

**REPUBLICA BOLIVARIANA DE VENEZUELA
MISIÓN MEDICA CUBANA BARRIO ADENTRO**

ASIC LA RINCONADA

MUNICIPIO MARACAIBO. ESTADO ZULIA.

Título: Intervención educativa sobre el conocimiento del alto riesgo reproductivo preconcepcional ASIC La Rinconada, Febrero- Diciembre 2013.

Autor: Dra. Dagnaris Pérez Cruz

Residente de segundo año en Medicina General Integral

Tutor: Dra. Patricia Castillo González

Especialista de primer grado en Medicina General Integral

Especialista de primer grado en Neonatología

**TESIS PARA OPTAR POR EL TITULO DE ESPECIALISTA DE PRIMER GRADO
EN MEDICINA GENERAL INTEGRAL.**

“Año 55 de la Revolución”2014

“LA MEJOR MEDICINA NO ES LA QUE CURA, SINO LA QUE PREVIENE.”

“JOSÉ MARTÍ”

AGRADECIMIENTOS

A mis profesores, directivos, y mis familiares cuyas experiencia y recomendaciones ha ampliado el horizonte para la realización de este trabajo.

No puedo terminar sin agradecer a quiénes siempre me han estimulado, especialmente a mis compañeros, médicos y enfermeras de la familia que son los que deben realizar la mayor parte de la difícil tarea de atención médica integral a nuestra población, virtud que lamentablemente no siempre se encuentra en profesionales fuera de la atención primaria de salud, llegue mi especial reconocimiento.

DEDICATORIA

En gran medida el camino recorrido para ver culminado este trabajo, que como trabajadora de la salud no ha dejado de ser complejo y fatigoso, no sería justo si no reconociera con especial gratitud a mi Revolución, a Fidel, a mis profesores, directivos y familiares, con la firme disposición de mantener el paradigma biopsicosocial de la Medicina General Integral y continuar al servicio de nuestro pueblo y toda la humanidad, manteniendo en la cúspide, el orgullo de pertenecer al "ejército de guardianes de la salud ".

RESUMEN

Se realizó un estudio de intervención educativa comunitaria con el objetivo de elevar el conocimiento del Alto Riesgo Reproductivo Preconcepcional en el Área de Salud La Rinconada, Municipio Maracaibo, Estado Zulia, Venezuela, en el período de Febrero a Diciembre del 2013. El universo quedó constituido por 2986 mujeres y la muestra de estudio por 471 de 15 a 49 años. Para obtener el dato primario nos remitimos a la historia clínica Individual y Familiar, al servicio de Planificación Familiar, el Análisis de la Situación de Salud ejecutado por el grupo básico de trabajo. La fase diagnóstica se determinó al recoger los resultados de una encuesta inicial, el POB modificado del EPICRONI, diseñada sobre Alto Riesgo Reproductivo Preconcepcional aplicada a la muestra seleccionada en la comunidad para evaluar el conocimiento acerca del tema. Predominaron, las edades de 34-49 años, la Hipertensión Arterial y el uso de los dispositivos intrauterinos. Prevalen el normopeso de la madre y el bajo peso al nacer en mujeres con Alto Riesgo Reproductivo. El conocimiento inicial fue insuficiente y se logró superar los estándares establecidos luego de la intervención.

INDICE

INTRODUCCION	1
MARCO TEORICO	4
DISEÑO METODOLÓGICO	44
ANALISIS Y DISCUSION	52
CONCLUSIONES	62
RECOMENDACIONES	63
BIBLIOGRAFIA	64
ANEXOS	

INTRODUCCIÓN

En la primera mitad del siglo XX, existió gran desarrollo en el arte del parto, sin dejar de constituir un alto riesgo para la mujer embarazada, lo que determinó un elevado número de muerte materna. Ya en 1950 se logra una tasa de 8.5 x 1000 nacidos vivos y a partir de este año se abre camino a una nueva preocupación universal: el riesgo de vida fetal, comenzando así la tendencia a reducir el número de hijos. (1)

En 1974 se crea la atención a nivel primario sectorizada, donde la Ginecobstetricia recibe prioridad especial, específicamente en el año 1979, donde queda establecida la profilaxis de la consulta de riesgo materno-perinatal, conocida hoy como riesgo reproductivo preconcepcional, cobrando mayor importancia a partir de la puesta en práctica de la medicina familiar comunitaria del médico y la enfermera de familia. (2)

El proceso de reproducción humana se ha tratado tradicionalmente con un enfoque materno-infantil, en la actualidad las mujeres reclaman con mayor frecuencia sus derechos y exigen una mayor participación, no sólo como madres, sino también en el autocuidado de su salud, la de su familia, y en el desarrollo general de la sociedad; la atención a la adolescencia y al período del climaterio y la menopausia es considerada una prioridad; el marcado desarrollo de la planificación familiar con la gran variedad de métodos anticonceptivos de que se dispone en la actualidad; la necesidad de atender la sexualidad en la tercera edad y en el adulto mayor, y el reconocimiento, cada día más, de la necesidad de la activa participación de los hombres en todas las fases del proceso de la

reproducción. Como respuesta a esta situación cambiante y dinámica, surge un concepto nuevo, más amplio, panorámico e integrador: el concepto de salud reproductiva (3-4).

La salud reproductiva es un estado general de bienestar físico, mental y social, y no de mera ausencia de enfermedad o dolencias, en todos los aspectos relacionados con el sistema reproductivo y sus funciones y procesos. (5)

En consecuencia, la salud reproductiva entraña la capacidad de disfrutar de una vida sexual satisfactoria y sin riesgos de procrear, y la libertad, para decidir hacerlo o no hacerlo, cuándo y con qué frecuencia. Esta última condición lleva implícito el derecho del hombre y la mujer a obtener información y de planificación de la familia a su elección, así como a otros métodos para la regulación de la fecundidad que no estén legalmente prohibidos y acceso a métodos seguros, eficaces, asequibles y aceptables, el derecho a recibir servicios adecuados de atención a la salud que permitan los embarazos y los partos sin riesgos y den a las parejas las máximas posibilidades de tener hijos sanos. (6)

En América Latina estudios realizados demuestran que del 15-25% del total de mujeres en edad fértil constituyen riesgo reproductivo para la sociedad, y de ellas de 3-5% pertenecen al Alto Riesgo Reproductivo Preconcepcional.

Estudios realizados en nuestro país señalan que los problemas biológicos son de gran relevancia, dentro de los que está incluido el riesgo preconcepcional, por lo tanto es imprescindible priorizar la atención médica integral para erradicar este problema, lograr el bienestar de la población, así como garantizar la calidad de vida al nacer, ya sea evitándolo o controlándolos . .

Teniendo en cuenta la importancia que reviste este programa nos hemos visto motivados a realizar esta investigación, con el objetivo de desarrollar una estrategia para elevar el conocimiento del alto riesgo reproductivo preconcepcional en el Área de Salud La Rinconada, Municipio Maracaibo, Estado Zulia. Venezuela, en el año 2013.

Por todo lo anterior, la presente investigación asume como Problema Científico:

¿Cómo contribuir a elevar el nivel de conocimiento sobre el alto riesgo reproductivo preconcepcional, en el Área de Salud La Rinconada, Municipio Maracaibo, Estado Zulia en el periodo comprendido de Febrero a Diciembre del 2013?

MARCO TEÓRICO

Tomando en cuenta el desconocimiento del tema, así como la importancia de lo que representa como problema de salud, se realizó esta investigación.

La atención a la salud reproductiva se define como un conjunto de métodos, técnicas y servicios que contribuyen a la salud y al bienestar reproductivo, al evitar y resolver los problemas relacionados con ésta. Incluye también la salud sexual, cuyo objetivo es el desarrollo de la vida y de las relaciones personales, y no meramente el asesoramiento y la atención en materia de reproducción y de enfermedades de transmisión sexual. (5-7)

De acuerdo con los conocimientos actuales, el concepto de atención a la salud reproductiva se ha ampliado y comprende:

1. Atención a la infancia.
2. Atención a la adolescencia.
3. Atención preconcepcional.
4. Atención al aborto.
5. Atención prenatal.
6. Atención al parto.
7. Atención al puerperio.
8. Planificación familiar.
9. La educación sexual.

10. Atención a las enfermedades de transmisión sexual, incluida el VIH/SIDA.

11. Atención al climaterio y la menopausia.

12. Diagnóstico precoz del cáncer cervicouterino y de la mama. (8-9-10)

Al trazar nuestras estrategias de atención no debemos olvidar que la salud reproductiva está condicionada por factores no sólo biológicos, sino también de tipo social, cultural, político y económico, y por acciones provenientes de otros sectores, como vivienda, educación y alimentación, de ahí la imperiosa necesidad de buscar la coordinación intersectorial con la finalidad de aunar esfuerzos y concentrarlos en las áreas prioritarias, en busca de un mayor impacto en el bienestar de la población. (11)

Como es lógico suponer, la salud reproductiva estará expuesta a distintos conjuntos de factores de riesgo que pueden afectarla en sus diferentes etapas. La prevención de la enfermedad y la muerte durante el proceso de reproducción es uno de los pilares fundamentales para el desarrollo de la salud reproductiva. Un factor estratégico para el logro de resultados exitosos en la atención a la salud es trabajar con el enfoque de riesgo.

Enfoque de Riesgo

El enfoque de riesgo es un método que se emplea para medir la necesidad de atención por parte de grupos específicos. Ayuda a determinar prioridades de salud y es también una herramienta para definir las necesidades de reorganización de los servicios de salud. (12-10)

Intenta mejorar la atención para todos, pero prestando mayor atención a aquéllos que más la requieran. Es un enfoque no igualitario: discrimina a favor de quienes tienen mayor atención. ¿Qué significa el término riesgo? En términos generales, es una medida que refleja la probabilidad de que se produzca un hecho o daño a la salud (enfermedad, muerte, etc.). Su enfoque se basa en la medición de esa probabilidad, la cual se emplea para estimar la necesidad de atención a la salud o a otros servicios. Riesgo es la probabilidad de que un hecho ocurra. ¿Qué es un factor de riesgo? Es cualquier característica o circunstancia detectable de una persona o grupo de personas que se sabe asociada con un aumento en la probabilidad de padecer, desarrollar o estar especialmente expuesta a un proceso mórbido. La aplicación del enfoque de riesgo en el campo de la reproducción humana generó el concepto de riesgo reproductivo. Se define como la probabilidad de sufrir un daño durante el proceso de reproducción, que afectará principalmente a la madre, al feto o al recién nacido. En consecuencia, la importancia del enfoque de riesgo reproductivo radica en que permite identificar las necesidades de salud de los individuos, familias o comunidades, mediante el uso de factores de riesgo como guía para la planificación de acciones futuras. (7)

De esta forma, facilita la redistribución de recursos, el aumento de la cobertura, la referencia de pacientes, el cuidado de la familia y la asistencia clínica. El enfoque de riesgo reproductivo debe empezar antes de la concepción; en esta etapa se denomina riesgo preconcepcional; durante la gestación y en el parto se denomina riesgo obstétrico; y desde las 28 semanas de gestación hasta la primera semana de vida del neonato se denomina riesgo perinatal. La unificación de estos 3 conceptos da al enfoque de riesgo un panorama más coherente e integrador. Más

adelante se describen los conceptos de riesgo reproductivo y los principales factores en cada etapa. (13-14).

La medición del grado de riesgo es la base de la programación y de la atención, ya que permite identificar en la población a aquellos individuos, familias o comunidades que tienen una mayor probabilidad de sufrir un daño durante el proceso de reproducción. Esto significa que tienen también una mayor necesidad de atención, la que deberá orientarse prioritariamente hacia ellos. El enfoque de riesgo reproductivo implica la existencia de una cadena o secuencia causal. Un factor de riesgo es un eslabón de una cadena de asociaciones que da lugar a una enfermedad, la cual puede llevar a la muerte o dejar secuelas que comprometan la calidad de vida en el futuro. Esta característica permite actuar en cualquiera de los eslabones para interrumpir la secuencia de acontecimientos. (15-16)

Riesgo Preconcepcional

Se conoce como riesgo preconcepcional a la probabilidad que tiene una mujer no gestante de sufrir daño (ella o su producto) durante el proceso de la reproducción (8).

Esto está condicionado por una serie de factores, enfermedades o circunstancias únicas o asociadas que pueden repercutir desfavorablemente en el binomio, durante el embarazo, parto o puerperio. Por lo antes expuesto, el riesgo puede ser de carácter biológico, psicológico y social, y no es valorado por igual en cada caso; es decir, que la misma condición de riesgo no repercute de forma igual en cada mujer o pareja, por lo que debemos hacer un enfoque y análisis individualizado en cada caso. (17)

Por lo tanto, no puede hacerse una clasificación esquemática del riesgo preconcepcional, pero sí debemos tener en cuenta una serie de criterios principales que nos ayuden a su identificación. (18-19)

Antecedentes y Condiciones Generales

Edad: Menos de 18 y más 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. (2)

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. (20-21)

Condiciones sociales desfavorables, conductas personales o de pareja inadecuadas.

Éstas 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.

Antecedentes Obstétricos y Reproductivos

1. Paridad: es más riesgosa la primera gestación (sobre todo si concomitan 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. También debe estudiarse cuando han existido múltiples gestaciones.

Antecedentes Patológicos Personales

Principales enfermedades crónicas:

Entre éstas se encuentran hipertensión arterial, diabetes mellitus, cardiopatías, nefropatías y hepatopatías, que son las más importantes por su repercusión sobre la vida del binomio, seguida en frecuencia por el asma bronquial y las 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. 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 primaria de salud (APS) existe un Programa para el Control de Riesgo Preconcepcional, que se desarrolla en todos los consultorios médicos de familia y se centraliza al nivel del policlínico: tiene como objetivo fundamental incidir y modificar positivamente el riesgo existente antes de que la mujer se embarace, con el fin de lograr que la concepción ocurra en las mejores condiciones posibles. (22)

Este programa establece 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. Durante el mismo debe usar algún método anticonceptivo. Esta conducta debe

guiarse con una orientación adecuada, no imponerse, ya que se rompería la relación de respeto médico-paciente. 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. Paciente que no desea embarazo, o que se infiera que no desea embarazo y que está usando método anticonceptivo.
2. Cuando exista la certeza de no actividad sexual.
3. Cuando hay anticoncepción permanente.
4. Cuando haya desaparecido la condición de riesgo.

Logrando un conocimiento y control adecuados del riesgo preconcepcional, disminuirémos la morbilidad y mortalidad materna y perinatal. (7)

Riesgo Obstétrico

Haciendo referencia al riesgo obstétrico, el embarazo es considerado tradicionalmente como un evento fisiológico. Sin embargo, según Zuspan, debe ser considerado como de excepción, ya que es capaz de producir la muerte o daño permanente, tanto a la madre como al recién nacido. (19)

Las gestantes de riesgo constituyen de 20 a 30 % del total de embarazadas, y son responsables de 70 a 80 % de la mortalidad perinatal.

El éxito de la atención prenatal reside en la identificación temprana de las gestantes con factores de riesgo. Se les dará su valor clínico, y planificará la

adecuada atención de éstas, con la finalidad de evitar o disminuir en lo posible el daño materno y perinatal. (23)

Un factor de riesgo se define como aquél que directa o indirectamente contribuye a que se modifique el desarrollo normal del feto, el estado materno o ambos. (24)

La identificación temprana de los factores de riesgo, seguida de una atención adecuada, pueden prevenir o modificar los resultados perinatales desfavorables.

