayor probabilidad de descompensarse por constituir una sobrecarga para el organismo, afectando todos los [sistemas](#).⁽¹⁰⁾

Una vez detectado el problema y su magnitud, debemos actuar para, en lo posible, erradicar, disminuir o controlar el riesgo, y de esta manera, posibilitar el embarazo en el caso que se desee, o tomar una conducta sobre anticoncepción temporal o definitiva. En nuestro medio, en el nivel de la atención comunitaria de salud no existe un Programa para el Control de Riesgo Preconcepcional, que se desarrolle

en todos los consultorios y se centralice: que tenga como objetivo fundamental incidir y modificar positivamente el riesgo existente antes de que la mujer quede embarazada, con el fin de lograr que la concepción ocurra en las mejores condiciones posibles.

Este programa establecería una negociación con la pareja o la mujer sobre su futuro reproductivo, con pleno conocimiento de su riesgo, para que espere un tiempo (acordado entre ambas partes) para su estudio y mejoramiento de las condiciones.

La fecundidad debe ser un fenómeno natural, tiene mucho que ver con lo social y lo cultural. Como se sabe, el comportamiento de los individuos está determinado, en gran medida, por la sociedad en que viven, y su conducta guarda estrecha relación con los aspectos culturales, los valores sociales y otras normas de conducta. Así, puede comprenderse cómo puede influir la sociedad en el matrimonio, la descendencia, el número de hijos, el uso o no de métodos anticonceptivos, la frecuencia de las relaciones sexuales, etcétera. ^(15,16)

El deseo o no de limitar el número de hijos y cuándo tenerlos, no cuenta a veces con la motivación suficiente de la pareja para llevar a cabo este propósito, y por ello, la anticoncepción se usa a veces de forma inadecuada; no obstante, existen métodos anticonceptivos de bajo costo y fácil acceso que pueden vencer actitudes ambivalentes y de poco control en determinados grupos. ⁽¹⁷⁾

Los médicos guyaneses graduados de la ELAM, están entrenados para realizar los estudios en la comunidad que atienden y conocen que determinados individuos, familias, grupos, colectivos o comunidades tienen una mayor probabilidad de presentar problemas de salud, sufrir accidentes o morir. Esta

mayor probabilidad se debe a la existencia de determinadas características llamadas factores de riesgo ^(1,4,5) los que pueden y deben ser identificados en la medicina preventiva para que se puedan ejercer acciones de salud que tiendan a disminuir la probabilidad de enfermar.

Las actividades de Planificación Familiar en el mundo han adquirido singular relevancia en los últimos años, y son muchas las organizaciones gubernamentales y no gubernamentales, así como organismos especializados que se dedican a estos fines.

Guyana ha permanecido ajena a esta realidad y el Ministerio de Salud no ha desarrollado programas de planificación familiar acordes a las organizaciones existentes, así como las técnicas y recursos humanos disponibles.

Con el modelo de atención primaria llamado “Medicina en la Comunidad” que impulsan los nuevos médicos guyaneses se logra una profundización en el estudio de los factores de riesgo en grupos vulnerables de la población.

La prevención de las complicaciones y la muerte durante el proceso de reproducción es uno de los pilares para el desarrollo de la salud reproductiva. El principal instrumento para lograr este fin es el control del riesgo reproductivo.

Contamos en la actualidad con herramientas aplicables a los aspectos preventivos de la atención de salud. El papel del médico y las enfermeras de la comunidad es fundamental en esta intervención educativa, pues tiene la responsabilidad de proteger y mejorar la salud de la familia y la comunidad. ^(3,8,9)

No puede hacerse una clasificación esquemática del riesgo preconcepcional, pero sí debemos tener en cuenta una serie de criterios conceptuales que nos ayuden a su identificación. ⁽¹⁰⁾

Riesgo Reproductivo Preconcepcional: probabilidad que tiene una mujer no gestante de sufrir daños, ella o su producto si se involucrara en el proceso reproductivo.

Riesgo Reproductivo Preconcepcional Controlado: Se considera controlada una paciente cuando existe registro del pensamiento médico en la historia clínica, con la correspondiente estrategia que se vaya a seguir. No se incluyen dentro de este programa:

1. Pacientes que no desean el embarazo, o que se infiera que no desea el embarazo y que está usando algún método anticonceptivo.
2. Cuando exista la certeza de que no hay actividad sexual.
3. Cuando haya anticoncepción permanente.
4. Cuando haya desaparecido la condición de riesgo.

Riesgo Reproductivo Preconcepcional Protegido: Se considera protegida una paciente cuando usa algún método anticonceptivo.

Edad fértil de la mujer: de 15 a 49 años ⁽²⁾

Promoción en salud: Es proporcionar a los pueblos los medios necesarios para mejora su salud y ejercer un mayor control sobre la misma (4).

Prevención en salud: Es cualquier acto dirigido a prevenir la enfermedad y promover la salud, cuyo objetivo es evitar la necesidad de atención primaria, secundaria o terciaria (4).

Al conocer la importancia que tiene en la medicina de la comunidad la prevención que es el objetivo fundamental, se hace necesario brindarle a la población en edad fértil y con algún factor de riesgo, el modo de controlar la fecundidad, pues muchos pobladores no tienen la motivación suficiente para llevar adelante este

control o no conocen cómo realizarlo .Con la participación del médico y la enfermera de la comunidad este programa alcanzará su mayor dimensión, al convertirse en una intervención de salud que tiene como fin proteger y mejorar la salud de la familia y de la comunidad.³

La educación sobre planificación familiar ofrece a las mujeres beneficios de salud evidentes. En los países en desarrollo, las complicaciones relacionadas con el embarazo y el parto son sus causas frecuentes de muerte. Al permitir que haya un adecuado espaciamiento entre los nacimientos, prevenir el embarazo muy temprano o muy tardío en la edad de procrear de las mujeres, cuando los riesgos son mayores y evitar embarazos involuntarios que pueden conducir a abortos ilegales y peligrosos, la planificación familiar puede proteger la salud de las mujeres; las [investigaciones](#) indican que muchas mujeres en el mundo reconocen esos beneficios. ^(22,23)

La anticoncepción fue considerada durante muchos años como algo obscuro y relacionada con la prostitución. Sólo hasta las décadas de 1960 y el 1970 es que comienzan en América Latina los programas nacionales de planificación familiar. ^(4,22,24,25)

En Malí, donde menos del 5% de las casadas en edad de procrear usan un método anticonceptivo moderno, las nuevas usuarias de anticonceptivos en Bamako dijeron que habían decidido usar la anticoncepción principalmente porque deseaban recuperar o mantener su salud. Una mujer que participó en un estudio de 55 usuarias de anticonceptivos realizados por el WSP declaró: quiero descansar; esta es la primera vez que he destetado a un bebé antes de quedar embarazada de nuevo; otra explicó: La mujer que tiene embarazos muy seguidos

vive agotada, pero cuando se espacian los nacimientos, se vive en paz y se evitan las enfermedades. Los estudios realizados con mujeres que usaban la anticoncepción en El Alto y Cochabamba, [Bolivia](#), revelaron que los métodos anticonceptivos modernos se relacionaban con un mayor placer sexual, probablemente porque hacían reducir el temor de un embarazo. Con demasiada frecuencia, los embarazos involuntarios ocurren porque la anticoncepción se usó incorrecta o no sistemáticamente, se discontinuó el uso de un método antes del momento indicado o porque el método elegido no era el eficaz. ^(22,26)

Los dispositivos intrauterinos (DIU) impiden la [fecundación](#) principalmente al interferir con la capacidad de los espermatozoides de sobrevivir al subir por las trompas de Falopio, donde ocurre la fecundación. La presencia de un cuerpo extraño en el útero como un DIU, produce cambios anatómicos y bioquímicos que parecen ser tóxicos para los espermatozoides. El DIU se puede insertar en cualquier momento del [ciclo menstrual](#), siempre y cuando el proveedor esté razonablemente [seguro](#) de que la mujer no está embarazada. Se calcula que en el mundo hay 128 millones de mujeres que usan el dispositivo intrauterino (DIU) que, con excepción de la esterilización femenina, es el método anticonceptivo más utilizado. El DIU preferido en la mayoría de los países es el dispositivo T 380A de [cobre](#). El DIU tiene buena acogida en varios países asiáticos, latinoamericanos y en muchos países árabes; sin embargo se utiliza muy poco en muchas otras zonas, esto se debe principalmente a la falta de información, a los temores infundados relativos a la [seguridad](#) o a la carencia de suministros y [capacitación](#) de los [proveedores](#). ^(27,28,29)

La anticoncepción de emergencia (ACE) es el uso de ciertos métodos después de un acto sexual sin protección, para prevenir el embarazo. Esta incluye cuando un método anticonceptivo se usa incorrectamente o cuando éste no funciona apropiadamente; por ejemplo, cuando el condón se rompe, el diafragma se desliza, o se ha olvidado tomar varias píldoras anticonceptivas durante el ciclo. Existen varios tipos de ACE, que son las píldoras anticonceptivas, el dispositivo intrauterino (T de cobre) y las píldoras antiprogestágeno. Las píldoras anticonceptivas de emergencia son seguras y eficaces, deben comenzar a tomarse lo más pronto posible, pero antes de que transcurran 72 h desde el momento en que ocurrió el acto sexual sin protección; pueden usarse en cualquier momento del ciclo, no son un método rutinario, pero tampoco previenen las [enfermedades de transmisión sexual](#). Existen varios tipos de píldoras anticonceptivas de emergencia. Las llamadas combinadas contienen estrógeno (etinilestradiol) y progesterona (levonorgestrel) y son conocidas como "Pauta de Yuzpe". Se toman en 2 dosis: la primera antes que transcurran 72 h desde el acto sexual, y la segunda 12 h después de la primera dosis. Cada dosis debe contener por lo menos 0,1 mg de etinilestradiol y 0,5 de levonorgestrel. En el caso de las tabletas de triquilar que se usan en nuestro país, para que se cumplan los requisitos deben de tomarse 4 de las tabletas amarillas en cada dosis, ya que contienen cada una 0,03 mg de etinilestradiol y 0,125 mg de levonorgestrel. ^(30,31)

El segundo tipo de ACE que mencionamos fue el dispositivo intrauterino (DIU). Se ha comprobado la [utilidad](#) de la T de cobre en tales casos. Se debe colocar dentro de los primeros 5 días de un acto sexual sin protección. Este método podría ser especialmente útil cuando la paciente está considerando la posibilidad de su uso

para anticonceptivo a largo plazo y/o cuando no son confiables los regímenes hormonales por haber transcurridos más de 72 h después del coito sin protección. Como tercer tipo de ACE tenemos las píldoras antiprogestágenas. La mifepristona (RU 486) ha tenido una evidencia científica de que en una dosis de 10 mg es sumamente efectiva como anticoncepción de emergencia ^(30,32,33,34). El inicio del uso de anticonceptivos orales (AO) bajo la [supervisión](#) de un proveedor de atención de salud durante la primera visita a la clínica, sea cual sea el momento del ciclo menstrual de la mujer, un método de iniciación llamado (inicio rápido), puede hacer aumentar la tasa de continuación de uso de los AO sin hacer aumentar los efectos secundarios menstruales.⁽²³⁾

Generalmente, el uso de AO se inicia durante la menstruación o poco después de ésta, en parte para cerciorarse de que la mujer no está embarazada cuando comienza a tomarse las píldoras. Sin embargo, la espera hasta que llegue la menstruación para empezar a usar los anticonceptivos orales puede que sea riesgosa si las mujeres pierden [motivación](#), están confundidas respecto a cuándo empezar a tomarse las píldoras o quedan embarazadas mientras esperan la menstruación; en realidad hasta la cuarta parte de las mujeres que esperan para empezar a utilizar los AO posiblemente nunca lleguen a tomarse ni siquiera la primera píldora.^(35,36,37)

Los dos preparados inyectables intramusculares más comúnmente usados son una inyección trimestral de depósito de acetato de medroxiprogesterona (150 mg en una suspensión microcristalina: DAMP, Depo-Proveta), y una inyección cada dos meses de onantato de noretisterona (200 mg en [aceite](#): ON-NET, noristerat, norigest). Las fórmulas inyectables mensuales, por lo común contienen un

progestágeno de [acción](#) prolongada y un estrógeno de acción corta. Son anticonceptivos sumamente eficaces que logran producir patrones de sangrado mensual más satisfactorios que los métodos de acción más prolongadas. Sin embargo, tienen la desventaja de exigir [administración](#) más frecuente.^{22,38}

Desde que Norplant se introdujo en los años 80, los investigadores han trabajado para simplificar este implante anticonceptivo sumamente seguro y eficaz que consiste en seis cápsulas de 3 cm que liberan levonorgestrel, lograron elaborar en los años 90 un producto que ahora tiene la [marca](#) registrada Jadelle y que consiste en un implante que tiene sólo cuatro cápsulas que liberan levonorgestrel. Ahora, Jadelle está empezando a introducirse en el mundo en desarrollo como otra opción aparte del Norplant, y que podría llegar a remplazarlo. La mayor diferencia práctica entre los dos implantes es que Jadelle es más fácil de insertar y de extraer, lo que constituye una ventaja para los [clientes](#) y para los proveedores. Las tasas de embarazos han sido idénticas, de 1,1 por cien mujeres en un período de 5 años. El método Jadelle ha sido aprobado en varios países europeos, Tailandia e Indonesia. En 2002 la federación internacional de planificación de la familia agregó el método a su lista de [productos](#).³⁹

A muchas mujeres le gustan los espermicidas y su obtención generalmente no requiere receta ni la ayuda del proveedor. Su uso es fácil y algunas veces se pueden aplicar sin que lo sepa el compañero sexual, se pueden usar sólo cuando se necesitan, pueden destruir o inactivar los espermatozoides y pueden tener leves efectos secundarios localizados, pero no tienen efectos en varios sistemas del cuerpo de la mujer, por último, se ofrecen en diferentes formulaciones, con lo

cual las mujeres tienen una variedad de opciones: láminas, supositorios, gels, espumas, cremas o tabletas.

Sin embargo, los espermicidas usados por sí solos están entre los anticonceptivos modernos menos eficaces para prevenir el embarazo, las tasas de embarazo en uso típico son de aproximadamente 26% el primer año, por consiguiente los espermicidas son más apropiados para las mujeres que no pueden usar otros métodos anticonceptivos o que deciden no usarlos, y para las mujeres que están dispuestas a correr el riesgo de un embarazo no deseado, las usuarias de espermicidas deben ser informadas acerca del uso de la anticoncepción de emergencia como método de respaldo, en caso de que no se haya usado un espermicida o se haya usado incorrectamente.⁴⁰

La palabra condón deriva del latín "condus" que significa receptáculo. Son hechos de látex natural que protegen contra VIH-[SIDA](#) y otras ETS; además previenen embarazos cuando se usan correctamente, pueden ser usados por hombres de cualquier edad. Como desventajas de su uso se mencionan: la pareja debe tomarse el tiempo de colocar el condón correctamente antes del coito, pueden no estar disponibles, los lubricantes pueden crear alergias. Su efectividad depende de 3 factores: regularidad de su uso, uso correcto y [calidad](#) del producto usado.^{41,42,43,44}

La [Organización](#) Mundial de la Salud (OMS) sigue recomendando que las usuarias del condón femenino usen uno nuevo en cada acto sexual. La reutilización del condón se ha notificado en varios entornos, probablemente porque mujeres no pueden darse el lujo de comprar varios condones femeninos.²⁶

La OMS no promueve la reutilización de este condón, en parte porque el [protocolo](#)

de limpieza y manipulación no se ha estudiado ampliamente para determinar su seguridad ni se ha evaluado en cuanto a su [eficacia](#) en seres humanos. Las investigaciones han observado que la [estructura](#) del condón femenino sigue siendo adecuada después de ciclos repetidos de desinfección y lavados.^{45,46}

La abstinencia periódica es un método anticonceptivo que interpone una barrera de tiempo entre los espermatozoides y el óvulo, esto se logra evitando las [relaciones sexuales](#) durante la fase fértil del ciclo menstrual. El [éxito](#) de este método depende de la habilidad de los miembros de la pareja para identificar la fase fértil de cada ciclo, los [adolescentes](#) frecuentemente tienen ciclos anovulatorios, lo que puede dificultar [el aprendizaje](#) y la práctica, por lo que les puede resultar difícil cumplir con la abstinencia.⁴⁷

El método del ritmo es la técnica de abstinencia periódica que más se utiliza, su uso adecuado implica hacer cálculos numéricos basados en los ciclos menstruales previos para determinar cuando es el período fértil del ciclo actual. Los métodos anticonceptivos tradicionales de la abstinencia periódica y el método del retiro o coito interrumpido, son dos métodos que siempre están disponibles para los jóvenes que, a diferencia de los métodos modernos, no cuestan nada.^{48,49}

La esterilización, masculina o femenina, a veces llamada anticoncepción quirúrgica, con frecuencia es la mejor opción una vez que se ha alcanzado el tamaño deseado de la familia. Es el método anticonceptivo más eficaz que existe. Es un [procedimiento](#) de una sola vez, relativamente simple en cualquiera de los dos casos. No requiere el uso constante de algún método, ni [control](#) a intervalos regulares, ni conlleva el [costo](#) de las provisiones de anticonceptivos. El riesgo de

complicaciones es mínimo si el procedimiento se realiza de acuerdo a estrictas [normas](#) médicas. A parte de su valor en términos de planificación familiar solamente, desde un punto de vista obstétrico conviene aconsejar la esterilización a los siguientes [grupos](#) de altos riesgos: Mujeres que han tenido tres hijos o más, mujeres mayores de 35 años de edad, mujeres con historias de complicaciones obstétricas o varias cesáreas, y mujeres con [problemas](#) de salud que podrían constituir contraindicaciones para el embarazo o para el uso de otros métodos de planificación familiar.^{38,50,51} En todos estos casos las circunstancias podrían sugerir a veces que sería preferible que el compañero tuviese una vasectomía a que la mujer sea esterilizada, en algunos casos en que la mujer está demasiado enferma para someterse a la operación. La vasectomía es un simple procedimiento quirúrgico menor. Por lo general es posible identificar fácilmente el conducto deferente por palpación antes de practicar la incisión, el escroto cicatriza rápidamente y la operación tiene la ventaja de permitir la confirmación de su éxito, después de 12 eyaculaciones. La operación es simple y muy raras veces es necesario efectuar una gran incisión.⁴⁷

Un grupo de expertos de la Organización Mundial de la Salud, propuso que: "La salud familiar es algo más que la salud individual de todos los miembros de una familia, ya que toma en consideración las interacciones complejas que se establecen en su seno, así como la de la familia con la sociedad y el medio que los rodea"

2.

Los antecedentes obstétricos reproductivos son:

1. Paridad: es más riesgosa la primera gestación (sobre todo si concommitan otros factores), así como cuando ha habido más de 3 partos.

2. Intervalo intergenésico: lo consideramos corto cuando es menor que 1 año, no así para la cesárea anterior, que consideramos hasta 2 años. Esta condición se asocia, con más frecuencia, con nacimientos pretérminos y anemias durante el embarazo.

3. Abortos espontáneos, malformaciones congénitas y muertes perinatales: pudieran estar relacionados con factores orgánicos y genéticos que deben ser estudiados antes del embarazo.