El enfoque de riesgo se basa en la medición de esa probabilidad. El enfoque de riesgo encierra el supuesto de que según se avance en el conocimiento sobre los factores de riesgo que permitan acciones preventivas eficaces, los daños a la salud ocurrirán en menor número y consecuencia. (25)

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. El grado de asociación se determina mediante el llamado riesgo relativo, que expresa el número de veces en que el daño aparece en las personas que presentan el factor, cuando se compara con su aparición en las personas que no presentan el factor de riesgo; representa el riesgo individual. (15)

El conocimiento del valor del riesgo relativo es importante responsabiliza con la atención directa de la paciente. La frecuencia del factor de riesgo en la comunidad sirve de base para la determinación del riesgo atribuible, que tiene en cuenta no sólo el riesgo relativo del factor de riesgo sino, además, su frecuencia. El riesgo atribuible expresa el riesgo dentro de la colectividad y su conocimiento es muy

importante para los responsables de salud de un área, municipio o provincia, cuando deben reducir la prevalencia de factores de riesgo en la población. (2)

La relación de un factor de riesgo determinado con un daño concreto puede ser de 3 tipos:

1. Relación causal: el factor de riesgo desencadena el proceso morboso.

Ejemplos: la placenta previa origina la muerte fetal por anoxia; la rubéola durante el primer trimestre del embarazo causa malformaciones congénitas.

2. Relación favorecedora: en ella existe una franca relación entre el factor de riesgo y la evolución del proceso (pero no es la causa directa). Ejemplo: la gran multiparidad favorece la situación transversa y el prolapso del cordón umbilical.

3. Relación predictiva o asociativa: se expresa en sentido estadístico, pero no se conoce la naturaleza de esa relación. Ejemplo: la mujer que ha perdido ya un feto o un recién nacido corre más riesgo de perder su próximo hijo.

No todos los factores de riesgo son causales. Los hechos que preceden a otros no necesariamente los causan (26). En realidad, la mayoría de los factores de riesgo tienen una relación favorecedora, de manera que entre el factor de riesgo y el resultado final (daño) debe aparecer un resultado intermedio sin el cual no se llegaría a producir el daño. La detección y la prevención de este resultado intermedio es el objetivo de la consulta prenatal de las pacientes con factores de riesgo. La valoración del riesgo brinda muchos beneficios, ya que, además de ayudar a la identificación del embarazo de alto riesgo, constituye un excelente instrumento educativo. Esta valoración proporciona los datos precisos necesarios

para descubrir los problemas potenciales y dirigir con plena eficacia las acciones médicas, así como establecer aquéllas encaminadas a resolver o prevenir dichos problemas. (27)

Identificación del Alto Riesgo Obstétrico

Varios sistemas para la investigación de la gestante de alto riesgo obstétrico han sido propuestos por diferentes autores, y cada uno de ellos consiste en una lista de condiciones, que se conocen y se asocian con resultados perinatales desfavorables. Estos sistemas incluyen entre los factores de riesgo complicaciones médicas que afectan a la madre, o el antecedente de una mala historia obstétrica. Algunos sistemas dan un valor numérico a los factores de riesgo, en dependencia de la severidad de éstos, con una puntuación total que supone la gravedad del problema potencial. (28)

Otros sistemas identifican a las gestantes de riesgo mediante una evaluación cuidadosa de la historia médica y obstétrica de las gestantes. Los que defienden los sistemas de puntuación, alegan que éstos ayudan al médico encargado de la atención de la gestante no sólo a seleccionar las gestantes de riesgo, sino que permiten elaborar un pronóstico del embarazo, lo que no se obtiene siempre, debido a la baja sensibilidad de muchos de los indicadores de riesgo y también a causa de que los resultados del embarazo están influidos por las interacciones médicas efectuadas después que la situación de alto riesgo es identificada, lo que limita su empleo para predecir resultados. El sistema escogido para la selección de las gestantes de alto riesgo debe permitir, por tanto, la identificación fácil y rápida de los factores de riesgo, para poder iniciar el manejo adecuado de cada

caso en particular. Debe permitir también una evaluación continua durante todo el embarazo, que tome en consideración la relación mutua que tienen algunos factores entre un período y otro del embarazo, de manera que no sólo identifique el grupo de riesgo al inicio del embarazo, sino que pueda determinar la presencia de cualquier complicación que haga que una gestante de bajo riesgo se convierta en una de alto riesgo. La valoración estandarizada del riesgo incrementa considerablemente la calidad de la atención prenatal, al poner a disposición del clínico un vasto caudal de información que garantiza un cuidado prenatal óptimo.

(15)

Riesgo Perinatal

Un conjunto de condiciones clínicas suelen asociarse con el alto riesgo perinatal. Dentro de ellas existen: las maternas, fetales, del trabajo de parto y parto, así como las neonatales inmediatas.

¿Cómo protegernos de los riesgos reproductivos?

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

La existencia de riesgos antes de la concepción se encuentra debidamente documentada por numerosos estudios realizados en el mundo, así como la posibilidad de prevenirlos o, al menos, disminuir sus efectos en la madre y el hijo. Pese a que es un tema de interés general, no son muchas las personas que conocen estos riesgos, aparte de los profesionales de la salud (y algunos de estos de manera muy parcial), ni la forma más efectiva de protegerse. (23)

Pensando en contribuir con el deber de educar a la población, de aportarle los elementos necesarios para garantizar sus derechos reproductivos, sin detrimento de su calidad de vida y dentro de las posibilidades de una ecología sustentable, se realiza esta intervención educativa.

Algunos riesgos responden a causas biológicas, por ejemplo, las enfermedades; otros, están vinculados con los problemas ambientales, como es el caso de la contaminación atmosférica; los estilos de vida, determinados por las condicionantes microsociales y macrosociales, también son elementos de riesgo; y la personalidad individual, en tanto expresión de la psiquis, determina la posibilidad de realizar acciones de salud positivas o negativas en relación con riesgos específicos. Incluso existen factores que conjugan dos o más esferas, como la nutrición. (26)

La necesidad de conocer es inherente al ser humano. Médicos y pacientes tienen tanto deberes como derechos que cumplir, y hacer respetar. Son aliados en la lucha por obtener una mejor calidad de vida para todos. El máximo reconocimiento a un profesional debe ser la capacidad de sus pacientes para tomar decisiones de carácter vital, gracias a la educación que se les ha proporcionado. Solo colocando al hombre y a la cultura como centro del proceso de desarrollo se podrán lograr los mejores resultados en cualquier actividad, incluyendo la salud. Esa es la aspiración de la bioética, dirigida a la prevención de las consecuencias remotas de las acciones humanas y a la protección de las generaciones venideras. (29)

Los hijos deben ser concebidos en el momento más oportuno; cuando se creen maduros para asumir nuevas responsabilidades; cuando el nivel económico y

social permite enfrentar nuevos gastos sin grandes sacrificios; o cuando se ha logrado la estabilidad física, intelectual y emocional, y se puede dedicar todo el empeño a la formación y educación de un nuevo ser.

Un embarazo significa una carga fisiológica adicional mantenida sobre el organismo durante varios meses y requiere un mínimo de capacidades, que la mujer, de acuerdo con sus condiciones biológicas, psicológicas y sociales, puede o no satisfacer. Esto puede saberse mucho antes de iniciar una gestación. Entonces, ¿por qué correr riesgos innecesarios?

El riesgo preconcepcional se encuentra incluido dentro de los denominados riesgos reproductivos, que son aquellos que pueden ocurrir durante el proceso de reproducción.

Los romanos heredaron la obstetricia de Grecia y Alejandría. Sorano de Efeso aconsejaba que el primer coito no ocurriera antes de la menarquía y para que fuera fértil recomendaba que se realizara en los días postmenstruales directos. Si la mujer salía embarazada, no debía someterse a esfuerzos físicos innecesarios para "preservar la simiente" (evitar el aborto). De manera que en los inicios del período histórico de la humanidad ya era conocido que (24):

El peso y la talla de la mujer determinan riesgos para un embarazo.

La nutrición inadecuada origina malos resultados.

La edad es un factor que se debe tener en cuenta.

Determinadas condiciones anatómicas aumentan los riesgos para la mujer.

Algunas enfermedades provocan un incremento de los riesgos.

La actividad física inadecuada pone en riesgo a la gestante y al feto.

La condición psíquica de la mujer favorece o dificulta la gestación.

La pregunta: ¿cuántos hijos se deben tener? tiene respuestas coincidentes en muchos pueblos primitivos, que consideran la planificación familiar como una actividad necesaria del individuo y de la sociedad. La experiencia acumulada permitió al hombre establecer que las mujeres con enfermedades crónicas y las que ya habían sido madres en varias ocasiones, tenían abortos o morían con más frecuencia en el embarazo, por lo que era recomendable evitarlo, y se trató de hallar medios para lograr la anticoncepción.

Es importante señalar la estrecha relación entre riesgo preconcepcional y anticoncepción, así como su evolución social, en un inicio naturalista y con posterioridad limitada por los códigos morales, principalmente de carácter religioso (30).

De todo lo expuesto, se deducen dos reglas de carácter general:

Si careces de medios para enfrentar un peligro, evítalo.

Cada mujer utilizará el método anticonceptivo que le resulte más apropiado y de su agrado, tratando de llegar a un acuerdo con su pareja.

El riesgo reproductivo, es decir, la probabilidad de que una mujer muera como consecuencia de la maternidad en el desarrollo de su vida reproductiva, puede ser calculado de manera matemática a partir del número de defunciones maternas,

expresando, de modo significativo, las condiciones sociales, la capacidad de cobertura de los servicios de salud y la falta de control de la natalidad, más que la existencia de posibles enfermedades asociadas con el embarazo. (9)

El enfoque de riesgo es un método de trabajo en la atención de la salud reproductiva que se basa en el concepto de riesgo expuesto anteriormente.

Los criterios para seleccionar un problema de salud son: extensión, gravedad, posibilidades de solución, afectación de la supervivencia, impacto económico, esfuerzo para resolverlo, presión social para su solución y sentimiento de necesidad por la comunidad. (9)

Al hablar de riesgo debe definirse cuál es el daño al que se hace referencia, y en función de este se analizarán los factores asociados que aumentan esta posibilidad. Es importante recordar que el concepto de riesgo es probabilístico y no determinístico, lo que se debe tener en cuenta al plantearnos las acciones de salud.

Los riesgos reproductivos son el resultado de la suma del riesgo preconcepcional, el riesgo obstétrico y el riesgo perinatal, es decir, que abarcan desde antes de la concepción hasta el puerperio (incluyendo la educación sexual del preadolescente, comprendida dentro de la prevención).

El riesgo preconcepcional es un componente importante de los riesgos reproductivos.

Este riesgo es probabilístico y puede ser prevenido.

Existen factores protectores y factores de riesgo (demográfico, ecológico y social), así como pacientes con alto riesgo y pacientes con bajo riesgo.

No todos los problemas tienen igual importancia. Debe prestarse mayor atención y recursos a los de mayor repercusión.

Las acciones de salud reproductiva para la mujer no gestante incluyen, entre otros elementos, la detección y conducta correcta ante el riesgo reproductivo preconcepcional. (20)

Según el Colegio Americano de Obstetricia y Ginecología, el análisis del riesgo preconcepcional implica:

Identificación sistemática del riesgo preconcepcional por medio de la historia clínica médica, familiar y reproductiva; el estado nutricional; la exposición a drogas y los aspectos sociales concernientes a la mujer fértil.

Discusión de los posibles efectos del embarazo sobre la condición médica preexistente, desde la perspectiva materna y fetal, e introducción de las intervenciones necesarias, siempre que resulten apropiadas y deseadas.

Determinación de la inmunidad para la rubéola y empleo de la inmunización, si creyera conveniente.

Determinación del estado hepático e inmunización contra hepatitis, si fuera necesario.

Realización de los exámenes de laboratorio indicados.

Valoración nutricional sobre la base del peso adecuado a la talla, régimen dietético y suplementos de ácido fólico y otras vitaminas, según las necesidades y los deseos de la paciente.

Discusión de los aspectos sociales, económicos y psicológicos en la preparación para la gestación.

Análisis de la posibilidad de espaciar los nacimientos, así como de las barreras reales y percibidas para actuar según lo deseado, incluyendo los problemas con el uso de los contraceptivos.

Enfatizar la importancia de iniciar tempranamente los cuidados prenatales y de mantenerlos en forma programada y sistemática, además discutir sobre qué bases se garantizarán esos cuidados de acuerdo con el riesgo y el interés de la paciente.

Recomendar a la mujer llevar un calendario con los períodos menstruales.

Casi 200 000 muertes maternas anuales ocurren a escala mundial como resultado de fallas o de una calidad deficiente en los servicios de salud sexual y reproductiva. La evaluación preconcepcional debe intentar prevenir las condiciones en que se desarrolla un embarazo, tratando de minimizar los efectos negativos que puedan sobrevenir.

El desconocimiento en materia de riesgo reproductivo origina conflictos entre los médicos y los pacientes, que solo podrán resolverse al redimensionar las políticas sanitarias y reafirmar valores y principios, por ejemplo el reconocimiento de la salud como derecho humano fundamental y la aplicación del principio de equidad

como expresión de justicia social, sobre la base de la existencia de deberes por parte de las personas (autocuidado). (19)

La complejidad de los sistemas biológicos crea ciertas dificultades en relación con las posibilidades predictivas, que solo pueden enfrentarse a partir de la experiencia y el conocimiento, actuando de manera prudente y evitando riesgos inadmisibles.

El conocimiento nos hace más capaces para enfrentar el peligro y precisamente el objetivo, de esta intervención es brindar a la población un conocimiento mínimo de los aspectos más notorios del riesgo preconcepcional, para que esté en condiciones de tomar la decisión más correcta.

Riesgos biológicos

Se exponen los principales elementos de riesgo de carácter biológico, incluyendo los que son condición propia de las personas. (21)

Factores de riesgo. Clasificación

Alto riesgo

Tumor de ovario

Hipertensión arterial

Enfermedad renal

Cardiopatía

Procesos malignos

Anemia de células falciformes (Sickleemia)

Enfermedad pulmonar

Enfermedad del tiroides

Enfermedad hepática

Epilepsia

Enfermedad tromboembólica

Bajo riesgo

Déficit nutricional grado III-IV

Muerte perinatal

Incompetencia cervical o uterina

Parto previo con isoinmunizaciones

Preclampsia-eclampsia

Desprendimiento prematuro de la placenta

Cesárea anterior u otra intervención uterina

Tabaquismo, alcoholismo

Condiciones que se deben vigilar en el consultorio

1. Edad: menor de 18 o mayor de 35 años.

2. Paridad: mayor que 6 hijos.

3. Intervalo intergenésico de menos de 1 año.
4. Déficit sociocultural.
5. Déficit nutricional grado II.
6. Hábitos tóxicos.
7. Aborto habitual.
8. Recién nacido anterior con más de 4 200 g de peso.
9. Citología vaginal anormal.
10. Malformación anterior o trastornos genéticos.
11. Retraso mental.
12. Estatura menor que 150 cm.
13. Presión arterial de 120/80 mm... de Hg en la primera visita.
14. Retinopatía (corresponde generalmente a diabetes o hipertensión).
15. Trastornos circulatorios periféricos.
16. Infecciones cervicovaginales.

La capacidad para realizar actividades está determinada por la posibilidad de hacer el esfuerzo que estas implican. La valoración clínica debe incluir los diagnósticos de las entidades que establecen el carácter del riesgo y disponer de los recursos necesarios para su confirmación, lo que puede constituir un problema.