4. Recién nacidos de bajo peso y pretérminos: pueden repetirse en próximas gestaciones alguna causa previa que lo favorezca: enfermedades crónicas, hábito de fumar, malformaciones uterinas, miomas, etc.

5. Toxemia anterior: puede repetirse debido al mal control de los hábitos higiénico-dietéticos, así como si han aparecido otros factores.

6. Cesárea anterior: como toda intervención sobre el útero debe considerarse hasta los 2 años, ya que es un factor que no podemos modificar.

7. Rh negativo sensibilizado: constituye un importante riesgo aunque no es frecuente.

No puede hacerse una clasificación esquemática del RRPC pero si debemos tener en cuenta una serie de criterios principales que nos ayude a su identificación (10)

ANTECEDENTES Y CONDICIONES GENERALES

- **EDAD (MENOS DE 18 Y MÁS DE 35 AÑOS)**

En las mujeres muy jóvenes es más frecuente que el embarazo termine antes de tiempo (aborto,. parto inmaduro o prematuro), así como que ocurran malformaciones congénitas y complicaciones como: inserción baja placentaria, toxemia, distocia del parto, muerte fetal, etc.

En las mujeres mayores de 35 años también son frecuentes las complicaciones antes señaladas, sobre todo si se añaden otros factores de riesgo como la multiparidad, hábito de fumar y enfermedades crónicas.

- **PESO (MALNUTRIDAS)**

Las malnutridas por defecto deberían aumentar de peso antes de la concepción, ya que con frecuencia se le asocian partos pretérminos y toxemia. En el caso de las obesas, las complicaciones principales van a estar asociadas con la toxemia y la hipertensión arterial, pero también pueden verse la prematuridad y el bajo peso. El nacimiento de un niño sano es un acontecimiento que tradicionalmente se celebra en todas las sociedades del mundo, sin embargo, para muchas familias el proceso de reproducción puede ser un acontecimiento sombrío y peligroso, con morbilidad, secuelas y en última instancia la muerte de la madre, del producto o de ambos. ⁽¹⁾

En la primera mitad del siglo XX, existió gran desarrollo en el arte de los partos sin dejar de constituir un alto riesgo para la mujer embarazada, lo que determina un elevado número de muertes maternas. ^(1,2)

Ya en 1950 se logra en el mundo una tasa de mortalidad materna de 8,5 por cada 1000 nacidos vivos, por lo que es a partir de ese año que se abre camino a una nueva preocupación universal; el riesgo de vida fetal. A partir de ese momento comienza la tendencia de reducir el número de hijos y al mismo tiempo el deseo de no perder ninguno. ^(1,3)

En las mujeres muy jóvenes es más frecuente que el embarazo termine antes de tiempo (aborto, parto inmaduro o prematuro), así como que ocurran

malformaciones congénitas y complicaciones como: inserción baja placentaria, toxemia, distocia del parto, muerte fetal, etc.

En las mujeres mayores de 35 años también son frecuentes las complicaciones antes señaladas, sobre todo si se añaden otros factores de riesgo como la multiparidad, hábito de fumar y enfermedades crónicas.

Las malnutridas por defecto deberían aumentar de peso antes de la concepción, ya que con frecuencia se le asocian partos pretérminos y toxemia. En el caso de las obesas, las complicaciones principales van a estar asociadas con la toxemia y la hipertensión arterial, pero también pueden verse la prematuridad y el bajo peso.

Las condiciones Sociales desfavorables o conductas personales o de parejas inadecuadas también constituyen un factor de riesgo para el embarazo y el producto. Entre ellas se encuentran: alcoholismo, promiscuidad, pareja inestable, madre soltera, hacinamiento, intento suicida, no solvencia económica, maltrato, etc.

CAPITULO II: DISEÑO METODOLOGICO.

En el proceso de la investigación se efectuó un estudio pre-experimental de intervención educativa del tipo (antes y después) con el objetivo de elevar el nivel de conocimiento sobre el RRPC en mujeres en edad fértil de la comunidad de Suddie en el Essequibo Guyanés.

Tipo de proyecto: de intervención

Tipo de estudio realizado. Se realizó una investigación pre-experimental de intervención educativa del tipo (antes y después)

Tiempo y espacio. Grupo Básico de Trabajo CDI Suddie en el Essequibo guyanés durante el periodo Julio 2009 Julio 2010

Universo y Muestra

Universo

El universo de estudio estuvo constituido por un total de 600 mujeres con edades comprendidas entre 11 y 49 años ,como riesgo reproductivo preconcepcional, pertenecientes a los consultorio (Health Center) que conforman la comunidad de suddie en la Región II del Esequibo perteneciente al CDI (Centro de Diagnóstico Integral)

Muestra

La muestra fue seleccionada de forma aleatoria y quedó finalmente conformada por un total de 180 que significan el 30 % de las pacientes con riesgo reproductivo preconcepcional, las cuales cumplieron los criterios de inclusión y exclusión definidos previamente a los efectos de homogenizar la misma.

Criterios de Inclusión

1. Pacientes con riesgo reproductivo preconcepcional no controlado que viven en el área de salud estudiada durante el período comprendido.
2. Pacientes que hayan estado de acuerdo con participar en el estudio.

Criterios de Exclusión

1. Pacientes con riesgo reproductivo preconcepcional controlado.
2. Pacientes con riesgo reproductivo preconcepcional que abandonaron la zona en el período comprendido en el estudio.

3. Pacientes que no aceptaron participar en el estudio o una vez en este lo abandonaron voluntariamente.

Los métodos aplicados durante la investigación fueron:

Métodos teóricos

Análisis y síntesis: permitió penetrar en lo fundamental de lo observado, separar lo esencial de lo secundario, determinar lo importante a partir de la bibliografía revisada y extraer lo necesario para la solución del problema.

Histórico-lógico: Se seleccionó con el objetivo de poder estudiar la trayectoria real de los fenómenos y acontecimientos en el cursar de la historia, por lo que se empleo para indagar sobre los diferentes RRPC

Inducción- deducción: Se establecieron generalizaciones que confirma empíricamente la hipótesis.

Hipotético deductivo: Redujo la hipótesis como respuesta al problema.

Método empírico.

La observación: para evaluar el grado de percepción sobre el riesgo de las mujeres en edad fértil en los dos consultorios (health Center)

El estudio documental: para evaluar a través de las historias clínicas los antecedentes de salud de las mujeres objetos de investigación.

Técnicas de recolección de la información:

Se aplicaron entrevistas y cuestionarios las cuales se anexan.

Para el desarrollo de esta investigación se realizo una encuesta antes y después de la intervención educativa, que constituyó el sustento informativo de todo el trabajo.

Para dar cumplimiento al objetivo número 1 se realizó una entrevista (Anexo 2) que se aplicó a cada una de las mujeres en estudio para identificar elementos que constituyen condicionantes del riesgo reproductivo preconcepcional, los cuales a su vez se dividieron en biológicos y socio ambientales.

VARIABLES.

Variable dependiente:

El conocimiento sobre el RRPC en las mujeres en edad fértil en la comunidad de Suddie en el Essequibo Guyanés.

Variable independiente:

Estrategia de Intervención Educativa para elevar el nivel de conocimientos de las mujeres en edad fértil.

CONCEPTUALIZACION Y OPERACIONALIZACION DE LAS VARIABLES.

Conceptualización

Estrategia de Intervención Educativa se define como: Sistemas de actividades educativas para lograr cambios de comportamientos específicos en mujeres en edad fértil que tengan RRPC

Operacionalización:

Indicadores definidos para evaluar el comportamiento de la muestra después de aplicada la Estrategia de Intervención educativa:

-Incremento del grado de percepción de mujeres en edad fértil sobre Riesgos Reproductivo Preconcepcional

-Incremento del Conocimiento de mujeres en edad fértil sobre Riesgos Reproductivo Preconcepcional

-Cambios sobre el modo de actuación asociados a los Riesgos Reproductivo Preconcepcional

EL TRABAJO SE DESARROLLO EN TRES ETAPAS:

-Nivel de conocimiento al inicio de la investigación.

-Nivel de intervención educativa.

-Nivel de conocimiento después de la intervención.

Nivel de Conocimiento al inicio de la investigación.

En los consultorios (Health Centrer) se realizó una caracterización general de las mujeres con riesgo reproductivo preconcepcional, apoyándonos en las visitas en el terreno y las historias clínicas individuales y se seleccionó la muestra de acuerdo a los criterios de inclusión, luego pasamos a obtener el consentimiento a participar en el estudio (Anexo 1).

Las pacientes fueron citadas a la Consulta de Obstetricia del CDI de Suddie que funciona con frecuencia semanal, donde se les confeccionó la tarjeta de control de RRPC. Al total de la muestra se le aplicó un cuestionario con fines de entrevista (Anexo 2) conformado por preguntas cerradas recogiendo las variables: factores condicionantes del riesgo reproductivo preconcepcional y método anticonceptivo utilizado. Posteriormente se les aplicó otro cuestionario (Anexo 3) que exploró el nivel de conocimiento sobre planificación familiar, causas de la no planificación y su conducta ante la misma. Posteriormente fueron citadas a la consulta de obstetricia con frecuencia mensual durante los primeros 6 meses y posteriormente trimestral hasta completar el año de estudio.

INTERVENCION EDUCATIVA.

Durante las consultas efectuadas a las pacientes se realizaron acciones encaminadas a modificar positivamente los riesgos, lo cual estuvo determinado por el tipo de riesgo y si era susceptible o no de modificación. Estas acciones incluyeron la labor educativa individual y charlas educativas grupales que incluyeron los siguientes temas:

- Factores condicionantes de RRPC.
- Métodos anticonceptivos. Ventajas y desventajas.
- Importancia del control de riesgo preconcepcional

Además se les ofreció educación sanitaria a estas mujeres sobre su condición y sobre hábitos y creencias erróneas y dañinas sobre su salud.

Posteriormente a las pacientes identificadas como RRPC no protegido se les ofreció un método anticonceptivo de acuerdo a las características individuales, la disponibilidad y la negociación con la paciente.

Finalmente se elaboró una propuesta de programa educativo sobre Riesgo Reproductivo Preconcepcional para ser aplicado en la Atención comunitaria de salud (Anexo 4).

2.3 Nivel de Conocimiento después de la intervención

Después de aplicada la estrategia se evaluó nuevamente con la encuesta a las mujeres en estudio, (anexo 2) considerándose los mismos parámetros evaluativos que en la primera etapa con el objetivo de valorar el estudio antes y después y la efectividad de la intervención educativa.

Procesamiento y análisis de la información.

El procesamiento estadístico se realizó en una Microcomputadora tipo Pentium 4, los textos se procesaron con Word XP, y las tablas y gráficos se realizaron con Excel XP, confeccionándose tablas y gráficos. Se utilizó medidas de resumen de valores numéricos y porcentuales.

Se realizó el análisis y discusión de los resultados utilizando la información previa del autor y el tutor y la información científica de estudios nacionales e internacionales, lo que permitió alcanzar los objetivos propuestos y emitir conclusiones y recomendaciones.

Se redactó el informe final teniendo en cuenta los requisitos establecidos por el departamento de investigación de la Facultad de Ciencias Médicas de Ciego de Ávila.

Consideraciones éticas

Para ejecutar la investigación se tuvo en cuenta los requisitos éticos en la que participan sujetos humanos, ofreciendo información a los participantes en lenguaje claro y sencillo acerca del objetivo de la misma, los posibles riesgos (violación de la confidencialidad de los datos por alguno de los participantes, no solo de los investigadores) y los beneficios, así como sus consecuencias inmediatas y mediatas. No se aplicó ninguna técnica o instrumento de investigación sin contar previamente con el consentimiento de los participantes, pues todas las técnicas aplicadas (observación y entrevistas) así lo requieren, pues ellas se encuentran fundamentadas en relaciones interpersonales y grupales, en la aplicación de los

principios bioéticos de beneficencia y justicia social, que propician nuestra acción contando además con el apoyo del personal administrativo y de gobierno.

Para la selección de los pacientes objeto de estudio se tuvo presente su nivel de autonomía, se solicitó el consentimiento informado previo a la inclusión en el estudio, además se orientaron las necesidades sociales, políticas, científicas y las normas éticas legisladas para brindar una atención de salud mediante una firme actitud humanista, ética y de responsabilidad legal.

Aportes de la Investigación.

Los aportes de la presente investigación se encuentran en el orden teórico y prácticos, los cuales se relacionan continuación:

Prácticos:

- Instrumentos para diagnosticar los elementos condicionantes del riesgo reproductivo Preconcepcional (**Entrevista, encuesta y guía de observación y de estudio documental**)
- Estrategia de Intervención Educativa

Teóricos:

- Lineamientos metodológicos para la confección de una estrategia de intervención educativa.

CAPITULO III LINEAMIENTOS METODOLOGICOS UTILIZADOS PARA LA ELABORACION DE LA ESTRATEGIA DE INTERVENCION EDUCATIVA. ANALISIS Y DISCUSION DE LOS RESULTADOS.

-Lineamientos Metodológicos para la Elaboración de la Estrategia de Intervención Educativa.

Los lineamientos metodológicos se encuentran estructurados sobre la base de las siguientes actividades:

- Definición de objetivos: general y específicos.
- Delimitación del Ámbito de Acción.
- Determinación del Alcance de la Estrategia de Intervención Educativa: se identifica tomando en consideración los objetivos y el ámbito de acción **(social, científico, educacional)** en el cual se desarrollan las actividades planificadas.
- Diagnostico y evaluación de la situación problemática delimitada en la investigación.
- Identificación de los actores sociales que intervienen en el proceso.

Tomando en consideración los lineamientos antes expuestos se elaboro la Estrategia de Intervención Educativa, la cual se puede observar en el **(anexo: 4)**

-Análisis y Discusión de los Resultados.

En la tabla 1 se muestra la distribución de las mujeres con riesgo reproductivo preconcepcional según condiciones biológicas de riesgo.

Tabla I Distribución de mujeres con riesgos reproductivo preconcepcional según edad.

Edad	No.	%
Menor de 20 años	37	20.55
De 20 a 34 años	65	36.11
De 35 años y más	78	43.33
Total	180	100

En cuanto a la edad se aprecia un predominio de las mayores de 35 años con cifras cercanas a la mitad de la muestra lo cual puede traer consigo grandes peligros asociados al embarazo y al parto con la consecuencia posterior que esto trae aparejado, se señala que las de riesgo por edad temprana incrementan la probabilidad de muertes perinatal e infantil, bajo peso al nacer, morbilidad materna y partos distócicos. En las tardías el riesgo se ve incrementado en relación con el inicio del envejecimiento del sistema reproductivo y la aparición de enfermedades en esta etapa de la vida. Se asocia también a un mayor número de enfermedades congénitas, prolapso uterino y enfermedades del cuello uterino que ensombrecen el pronóstico del parto. Por otra parte aunque con un discreto porcentaje del total las adolescentes tienden a no adoptar conductas responsables, no valoran el riesgo de quedar embarazadas o de contraer infecciones de transmisión sexual y

se consideran invulnerables a las consecuencia de relaciones sexuales desprotegidas. ^(54,55,56,57)

Consideramos que aunque es conocido la edad por sí solo no constituye un riesgo preconcepcional, pero a medida que avanza la misma éste se incrementa llegando a ser 50 veces mayor en las mujeres que han sobrepasado los 40 años ^(58,59,60). Se confirmó que las edades óptimas para la concepción son probablemente las finales de la segunda década de la vida y los inicios de la tercera. En estudios realizados por Torres Silot, Lugones Botell, et al y Hernández García se obtuvieron resultados similares ya que este rango de edades fue predominante con respecto a los otros. ^(26,56,58)

Esto coincide con Velázquez López en un estudio realizado donde predominaron las pacientes con más de 35 años con un 23,5%. ⁶¹ Aunque se presenta un bajo índice de mujeres menores de 18 años, se hace necesaria la aplicación de la educación sexual y sanitaria que se encamine a la reducción de la tasas de embarazo en este grupo etáreo para garantizar mejor pronóstico de vida, tanto para la madre como para su descendencia. ⁶² Peláez Mendoza coincide con estos resultados en su investigación. ⁽³⁶⁾

Con relación a las enfermedades asociadas predomina la hipertensión arterial con un cuarto de la muestra, seguida del asma bronquial (Ver tabla II).

Tabla II. Enfermedades crónicas asociadas.

Enfermedades Asociadas	No	%
Hipertensión Arterial	70	38.88
Asma Bronquial	42	23.33
Cardiopatía	13	7.2
Sin enfermedades asociadas	55	30.55
Total	180	100

Otras enfermedades como las cardiopatías se presentan sin observarse un predominio significativo. Específicamente la hipertensión arterial constituye un grave problema de salud en el área, se estima que del 10 al 12% de la población adulta padece esta enfermedad. Esta alta prevalencia está probablemente asociada al consumo excesivo de sal, malos hábitos higiénicos dietéticos y el estrés. Sabemos que la hipertensión arterial tiene alta incidencia en la población lo cual justifica estos resultados, y que cada día va ir en ascenso lo que se corresponde con que es la hipertensión arterial el principal riesgo biológico que afecta a las pacientes con una enfermedad crónica no transmisible. Iguales resultados y justificaciones obtuvieron otros autores revisados. ^(63,64,65) Algunos autores plantean que en pacientes hipertensas el embarazo resulta acortado y tienen una elevada frecuencia de abortos y partos prematuros. El peso del feto al nacer también es menor, aunque el embarazo sea a término, aumenta la morbilidad perinatal y es más frecuente la eclampsia. En estas mujeres a su vez el embarazo agrava de forma irreversible la hipertensión arterial. ^(66,67) En la

comunidad de Suddie se ha visto gravemente afectada por la alta prevalencia de hipertensión arterial pues en la mayoría de los casos estos pacientes no llevan un tratamiento regular adecuado.

La tabla III muestra la distribución de mujeres con riesgo reproductivo Preconcepcional según los antecedentes ginecosbtétricos importantes.

Tabla III. Antecedentes ginecológicos y obstétricos.