Edad

Resulta evidente que las personas muy jóvenes carecen de la madurez necesaria para lograr una gestación sin riesgos. Por otra parte, los veteranos, en ocasiones, se confían demasiado de los buenos resultados anteriores y se olvidan de que las condiciones físicas cambian y no precisamente para mejorar. (19)

La adolescencia fue considerada durante mucho tiempo como un tránsito entre la niñez y la adultez. En la actualidad se piensa que es una etapa de la vida del ser humano en la que ocurren complejos cambios biológicos, psicológicos y sociales; la evolución de esta etapa se ha ido separando del resto de las etapas del ser humano con el paso de los años. En lo biológico se observa un descenso en la edad de la menarquía, pero la madurez psicosocial requiere un proceso más largo de preparación, que se alcanza en edades más avanzadas (24). El embarazo, a cualquier edad, constituye un hecho trascendental, pero en la adolescencia se asocia con algunos peligros médicos, como son: escaso y tardío control prenatal; incremento del aborto; mayor número de dificultades en el parto (cesáreas y fórceps); multiparidad precoz; mayor mortalidad materna, infantil y fetal; y mayor número de complicaciones (elevación de la presión arterial, anemia, enfermedades que se transmiten por medio del contacto sexual y malnutrición).

Enfermedades genéticas

Los trastornos genéticos en la mujer añosa constituyen un serio problema para la calidad de vida de la descendencia y merecen especial atención. Es necesario recordar que los cromosomas son estructuras que se encuentran en el interior de las células, y que contienen la información genética de todos nuestros tejidos y

funciones, de nuestras enfermedades crónicas o de la predisposición a padecerlas. (19)

Es imprescindible que los servicios de genética sean accesibles a todos, respeten la autonomía de los usuarios, la información sea privada, el asesoramiento genético resulte no directivo (no influido por el médico ni la administración de salud) y se respete el consentimiento informado ante pruebas genéticas invasivas. La educación genética a los prestadores de salud y los usuarios se avizora como una opción del futuro.

La posibilidad de establecer diagnósticos está determinada por la capacidad humana y técnica de los servicios de salud reproductiva. Los resultados satisfactorios dependen de una adecuada atención clínica, las facilidades para el consejo genético y las posibilidades del empleo de la anticoncepción. (17)

Enfermedades asociadas con el embarazo

La tecnología médica para impedir casi todas las defunciones debidas a complicaciones obstétricas comunes, ha existido desde hace muchos años: transfusiones sanguíneas, antibióticos y otras drogas, operación cesárea, así como distintos tipos de anticonceptivos y procedimientos seguros para el aborto. Los medios anticonceptivos deben estar disponibles en cantidad y calidad suficientes como para garantizar las necesidades y preferencias de la población, con la orientación de los profesionales en aquellos casos en que la concepción se desaconseje. Para que la mujer haga un uso eficaz de esos recursos, necesita saber cuándo debe solicitar ayuda. Es este conocimiento el que falta en muchas ocasiones. (15)

La intervención médica debe iniciarse precozmente, antes de la concepción, y debe incluir todos los datos con respecto a las posibles repercusiones sobre la madre y el feto.

Hipertensión Arterial

La hipertensión arterial (cifras de tensión arterial superiores a 140 mm de mercurio de sistólica o máxima, o 90 mm de mercurio de diastólica o mínima) se considera una epidemia del mundo moderno. Tradicionalmente afectaba, en mayor medida, al hombre, pero en la actualidad, todos los autores coinciden en señalar que existe un importante incremento en uno y otros sexos, que solo podrá evitarse al modificar modos y estilos de vida muy arraigados en la población. (5)

Del 7 al 10 % de los casos se complican con una preclampsia, que se caracteriza por cifras altas de tensión arterial, edemas y pérdida de proteínas por la orina, y que puede resultar mortal tanto para la madre como para el hijo si no se actúa con rapidez. Son factores de riesgo los antecedentes familiares de hipertensión, la edad materna (mujeres muy jóvenes o mayores), la multiparidad y la obesidad. (10)

Esta afección se puede prevenir con una dieta balanceada, sin utilizar mucha sal en las comidas, manteniendo una actividad física que ayude a tener el peso adecuado, y empleando el tiempo libre para descansar de las tensiones de la vida diaria y lograr así la realización plena como personas.

Los objetivos del tratamiento se encaminan a minimizar los riesgos maternos, a corto plazo, de una presión arterial elevada, evitando simultáneamente que se comprometa el bienestar fetal, y con la elección de los medicamentos más seguros. Es importante lograr un control de la enfermedad en los meses previos al inicio de la concepción, con la utilización de medicamentos de efectividad comprobada y que tengan bajo riesgo para el feto. (31)

El segundo grupo de enfermedades que se asocia con complicaciones obstétricas es de las endocrinos metabólicos.

Diabetes Mellitus

La diabetes mellitus, conocida desde la Antigüedad por las peculiares características de la orina (orinas dulces, capaces de atraer a las hormigas), es una enfermedad sistémica de elevada prevalencia, con graves implicaciones para la gestación, ocasionada por una alteración del metabolismo de la glucosa, que origina complicaciones vasculares, las cuales incluyen la retina (que puede llevar a la ceguera), el riñón (que provoca insuficiencia renal) y los vasos periféricos (que incrementan el riesgo de oclusiones vasculares con peligro de gangrena), y que pueden empeorar durante el embarazo. Otras complicaciones son los trastornos del metabolismo de las grasas y el tiroides, las infecciones genitales y la cardiopatía isquémica (que desaconseja el embarazo).

La diabetes gestacional aparece durante el embarazo, como expresión de una alteración de la tolerancia para la glucosa y puede requerir el empleo de insulina. En algunas mujeres se repite en cada gestación. (32)

La enfermedad se asocia con malformaciones que tienen lugar en los primeros meses del embarazo, que ocasionan la muerte fetal. Los hijos de madres diabéticas presentan macrosomía (niños gigantes) o crecimiento retardado, sufren de hipoglicemia al nacer y pueden presentar dificultad respiratoria, cardiopatías y anomalías congénitas, por lo que se mantienen en observación en las primeras horas de vida. (33)

Se aconseja que la diabética tenga un embarazo a una edad no extrema, en ausencia de complicaciones graves y con un adecuado control metabólico entre los 3 y 6 meses antes de la concepción, además con un peso cercano al ideal

La función tiroidea inadecuada puede deberse al aumento o disminución de la producción hormonal de la glándula tiroides. La actividad de esta glándula es fundamental para tener una gestación normal.

Hipotiroidismo

El hipotiroidismo o hipofunción tiroidea, cuando es profundo, provoca generalmente esterilidad y si es moderado requiere un suplemento hormonal de reemplazo para lograr una gestación. La transferencia de la mayor par de las hormonas tiroideas a través de la placenta es mínima. Las hipotiroideas no controladas tienen mayor riesgo de amenaza de aborto, amenaza de parto pretérmino, crecimiento intrauterino retardado y muerte fetal intraútero. (34)

Los trastornos de la sangre también tienen un gran peso en la gestación; el más frecuente de ellos es la anemia.

Anemia

La anemia es el resultado de la disminución del volumen de glóbulos rojos en la sangre o del contenido de hemoglobina en estos; la hemoglobina es imprescindible para el transporte del oxígeno a los tejidos y células del cuerpo humano. La anemia, durante el embarazo, predispone a sangramientos en el parto, con deterioro del estado materno. Los períodos intergenésicos cortos favorecen la aparición de anemia, porque la mujer no ha tenido tiempo suficiente para reponerse; por esta razón, es relativamente frecuente en las multíparas. (35)

Aunque muchos consideran que las anemias aparecen por no comer, en realidad pueden originarse por comer inadecuadamente o por causas ajenas a la alimentación.

El asma bronquial es otra enfermedad que está asumiendo un carácter epidémico en el mundo actual, como resultado de la contaminación ambiental. El tratamiento del asma se modifica poco con el embarazo y se mantienen los medicamentos de uso habitual. La evolución clínica de esta afección se repite generalmente de embarazo a embarazo, por lo que no se recomienda en las pacientes que han presentado crisis de broncospasmo severo con paro respiratorio y necesidad de ventilación asistida. (36)

Enfermedades transmisibles

En África, el SIDA constituye una de las primeras causas de riesgo prenatal y su incremento amenaza con despoblar el continente. (37)

Existen otras afecciones virales de efecto directo sobre la gestación como la enfermedad por citomegalovirus, con una mortalidad entre el 20 y 30 % de los recién nacidos.

La toxoplasmosis es una afección provocada por un protozoo, que puede ser poco sintomática, pero enferma al feto, por lo que resulta importante conocer si la mujer tiene anticuerpos para este protozoo antes de quedar embarazada, ya que ello implica inmunidad. Debe advertirse a la mujer embarazada que no ha estado relacionada con la enfermedad, que evite el contacto con animales que la posean, como son los gatos y las palomas, así como la manipulación de tierra y el consumo de carnes poco cocinadas o vegetales mal lavados, para evadir la infestación. (18-21)

Nutrición

Cada actividad requiere un gasto de energías que debe ser garantizado por la ingestión de una dieta adecuada en calorías, con un balance acertado de proteínas, carbohidratos y grasas, además, se necesita consumir frutas y vegetales con el fin de obtener las vitaminas necesarias para regular las funciones normales del organismo. La obesidad y la desnutrición constituyen dos caras de una misma moneda. (22)

Las malformaciones congénitas fetales se encuentran vinculadas con el estado alimentario y el aporte de vitaminas. El exceso de vitamina A ha sido identificado hace tiempo como la causa de algunos de estos defectos. También el ácido fólico, reconocido como protector del sistema nervioso central del feto, parece estar implicado en los defectos cardíacos congénitos. El conocimiento y uso de los

suplementos vitamínicos por parte de la mujer en edad reproductiva por lo general es más limitado en las mujeres muy jóvenes, con bajo nivel educacional y un escaso consumo de frutas y vegetales, al igual que en las obesas. (23)

Existen datos y circunstancias asociados con el riesgo de padecer alteraciones nutricionales, como son malos antecedentes reproductivos, tener tres o más embarazos en dos años, intervalo menor de tres meses entre la lactancia del embarazo anterior y el embarazo actual, embarazo en los seis meses siguientes al inicio del consumo de anticonceptivos orales, síndrome de malabsorción, vegetarianas estrictas, fumadoras inveteradas, alcohólicas, drogadictas, mujeres con enfermedades metabólicas, sangramiento menstrual abundante habitual, y pacientes obesas o muy delgadas. (5)

Las recomendaciones diarias de aporte energético y nutrientes para la mujer establecen un promedio de 2 200 Kcal., con un incremento promedio de 200 Kcal. A partir del segundo trimestre de la gestación y de 500 Kcal. Durante la lactancia; con una ingestión diaria de 46 a 50 g de proteínas, que debe aumentarse a 60 g en el embarazo y 65 g en la lactancia; aportes ligeramente elevados de vitaminas B, C, D y E; así como un considerable incremento de las necesidades de hierro, zinc y ácido fólico durante la gestación. (2)

Riesgos psicológicos

Cada persona imprime a la vida su propio estilo, acorde con su personalidad y su carácter. Es preciso tener en cuenta los eventos vitales o acontecimientos de vida, que son los hechos deseados o no, con un impacto emocional determinado, que pueden llevar a la modificación de hábitos y costumbres, tanto en las pacientes

como en los médicos, cuyas consecuencias no necesariamente son dañinas; el estrés, considerado como la respuesta ante los estímulos psicológicos, sociales, físicos o biológicos, desencadena una respuesta sistémica de carácter psicológico, neurológico, endocrino e inmunológico, de tipo inespecífico, la que resulta significativa según la afectividad y los conocimientos que se manejen. (38)

Las creencias sobre salud determinan el comportamiento individual de las personas, según el valor que se le asigne a un objetivo en particular y la estimación de las acciones que deberán emprenderse para lograr alcanzar lo propuesto. De este modo se establecen la susceptibilidad y severidad percibidas, esto es, si se cree que se puede estar afectado, y hasta qué punto, por una situación real y concreta; si existen beneficios al asumir determinadas conductas, o si las barreras reales o percibidas son limitaciones para realizar acciones que nos brindarían mayores beneficios. (39)

Un elemento de referencia obligada en la promoción de salud lo constituye el estilo de vida, el cual presupone comportamientos específicos que pueden estar asociados con la posibilidad de mayor o menor riesgo para sufrir un daño o perjuicio, y se establece en relación con el ambiente, con el sistema micro y macro sociocultural que nos rodea.

El comportamiento en materia de reproducción influye en la mortalidad materna, e incluye una serie de características bien documentadas en la literatura. La edad, la paridad y el tiempo entre los nacimientos tienen una estrecha relación con la mortalidad materna y la sobrevivencia de los hijos. El deseo de un embarazo es un

elemento de carácter personal, que está también condicionado por factores sociales.

Mediación en salud

Los pacientes deben conocer sus derechos, y exigir que los servicios y prestadores de salud los respeten en cualquier circunstancia. Esto resulta dilemático cuando se trata de personas aquejadas de retraso mental o enfermedades psiquiátricas, en los cuales deberá definirse la capacidad para tomar decisiones, como elemento determinante a la hora de seguir una conducta, por encima de cualquier consideración social o familiar. (23)

Derechos reproductivos

Derecho al desarrollo de una sexualidad plena y responsable. Las personas deben estar en condiciones de asumir su sexualidad de manera enriquecedora, placentera y confortable durante toda su vida, desarrollando una autoimagen positiva para sustentar su autoestima y autonomía, reconociendo el derecho a fijar los límites de su sexualidad sin amenazar la integridad física, psíquica y cultural, suya y de los demás. Implica el ejercicio de una sexualidad responsable, basada en el respeto y los patrones socioetnoculturales en los que se encuentra insertada.

Derecho a la equidad de género. Significa que las relaciones con seres de otro sexo se establecen sobre la base de la equidad, el respeto, la colaboración y la solidaridad, interactuando en igualdad de condiciones en el desarrollo de tareas de interés personal o colectivo. Debe evitarse la formación de la sexualidad sobre modelos estereotipados que fomenten

relaciones de subordinación que limiten el desarrollo pleno, integral y armónico del ser humano; permitir la integración en todas las esferas de la vida social; superar privilegios, prejuicios y discriminaciones; y analizar críticamente las relaciones varón-mujer.

Derecho a la familia. Las personas están en condiciones de valorar la posibilidad de conformar una familia que permita a sus miembros un crecimiento y desarrollo intergeneracional armónico y solidario, de crecer y desarrollarse amparadas por una familia, de velar por los derechos que protegen las leyes, de transmitir valores, creencias, actitudes y prácticas positivas hacia la sexualidad, y respetar el derecho de los hijos a decidir su propio destino.

Derecho a la salud sexual. Significa reconocer y hacer uso de las medidas y medios para prevenir infecciones y enfermedades de transmisión sexual, permitiendo el disfrute de la vida sexual sin situaciones de riesgo, así como tener las condiciones para ejercer la sexualidad con responsabilidad y prevenir consecuencias no deseadas.

Derecho a la planificación familiar. Incluye el reconocimiento del derecho de las parejas e individuos a decidir libre y responsablemente el número de hijos, el espaciamiento de los nacimientos y el intervalo entre estos, a disponer de información y medios para ello, a alcanzar el más elevado nivel de salud reproductiva y a adoptar decisiones sin sufrir discriminación ni coacción ni violencia, así como a disponer de información para vivir su sexualidad independientemente de la reproducción. Esto permite vincular la

decisión de tener un hijo con la capacidad de ofrecerle atención, cuidado, educación, amor y salud.

Como paciente tiene derecho a:

Conocer diagnóstico, pronóstico, tratamiento y complicaciones, saber la información relevante sobre su condición, y aprobar o rechazar tratamientos.

Participar en la toma de decisiones expresando sus dudas, sentimientos y temores, y recibir respuestas honradas.

Ser tratado con amabilidad y comprensión, aun cuando sus decisiones vayan en contra de lo aconsejado, y mantener viva una esperanza realista, incluso en condiciones desesperadas.