Antecedentes n-180	No	%
Ginecológicos:		
Afecciones Vulvovaginales	90	50
Afecciones Cérvico uterinas	23	12.77
Obstétricos:		
Período Inter genésico Corto	78	43.33
Toxemia Gravídica	60	33.33
Anemia	18	10
Embarazo Múltiple	8	4.44
Rotura Prematura de Membranas	43	23.88
Abortos a repetición	43	23.88
Multiparidad	120	66.66
Parto Pretérmino	52	28.88
Cesárea Anterior	21	11.66
Recién nacido bajo peso	36	20

Se puede apreciar que en cuanto a los antecedentes ginecológicos predominan las afecciones vulvovaginales con la mitad de la población en estudio. En este análisis el porcentaje no se corresponde con la muestra ya que existen antecedentes que se repiten en una misma mujer. Estos resultados confirman que las afecciones vulvovaginales son un signo importante dentro de las afecciones ginecológicas que motiva a la población femenina en edad fértil a la consulta del médico, por tanto se debe realizar un diagnóstico y tratamiento adecuado para hacer prevención de otras alteraciones.^(68,69)

En relación con los antecedentes obstétricos encontramos que relacionados con la gestación predominan las mujeres con período intergenésico corto con cifras cercanas a la mitad, seguido de la toxemia gravídica con un tercio de la muestra y anemia cercana a una décima parte. Los otros aspectos no ofrecieron resultados significativos. El corto período intergenésico fue el factor de mayor fuerza encontrado por Lugones Bottel en un grupo básico de trabajo en Cuba. En los relacionados con el parto predominó la multiparidad con un cuarto y el parto pretérmino con una décima parte. Las cesareadas anteriores y los recién nacidos bajo peso se comportaron con un índice bajo. Se puede plantear que los antecedentes obstétricos tienen alta incidencia en los pacientes, los cuales constituyen un riesgo importante para el futuro embarazo de las mismas. Hay que tener en cuenta que el período intergenésico corto y la enfermedad hipertensiva gravídica conllevan al bajo peso al nacer fundamentalmente con la consiguiente repercusión biológica, psicológica y social que esto trae para la madre, el niño y la sociedad. Rodríguez Chavez, Peláez Mendoza y Rodríguez F. en estudios realizados encontraron resultados similares donde predominaron las pacientes con

período intergenésico corto y toxemia gravídica. ^(10,36,70) Por otra parte Ramírez Torres, González Labrador y Rigol Ricardo realizaron estudios similares, donde predominaron la toxemia, además de las malformaciones congénitas y la prematuridad. ^(14,52,71)

En la tabla IV se reflejan las mujeres con riesgo reproductivo preconcepcional según elementos condicionantes de riesgo

Tabla IV Condicionantes socio ambientales de riesgo.

Condicionantes	No.	%
Hábitos Tóxicos:		
Tabaquismo	50	27.77
Café	24	13.33
Alcohol	40	22.22
Sexualidad:		
Pareja Sexual Estable	168	93.33
Pareja Sexual Inestable	12	6.66

Se observa que respecto a los hábitos tóxicos predominó el tabaquismo con un cuarto de la muestra del cual también se conocen las consecuencias negativas que trae para el producto de la concepción y para la madre, como son: daña severamente la salud, acorta el tiempo de vida, provoca padecimientos irreversibles, incapacitantes y mortales como el cáncer, enfisema pulmonar, infarto

agudo del miocardio, entre otros. Los hijos de madres fumadoras tienen menos peso al nacer, más probabilidad de ser prematuros o morir. ^(60,74)

Al respecto son muchos los estudios que demuestran la nocividad del hábito de fumar y su interferencia en el producto de la concepción. ^(61,75)

Continúa la ingestión de alcohol con una quinta parte, lo cual se explica ya que el país es eminentemente agrícola y en la región se cultiva el la caña de Azúcar, lo que motiva a la población como reliquia a la ingestión de su derivado.

La ingestión de Café constituye una de la condicionantes sociales, pero no una de la mas destacada, a pesar que se plantea que tomar 3 tazas de café y otros preparados con cafeína más de 3 veces al día produce un modesto efecto en el crecimiento fetal y un incremento marginal del riesgo de bajo peso al nacer.

⁽⁶⁰⁾Además una décima parte de los casos presentaron parejas sexuales inestables, las cuales pueden contribuir a la aparición de enfermedades transmisibles sexualmente con su repercusión posterior tanto para la madre como para su hijo.

La tabla V muestra la distribución de mujeres con riesgo reproductivo preconcepcional según método anticonceptivo utilizado.

Tabla V. Métodos anticonceptivos utilizados.

Método utilizado	No.	%
Hormonales Inyectables	25	13.6
Hormonales Orales	20	11.11
DIU	89	49.44
Condón	74	41.11
Abstinencia Periódica	2	1.1
Coito Interrupto	1	0.55
Quirúrgico	3	1.66
Ninguno	69	38.33
Total	180	100

Se observa que el método más utilizado fue el DIU con un 49.44 %, seguido del condón y los anticonceptivos hormonales orales, también se aprecia como dato importante que el 38.33 % de las mujeres estudiadas no estaban protegidas con ningún método anticonceptivo.

En el caso de los métodos naturales como la abstinencia periódica y el coito interrupto, el uso fue muy pobre, consideramos que influyó en esto primeramente que se necesita para ello la cooperación masculina y además tienen una alta tasa

de fracaso que alcanza el 20%, aunque en América Latina cerca del 18.0% de las parejas lo usan o lo han usado alguna vez. ⁽¹³⁾ Ramírez Torres ⁽¹⁸⁾ en su trabajo encontró un predominio del uso de hormonas inyectables en un 42%, seguido del DIU. Según otros autores de la literatura cubana, Rodríguez Bosch, en su investigación, “Norplant tres años de experiencias y Santana Pérez en su trabajo “implantes subdérmicos”, es el método anticonceptivo reversible más efectivo para evitar el embarazo y muchas mujeres lo prefieren en todo el mundo. ^(19,20)

En la tabla VI se muestran las mujeres con riesgo preconcepcional según la información sobre riesgo reproductivo preconcepcional, percepción de riesgo y medidas para disminuir o eliminar el riesgo.

Tabla VI. Conocimientos sobre riesgo reproductivo Preconcepcional y percepción de riesgo.

Variables	No.	%
Conocen a que se denomina RRPC	18	10.0
Tienen percepción de riesgo	26	14.44
Conocen las medidas para disminuir o eliminar el riesgo	42	23.23

En cuanto al conocimiento sobre la denominación de riesgo reproductivo preconcepcional solo el 10 % de las pacientes lo conocían y sólo esas mismas se consideraban pacientes de riesgo, y el 23.33% conoce las medidas para disminuir o erradicar el riesgo, lo cual demuestra que existe desinformación sobre este parámetro en las pacientes estudiadas

En la tabla VII se reflejan las mujeres con riesgo reproductivo preconcepcional según el nivel de conocimientos sobre métodos anticonceptivos.

Tabla VII. Conocimientos sobre métodos anticonceptivos.

Métodos Anticonceptivos	%	No.
DIU	180	100
Método del Ritmo	27	15.0
Coito Interrupto	33	18.3
Diafragma	6	3.3
Condón	147	81.6
Hormonales orales	180	100
Quirúrgicos	18	10.0
Hormonales parenterales	11	6.11

Se observa que los métodos anticonceptivos más conocidos fueron los hormonales orales (Tabletas anticonceptivas) y los DIU que fueron identificados por el 100% de las mujeres seguido por el condón con el 81.6%. Estos resultados coinciden con los de otros autores. ^(45,58) demostrando que a pesar de que se conocen algunos, todavía existe desconocimiento sobre métodos anticonceptivos. En la tabla VIII se representa la distribución de las mujeres clasificadas como RRPC no protegido.

Tabla VIII. Causas del no uso de los métodos anticonceptivos.

Causas n=69	No.	%
Temor a efectos secundarios	166	92.22
Desconocimiento	42	23.33
Deseos de tener hijos a corto plazo	141	78.3
Problemas de salud	17	9.4
Pareja se opone	28	15.5
Creencias religiosas y culturales	35	19.4

Cuando se trata de brindar servicios de planificación familiar, es importante pensar en las causas que pueden entorpecer nuestros propósitos, como: políticas culturales o religiosas, leyes existentes, uso de métodos de poca eficacia, roles de mujer-hombre, bajo nivel educacional, insuficiente e inadecuada educación sexual y el miedo al daño. ⁽¹¹⁾ Partiendo de que durante esta etapa diagnóstica entendimos necesario conocer el por qué estas mujeres no utilizaban ningún método anticonceptivo encontramos, al analizar estos resultados, que las dificultades más frecuentes de la utilización de la planificación fueron el temor a efectos secundarios y el deseo de tener hijos a corto plazo.

Según la OMS en el 2004, el temor a efectos secundarios es la razón más frecuente evocada por las mujeres, seguidos por problemas de salud e interdictos religiosos. ⁽⁶⁴⁾

En la tabla IX se presenta la distribución de mujeres según el criterio acerca de la responsabilidad e importancia de la asistencia a las consultas.

Tabla IX. Criterios acerca de responsabilidad ante la planificación familiar e importancia de la asistencia a las consultas.

Variables	No.	%
Responsabilidad:		
Exclusiva de la mujer	160	98.8
Ambos miembros de la pareja.	38	21.1
Importancia de asistencia		
Si	138	76.6
No	42	23.3

Se observándose que la mayoría de las pacientes consideran que la planificación familiar es responsabilidad exclusiva de la mujer.

Los hombres no están dispuestos a instruirse sobre métodos anticonceptivos modernos, temen probablemente con toda razón que puede “cambiar” el equilibrio del control social entre hombres y mujeres. ^(65,66)

Con respecto a la importancia de la asistencia a las consultas un elevado el número de pacientes consideraron importante la misma.

En la tabla X se analiza el modo de asistencia de las pacientes a la primera consulta.

Tabla X. Modo de asistencia a la primera consulta de planificación familiar.

Modo de asistencia	No.	%
Solas	162	90
Con su pareja	18	10
Total	180	100

El mayor porcentaje asistieron solas y una pequeña parte acudió en compañía de su pareja; sin embargo, consideramos que logramos sensibilizar a un número pequeño de hombres sobre la responsabilidad ante la planificación Familiar motivados por los conocimientos transmitidos a ellos por las pacientes.

En estudios similares se encuentran resultados semejantes a los nuestros. Sigue siendo superior el número de mujeres que acuden a la consulta, lo que se observa que la responsabilidad fundamental de la anticoncepción en este medio recae sobre la mujer; existiendo muy pocos cambios positivos en la concepción tradicional de que la mujer es la que queda embarazada y la que debe protegerse.

⁽¹³⁾ Históricamente y con cierta justificación se ha supuesto que los hombres son en general un obstáculo para la planificación familiar; sobre todo en sociedades como esta, con predominio del machismo y diversidades de religiones donde los hombres juegan un papel dominante en la toma de decisiones sobre fecundidad.

En la tabla XI se exponen los métodos anticonceptivos propuestos que fueron finalmente aceptados por las pacientes con RRPC no protegido.

Tabla XI. Métodos anticonceptivos propuestos y aceptados por las pacientes con RRPC no protegido.

Método	No.	%
Hormonales Inyectables	9	13.0
Hormonales Orales	5	7.2
DIU	43	62.3
Quirúrgico	4	5.7
Ninguno	8	11.5
Total	69	100

Este resultado estuvo influenciado por la disponibilidad, las individualidades y la negociación con la paciente, se encontró que de los métodos el que menos se utilizó fue el quirúrgico por las implicaciones que tiene: irreversibilidad y el riesgo de una intervención quirúrgica. Los métodos anticonceptivos más utilizados fueron los DIU con más de la mitad de mujeres en el estudio, preferido por la duración, seguridad y menor riesgo de olvidar la administración como ocurre con las píldoras. Ramírez Torres ⁽¹⁸⁾ en su trabajo encontró un predominio del uso de hormonas inyectables en un 42%, seguido del DIU. Según otros autores de la literatura cubana, Rodríguez Bosch, en su investigación, "Norplant tres años de experiencia " y Santana Pérez en su trabajo " Implantantes subdérmicos ", es el

método anticonceptivo reversible más efectivo para evitar el embarazo y muchas mujeres lo prefieren en todo el mundo. ^(19,20).

Los resultados obtenidos después de aplicada la Estrategia de Intervención Educativa expresan que:

A través de labor de consejería, orientación y educación en el terreno, así como el tratamiento a los factores de riesgos presentes, como labor fundamental de nuestra consulta, se logró controlar al 92.3 % de la mujeres con riesgo reproductivo preconcepcional no protegido que participaron en el estudio, demostrándose así la falta de conocimiento existente sobre dicha materia, lo cual constituye un indicador que expresa la elevación de los conocimientos de los Riesgos Reproductivos Preconcepcional de las mujeres en edad fértil.

La aplicación de la estrategia también condujo a una disminución de la mujeres hipertensa embarazadas sin un control adecuado y seguimiento del medico de la comunidad. Así como incidió en los hábitos tóxicos de estas, principalmente en el hábito de fumar al incrementarse el número de mujeres que abandonaron el hábito., también mejoro la asistencia a consultas en las afecciones ginecológicas así como un incremento del 63 % de esposos de mujeres con riesgo reproductivo preconcepcional que acudieron a consultas para la planificación del embarazo en conjunto con el médico de la comunidad.

CONCLUSIONES

Tomando en consideración los resultados que arrojó el análisis de la presente investigación se llegan a las siguientes conclusiones:

- El diagnóstico de los elementos condicionantes del riesgo reproductivo preconcepcional (biológicos y socioambientales) arrojó:
 - Que las principales condicionantes del riesgo reproductivo preconcepcional fueron: la edad mayor de 35 años y los antecedentes de hipertensión arterial, afecciones vulvovaginales, período intergenésico corto y toxemia gravídica.
 - La principal causa de no protección anticonceptiva fue el temor a efectos indeseables.
 - Existió desconocimiento sobre riesgo reproductivo preconcepcional, métodos anticonceptivos y planificación familiar.
 - Se logró controlar con un método anticonceptivo a la mayoría de las mujeres no protegidas.
- La Estrategia de Intervención Educativa basada en las necesidades de conocimientos relacionados con el RRPC en mujeres en edad fértil de la comunidad del Suddie en el Essequibo Guyanés, incidió en el incremento de los estándares de vida en la salud reproductiva.

RECOMENDACIONES

Basado en los resultados obtenidos se proponen las siguientes recomendaciones:

- Continuar la aplicación de la Estrategia de Intervención Educativa por dos años para evaluar los resultados a largo plazo a través de la medicina comunitaria con los profesionales de la salud graduados de la ELAM.
- Involucrar en la aplicación de la Estrategia de Intervención Educativa de acuerdo a los resultados parciales obtenidos a las autoridades locales y de gobierno.
- Extender o generalizar la experiencia obtenida hacia otras regiones del país.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICA.

- 1- Regueira Naranjo J R, Rodríguez Fina, S. Brisuela Perez. Comportamiento del riesgo preconcepcional. Rev Cubana Med Gen Integr; 14(2); 160-4, 2006.
- 2- Cabezas Cruz E. Procederes en obstetricia y ginecología para el médico de la familia. La Habana, editorial ciencias médicas 1998. Pp. 5-7.
- 3- Lugones Botellos M, Quintana Riverón T. El riesgo preconcepcional y la planificación familiar una estrategia de salud del médico de la familia. Rev Cubana Med Gen Integr 13(5); 419-421, 2007.
- 4- Álvarez Sintés F. Temas de Medicina General Integral, La Habana, Ed. Ciencias Médicas. 2001, 131.
- 5- Cabezas Cruz E. y otros. Programa nacional de diagnóstico precoz del cáncer cervicouterino. Colectivo de Autores, La Habana, Editorial Ciencias Medicas, 2001, 60p.
- 6- Salvador Ávila B, Mijares Colas M, Alexander Grant W. Modificaciones de las proteínas totales durante el embarazo. Rev Cubana Obstet Ginecol 20(1-2); 43-52, 2004.
- 7- Rubir Rodríguez M, Aranda Carrión M. Logros del Hogar Materno en la recuperación de peso de los gestantes. Rev Cubana Enfermer 2000; 16(2); 73-77.
- 8- Herrera Gómez V y otros. Anticonceptivos en la consulta de planificación familiar. Rev Cubana Med Gen Integr 2007; 13(4): 345-351.
- 9- Botello Llusió J. Tratado de ginecología. La Habana: Ed. Científico-Técnica, 1998 : 872-3.

- 10-Rodríguez Chávez M., Pérez Santos R, Gurudi González Z. Consulta de profilaxis del riesgo materno y perinatal. Rev Cubana Obstet y Ginecol 2003; 13(1): 63-70.
- 11-Lugones Botell M. Riesgo preconcepcional: análisis del programa y algunos de sus resultados en un área de salud. Rev Cubana Med Gen Integr 2005; 7(3): 213-7.
- 12- Ávila Rosas H. Biological and determinants of birth weight. Salud Pública Mex 1998; 30(1): 47-53.
- 13-[Lugones Botell M, Quintana Riverón TY](#). El riesgo preconcepcional y la planificación familiar: una estrategia de salud del médico de la familia. Rev Cubana Med Gen Integr v.13 n.5 Ciudad de La Habana sep.-oct. 2004.
- 14-Ramírez Torres M, Rodríguez Gala R. Planificación familiar y control del riesgo reproductivo. Boletín de M.G.I. Pinar del Río. Vol. 4 No.1, 2004.
- 15-Sotelo Figueredo, JM. El enfoque de riesgo y la mortalidad materna: Una perspectiva latinoamericana. Boletín Oficina Sanitaria de Panamá, 114 (4), 289-301, Abril 2003.
- 16- Prendes Labrada M, Guibert Reyes W, González Gómez I, Serrano Borges E. Riesgo preconcepcional en la consulta de planificación familiar. Rev Cubana Med Gen Integr 2005; 17(4):360-6.
- 17-[Lugones Botell M, Quintana Riverón TY](#). Análisis del riesgo preconcepcional en un grupo básico de trabajo. Rev Cubana Med Gen Integr v.11 n.2 Ciudad de La Habana mar.-abr. 2005.

- 18- Organización Panamericana de la Salud. Manual sobre el enfoque de riesgo en la atención maternoinfantil. Serie Paltex No.7, 1986:5-45.
19. Viamonte Hernández L. Riesgo preconcepcional. Estudio de su [comportamiento](#) en el consejo popular Orlando González del municipio Majagua. [Trabajo investigativo para optar por el título de especialista de primer grado en MGI]. Ciego de Ávila: Policlínica Majagua. 1997.
20. Águila González A. Métodos anticonceptivos. Intervención educativa en alumnos de noveno grado de la ESBU Simón Reyes. [Trabajo investigativo para optar por el título de especialista de primer grado en MGI]. Ciego de Avila: Policlínica Majagua. 2005.
21. Cabezas O, Herrera V, Ortega M, Santiesteban S. Procederes de obstetricia y ginecología para el médico de la familia. La Habana: Ed. [Ciencia](#) Médicas; 1998.
22. Best Kim. La anticoncepción influye en la [calidad](#) de de la vida. Rev Network en [español](#). Family Health Internacional. 2006 18(4).
23. Finger Willian R. El mecanismo del DIU tiene efecto en los espermatozoides. Rev Network en Español, Family Health International 2004 20(1).
24. Rigol Ricardo O. Obstetricia y Ginecología. La Habana: Ed. [Ciencias](#) Médicas. La Habana. 2004.
25. Bravo O. Los médicos y enfermeras de la familia también trabajan por una [sexualidad](#) placentera CENESEX. 2000.
26. Lugones Botell M. [Análisis](#) del riesgo preconcepcional en un grupo básico de trabajo. Rev. Cubana Obstetr. Ginecol. enero-diciembre 2005; 21: 31-34.