Para un gran número de médicos, la atención preconcepcional debe estar dirigida a evitar la concepción de pacientes con riesgo. Esta primera posición se basa en un criterio benéfico, que considera la necesidad de proteger a la paciente, pero su aplicación indiscriminada limita la acción del médico a promover la anticoncepción, sin tener en cuenta las necesidades de la pareja o de la paciente, lo que establece una contradicción con los derechos reproductivos y tal vez origine violaciones del principio de equidad con carácter individual. Esta ha sido una frecuente acusación a los servicios de planificación familiar. (40)

Una posición, de más amplio alcance, sería crear un servicio de consejería para todas las parejas, incluyendo las supuestamente sanas, con potencialidades educativas que favorecieran la prevención y promoción de estilos saludables de

vida en el ámbito de la comunidad, ya que se ha identificado como un componente crítico en los cuidados prenatales. Esto requiere la disponibilidad de una infraestructura y recursos humanos que es posible localizar en la atención primaria, y sin lugar a duda evitaría las afectaciones psicológicas de la pareja en el futuro. (13)

La excelencia médica consiste en dominar los aspectos integrales del concepto de salud, respetar los criterios del interlocutor y mantener el control de las acciones, así como realizar un análisis individual de la situación con el concurso de la paciente. Por desgracia, existe la tendencia a poner mayor énfasis en el pensamiento analítico (especializado), que en el pensamiento sintético o generalizado.

Riesgos sociales

En las personas jóvenes, además, existen deseos de estimulación, exploración y experimentación y, por supuesto, deseo sexual.

La seguridad en la alimentación y la salud son las preocupaciones de carácter objetivo más sobresalientes para el bienestar humano. Es obvio que la reproducción, como expresión de la sexualidad y del afán de perpetuidad de la especie, está en gran medida influida por el bienestar originado por el estado de la sociedad. (41)

Incorporar a la atención la promoción de actitudes y prácticas responsables hacia la sexualidad y el embarazo, la paternidad y la crianza de los hijos.

Estrategias, soluciones y criterios para tomar decisiones

Después de haber expuesto los principales elementos que conforman el riesgo preconcepcional, se concluye con lo que deben ser las estrategias y los criterios para enfrentar las decisiones en esta materia. (42)

La definición de salud se basa en un criterio utilitario, ya que se expresa como "estado de bienestar físico, psíquico y social" (el concepto de bienestar puede ser interpretado de muchas maneras diferentes). Hecha la salvedad, hay que reconocer el esfuerzo realizado por la OMS a favor del mejoramiento de la salud reproductiva, ya que desde 1970 se ha tratado de aminorar el impacto de la discriminación y el bajo status económico y social en la mujer, lo que afecta su salud; sirva de ejemplo la Iniciativa por una Maternidad Segura, desarrollada en Nairobi, en 1987, y la Consulta Técnica sobre Maternidad Segura, en México, de 1997, en la que quedó definida la mortalidad materna como injusticia social que transgrede los derechos femeninos de tener servicios de salud maternos de calidad. (11)

Los organismos regionales de salud, como la Organización Panamericana de la Salud (OPS), también llevan a cabo una seria labor a favor de la salud reproductiva. Ejemplo de ello lo constituye el plan de desarrollo de la salud de jóvenes y adolescentes, que contribuyó a instrumentar políticas nacionales, en países como Paraguay.

Sistemas de salud

El sistema de salud es el que lleva a cabo la política de salud determinada por los intereses que defiende un Estado. Los sistemas nacionales de salud se desarrollaron a partir del siglo XX, pueden incluir la participación estatal, mutual

y/o privada, y garantizan no solo la asistencia médica, sino también la promoción, rehabilitación y prevención de la salud. (41)

Un sistema de salud eficiente debe ser accesible a todos los ciudadanos, sin distinción de ningún tipo, y contemplar la gratuidad de algunos servicios, si no es posible incluirlos a todos. Por esta razón se propuso, en los años 80, estructurar los sistemas locales de salud (SILOS), sobre la base del criterio de descentralizar los servicios, fortalecer la participación comunitaria, promover la acción intersectorial con la mayor movilización posible de recursos, desarrollar la atención primaria, redefinir el papel de los hospitales, utilizar la investigación en salud, así como garantizar la equidad y el desarrollo armónico en las diferentes regiones. (27)

Otro aspecto importante para garantizar la planificación y la continuidad en la atención es la existencia de una línea de trabajo unificada en salud y la formación, competencia y desempeño de los gestores públicos acordes con los principios y valores de una cultura humanista, no de los intereses del mercado. Establecer diferencias entre los que pagan y los que carecen de medios, conduce inexorablemente al peor de los riesgos: la inequidad. (23)

Un sistema de salud eficiente debe establecer prioridades sobre la base de conocimientos comprobados y someterse a una evaluación continua, ya que las necesidades de salud cambian, los conceptos de salud varían y siempre hay más necesidades que recursos. Estos constituyen un patrimonio social, y la buena administración exige que se preste atención a su asignación más racional.

La definición de un problema de salud (en este caso, el Alto Riesgo Preconcepcional) debe estar incluida en el concepto de salud para todos (en realidad, todos nos vemos afectados por el problema) y su solución tal vez lleve a más satisfacción y mejor atención, con menor costo (cuando se logra su provisión en la atención primaria de salud).

Es necesario partir del concepto de salud colectiva, determinado por la situación social de la mujer, para interpretar, de modo dialéctico, el proceso salud-enfermedad en esta, involucrarla como agente y permitirle tomar parte del control de los factores que inciden en las posibilidades de protegerse. En esto desempeña un papel fundamental la educación, apoyada en los medios masivos de comunicación para la divulgación sobre problemas epidemiológicos, adopción de políticas de salud, servicios disponibles, etc. (43). Es importante señalar que esta posición exige del varón, además, una mayor participación en el proceso reproductivo.

En cada situación se debe definir la carga de morbilidad (criterio epidemiológico), las características de los servicios de salud en cuanto a diseño y capacidad, las posibles intervenciones (eficacia), la funcionalidad en condiciones reales (efectividad) y la evaluación económica (costo-beneficio, costo-eficacia) dentro de varias opciones dirigidas al mismo resultado (economía política).

Las políticas sanitarias solo pueden ofrecer servicios de salud adecuado: el equilibrio de los valores sociales con los mejores datos disponibles incrementa la posibilidad de decisiones acertadas para la asignación en cuanto a infraestructura, operación, prevención, promoción y recuperación del riesgo preconcepcional.

En la actualidad se considera imprescindible fomentar la promoción y educación para la salud de la población, incluyendo el tema de la calidad de los servicios, pues existe una insuficiente cultura sobre ello. El principal propósito que encierra este concepto es lograr las condiciones para obtener la mejor atención de la salud, como parte de la mejor calidad de vida para el ser humano, de forma individual y colectiva; como primer paso, debe lograrse la comprensión por parte de las personas que trabajan en los sistemas de salud y la población en general, cuyos intereses son los que determinan, a fin de cuentas, las políticas sanitarias. (40)

Este proyecto sería un resumen de muchos esfuerzos anteriores por mejorar la calidad de los servicios médicos, que con este enfoque pasa a ser una responsabilidad colectiva, al asumirse la salud como un derecho humano fundamental, que incluye el derecho a la información plena, a la decisión responsable y al ejercicio de este derecho como un deber ciudadano, en el ámbito de los intereses individuales y sociales.

Teniendo en cuenta el conocimiento médico basado en la evidencia, los criterios consensuados entre médicos de atención primaria y especialistas, y las guías de buena práctica clínica, se definirán las actitudes, valores y expectativas en la atención primaria; la información modificará las relaciones con los pacientes, al aumentar el nivel de conocimientos de la población, y se hará necesario un cambio en la actitud de los médicos, por lo que habrá que considerar cuál será la ética profesional en relación con la salud reproductiva en un futuro inmediato. (13)

Para el médico de atención primaria, el cuidado individual exige una visión integral que relacione actividades de prevención, promoción, curación y rehabilitación que

no podrán descuidarse al analizar la función familiar y la atención comunitaria. La contradicción entre lo que es mejor para el individuo y lo que es bueno para la sociedad puede constituir un problema ético. La medicina familiar y social no puede separarse de la práctica individual, y los médicos deben continuar abogando para que las pacientes obtengan los mayores beneficios en forma equitativa. La ética profesional es la garantía de la calidad de la atención. (11)

Los usuarios de los servicios de salud deben mantener el libre acceso a la atención, a que los médicos renueven sus votos de luchar por los que más lo necesiten y a participar de forma activa en toda actividad educativa comunitaria a favor de acciones positivas que mejoren la salud reproductiva.

En América Latina estudios realizados demuestran que del 15-25% del total de mujeres en edad fértil constituyen riesgo reproductivo para la sociedad, y de ellas de 3-5% pertenecen al Alto Riesgo Reproductivo Preconcepcional.

Estudios realizados en nuestro país señalan que los problemas biológicos son de gran relevancia, dentro de los que está incluido el riesgo preconcepcional, por lo tanto es imprescindible priorizar la atención médica integral para erradicar este problema, lograr el bienestar de la población, así como garantizar la calidad de vida al nacer, ya sea evitándolo o controlándolos . .

Teniendo en cuenta la importancia que reviste este programa nos hemos visto motivados a realizar esta investigación, con el objetivo de desarrollar una estrategia para elevar el conocimiento del alto riesgo reproductivo preconcepcional en el Área de Salud La Rinconada, Municipio Maracaibo, Estado Zulia. Venezuela, en el año 2013.

OBJETIVO GENERAL

Desarrollar una estrategia educativa para elevar el conocimiento del alto riesgo reproductivo preconcepcional en las mujeres del Área de Salud La Rinconada, Municipio Maracaibo, Estado Zulia, Venezuela, año 2013.

Objetivos específicos:

1. Caracterizar a las mujeres de Alto Riesgo Reproductivo Preconcepcional, según dispensarización, comportamiento, variables sociodemográficas y clasificación.
2. Identificar el nivel de conocimiento de las mujeres de Alto Riesgo Reproductivo Preconcepcional sobre algunos aspectos del riesgo, así como el grado de control y asesoramiento medico.
3. Evaluar el conocimiento adquirido sobre el tema después del aplicar la estrategia educativa.

DISEÑO METODOLÓGICO

Se realizó un estudio de intervención educativa comunitaria para elevar el conocimiento del Alto Riesgo Reproductivo Preconcepcional en el ASIC La Rinconada , Municipio Maracaibo , Estado Zulia en el periodo comprendido de Febrero a Diciembre del 2013, el universo estuvo constituido por todas las mujeres en edad reproductiva dispensarizadas en los diferentes consultorios que conforman la ASIC, (2986 mujeres) y la muestra se constituyó por el grupo de estas que acepto las condiciones de nuestro estudio y que fueron 471 mujeres.

Criterio de inclusión.

Mujeres con 15 a 49 años de edad.

Mujeres que residen permanentemente en el territorio objeto de estudio.

Mujeres con disposición a colaborar con la investigación. (Anexo I)

Criterio de Exclusión.

Mujeres con menos 15 a más 49 años de edad.

Mujeres que no residen permanentemente en el territorio objeto de estudio.

Mujeres que están esterilizadas.

Mujeres sin disposición a colaborar con la investigación.

Para obtener los datos primarios utilizamos la historia clínica individual y familiar de los consultorios, y los Análisis de la Situación de Salud del ASIC La Rinconada , Municipio Maracaibo , Estado Zulia en el periodo comprendido de Febrero a Diciembre del 2013,

para la recolección de la información se confeccionó una ficha de vaciamiento donde se incluyeron las variables necesarias que permitieron recopilar todos los datos de interés para nuestra investigación elaborada por la autora, tutores y asesor, posteriormente se les aplicó un cuestionario EPICRONI POB modificada, para la realización del cuestionario se tomaron la experiencia de trabajos realizados anteriormente en Cuba, y estudios realizados sobre el tema, las encuestas se aplicaron por la autora.

Consentimiento Informado.

Se recogió por escrito a todas las mujeres del Área de Salud La Rinconada, municipio Maracaibo, Estado Zulia que darán su consentimiento de participación en la investigación. Ver anexo 1.

Técnica de procesamiento.

Los datos se procesaron por el método de tarjado con la ayuda de una computadora Pentium IV. Se determinaron los valores porcentuales como resultado de resumen, distribución de frecuencias absoluta de una y doble entrada.

Técnica de discusión y análisis de los resultados

La información se obtuvo a partir de la experiencia del autor, tutor y asesor, apoyándonos en las revisiones bibliográficas en centros de información de Universidad de Ciencias Médicas de Cuba y la Misión Médica Cubana en la República Bolivariana de Venezuela, se realizó la intervención educativa de acuerdo a los objetivos trazados, representadas en las tablas diseñadas, destacándose los aspectos importantes y

comparándose con estudios nacionales e internacionales, los cuales permitieron arribar a conclusiones y recomendaciones.

En nuestro país en 1979 quedó establecida la metodología de consulta de prevención del riesgo (43). Materno perinatal, conocida actualmente como Riesgo Materno Preconcepcional

Metódica

Para darle salida al objetivo No.1. Caracterizar a las mujeres de Alto Riesgo Reproductivo Preconcepcional, utilizamos la clasificación de la variable grupo de edades según criterios del autor para su posterior análisis en 15-19 años, 20-24 años, y 25-29 años. En cuanto a Enfermedades no trasmisibles que con mayor incidencia afectan a las mujeres con alto riesgo reproductivo preconcepcional planteamos; Diabetes, Asma Bronquial, Hipertensión Arterial, Cardiopatías, Enfermedades Psiquiátricas, y Enfermedades hematológicas según los criterios para clasificar una mujer en la edad fértil como riesgo reproductivo planteados en el capítulo 52, Riesgo reproductivo del texto Medicina general integral, Volumen 1, Salud y Medicina. En cuanto a la variable paridad se clasificaron las pacientes en 3 grupos según la cantidad de partos; 1 o 2, 3 o 4, y 5 o más según clasificación del autor y teniendo en cuenta que se considera multiparidad el tercer grupo según la literatura revisada. (8-44-37-33-39) Para la clasificación del período intergenésicos utilizamos; menor de 2 años y mayor de 2 años para incluir las pacientes cesareadas, según lo expresado en el texto de Ginecología y Obstetricia de Rigol. El estado nutricional de las pacientes fue evaluado según el Índice de masa corporal como lo establecen los criterios de la OMS para ello

fue en 4 grupos, bajo peso, peso normal, sobrepeso y obesa. La variable antecedentes obstétricos se evaluó según la clasificación que aparece en el texto de Medicina General Integral incluyendo Antecedentes obstétricos desfavorables y antecedentes de complicaciones en embarazos anteriores. En cuanto a la variable Control de alto riesgo reproductivo se utilizaron criterios de la autora basándose en la literatura consultada al efecto. (8-44-35-31) La variable Tipo de anticonceptivo utilizado se clasificó en; DIU, hormonal, condón y otros teniendo en cuenta una muestra de los grupos de anticonceptivos que se utilizan; Método de barrera, Dispositivo intrauterino y Métodos hormonales según la clasificación de los métodos expresada en el texto de Medicina General Integral. El lugar donde se realizó la dispensarización se clasificó según las posibilidades para ello con que cuentan las pacientes estudiadas.

Para darle salida al objetivo 2: Determinar el nivel de conocimiento de las mujeres de Alto Riesgo Reproductivo Preconcepcional sobre algunos aspectos del riesgo, así como el grado de control y asesoramiento médico se aplicó una encuesta a las pacientes con el objetivo de conocer sus conocimientos al respecto, esta fue creada teniendo en cuenta los aspectos fundamentales del riesgo preconcepcional según expresan trabajos científicos similares y la literatura consultada.

Para darle salida al objetivo # 3: Evaluar el conocimiento adquirido sobre el tema al grupo diagnosticado en la comunidad clasificado como Alto Riesgo Reproductivo Preconcepcional después de la aplicación de la estrategia educativa se aplicó una encuesta al efecto creada por el autor y respaldada por la literatura consultada. Ver anexo sobre Estrategia Educativa.

Operacionalización de las variables

Variables	Tipos	Operacionalización	
		Escala	Descripción
Grupo de edades de mujeres de Alto Riesgo Reproductivo Preconcepcional	Cuantitativa Nominal Politómica	15-19 20-24 25-29 30-34 34 -49 años	Atributo correspondiente a la componente población del estado de salud
Conocimientos de las enfermedades no transmisibles que con mayor incidencia afectan a las mujeres con Alto Riesgo Reproductivo Preconcepcional.	Cualitativa Ordinal Politómica	Diabetes Asma Bronquial Hipertensión Arterial Cardiopatías Enfermedades Psiquiátricas Enfermedades hematológicas Enfermedades neurológicas	Producidas por un factor desencadenante que conlleva a la cronicidad y tiene repercusión sobre los órganos diana y el estado psíquico del paciente y son irreversibles y no transmisibles.

Paridad	Cuantitativa Nominal Politómica	1-2 partos 3-4 partos 5 o mas partos	Números de partos que tiene una mujer en el desarrollo de la vida reproductiva.
Periodo Intergenésico	Cuantitativo Nominal Dicotómica	Menos de 2 años Más de 2 años	Periodo en que una mujer espera de un embarazo a otro.
Estado Nutricional	Cualitativo Ordinal Politómica	Bajo Peso Peso Normal Sobre Peso Obesa	Evaluación nutricional según índice de masa corporal

Variables	Tipos	Operacionalización	
		Escala	Descripción
Antecedentes Obstétricos	Cualitativo Ordinal Politómica	Bajo peso al nacer Malformaciones Congénitas Mortalidad Perinatal o infantil Pre-eclampsia Diabetes Gestacional	Historias de embarazo anteriores con eventos importantes que repercuten en la salud, así como ,las alteraciones de la gestación

Variables	Tipos	Operacionalización	
		Escala	Descripción

Control de los altos riesgos reproductivos	Cualitativa Ordinal Politómica	Edad Enfermedades crónicas asociadas Antecedentes obstétricos previos desfavorables Morbilidad Materna Hábitos tóxicos	Medir cualitativamente la probabilidad que tiene una mujer no gestante con edad fértil (15-49 años) de sufrir daños ella o su producto, si se involucra en el proceso reproductivo
Tipo de anticonceptivo utilizado	Cualitativa Ordinal Politómica	DIU Hormonal Condón Otros	Aditamentos utilizados para evitar el embarazo no deseado ni planificado

Variables	Tipos	Operacionalización	
		Escala	Descripción
Lugar de dispensarización	Cualitativa Ordinal Dicotómica	Consultorio médico popular de Barrio Adentro 1 Centros ambulatorios comunitarios	Lugar donde se dispensarizan los pacientes con alto riesgo reproductivo preconcepcional
Nivel de Conocimientos sobre Alto Riesgo Reproductivos	Cualitativa Ordinal Politómica	Bueno Regular Malo	Bueno: cuando fueron respondidas correctamente el 100% de las preguntas del cuestionario

			Regular: Cuando fueron respondidas del 70 al 80% Malo: Cuando fueron respondidas menos del 69 %
--	--	--	---

Variables	Tipos	Operacionalización	
		Escala	Descripción
Evaluación a todas las mujeres encuestadas según el Programa	Cualitativa Ordinal Politómica	Bueno Regular Malo	Bueno: cuando el 100% de las acciones fueron consideradas correctas. Regular: cuando del 70 al 80% de las acciones fueron consideradas correctas. Malo: Cuando menos del 69 % de las acciones fueron consideradas correctas.

ANÁLISIS Y DISCUSIÓN DE LOS RESULTADOS

En nuestro país en 1979 queda establecida la metodología de consulta de prevención del riesgo materno perinatal, conocida actualmente como Riesgo Materno Preconcepcional (43).

En la tabla 1 se observa la distribución de las pacientes según grupo de edades, predominando las mujeres mayores de 34 años para un 26,8%, esto implica que estas pacientes constituyan un riesgo, ya que en el momento en que los órganos genitales inician su envejecimiento y los efectos que se atribuyen al embarazo pueden aparecer y/o aumentar la mortalidad perinatal, infantil, bajo peso al nacer, mortalidad materna, rotura uterina, prolapso uterino, malformaciones congénitas y otras. Ver tabla 1. Comparado esto con estudios anteriores como por ejemplo de Dra. V. Herrera, Dr. J. Oliva, Dr. F. Domínguez que plantean que la edad de la madre es otro de los factores asociados con el peso al nacer, por lo que se reportan menores pesos en los recién nacidos de madres adolescentes y de edad avanzada. (45)

Tabla 1. Distribución del Alto Riesgo Reproductivo Preconcepcional según la edad, en el municipio Maracaibo estado Zulia consultorio de Calendario 2 año 2013

Edad	Mujeres de Alto Riesgo	%
15-19	87	18,3
20-24	120	25,5
25-29	88	18,6
30-34	50	10,5
34-49	126	26,8
TOTAL	471	100%

Fuente: Historia Clínica Familiar.

En la tabla 2 se muestra la representación del alto riesgo reproductivo preconcepcional según patologías asociadas con predominio de la Hipertensión arterial con 62 pacientes para un 6.8% del total seguida del asma bronquial con 44 mujeres para un 4,8%. Comparándolo con estudios de Adriana Robles, que expone en relación a la HTA o hipertensión inducida por el embarazo que constituye la principal causa de morbilidad maternas, en los países en vías de desarrollo y es la causa más importante de muerte materna, esto predispone a complicaciones como desprendimiento normoplacentario, edema agudo del pulmón, insuficiencia renal aguda, hemorragia cerebral, coagulopatía intravascular diseminada y rotura hepática (46). A su vez el Asma Bronquial aumenta el riesgo de hipoxia fetal que al igual a la Hipertensión Arterial el riesgo perinatal varía según su intensidad observándose un incremento en la prematuridad, bajo peso al nacer y retardo de crecimiento. (47)

Tabla 2. Distribución del Alto Riesgo Reproductivo Preconcepcional según patología asociada.

Patología	No.	%
HTA	62	6,8
Asma Bronquial	44	4,8
Enfermedades Tiroideas	18	2
Cardiopatía	11	1,2
Enfermedades Neurológicas	7	0,8
Enfermedades Psiquiátricas	8	0,9
Diabetes Mellitus	27	3
Enfermedades Hematológicas	35	3,9
TOTAL	352	100%

Fuente: Historia Clínica Individual y Familiar.

En la tabla 3 se muestra la distribución según la paridad observando que existe predominio del grupo de mujeres que tienen de uno a dos partos representando 185 para un 61,7% demostrando así que el riesgo aumenta según el número de nacimiento, comparado con estudios anteriores de Clauy Omar, donde exponen que antecedentes obstétricos como: abortos a repetición, multiparidad, período intergenésico corto, defunciones neonatales, defunciones fetales, bajo peso al nacer, Rh sensibilizado, cesárea anterior menos de 2 años conllevan a aumentar la morbo-mortalidad materno fetal y perinatal, no siendo así lo encontrado en nuestro trabajo, pero esta problemática nos alerta que debemos aplicar un enfoque integral, analítico e individualizado en cada caso donde el objetivo principal es disminuir el riesgo de enfermedad o muerte de la madre o el producto y que como principal condicionamiento haya existido un factor de riesgo desde antes del embarazo, susceptible de modificarse, atenuarse o eliminarse, y para esto debe ser aplicado un adecuado enfoque para la prevención del riesgo (26)

Tabla 3. Distribución según paridad

Paridad	No	%
1-2 partos	185	61,7
3-4 partos	95	31,8
5 o mas partos	20	6,4
Total	300	100

Fuente: Historias clínicas

En la tabla 4 se muestra la distribución del período intergenésico de las pacientes, evidenciándose en el período de más de 2 años con 204 para un 67,9 %, datos de interés ya que después de eses período los órganos maternos se han recuperado, tienen aumentados sus recursos biológicos y el crecimiento fetal y dedicación para ese futuro hijo puede ser más adecuado y favorece a disminuir los partos, la morbimortalidad perinatal e infantil. Estos resultados concuerdan con estudios realizados por Dr. Javier Torres García, Dra. Mónica A, González Rangel. Donde exponen una vez más las complicaciones en mujeres con período intergenésico corto con incidencias de ruptura uterina, rotura prematura de membrana y por ende aumento de la prematuridad y bajo peso al nacer (16).

Tabla 4 .Distribución del periodo intergenésico.

Periodo intergenésico	No.	%
Menor de 2 años	96	32
Más de 2 años	204	67.9

Fuente: Historias clínicas familiar

En la tabla 5 se ve representada la distribución según estado nutricional evidenciándose que de la pacientes estudiadas 255 llegaron a su otro embarazo con un peso adecuado lo que representa un 54,1% ,mientras solo 78 fueron bajo peso representando un 16,5%, lo que puede traer consigo que aumente la morbilidad fetal .Estudios realizados por Silvia Martínez Campos demuestra que el bajo peso en la madre constituye una alerta en el desarrollo del futuro bebe donde las condiciones nutricionales para asumir los aportes en el desarrollo y crecimiento del clastro materno no son los adecuados(24).

Tabla 5.Distribución según estado nutricional

Estado nutricional	No	%
Bajo peso	78	16,5
Peso normal	255	54,1
Sobre peso	78	16,5
Obesa	60	12,7
Total	471	100

Fuente: Historias clínicas

En la tabla 6 se muestra la distribución según antecedentes obstétricos, prevaleciendo el Bajo Peso al Nacer, con un antecedente de 67 para un 40,6% , datos que evidencia que cuando una mujer se embaraza y partos anteriores fueron bajo peso, es mayor la ocurrencia de otro nacimiento similar, y se debe actuar para modificar los factores de riesgo y preparar nutricionalmente a la mujer para su futuro embarazo, datos que coinciden con estudios realizados por Juan Chaviano Quesado y Daysi L pez Sosa (44).

Tabla 6. Distribución según antecedentes obstétricos

Antecedentes obstétricos	No	%
Bajo peso al nacer	67	40,6
Enfermedades congénitas	4	2,4
Mortalidad perinatal	5	3
Hipertensión arterial	62	37,5
Diabetes gestacional	27	16,3

Fuentes: Historias clínicas

En la tabla 7 se muestra el Alto Riesgo Reproductivo Preconcepcional según casos controlados, al inicio de la investigación predominó que el mayor número de mujeres están controladas para un total de 250 representando un 53%. A pesar de eso el trabajo de prevención para disminuir los riesgos debe ser continuo, con el objetivo de llegar a controlar al 100% de las mujeres que conforman el alto riesgo y así lograr evaluar, controlar, dispensarizar y educar mejor a estas pacientes, después de nuestra intervención se logró un cambio muy favorable, pues eleva el control a un total de 300 mujeres con alto riesgo reproductivo preconcepcional, lo que representa un 63,6%. Según plantean la Estrategia Nacional de Salud Sexual y Reproductiva en su tema acerca del control y seguimiento del riesgo reproductivo preconcepcional donde releva que no hay correspondencia en la dispensarización del alto riesgo reproductivo en la historia clínica y el servicio de planificación familiar. Considero que este es un problema global en todos los grupos básicos de salud, lo que nos conlleva a realizar acciones encaminadas al control adecuado y preciso de estas pacientes (1).

Tabla 7. Distribución del Alto Riesgo Reproductivo Preconcepcional según Casos Controlados.

Tipo	Antes		Después	
	No	%	No	%
Controlados	250	53	300	63,6
No Controlados	221	46,9	171	36,3
TOTAL	471	100	471	100

Fuente: Historia Clínica Individual y Familiar

En la tabla 8 se representa la distribución según el tipo de protección donde el DIU es el anticonceptivo más utilizado por 189 mujeres lo que representa un 75,6% .El total de pacientes protegidas es de 250 lo que implica que 102 mujeres que constituyen alto riesgo reproductivo preconcepcional no están protegidas, esto nos conlleva a realizar acciones encaminadas a disminuir la morbilidad materna a través del control y protección del 100% de mujeres, y disminuir así las interrupciones de embarazos no deseados, después de aplicado el Programa Educativo estos valores cambiaron favorablemente, logrando la protección de 300 pacientes, lo que representa un 66,6% del total, es importante resaltar una vez más, que el seguimiento de este riesgo debe ser continuo y con enfoque, para lograr disminuir este indicador desfavorable, expresado por Ricardo Rigol en su artículo “La planificación familiar y la anticoncepción”, donde nos releva que el mayor número de mujeres del alto riesgo reproductivo preconcepcional no tienen amplio conocimientos sobre anticoncepción y esto conlleva a interrupciones de embarazo, a malformaciones congénitas y a incidencias de daños maternos, fetales y perinatales, exponiendo una amplio estudio sobre planificación familiar y anticoncepción (11)(30).

Tabla 8. Distribución del Alto Riesgo Reproductivo Preconcepcional

Anticoncepción	Antes		Después	
	No	%	No	%
DIU	189	75.6	200	66,6
Hormonal	13	5.2	50	16,7
Condón	42	16,8	50	16,7
Otros	-	-	-	-
TOTAL	250	97,6	300	100

Fuente: Historia Clínica Individual y Familiar.

En la tabla 9 Al realizar la evaluación inicial del grado de conocimiento observamos que la mayoría de los participantes no poseían un conocimiento apropiado sobre anticoncepción, esto motivó que no se pudiera evaluar ningún parámetro de aceptable, al no superar el estándar establecido, demostrándose así que 151 pacientes no tienen gran conocimiento sobre los métodos anticonceptivos esto representa un 32,1% del total, por lo que no conocen la importancia de utilizar estos medios de protección para una sexualidad responsable y buena salud reproductiva, esto coincide con estudios realizados por el Centro Nacional de Planificación y además de doctores como Juan Chaviano Quesado y Daisy Lopez Sosa, entre otros(12,13), donde exponen el desconocimiento de la población en edad fértil, y sobre todo la de riesgo, acerca Planificación Familiar y Anticoncepción, esta conllevando a que la población consideren en la vida actual el aborto como método anticonceptivo. Después de la aplicación del programa esta panorámica se modificó, superando todos los parámetros el estándar establecido como aceptable (70%) en cuanto a conocimiento adquirido, y agregándole las acciones encaminadas para modificar conocimientos de forma aceptable.

Tabla 9: Comportamiento del conocimiento de los métodos anticonceptivos

Conocimiento de los métodos anticonceptivos	Antes		Después	
	No	%	No	%
Bueno	155	33,0	300	63,6
Regular	165	35,0	120	25,5

Malo	151	32,1	51	18,9
------	-----	------	----	------

Fuente : Encuestas

En la tabla 10 muestra la distribución de los pacientes según la asesoría médica, al realizar la evaluación inicial se observa que el 50,8% se han embarazado con consejos médicos y seguimientos en consulta a pesar que el 49,1% no ha tenido asesoría médica, datos que implica el pobre trabajo con el alto riesgo reproductivo preconcepcional por parte de los equipos básicos de trabajos, después de aplicado el Programa Educativo se logra incrementar el control, seguimiento, dispensarización y asesoramiento a estas pacientes, coincidiendo este aspecto con estudios anteriores de Tania Fernández Sordo, Xiomara Junco Hermo, Ivon Rodríguez Echevarria, Ana Gloria López Fernández, Maritza Sujo Sit que releva la importancia del trabajo con el riesgo reproductivo encaminado a mejorar la salud reproductiva y lograr así una concepción optima y plena, a pesar de la falta de comprensión por parte de las pacientes, el bajo nivel cultural, entre otros factores, que ciertamente conlleva al deficiente trabajo por desmotivación, ya que no se trata de un riesgo Individual y no existe una condición de riesgo que sea medible por igual en cada mujer o pareja (9).