27. Salinas Portillo, H. Salud Reproductiva. Hospital Clínico de la [Universidad](#) de Santiago de Chile. 2003.
28. Garrido Riquenes C. Riesgo reproductivo. 2da [edición](#). La Habana: Ed. Ciencia Médicas; 2004.
29. Louro Bernal, I. Manual para la intervención en la salud familiar. La Habana: Ed. Ciencias Médicas. 2002.
30. Best Kim. El DIU T de [Cobre](#): [Seguro](#) eficaz y reversible: La falta de información exacta y otras barreras obstaculizan el uso de DIU. Rev Network en español. Family Health International 2006; 20(1):4.
31. García Mirás. [Ramón, Lay Rodríguez Adalberto, Riverón Cobo Ana María y Gallego Ramos Jany](#). Anticoncepción de emergencia. Rev Cubana Med Gen Integr [en línea] 2005; 18(4).
32. Finger Willian R. La anticoncepción después del acto sexual. Rev Network en español. Family Health International 2004; 21(1):4.
33. Wright Kerry L. El inicio rápido de las píldoras es prometedor. Rev Network en español, Family Health International 2003; 22(3).
34. Best Kim. Más uso de anticonceptivos menos abortos: Se aclara la relación compleja que existe entre la anticoncepción y [el aborto](#) inducido. Rev Network en español, Family Health International 2005; 21(4):33.
35. Westhoff C, Monrioni C, Kerns J, et al. Bleeding patterns after immediate versus conventional contraceptive initiation: a randomized controlled trial. Fertil Steril, 2003.
36. Peláez Mendoza J. Anticoncepción en los adolescentes y adultos jóvenes. En: Peláez Mendoza Jorge, métodos anticonceptivos Actualidad y perspectiva para

- el nuevo milenio. 2da edición. La Habana, Ed. Científico – técnica; 2002: 56 - 8,60 – 1.
37. Best Kim. La [educación sexual](#) ayuda a preparar a los jóvenes. Rev Network en español, Family Health International 2004; 20(3):10.
 38. World Health Organization. Mejorando el acceso a la calidad de la [atención](#) en la planificación familiar, criterios de la elegibilidad médicos para el uso de los anticonceptivos. Genova: WHO, 1996.
 39. Croxato HB. Progrestin implants for female contraception. 2002.
 40. Best Kim. A algunas mujeres les gustan los espermicidas, pero las usuarias no deben esperar mucha protección. Rev Network en español. Family Health International 2003; 20(2).
 41. Serra M, Vidal J, Basso J, Cerrati E, Meré JJ, Osimani ML. Prevención de embarazos y [enfermedades de transmisión sexual](#) en [enseñanza](#) secundaria. Montevideo. UNICEF 1996:4.
 42. Colectivo de autores. Prácticas sexuales seguras o [sexo](#) seguro. Manual para médicos de familia. La Habana: Ed. Ciencias Médicas. 2003.
 43. Hueso C, M, Charles S. Pautas médicas y prestación de [servicios](#) para la planificación familiar. [Inglaterra](#): Publicaciones médicas de IPPF, 1998: 124, 130, 140, 179, 182, 195, 184, 190, 214.
 44. World Health Organization. Considerations regarding the use of the female condom. Untpublished paper. WHO, 2006.
 45. Smith Emily F. Se explora la reutilización del condón femenino. Rev Network en español, Family Health International 2003 22(4).

46. Weiss E, Whelan D, Rao Gupta. Sexuality and HIV: Making a difference in the lives of young women in developing countries. *Sex. Rel. Ther* 2004; 15 (3): 233 – 245.
47. Machado Rodríguez H. [Historia](#) de la anticoncepción. En: Peláez Mendosa J, métodos anticonceptivos. Actualidad y perspectiva para el nuevo milenio. 2da ed. La Habana. Ed. Científico – Técnica. 2002 10 – 4, 16, 18 – 22.
48. Molina R. Sexualidad y fecundidad en las adolescentes. Universidad de Chile. 2000.
49. Organización Mundial de la Salud, Actualidad Científica, Rev. Panamericana Salud, 4ta ed; 1999.
50. Smith Emily F. Conciencia de la propia fertilidad. *Rev Network en español Family Health Internacional* 2003, 17(1):1.
51. Wright Kerry L. Estereotipos ponen en peligro la salud sexual: se retan a los criterios tradicionales para fomentar el comportamiento sexual de menor riesgo. *Network en español, Family Health International*, 2004; 21(4):13.
52. Rigol Ricardo, O. Riesgo obstétrico y materno fetal. *Medicina General Integral*. Ciudad Habana. Editorial Pueblo y Educación T5, 1990: 445-60.
53. Ministerio de Salud Pública. Dirección Nacional de Salud Materno Infantil y Planificación Familiar. *Procederes en obstetricia y ginecología para el médico de familia*. La Habana. Editorial Ciencias Médicas, 1995.
54. Banco Mundial. *Planificación Familiar. Programa eficaz para el desarrollo*. 1994.
55. Ordoñez Carceller, C. Atención médica integral a las enfermedades crónicas no transmisibles. *Revista cubana MGI* 8 (3), 188-189, Junio-Septiembre, 2003.

56. Torres Silot O. Algunos aspectos biosociales de la mujer en edad fértil del area norte. T.T.R. Guantánamo. 2002.
57. Quiez García A, Valencia Rodríguez JL, Hernández Morales R y Díaz Pérez L. Prevención del riesgo preconcepcional por el médico de la familia. Rev Cub Obst Ginecol 2006; 21 (1-2): 35-39.
58. Hernández García B. Algunos aspectos clinicoepidemiológicos del riesgo reproductivo en un grupo básico de trabajo. T.T.R. Guantánamo, 2005.
59. Rodríguez Fernández JM, Belio Barez W, Cedeños Donet M. Morbilidad de la interrupción de la gestación. Rev Cub Obst Ginecol. 12 (3). Pp 285-291; 2007.
60. Imbert Romero G. Algunos factores clinicoepidemiológicos del riesgo materno perinatal por afecciones clínicas en un grupo básico de trabajo. Enero-Diciembre 2005. T.T.R. 2006.
61. Velásquez López X. Riesgo preconcepcional por condiciones clínicas. Estudio en un grupo básico de trabajo en el área norte. [Trabajo investigativo para optar por el título de especialista de primer grado en MGI]. Guantánamo 2004.
62. Mendoza Peláez, J y col. Métodos anticonceptivos. Actualidad y perspectivas para el nuevo milenio. 2002.
63. Riphjn FE, Forney JA, Koeld S. Contraception in women over forty. J Biosoc Sci 2006; 20(2): 127-42.
64. Caballeros González JE, Cruz Pérez R. La edad materna y su influencia en algunos trastornos perinatales Rev Cub Obst Gin 2006; 16(1):22.
65. OPS/OMS. Las mujeres en: Análisis de la situación sanitaria. Puerto Príncipe. Junio 2005: 57-61, 93-95.

66. Garrido Riquenes. C, Gutiérrez Coronado. T, Planificación familiar y anticoncepción. En Álvarez Síntes Roberto. Temas de Medicina General e Integral. Tomo I. La Habana: Editorial Ciencias Médicas 2001: 256-278.
67. Santos Santos, A. Manejo y control del riesgo reproductivo preconcepcional. Las Cahobas. Haití. 2003. [Trabajo investigativo para optar por el título de especialista de primer grado en MGI].
68. Prendes Labrada M, Gilbert Reyes W. Influencia de aspectos bioéticos en la planificación familiar en Santos Suárez. Rev Cub Med Gral Int 2007; 15(4): 378-385.
69. Cayemittes M, Placide Florence M, Barrere Bernard R. Planificación familiar En: Enquete Mortalite, Morbidite et utilization des services. Emmust III. Haiti 2003. Ministere de la sante Publique et de la population. June: 69-92.
70. Rodríguez F, Reynaldo y col. Caracterización de la mujer con riesgo reproductivo preconcepcional controlada con anticoncepción hormonal. Rev Cub Obst Gin. 2004; 26(2):82-86.
71. González Labrador I, Millar Piedra E. Consideraciones sobre Planificación Familiar: métodos anticonceptivos. Rev Cub Med Gral Int. 2003; 17 (4): 367-78.
72. Prendes M, Lescai Q, Guvirt W. Planificación de la familia. Rev Cub Med Gral Int 2006; 14(3): 236-242.
73. Santana Pérez F. Enfoque actual. Sistemas de implantes subdérmicos. Norplant. Instituto Nacional de Endocrinología. Departamento Salud Reproductiva. 3 abril 2000.
74. Nurse Midwitary. Chues to positive birth oute comes in New Mexico. Alberts LI. 2004; 39(4):273-277.

75. Herrera Games V. Anticonceptivos en la consulta de planificación familiar. Rev. Cub de MGI 2004: 13(4): 345-351.
76. Colectivo de autores Manual diagnóstico y tratamiento en obstetricia y perinatología. Editorial Ciencias Médicas. Ciudad de la Habana, 1997. 137-139.
77. Hatcher Robert A, Backburn Richard R. Lo esencial de la tecnología anticonceptiva. Centro para programas de comunicación. Facultad de salud pública. Universidad de Johns Hopkins. Julio 2006.

ANEXO 1

Consentimiento Informado

Yo _____estoy dispuesta a participar en la investigación. Los investigadores me han explicado los objetivos de la misma y mi derecho a retirarme si lo considerara prudente, sin ninguna afectación o compromiso de mi futura atención médica.

Firma

ANEXO 2

FORMULARIO CON FINES DE ENTREVISTA

Estimado paciente solicitamos su cooperación en esta investigación, debe usted responder con la mayor sinceridad posible el siguiente formulario:

Elementos que se identifican como condicionantes del riesgo reproductivo preconcepcional.

Biológicos:

a) Edad: Menor de 18 años _____

Mayor de 35 años _____

Enfermedades asociadas:

Hipertensión arterial _____

Asma bronquial _____

Diabetes Mellitus _____

Cardiopatía _____

Epilepsia _____

Antecedentes ginecobstétricos importantes:

Ginecológicos:

-Afecciones vulvovaginales:

No _____ Si _____

¿Cuál o cuáles? _____

-Afecciones cervicouterinas

No _____ Si _____

¿Cuál o cuáles?