Tabla 10: Distribución de las pacientes según asesoramiento médico

Asesoramiento médico	Antes		Después	
	No	%	No	%
SI	179	50.8	341	96.8
NO	173	49.1	11	3.1

Fuente: Encuestas

CONCLUSIONES

Predominaron, las edades de 34-49 años, la Hipertensión Arterial y el uso de los dispositivos intrauterinos. Prevalece el normopeso de la madre y el bajo peso al nacer en mujeres con Alto Riesgo Reproductivo. El conocimiento inicial fue insuficiente y se logró superar los estándares establecidos luego de la intervención.

RECOMENDACIONES

Implementar la capacitación al personal de salud y a la población en cuanto a temas de salud reproductiva.

Seguir realizando trabajos similares en el área de salud en busca de soluciones para el Programa Materno Infantil.

BIBLIOGRAFIA

1. Riesgo Reproductivo Dra. V. Herrear, Dr. J. Oliva, Dr. F. Domínguez, Maramendozavilla 2012... (En línea) Disponible en: www.buenastareas.com. En consulta 2012/11/21
2. Rev. Chilena de Obstetricia y Ginecología 2007 (En línea) Disponible en: www.revistasochog.cl/articulos/ver/394 . En consulta 2012/11/21
3. Programa de acción específica 2012 .(En línea) Disponible en: www.cnegsr.gob.mx/images/stories/.adolescentes.pdf . En consulta 2012/11/21
4. Manual de Obstetricia y Ginecología. Evaluación y Consejos Preconcepcional. (En línea) Disponible en: www.medicina.uc.cl/docman/doc-view/920 . En consulta 2012/11/21
5. Comportamiento del riesgo reproductivo Preconcepcional. Cuba 2007. M Marín García, L Martínez. (En línea) Disponible en: www.newsmatic.e-pol.com.ar/index.php?pub . En consulta 2012/11/21
6. Riesgo reproductivo : Robles Adriana, feb. 2012(17) 121. (En línea) Disponible en: www.buenastareas.com . En consulta 2012/11/21
7. Valoración del riesgo obstétrico y biopsicosocial prenatal en la predicción de complicaciones maternas. 2012 (En línea) Disponible en: www.sovemefa.com/revistas./medicodefamilia . En consulta 2012/11/21
8. Conocimiento sobre el riesgo preconcepcional”, en Revista Electrónica Archivo Médico de Camagüey 1999; 3(3) (en línea). Disponible en: <http://www.amc.sld.cu/amc/1999/v3n3/amc3%283%2903.htm>. Juan Chaviano Quesado y Daysi L pez Sosa.
9. Gestación Y Sida nov. 2007 (En línea) Disponible en: www.slideshare.net/wiccpsy/91221201. En consulta 2012/11/21 Dr. Campos; Sep 08, 2012.

10. La Estrategia Nacional de Salud Sexual y Reproductiva (embarazo de bajo, medio, alto riesgo) 2007 (En línea) Disponible en: www.zaguan.unizar.es/. En consulta 2012/11/21
11. Herrera V, Oliva J, Domínguez F. Riesgo reproductivo En: Rigol Ricardo O. Obstetricia y Ginecología. Capítulo 11. La Habana: Editorial Ciencias Médicas; 2004:113-120.
12. Programa de Acción “Arranque Parejo en la Vida” - Nueve Lunas 2012 (En línea) Disponible en: www.nuevelunas.org.mx/Leyes.../Programa.pdf . En consulta 2012/11/21
13. MINSAP. Departamento Nacional Materno Infantil. Orientación Metodológica del Programa Nacional Materno Infantil. La Habana Edición de Ciencias Médicas. 2010.
14. Cuba, Ministerio de Salud Pública. Programa de nutrición para el médico de familia.
15. Guía de Práctica Clínica Coordinador Auxiliar de Salud Reproductiva 2012. (En línea) Disponible en: www.cvsp.cucs.udg.mx/guías/162.pdf . En consulta 2012/11/21
16. Guía de Práctica Clínica mujeres con alto riesgo 2012. (En línea) Disponible en: www.cvsp.cucs.udg.mx/guías/ . En consulta 2012/11/21
17. Riesgo Reproductivo. Dr. Javier Torres García, Dra. Mónica A, González Rangel. (En línea) Disponible en: [www.latina.obgyn.net/espanol/riesgo reproductivo](http://www.latina.obgyn.net/espanol/riesgo-reproductivo) . En consulta 2012/11/21
18. Efectividad De Un Programa Educativo Para El Control del Alto Riesgo Reproductivo (En línea) Disponible en: www.buenastareas.com/materias/riesgo-reproductivo/0 . En consulta 2012/11/21
19. Factores de Riesgo Reproductivo. Médicos Familiares Policlínico Miraflores Rev. Pacea Med. Fam. 2007; 4(6): 128-131.
20. www.es.scribd.com/doc/ . En consulta 2012/11/21

21. Factores De Riesgo Reproductivo. Diagnostico Medico. (En línea) Disponible en: www.buenastareas.com/materias/factores-de-riesgo-reproductivo/0 . En consulta 2012/11/21
22. Actividades preventivas en la mujer de alto riesgo García-Franco. Aten Primaria. 2012;(44) 1:65-80. (En línea) Disponible en: www.papps.org/upload/file/ . En consulta 2012/11/21
23. Guía de Práctica Clínica, mujeres con alto riesgo, estrategias y líneas de acción 2012. (En línea) Disponible en: www.cvsp.cucs.udg.mx/guías. En consulta 2012/11/21
24. Riesgo Reproductivo Preconcepcional. Factores de riesgo relacionados con el peso. Importancia del control y seguimiento. Martínez Campos Silvia 2012/02/26 (En línea) Disponible en: www.dametareas.com/algunos-factores-de-riesgo-relacionados. En consulta 2012/11/21.
25. LP Fernández. Granma. 2012 (En línea) Disponible en: www.cimfcuba2012.sld.cu/index.php/xseminarioAPS/2012/ . En consulta 2012/11/21
26. Riesgo Reproductivo. Clauy Omar Riesgo Reproductivo, jul. 2012(43). (En línea) Disponible en: www.buenastareas.com › . En consulta 2012/11/21
27. Manual de prácticas obstétricas para la Atención Primaria de Salud.(RRPC) de EP Castiñeira González –.2007 (En línea) Disponible en: <http://www.medisur.sld.cu> En consulta 2012/11/2
28. Centro Nacional de Planificación Familiar y Anticoncepción 2012. (1.2) 55. 8. (En línea) Disponible en: [www.cnegsr.gob.mx/images/stories.planificacion.pdf](http://www.cnegsr.gob.mx/images/stories/planificacion.pdf) . En consulta 2012/11/21
29. Alto Riesgo Reproductivo De Dupity y Janelycg 2008 (En línea) Disponible en: www.buenastareas.com › . En consulta 2012/11/21
30. Boletín avances y retos Observatorio de Salud y Reproductiva, (En línea) Disponible en: www.osarguatemala.org/ . En consulta 2012/11/21

31. Riesgo Reproductivo Dra. V. Herrear, Dr. J. Oliva, Dr. F. Domínguez, Maramendozavilla 2012... (En línea) Disponible en: www.buenastareas.com. En consulta 2012/11/21
32. Tocoginecología, Buenos Aires“2012. (En línea)) Disponible en: www.estatico.buenosaires.gov.ar/áreas/salud/dircap/res/.../tocogineco.pdf . En consulta 2012/11/21
33. Embarazo. Riesgo Reproductivo. Mujeres de alto riesgo.2007; 3(2): 61-73. 2012 Slide Share Inc. All rights reserved. (En línea) Disponible en: www.slideshare.net/wiccpsy/91221201. En consulta 2012/11/21 ,8 on Aug 22, 2012.
34. Proyecto de Norma Oficial Mexicana. Centro Nacional de Equidad de Género y Salud Reproductiva. 2012.3.16. (En línea) Disponible en: www.slideshare.net/dof.gob.mx/ En consulta 2012/11/21
35. Incidencia y factores de riesgo MT Rendón - 2012 (2), febrero 2012 (En línea) Disponible en: www.nietoeditores.com.mx/2012/. En consulta 2012/11/21
36. Guía Docente Ginecología. Lucía Sánchez Hidalgo. Ana Al puente Torres (En línea) Disponible en: www.hgucl.es/wp-content/uploads/2011/05/ginecologia.pdf. . En consulta 2012/11/21
37. MINSAP. Departamento Nacional Materno Infantil. Orientación Metodológica del Programa Nacional Materno Infantil. La Habana Edición de Ciencias Médicas. 2010.
38. Implicaciones éticas, legales, religiosas y socioeconómicas de la... Fecundación y Salud reproductiva en Costa Rica (1). (En línea) Disponible en: www.revenf.ucr.ac.cr/files. En consulta 2012/11/21
39. Factores De Riesgo Reproductivo. Efectividad de un Programa Educativo 2011 (En línea) Disponible en: www.buenastareas.com/materias/factores. En consulta 2012/11/21.
40. MINSAP. Proyecciones de salud pública en Cuba para el 2015. 2006.

41. Fondo de Naciones Unidas para la Infancia, Organización Panamericana de la Salud, Fondo de Población de las Naciones Unidas, Ministerio de Salud Pública de Cuba; El Plan del Médico de la Familia en Cuba, 1991.33-34.
42. Rodríguez Ferrá, Reinaldo; Menéndez Navarro, Leandro; Pérez Alonso, Carlos; Conde Martín, Marlene: "Conocimiento sobre el riesgo preconcepcional", en Revista Electrónica Archivo Médico de Camagüey 1999; 3(3) (en línea). Disponible en: <http://www.amc.sld.cu/amc/1999/v3n3/amc3%283%2903.html>.
43. Organización Panamericana de la Salud Manual sobre enfoque de Riesgo en la Atención Materno Infantil. OPS 1-31 Serie Patex No.7, 1986.
44. "Conocimiento de la población sobre el riesgo Preconcepcional y cumplimiento del programa. (En línea) Disponible en: <http://www.amc.sld.cu/amc/1999/v3n3/amc3%283%2903.htm>. En consulta 2011/09/21. Dra. Tania Fernández Sordo, Dra. Xiomara Junco Hermo, Lic. Ivon Rodríguez Echevarria, MSC Ana Gloria López Fernández, Dra. Maritza Sujo Sit
45. Gestación y anticoncepción. Rev. Española de Cardiología (consulta de asesoramiento reproductivo) 2007; (En línea) Disponible en: www.revespcardiol.org/es/gestacion. España de MT Subirana. En consulta 2012/11/21
46. Modelo de Atención Prenatal En Riesgo Reproductivo (En línea) Disponible en: www.buenastareas.com/materias/atencion...en-riesgo-reproductivo/0. En consulta 2012/11/21
47. Moro M, López A. Asma bronquial. (sitio en Internet). Consulta 21 de septiembre, 2011 Disponible en: <http://www.infomed.cu/servicios/articulos/asma-y-embarazo>. MINSAP Carpeta metodológica. La Habana 1, 1999-2001. Consulta 21 de septiembre, 2011.

ANEXOS

Anexo I.

Consentimiento Informado.

Yo ----- doy el consentimiento informado por escrito para participar en la investigación que lleva por nombre:

Intervención Comunitaria del Alto Riesgo Reproductivo Preconcepcional en el Asic La Rinconada, Municipio Maracaibo, Estado Zulia, Venezuela, en el período de Febrero a Diciembre del 2013

Firma Entrevistador

Firma

Entrevistado

Anexo II.

Encuesta sobre Alto Riesgo Reproductivo Preconcepcional aplicada a las pacientes dispensarizadas en el Asic La Rinconada , Municipio Maracaibo , Estado Zulia , Venezuela, en el período de Febrero a Diciembre del 2013.

1. A que grupos de edades Usted pertenece. Marque con una X.

____ 15-19 años

____ 20-24 años

____ 25-29 años

____ 30-34 años

____ 34-49 años

2. Padece de las siguientes enfermedades no trasmisibles. Responda sí o no.

____ HTA

____ Asma Bronquial

____ Enfermedades hematologicas

____ Enfermedades Cardiacas

____ Enfermedades Neurológicas

____ Enfermedades Psiquiátricas

____ Diabetes Mellitus

____ Otras. Especifique.

3. Conoce sobre su enfermedad en caso de padecer algunas. Responda

____ Si

____ No.

4. Qué tipo de anticonceptivos utilizas. Marque con una X.

____ DIU

____ Hormonal

____ Condón

____ Otros. Especifique.

5. Usted se sigue en su CMP y/o en consulta de planificación familiar. Marque con una X.

____ Consultorio médico popular de Barrio Adentro 1

____ Centro ambulatorio comunitario

6. Por qué escogió ese método anticonceptivo. Explique.

7. Están controladas en su CMP. Marque con una X.

____ Controladas

____ No Controladas

8. Conoces el significado del Alto Riesgo Reproductivo Preconcepcional. Responde.

____ Si

____ No

9. Conoce cada qué tiempo debe asistir a consulta. Responda_____.

10. Conoce la importancia de la consulta de Planificación Familiar. Explique brevemente.

11. Considera que tienen importancia las acciones educativas ante el Alto Riesgo Reproductivo Preconcepcional. Responda.

____ Si

____ No

ANEXO III. PROYECTO DE INTERVENCIÓN

Riesgo Materno Preconcepcional

Manual de Consulta para Equipo Básico de Salud en la Atención Primaria de Salud.

Índice

Introducción

Tema 1: Conceptos básicos sobre salud reproductiva y periodos que contempla, elementos, pilares

Tema 2: Riesgo reproductivo, concepto, componentes, enfoque de riesgo.

Tema 3: Pasos para el proceso de trabajo con el Riesgo Materno Preconcepcional, manejo y control

Tema 4: Criterios para clasificar una mujer en edad fértil (15-49 años). Pareja como riesgo reproductivo

Tema 5: -Presentación

Diseño de control del Riesgo Materno Preconcepcional.

Tema 6: Reglas básicas de planificación familiar, clasificación de los métodos anticonceptivos.

Tema 7: Técnicas participativas para el trabajo grupal que se utilizan en el trabajo de la comunidad.

Manual de capacitación en Riesgo Materno Preconcepcional para la Atención Primaria de Salud. Este programa de capacitación puede ser implementado ya sea en la mañana o en la tarde para no afectar la asistencia médica nivel del área de salud.

Hora del curso:

Días:

Total de participantes

Objetivos básicos:

Dotar al personal de la atención primaria de salud de las habilidades y capacidades necesarias para la atención integral al Riesgo Materno Preconcepcional.

Identificar las estrategias locales que pueden aplicarse a los desafíos de una sexualidad responsable.

Propuesta pedagógico del taller:

El taller se realizará a partir de los principios de la pedagogía activa y participativa. En términos prácticos, ello significaría que:

Los participantes aprenden descubriendo mediante la reflexión y discusión en pequeños grupos.

El taller incluye técnicas participativas.

En resumen son los protagonistas del proceso de aprendizaje.

En consecuencia los participantes:

Deben tener una participación activa, para que esta ocurra deben trabajar en pequeños grupos.

Los grupos interactuarán entre sí en momentos de plenarias, informando o presentando resultados de los trabajos grupales.

Propuesta de temas:

1. Concepto básico de la salud reproductiva, componentes y periodos que contemplan, elementos y pilares
2. Riesgo reproductivo. Concepto, componentes, enfoque de riesgo
3. Paso para el proceso de trabajo con Riesgo Materno Preconcepcional, manejo y control.
4. Criterios para clasificar mujeres en edad fértil o pareja como riesgo reproductivo.
5. Diseño de tarjeta de control de Riesgo Materno Preconcepcional.

6. Reglas básicas de planificación familiar. Clasificación de los métodos anticonceptivos
7. Técnica participativa para el trabajo grupal que se puede utilizar en la comunidad.

INTRODUCCIÓN

Este manual lo hemos confeccionado para el personal de salud pensando en la necesidad de prepararnos en educar a la población en la elevación de estilos de vida más saludable en el campo de nuestra salud reproductiva. Pretendemos que sean capaces de cuidar mejor el prestigio de su trabajo y enfrentarse a las exigencias en el desempeño de sus múltiples funciones.

El nacimiento de un niño sano es un acontecimiento que se celebra en todas las sociedades del mundo, sin embargo para muchas familias de este acontecimiento puede ser generador de dificultades no solo por la morbilidad, secuelas y en últimas instancias la muerte de la madre, del producto o de ambos.

El Programa Materno Infantil entre los indicadores de evaluación registra la tasa de mortalidad materna y perinatal, que reflejan todas las condiciones de vida de la mujer, la morbilidad subyacente y la calidad de vida de una sociedad, la situación racial, cultural, económica, la cobertura y eficiencia de los servicios de salud y las condiciones de educación, alimentación y vivienda en un sitio determinado y como la salud reproductiva y la sexualidad responsable constituyen las reglas básicas de la planificación familiar ,nos dimos a la tarea de diseñar este taller que nos permita el manejo del Riesgo Materno Preconcepcional que constituye un problema en nuestra área de salud.

Taller de Riesgo Reproductivo

Tema 1: Concepto básico sobre la salud reproductiva

¿Qué se entiende por salud y salud reproductiva?

Salud: es el completo bienestar físico, mental y social y no meramente la ausencia de enfermedad y dolencias en todos los aspectos relacionados con el sistema reproductivo en funciones y procesos implica que las personas sean capaces de llevar una vida sexual segura y satisfactoria, que tenga capacidad de reproducirse y la libertad de

decidir y con que frecuencia procrear, derecho a ser informados y tener acceso a métodos de la regulación a la fecundidad, el derecho de tener servicios de salud apropiados que capaciten a la mujer a tener un embarazo y parto seguro y provean a la pareja de mayor posibilidades de hijos saludables. OMS 1944

Componentes de Salud Reproductiva

Atención Preconcepcional

Atención prenatal

Atención al recién nacido y parto

Atención al puerperio

Atención neonatal precoz

Importancia de la Salud Reproductiva

1. Refleja el nivel de salud, niñez y adolescencia y se extiende más allá del período reproductivo del hombre y la mujer.
2. Marcador de efectos intergeneracionales fundamentalmente la mujer, ya que esta se afecta y es afectada por otras variables(nutrición, salud), se puede afectar también durante la infancia, adolescencia, estilos de vida y ambiente.

Períodos que contemplan la salud reproductiva

1. Nacimiento
2. Adolescencia
3. Edad Reproductiva

Elementos fundamentales de la Salud Reproductiva

1. Planificación familiar
2. Atención prenatal
3. Servicio de ITS/SIDA
4. Servicio materno
5. Servicio de infertilidad

6. Servicio de nutrición

7. Cuidado del recién nacido y del niño.

Pilares de Salud Reproductiva

- Prevenir complicaciones

- Prevenir muerte de la madre durante el periodo reproductivo

Tema 2: Riesgo Reproductivo. Concepto. Componentes. Enfoque de riesgo

¿Qué se entiende por riesgo?

Riesgo: Se conoce como la probabilidad de sufrir daño.

Daño: Resultado temporal o definitivo no deseado

Porque se establece un gradiente de cuidados y va desde lo mínimo para individuos de bajo riesgo hasta un máximo necesario para aquellos con alta probabilidad de sufrir en el futuro complicaciones en su salud.

Riesgo Reproductivo

Es la probabilidad de sufrir un daño durante el proceso de reproducción.

Otro concepto: la probabilidad que tiene una mujer o su producto potencial de sufrir daño ya sea lesión o muerte en el momento de la reproducción (parto, embarazo, puerperio, etapa perinatal, infantil y niñez)

Consta de los siguientes componentes

- Riesgo preconcepcional. Riesgo obstétrico, gestación, parto.

- Riesgo perinatal: 28 semanas a 7 días.

- Riesgo infantil.

Enfoque de riesgo: método epidemiológico para medición de la familia, persona y comunidad sustentado en el concepto de riesgo.

Riesgo Reproductivo preconcepcional

Probabilidad que tiene una mujer no gestada de sufrir daño ella o su producto si se involucra en el proceso reproductivo.

Factores de riesgo reproductivo preconcepcional

Son todos aquellos elementos o circunstancias preconditionantes o desencadenantes de morbilidad o mortalidad, relacionado con el proceso tanto para la pareja como el producto.

Factores de Riesgo Reproductivo Preconcepcional

1. Edad: menos de 18 años y mayor de 35 años.

Optima (de 20-29 años)

En el caso de las adolescentes los órganos no están maduros

No alcanzan madurez biológica

No tienen independencia económica

No han concluido estudios

No tienen madurez psicológica

Mayores de 35 años

Órganos genitales inician envejecimiento

Efectos que se le atribuyen al embarazo:

Mortalidad perinatal

Mortalidad infantil

Bajo peso al nacer

Mortalidad materna: Mayor de 35 años, rotura uterina, prolapso uterino, aumento de cesárea, malformaciones congénitas.

2. Período intergenésico menos de 2 años

El organismo materno necesita recuperarse

La madre disminuyen sus recursos biológicos y nutritivos por crecimiento fetal

Post parto necesita recuperar lo perdido y prepararse para un nuevo embarazo, esta necesidad aumenta cuando lactan.

En el niño necesita afectos, dedicación para el desarrollo psicomotor y socialización.

Efectos:

Mortalidad materna por anemia

Mortalidad infantil

Mortalidad perinatal

Riesgo social

3. Paridad

5 o más embarazos

Fundamentación: hay desgaste del aparato reproductivo.

El riesgo aumenta proporcionalmente al número de nacimiento.

Morbilidad Materna:

Hemorragias

Placenta previa

Anemia

Diabetes gestacional

Presentación anormal (Oblicua, transversal)

Prolapso uterino

Enfermedades cervicales

Prematuridad

Crecimiento intrauterino retardado (CIUR).

Deficiente desarrollo físico e intelectual.

4. Embarazo no deseado.

Termina en el aborto

Efectos: morbilidad materna, té de caoba, desequilibrio psicoeconómico, intento suicida

5. Estado nutricional de la madre

Se establece relación masa corporal de la madre y desarrollo del niño.

Desnutrición o bajo peso al nacer

Efecto: Mortalidad fetal, perinatal

Materna: Bajo peso, CIUR

6. Baja talla (menos de 150cm)

Se establece relación masa corporal de la madre y desarrollo corporal del niño.

Efecto: Bajo peso

Morbilidad materna. Aumenta el número de cesáreas por desproporción céfalo pélvico.

Mortalidad perinatal

7. Estado civil

Soltera (producción independiente): Niño no respaldado, la madre sola tiene que ocuparse del embarazo y del niño.

Efecto:-Afecta el sistema neuropsíquico

Mortalidad materna y perinatal

8. Hábito de fumar: 10 cigarros al día

Aumenta la posibilidad de rotura merina, efectos tóxicos de los derivados del tabaco produce vasoconstricción, el niño no crece bien.

Bajo peso

Mortalidad materna

CIUR

9. Ingestión de drogas (Alcohol)

Efectos: Tóxicos del alcohol

Malformaciones congénitas

Retraso Mental

Prematuridad, CIUR, esquizofrenias y otras enfermedades psíquicas

10. Antecedentes obstétricos desfavorables

Muerte perinatal o infantil

Antecedentes de bajo peso

Enfermedades congénitas

Enfermedades genéticas importantes

Existe mayor riesgo de repetirse

Efecto:- Bajo peso

Malformaciones

Mortalidad perinatal o infantil

11. Antecedentes de complicaciones anteriores

Preclampsia, diabetes gestacional.

Tienen mayor riesgo de repetirse morbilidad materna, muerte fetal y perinatal.

12. Afecciones biológicas conocidas que constituyen riesgo.

Enfermedades crónicas no transmisibles.

Hipertensión arterial, sickle cell anemia, neuropatías, cardiopatías, enfermedades psiquiátricas.

El embarazo constituye sobrecarga al organismo

El paciente se descompensa.

Efectos. Morbilidad materna, perinatal e infantil.

Factores de Riesgo Preconcepcional Obstétrico:

Anemia

Infección vaginal

Enfermedad hipertensiva gravídica

Embarazos múltiples

Hemorragia en el tercer trimestre

Hábito de fumar

Riesgos durante el parto.

Riesgos durante el parto:

- a) Hemorragia: Hematoma retroplacentaria, placenta previa, rotura uterina, atonía uterina.
- b) Infección: Rotura prematura de membrana, retención de fragmentos placentarios, violación de normas de asepsia y antisepsia.
- c) Baja estatura: Debajo de 145 cm.
- d) Parto obstructivo: desproporción céfalo pélvico, alteración de la dinámica uterina, mala presentación fetal.
- e) Instrumentación

Riesgo durante el puerperio

- a) Infección
- b) Hemorragia (atonía uterina)
- c) Reto placentaria
- d) Desgarro cervicales y vaginales

Riesgo para el recién nacido

Bajo peso al nacer: prematuridad y CIUR

Infección perinatal

Asfixia

Enfriamiento

Tema 3 Pasos para el proceso de trabajo del Riesgo preconcepcional, manejo y control.

¿Que hacer en este proceso?

Pasos para el proceso

Dispensarizarla

Manejarla

Controlarla

1- Identificar mujeres en edad fértil con riesgo preconcepcional real

Pacientes entre 15-49 años

2- El número de paridad en los 5 últimos años (antecedentes obstétricos, multiparidad, peso del recién nacido, período intergenésico)

3- Niños con afecciones e hijos de madre en edad reproductiva.

4- Mujeres en edad fértil con enfermedades transmisibles y no transmisibles.

5- Mujeres con conducta inadecuada (prostitutas)

Valorar:

1- Deseo de la pareja en tener hijos, sino desea y usa método anticonceptivo adecuado (No es un riesgo)

2- Métodos anticonceptivos definitivos no constituyen riesgo (Anexectomia, histerectomía se incluyen de 15 a 49 años)

3- Actividad sexual si no tiene no es un riesgo

4- Cualquier otro aspecto que el médico considera.

Dispensarización

Reflejarlo en historia clínica individual y familiar y hojas de cargo, captación de caso nuevo, seguimiento, control, consulta y terreno o cuando salga del programa.

Manejo y control

1-Historia clínica individual, criterios, factores de riesgo si es modificable o no, si desea la cooperación.

Plazo en que la pareja desea tener un hijo.

2- Convenio. Llegar a un acuerdo para saber que se necesita para eliminar el riesgo, atenuando o modificando, saber cual es el mejor momento para el embarazo y cual método usar.

3-Plan de acción

Modificar factores de riesgo

Participación médica, psicólogo, otro personal de salud y organizaciones de masas.

Criterio para dar salida al riesgo

Paciente que no desean más embarazo y usen métodos anticonceptivos adecuados.

Anticonceptivos permanentes.

Desaparición de la condición de riesgo.

Que cese actividad sexual con certeza.

Tema # 4 Criterios para clasificar mujer en edad fértil (15-49) o pareja como riesgo reproductivo.

Existen varios criterios para clasificar a un individuo como riesgo, entre los que podemos citar los siguientes:

1- Antecedentes de mortalidad perinatal

2-Antecedentes de embarazo como riesgo obstétrico perinatal incrementado.

3-Antecedentes de bajo peso al nacer.

4-Mujeres con hijos que hayan tenido morbilidad importante (malformaciones congénitas, retraso mental, endocrinopatías)

5-Mujeres con afecciones biológicas conocidas, cardiopatías, anemia, estados carenciales de nutrición, diabetes mellitas, psiquiátricos)

6-Mujeres o su pareja cuya conducta personal y social constituya riesgo para su salud, ella o su producto

Menos de 2 años

Más de 35 años.

Cesareada anterior.

Período intergenésico 2 años como mínimo.

La paciente adolescente sola, no constituye un riesgo pero si gestación previa conocida como aborto o parto.

Menos de 18 años que desee embarazarse o conducta personal inadecuada que favorezca o induzca a precisar si va a continuar el embarazo.

Mujeres menos de 20 años con práctica sexual con promiscuidad.

Mayores de 35 años solas, aunque no tenga factores de riesgo asociados constituyen un riesgo.

Tema # 5 Ficha de registro del riesgo reproductivo

Nombres y Apellidos	Edad	Dirección	Método Anticonceptivo	Controles		Riesgos asociados	Fecha
				Consulta	Terreno		

¿Cómo provee la Planificación Familiar?

En nuestro país existen especialistas altamente calificados para realizar esta labor: médicos especialistas, médicos de la familia.

Debe ser descartado el embarazo para ello toda indicación de un método anticonceptivo debe ser acompañada de una consejería y un examen clínico y cuando se requiera de análisis de laboratorio.

Entregar la información suficiente y objetiva para que los usuarios sean quienes decidan sobre el método a elegir para ellos tener en consideración los recursos

con que cuentan, tanto de talento humano como de insumos, acceso al servicio, entre otros.

Clasificación de los métodos anticonceptivos.

Cada pareja puede elegir, con la asesoría de su equipo de salud, el método a utilizar, para evitar un embarazo no deseado. Es importante tomar en cuenta el estado de salud de ambos miembros y también los aspectos económicos, sociales, familiares, y culturales que los rodean. Conocer primero las características de los métodos más utilizados en el mundo para la planificación familiar, sus ventajas e inconvenientes es esencial para realizar la mejor elección.

De gran importancia para la mayoría de las personas durante la etapa de adultez es la planificación familiar, se trata de decidir su futura descendencia, en concordancia con la situación de salud, la economía, y el nivel cultural y social que se pretenda alcanzar.

Esta planificación no es sinónimo de evitar nacimientos, sino de actuar conscientemente y con un alto sentido de responsabilidad, de manera que nazcan los hijos deseados en las condiciones apropiadas. De ahí la necesidad de enseñarles a las parejas los distintos métodos anticonceptivos existentes, sus ventajas y desventajas según las características de cada caso, para tener un criterio de elección adecuado que les permita evitar los embarazos no deseados, sin poner en riesgo su salud y decidir responsablemente su procreación.

Muchas veces la pareja tiene la certeza de que no es el momento oportuno para tener un hijo, y se pregunta ¿Quién elige el anticonceptivo? ¿Cuál es el más adecuado? ¿Quién lo va a usar? Aunque tradicionalmente la persona encargada de evitar el embarazo es la mujer, en la actualidad existen anticonceptivos femeninos y masculinos que cumplan esa función. En la consulta de planificación familiar del área pueden sugerir el más apropiado, según las características de cada miembro de la pareja.

Conozcamos de forma breve y precisa los diferentes tipos de anticonceptivos más utilizados en el mundo, y los elementos que pueden ayudar a decidirse por uno u otro.

- 1) Los dispositivos intrauterinos (DIU)
- 2) Las píldoras
- 3) El preservativo
- 4) La ligadura de las trompas de Falopio
- 5) La vasectomía
- 6) Las inyecciones anticonceptivas
- 7) Los implantes subdérmicos
- 8) La interrupción del coito
- 9) Los anticonceptivos vaginales
- 10) La abstinencia periódica
- 11) La lactancia materna
- 12) Los llamados "de emergencia" o "postcoitales"

Método anticonceptivo o Método contraceptivo es aquel que impide o reduce significativamente las posibilidades de una fecundación o un embarazo en la relaciones sexuales. Los métodos anticonceptivos contribuyen decisivamente en la toma de decisiones sobre el control de la natalidad (número de hijos que se desean o no tener), la prevención de embarazos, así como la disminución del número de embarazos no deseados y embarazos en adolescente. Los métodos que se administran después de mantener relaciones sexuales se denominan anticonceptivos de emergencia.