Obstétricos:

-Relacionados con la gestación:

*Embarazo múltiple _____

*CIUR _____

*Anemia _____

*Rotura prematura de membrana _____

*Sepsis vaginal _____

*Período intergenésico corto _____

*Aborto a repetición _____

*Hematoma retroplacentario _____

*Placenta previa _____

*Toxemia gravídica _____

-Relacionados con el parto:

*Parto pretérmino _____

*Multiparidad _____

*Recién nacido bajo peso _____

*Muertes neonatales o fetales _____

*Cesárea anterior _____

*Otros _____

Socioeconómicos:

-Estilo de vida:

-Condiciones higiénico –ambientales adversas:

*Hábitos tóxicos:

*Hogar _____

Tabaquismo _____

*Trabajo _____

Alcoholismo _____

Ingestión sistemática de medicamentos _____

Café _____

-Condiciones socioeconómicas desfavorables :

*Percápita familiar: buena _____, regular _____, mala _____

*Madre soltera: _____

*Bajo nivel de escolaridad: _____

ANEXO 3

FORMULARIO CON FINES DE ENTREVISTA

Lea detenidamente y responda:

Para su tranquilidad este formulario es de carácter anónimo.

1) ¿Conoce usted a qué se denomina riesgo reproductivo preconcepcional?

Si _____

No _____

2) ¿Se considera usted una paciente de riesgo?

Si _____

No _____

3) ¿Le fueron orientadas las medidas para disminuir o eliminar el riesgo en caso de que sea modificable?

Si _____

No _____

4) ¿Conoce los métodos que se utilizan para no salir embarazada?

Si _____

No _____

¿Cuáles son?

*Método del ritmo _____ *Coito interrumpido _____ *DIU _____

*Tabletas _____ *Anticonceptivos inyectables _____

*Diafragmas _____

*Condón _____

*Quirúrgicos _____

5) ¿Considera usted que la planificación familiar es responsabilidad de:

___ exclusiva de la mujer

___ de ambos miembros de la pareja?

6) ¿Es importante la asistencia a las consultas de planificación?

___ Si

___ No

ANEXO 4

ESTRATEGIA DE INTERVENCION EDUCATIVA

MISION.

Satisfacer las necesidades de los conocimientos sobre Riesgo Reproductivo Preconcepcional en mujeres de edad fértil en la comunidad Essequibo Guyanés, favoreciendo un incremento de los estándares de vida de la salud reproductiva en la muestra seleccionada.

OBJETIVO GENERAL.

Incidir en la adquisición de conocimientos sobre Riesgos Reproductivo Preconcepcional en mujeres en edad fértil en la comunidad Essequibo Guyanés.

PROPOSITO.

La presente estrategia tiene como finalidad ofrecer un instrumento para la gestión integral de la atención del Riesgo Reproductivo Preconcepcional en mujeres de edad fértil en la comunidad Essequibo Guyanés en la etapa julio 2009- julio 2010.

ALCANCE.

Bajo la Dirección del Centro de Diagnostico Integral y la Dirección de Salud de la región 2 en el Essequibo Guyanés, se promueve la participación de todos los profesionales de la salud en función de propiciar la gestión integral de la Estrategia de Intervención Educativa sobre Riesgo Reproductivo Preconcepcional en mujeres de edad fértil en la comunidad Essequibo Guyanés en la etapa julio 2009- julio 2010.

ACTORES SOCIALES Y VIAS DE CONCERTACION.

Actores:

- Dirección del Centro de Diagnostico Integral
- Dirección de Salud de la región 2 en el Essequibo Guyanés
- Autoridades Locales.

-Lideres formales e informales de la comunidad de Suddie en el Essequibo - Guyanés.

-Mujeres que conforman la muestra seleccionada.

Vías de concertación de los actores:

-Talleres y otros eventos en el Centro de Diagnostico Integral.

- Asistencia a Consulta de Ginecobstetricia.

- Eventos Comunitarios y Religiosos.

VISION

Incidir positivamente en el incremento del conocimiento y percepción sobre Riesgo Reproductivo Preconcepcional de las mujeres en edad fértil perteneciente a la comunidad de Suddie en el Essequibo –Guyanés.

ESCENARIO PROVABLE O DESEADO DE TRABAJO.

Durante el periodo Julio **2009- julio 2010** se prevé elevar el nivel de conocimiento y de percepción sobre Riesgo Reproductivo Preconcepcional a través de la implementación de una Estrategia de Intervención Educativa, logrando elevar los estándares de vida en la salud reproductiva de las mujeres en edad fértil pertenecientes a la comunidad de Suddie en el Essequibo Guyanés.

Se consolida el sistema educativo comunitario de salud a través de la intervención de los actores sociales que forman parte del proceso objeto de estudio, utilizando para ello las vías de concertación identificadas.

Se eleva el nivel de integración entre las instituciones médicas, comunitarias, religiosas y de gobierno del territorio, lográndose alianzas estratégicas entre las mismas, que permiten el desarrollo adecuado de la Estrategia de Intervención Educativa.

Se comprende por la comunidad seleccionada que el incremento del conocimiento y la percepción del Riesgo Reproductivo Preconcepcional incide positivamente en los indicadores de la salud reproductiva.

El Escenario probable antes descritos se ajusta a los elementos cambiantes del entorno predeterminados por los monitoreos derivado de la implementación de las acciones planificadas y ejecutadas en la estrategia.

AREAS DE RESULTADOS CLAVES

Atendiendo a su importancia debido a su incidencia en los objetivos propuesto se definen las siguientes áreas de resultados claves:

Área clave 1: Salud Reproductiva en la mujer en edad fértil.

En esta área clave se encuentran recogidas un grupo de actividades vinculadas a la salud reproductiva de la mujer con riesgos Reproductivo Preconcepcional.

Prioridades del área clave

Constituye prioridades de trabajo en esta área clave:

- ❖ Determinantes de los Riesgos Preconcepcional

Área clave 2: Calidad de la salud materno infantil

En esta área clave se encuentran agrupadas un grupo de actividades vinculadas a la salud de la madre y el niño.

Prioridades del área clave

Constituye prioridades de trabajo en esta área clave:

- ❖ Los Riesgos de la madre y el niño derivado de las determinantes del Riesgos Preconcepcional.

OBJETIVOS ESTRATEGICOS POR AREA DE RESULTADOS CLAVES.

Área clave 1: Salud Reproductiva en la mujer en edad fértil.

Objetivo: Elevar el nivel de conocimiento de las mujeres sobre Riesgo Reproductivo Preconcepcional.

Área clave 2: Calidad de la salud materno infantil

Objetivo: Incrementar la calidad en el proceso materno infantil de la comunidad de Suddie en el Essequibo –Guyanés.

SISTEMA EMPLEADO PARA EL CONTROL ESTRATEGICO.

Para el control de los objetivos y actividades propuestas se propone las siguientes actividades:

Efectuar evaluación de los objetivos y actividades tomando en consideración los plazos planificados en cada caso. La evaluación deberá expresar elementos cualitativos y cuantitativos siempre y cuando lo amerite.

Los aspectos cuantitativos expresan cantidad de objetivos y actividades cumplidas y los cualitativos exponen la calidad con que se han cumplido las metas y tareas planificadas.

Se deberá realizar un informe que contengan los resultados del proceso evaluativo el cual se revisa y discute con todos los actores implicados incorporándole o suprimiendo los aspectos que sean necesarios.

En todos los casos deben efectuarse un programa de actividades en función de mejorar y corregir las dificultades encontradas.

El proceso evaluativo permite reajustar los objetivos y las acciones planificadas con el fin de acercar más a la realidad el desarrollo concreto de la estrategia de Intervención.

PROGRAMA DE ACTIVIDADES ESTRATEGICAS

Riesgo Reproductivo Preconcepcional

Objetivos:

General: Elevar el nivel de conocimiento de las mujeres sobre Riesgo Reproductivo Preconcepcional.

- Específicos:

Informar sobre la situación actual del Riesgo Reproductivo Preconcepcional y su repercusión en la morbilidad infantil.

1. Explicar los factores condicionantes de riesgos biológicos y socio ambientales.
2. Explicar las formas de prevención de conductas de riesgo.
3. Capacitar sobre métodos anticonceptivos, ventajas y desventajas.
4. Orientar sobre la importancia del control de riesgo preconcepcional.

Actividad # 1

- Objetivos:

1. Crear un [ambiente](#) de desinhibición y confianza.
2. Presentación de los participantes.
3. Presentar la estrategia de intervención educativa y la [metodología](#) a seguir.
4. Valorar las expectativas del grupo con relación a la estrategia de intervención educativa.
5. Discusión en grupo: "Enfoque general sobre riesgo reproductivo preconcepcional".

Actividad # 2

- Objetivos:
 1. Analizar las situaciones y [conflictos](#) que vivencian las féminas al comenzar la vida sexual.
 2. Reflexionar acerca de los riesgos que tienen al asumir una [conducta](#) sexual irresponsable.
 3. Métodos anticonceptivos. Importancia de su uso.

Actividad # 3

- Objetivos:
 1. Identificar la edad adecuada para tener un embarazo.
 2. Reconocer los principales riesgos del embarazo en la [adolescencia](#) y en la mujer añosa.
 3. Presentación del tema: Embarazo normal. Factores de riesgos asociados.

Actividad # 4

- Objetivo:
 1. Identificar como evitar el embarazo.
 2. Presentación del tema: ¿Cómo planificar adecuadamente un embarazo?

Actividad # 5

- Objetivo:

1. Determinar la repercusión de un embarazo con riesgo en la salud materno-infantil.
2. Presentar el tema: "Principales riesgos y su repercusión en el embarazo".

Actividad # 6

- Objetivo:

1. Valorar la repercusión de las condiciones sociales desfavorables en mujeres embarazadas.

Actividad # 7

- Objetivos:

1. Integrar los temas abordadas en la Estrategia de intervención Educativa.
2. Valorar la trascendencia de lo debatido y su [utilidad](#) para su vida futura.