La generalización de la planificación familiar y la educación sexual favorecen la utilización óptima de los métodos de anticoncepción.

Elección del método anticonceptivo

Ningún método anticonceptivo puede considerarse mejor que otro, ni es totalmente seguro. Cada método tiene sus indicaciones y deberá buscarse aquel que sea más idóneo para cada circunstancia y permita una mejor salud sexual. La eficacia teórica de cada método aumenta considerablemente si se usa correctamente.

Factores que deben considerarse en la elección del método anticonceptivo

Estado de salud general

Frecuencia de las relaciones sexuales

Número de parejas sexuales

Si se desea tener hijos (deben descartarse los métodos reversibles)

Eficacia de cada método en la prevención del embarazo

Efectos secundarios

Facilidad y comodidad de uso del método elegido.

Efectividad de los métodos anticonceptivos

La efectividad de los distintos métodos anticonceptivos se mide por número de embarazos por cada cien mujeres al año que utilizan un determinado método:

Efectividad con uso adecuado de los métodos anticonceptivos

Un 100% de efectividad expresa que hay cero (0) embarazos por cada 100 mujeres al año, 99 a 99,9 % expresa que se producen menos de 1 embarazo por cada 100 mujeres al año y así sucesivamente:

100% vasectomía

99,9% lactancia materna, esterilización femenina, dispositivo intrauterino (DIU), anillo vaginal, píldora anticonceptivo, parche anticonceptivo, implante hormonal, inyección hormonal.

98% condón masculino

95% condón femenino

94% diafragma

91% esponja anticonceptiva

86% capuchón cervical

El resto de métodos anticonceptivos suele tener una efectividad inferior a los descritos.

Efectividad media (uso adecuado e inadecuado de los métodos anticonceptivos)

Se indica el porcentaje de embarazos por 100 mujeres al año:

Menos del 1%: vasectomía, esterilización femenina, dispositivo intrauterino (DIU), anillo vaginal, píldora anticonceptivo, parche anticonceptivo, implante hormonal, inyección hormonal.

Del 2 al 8%: dar pecho, inyección hormonal, anillo vaginal, píldora anticonceptivo, parche anticonceptivo.

Del 15 al 25 %: condón masculino, diafragma, condón femenino, capuchón cervical, esponja anticonceptiva, método sintotérmico.

Más del 30%: coito interrumpido, espermicidas.

Métodos anticonceptivos

Métodos de barrera

Preservativo masculino, uno de los métodos anticonceptivos más utilizados

Preservativo: tiene una versión femenina(preservativo femenino) y una masculina

Diafragma: aro de goma que se sitúa en el cuello del útero cerrando el paso a los espermatozoides. Una variedad más pequeña de este es el capuchón cervical.

Leacontraceptivum: tamaño único, permanece en su lugar debido a una válvula de succión.

Los métodos de barrera impiden la entrada de esperma al útero y son productos sanitarios por lo que deben cumplir los requisitos sanitarios establecidos a estos productos en cada región o país.

Preservativo o condón

Los condones masculinos son recubrimientos delgados de caucho, vinilo o productos naturales que se colocan sobre el pene erecto. Los condones masculinos pueden ser tratados con espermicidas para ofrecer mayor protección. Estos impiden que los espermatozoides tengan acceso al aparato reproductivo femenino e impiden que los microorganismos (Enfermedades de Transmisión Sexual-ETS -, incluyendo el VIH) pasen de un miembro de la pareja al otro (sólo los condones de latex y vinilo).

Preservativo femenino

Los condones femeninos son un recubrimiento delgado de plástico poliuretano con aros de poliuretano en extremos opuestos. Estos se introducen en la vagina antes del coito. Al igual que los condones masculinos, los femeninos impiden que los espermatozoides tengan acceso al aparato reproductivo femenino e impiden que los microorganismos (Enfermedades de Transmisión Sexual-ETS -, incluyendo el VIH) pasen de un miembro de la pareja al otro.

Métodos hormonales y químicos

Los métodos hormonales y químicos son medicamentos anticonceptivos que impiden que el proceso de concepción pueda tener lugar. El modo de actuación es distinto según el método.

Anticoncepción hormonal

La anticoncepción hormonal se puede aplicar de diversas formas:

Anillo vaginal: único de administración vaginal mensual. Es un anillo transparente, suave y flexible que se coloca por la misma usuaria por vía vaginal, liberando diariamente dosis bajas de hormonas. No tiene interferencias con antibióticos, ni a nivel digestivo; su eficacia no se ve alterada por vómitos o diarreas. Eficacia del 99,7 %

Píldora anticonceptiva: administración diaria por vía oral. Eficacia de 99%

Parches anticonceptivos.

Anticonceptivo subdérmico: implante hormonal compuesto por una varilla del tamaño de una cerilla que se coloca bajo la piel del brazo de la mujer, ofreciendo protección anticonceptiva entre 3 y 5 años. Sin embargo, el médico puede retirarlo en cualquier momento y la mujer recuperará la fertilidad en un tiempo mínimo. Eficacia del 99%.

Píldora sin estrógeno: o píldora 0 estrógeno, píldora libre de estrógenos, recomendada para mujeres que no pueden o no desean tomarlos; la dosis hormonal es tan ligera que entre otras indicaciones es la única píldora recetada durante la lactancia. Eficacia del 99%.

Píldoras trifásicas

Píldora trifásica: método anticonceptivo altamente eficaz de dosis hormonales bajas con un balance hormonal suave y escalonado, imita el ciclo fisiológico de la mujer en forma secuencial progresiva, brindando estricto control del ciclo. Además, reduce la grasa facial, por lo que puede ser indicado para el tratamiento de acné leve a moderado.

Método hormonal inyectable: método de larga duración que se inyecta en un músculo. Contiene estrógenos y progestina: se debe aplicar en el período adecuado, en caso contrario es necesario usar métodos de barrera para evitar el embarazo.

También existe la anticoncepción hormonal que suprime la regla.

Actualmente la anticoncepción hormonal masculina se encuentra en desarrollo

Diferentes tipos de espermicidas

Anticoncepción química

Espermicidas: los espermicidas son productos químicos (por lo general, nonoxino-9) que desactivan o matan los espermatozoides. Están disponibles en óvulos, aerosoles (espumas), cremas, tabletas vaginales, supositorios o películas vaginales disolubles. Los espermicidas causan la ruptura de las membranas de los espermatozoides, lo cual disminuye su movimiento (motilidad y movilidad), así como su capacidad de fecundar el óvulo.

Dispositivo intrauterino o DIU El dispositivo intrauterino (DIU) es un producto sanitario que, mediante la colocación en el interior del útero de un dispositivo plástico con elementos plásticos con elementos metálicos (Ej. cobre), se produce una alteración del microclima intrauterino que dificulta en gran medida la fecundación, así como la implantación del óvulo fecundado. Su duración es de 3 a 5 años. El DIU, tiene una eficacia del 98%.

Doble Protección

La doble protección consiste en el empleo de dos métodos anticonceptivos durante la relación sexual siendo, normalmente, el preservativo uno de ellos. La combinación puede ser de preservativo y DIU, preservativo y anticoncepción hormonal, preservativo y espermicida.

La doble protección con preservativo es recomendable en las relaciones sexuales en las que no se tenga conocimiento claro del riesgo de enfermedades de transmisión sexual.

Doble Protección: Preservativo con anticonceptivo hormonal

El uso por parte de la mujer un anticonceptivo hormonal femenino para evitar de forma muy eficaz el embarazo junto con el uso del preservativo o condón por parte del hombre.

Doble Protección: Preservativo con espermicida

Considerado un excelente método anticonceptivo, debido a una efectividad del 99% (similar a la píldora anticonceptiva) y a que no posee ninguno de los cuestionamientos religiosos de los anticonceptivos hormonales precoitales, coitales y postcoitales (anticonceptivos de emergencia). Consiste en combinar el uso del preservativo masculino junto con una crema espermicida (Ej. Delfen). La crema se coloca con un aplicador especial que viene con el envase y el hombre

utiliza el preservativo de forma habitual. Tiene la ventaja agregada de lubricar el canal vaginal, facilitando así la penetración.

Métodos naturales

Artículo principal: Métodos anticonceptivos naturales

Los métodos naturales de conocimiento de la fertilidad se basan en la observación de síntomas asociados a los procesos fisiológicos que dan lugar a la ovulación, y en la adaptación del acto sexual a las fases fértiles o infértiles del ciclo menstrual en función de que se desee o no una concepción, sin el uso de fármacos, procedimientos mecánicos ni quirúrgicos. Algunos métodos predictivos son aún enseñados con cierta preferencia en las escuelas ginecológicas, como el método de Ogino-Knaus o método del ciclo, mientras que otras técnicas, tan ancestrales como el coitus interruptus tienen hoy en día una fiabilidad similar a la de otros métodos no quirúrgicos.

Otros métodos naturales están basados en la conciencia de fertilidad, es decir, la mujer observa con atención y registra los signos de fertilidad en su cuerpo para determinar las fases fértiles o infértiles. Los síntomas específicos caen en tres categorías: cambios en temperatura basal, en el moco cervical y la posición cervical. El registrar tanto la temperatura basal como otro signo primario, se conoce como el método sintotermal. Otras metodologías incluyen el monitoreo de los niveles en orina de estrógenos y LH a lo largo del ciclo menstrual.

De los métodos naturales los que han demostrado un menor nivel de eficacia son el método Ogino-Knaus ni el coitus interruptus. En cuanto a los métodos modernos, el más eficaz es el sintotérmico con doble control, significativamente superior en eficacia sobre el método de la ovulación.

Métodos simples

Temperatura basal: se sirva del aumento de la progesterona, que afecta la temperatura corporal interna de la mujer durante la ovulación y determina, una vez diagnosticada, infertilidad post ovulatoria. Para ello la mujer debe observar la temperatura corporal interna a lo largo del ciclo menstrual. El método de la temperatura basal estricto circunscribe el período de infertilidad exclusivamente a los días posteriores a la subida de la temperatura. El método de la temperatura basal extendido define, cumplidas ciertas condiciones, 6 días de infertilidad preovulatoria. El método de la temperatura basal es altamente fiable en el período

postovulatorio, y supone la base de la mayoría de los métodos naturales modernos. Sin embargo tiene limitaciones a la hora de determinar la infertilidad preovulatoria.

Método de la ovulación (método Billings y otros): se basa en la observación diaria de los cambios del moco cervical a lo largo del ciclo femenino, cambios que se asocian al aumento en los niveles de estrógenos previos al momento de la ovulación. Normalmente, las fases de infertilidad de la mujer se caracterizan por una ausencia de moco cervical visible y una sensación de sequedad vaginal. Conforme se acerca el momento de la ovulación el moco cervical se hace a lo largo de varios días y de forma progresiva, cada vez más líquido, elástico y transparente. Próximo al momento de la ovulación se produce el llamado pico de moco caracterizado por un cambio abrupto de las propiedades del moco y su posible desaparición. El moco cervical es un signo de fertilidad y por ello su observación puede ser utilizada para el control de la fertilidad. La confiabilidad es superior al 95% en varios países estudiados. Aunque, aplicado correctamente, puede ser considerado un método seguro, es inferior al método de la temperatura en fase post ovulatoria. Su utilización es especialmente apta para la consecución del embarazo en casos de hipofertilidad, ya que permite concentrar las relaciones sexuales en torno al momento de mayores probabilidades de embarazo. Como método anticonceptivo es especialmente inseguro en mujeres con ciclos monofásicos (durante la monarquía o antes de la menopausia).

Métodos Compuestos

Método sintotérmico: combina el método de la temperatura basal, para el diagnóstico de la infertilidad postovulatoria, en combinación con otra serie de síntomas (moco cervical y cuello del útero, entre otros) y cálculos de longitud de ciclos para la determinación de la infertilidad preovulatoria. Permite beneficiarse de la práctica infabilidad de la temperatura basal a la hora de determinar la infertilidad postovulatoria y aumentar considerablemente la eficacia en período preovulatoria. Su eficacia es equivalente a las modernas preparaciones de anovulatorios orales y solamente inferior a la esterilización quirúrgica. Una ventaja adicional es que es un método válido e igualmente eficaz en todas las circunstancias de la vida

reproductiva de la mujer (período posparto, período pospíldora, premenopausia, etc.)

Métodos parcialmente irreversibles

Diagrama sobre vasectomía

Ligadura de trompas, o salpingoclasia. Consiste en ligar las trompas de Falopio con grapas a fin de impedir que el óvulo se implante en el útero o que los espermatozoides se encuentren con él.

Vasectomía. Es una operación quirúrgica para seleccionar los conductos deferentes que transportan a los espermatozoides de los testículos al exterior cuando se eyacula. Una vez realizada, los espermatozoides que a diario se producen son reabsorbidos por el organismo. Puesto que el líquido seminal es elaborado en la próstata, la vasectomía no impide la eyaculación. Es un proceso reversible aunque con dificultades.

Métodos de emergencia

Artículo principal: Anticonceptivo de emergencia

Con el término anticoncepción de emergencia, anticoncepción postcoital o anticoncepción preimplantacional se consideran varios métodos:

Dispositivo intrauterino

Dispositivo intrauterino, el DIU de cobre insertado después del coito y hasta cinco o siete días después de la relación sexual sin protección. Este método es eficaz en la prevención del embarazo en un 99,9%.

Píldoras anticonceptivas de emergencia

Levonorgestrel (compuesta solamente por progestinas), conocida también como píldora anticonceptiva de emergencia (PAE) y comúnmente llamada "píldora del día después". No debe confundirse con la llamada "píldora abortiva" (la RU-486 o mifepristona), que provoca un aborto químico temprano (dentro de los primeros 49 días) y se utiliza siempre bajo la supervisión médica. Las PAE (píldoras del día

después) actúan antes de la implantación del embrión y, por lo tanto, son consideradas médica y legalmente anticonceptivas, nunca abortivas.

La píldora anticonceptiva de emergencia tiene una eficacia del 75% al 89%.

Acetato de ulipristal, también conocido como píldora de los cinco días después (marca ellaOne).

Mifepristona (RU-486) en pequeñas dosis (de 25 mg a 50 mg) es considerada anticonceptivo de emergencia por delante del Levonorgestrel. En dosis de 600mg (junto con misoprostol 400up) se considera abortivo y debe administrarse bajo supervisión médica. La píldora de acción antiprogestacional RU 486 es considerada como abortiva si se utiliza durante los primeros diez días de amenorrea. Cabe señalar que el aborto no se considera un método anticonceptivo, puesto que la concepción ya se ha producido.

Método de Yuzpe, combinaciones de estrógenos y progestinas, cada vez menos usados ante la aparición de alternativas más eficaces y con menores efectos secundarios como la píldora del día después (Levonorgestrel), el acetato de ulipristal y la mifepristona. El método de Yuzpe no resulta eficaz cuando el proceso de implantación ya se ha iniciado.

Tema 7: Técnica participativa y de animación

La aplicación de esta técnica nos proporcionará la posibilidad de identificar causa y efecto de un problema. Requerimos contar con un papelógrafo, lápices de colores y hoja de papel.

Se orienta dibujar un árbol cuyo tronco es el problema y en sus raíces se escriben las causas que le dieron origen y en las hojas se anotaran las consecuencias que ese problema tiene para su comunidad.

De modo tal que el plenario se lleva resultado de su reflexión como punto de partida como paso previo a la actividad de propuesta que pudieran ser objetivos, soluciones, planes de acciones que serán acometidos en la comunidad.