



*Facultad de Ciencias Médicas de Cienfuegos. Policlínico Universitario
"Aracelio Rodríguez Castellón". Cumanayagua.*

*Título: Intervención educativa en mujeres con riesgo reproductivo
Preconcepcional. CMF número 16. Cumanayagua 2021-2023.*

*Autora: Dra. Arasay Rodríguez González.
Residente de 3er año de la Especialidad de Medicina General Integral.*

*Tutora: Dayami Rodríguez Soto. Especialista 1er Grado Medicina General Integral.
Facilitadora en Gineco-Obstetricia. Profesor Asistentes.*

*Trabajo para optar por el título de Especialista en Primer Grado de
Medicina General Integral*

2023

"Año 64 de la Revolución"

EXERGO

“... El médico será algo más que alguien que atiende a uno que se enferma y va al hospital, sino que tendrá un papel especial en la medicina preventiva, en fin será un “Guardián de la Salud”.

“Fidel Castro Ruz”.

DEDICATORIA

Este trabajo lo dedico a:

“A mis Padres y familiares: Fuente inagotable de amor e inspiración, que con profunda devoción y amor me han entregado gran parte de sus vidas para poder ser y hacer, de quien he recibido aliento, estímulo y comprensión aliviándome siempre la fatiga y el cansancio del estudio, quienes a lo largo de este tiempo me brindaron su apoyo innegable, dejándome uno de los más grandes legados, mi profesión, la cual llevaré con el mayor de los agrados y responsabilidad para aportar con mi sabiduría a construir un mundo mejor. ”

AGRADECIMIENTOS:

Nuestro empeño es exitoso solo si bebemos de la fuente del talento y la experiencia acumulada por otros que en su tiempo se nutrieron del saber de quienes los antecedieron. Por esta razón quiero agradecer a:

 *A la Revolución y Especialmente a Nuestro comandante por haberme permitido lograr mis objetivos, sin lo cual hoy no sería quien soy.*

 *Todos los profesores que contribuyeron a mi formación aplicando sus conocimientos y exigencias.*

 *A mi tutora, Dra. Dayami Rodríguez Soto, por su constante ayuda y valiosos conocimientos para la confección del trabajo con una calidad adecuada.*

 *A mis padres, y a mi familia por motivarme a culminar este peldaño más en mi vida profesional.*

 *A todos aquellos que me han dado su apoyo incondicional brindándome su caudal de conocimientos, sin escatimar esfuerzos y sacrificios.*

ETERNAMENTE AGRADECIDO.

RESUMEN

Introducción: El Riesgo Reproductivo Preconcepcional es la probabilidad que tiene una mujer no gestante de sufrir daños, ella o su producto, si se involucra en el proceso reproductivo, la no utilización de métodos preventivos del mismo ha provocado un incremento en la morbilidad materno infantil.

Objetivo: Aplicar la intervención educativa en mujeres con riesgo reproductivo preconcepcional.

Método: Se realizó una intervención educativa, aplicando una encuesta que midió los conocimientos sobre riesgo reproductivo preconcepcional antes y después de la aplicación del programa educativo. El estudio estuvo constituido por 48 pacientes comprendidas en edad fértil (15-49 años), dispensarizada como riesgo preconcepcional en la comunidad.

Resultados: Predominio del grupo de edad 15 a 19 años, la escolaridad preuniversitario terminado, estado civil de las féminas Casada/ Unión consensual, de un conocimiento inadecuado antes de la intervención educativa sobre la edad idónea para la gestación, antecedentes obstétricos, enfermedades crónicas no transmisibles que además constituyen factores de riesgo, conocimiento sobre métodos anticonceptivos y planificación familiar se pasó a un conocimiento adecuado sobre riesgo preconcepcional.

Conclusiones: Se puede concluir que el nivel de conocimiento sobre los temas tratados se incrementó de forma notable y el programa resultó adecuado para capacitar a las mujeres.

ÍNDICE

<i>EXERGO</i>	
<i>DEDICATORIA</i>	
<i>AGRADECIMIENTOS</i>	
<i>RESUMEN</i>	
<i>INTRODUCCIÓN:</i>	<i>1</i>
<i>MARCO TEÓRICO CONCEPTUAL</i>	
<i>OBJETIVOS:</i>	
<i>DISEÑO METODOLÓGICO</i>	
<i>ANÁLISIS Y DISCUSIÓN DE LOS RESULTADOS</i>	
<i>RESULTADOS FUNDAMENTALES</i>	
<i>CONCLUSIONES</i>	
<i>RECOMENDACIONES</i>	
<i>REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS</i>	
<i>ANEXOS</i>	

Introducción

En toda sociedad hay individuos, familias y hasta grupos conocidos como vulnerables, cuya probabilidad de enfermar o morir es mayor que la de otros. Gracias a la Atención Primaria de Salud (APS), con el desarrollo de la medicina comunitaria, en el subsistema de atención del Médico y Enfermera de la Familia, y mediante la dispensarización, se logra una profundización en la identificación de los factores de riesgo en grupos vulnerables de la población dentro de los cuales el materno infantil ocupa un lugar de alta prioridad.

La Salud Sexual y Reproductiva (SSR) está presente durante el ciclo vital de la mujer y del hombre; se extiende de la familia a la comunidad y tiene que ver con las personas y sus relaciones, sus valores, su ética y sus esperanzas en el futuro.¹ Se refiere a asegurar que el individuo sea capaz de tener una vida sexual responsable, satisfactoria y libre de riesgos, con la capacidad de reproducirse y la libertad de decidir cuándo y con qué frecuencia hacerlo, lo anterior fue valorado y apoyado en la Conferencia Mundial de Población y Desarrollo celebrada en Mayo de 1994 en el Cairo, Egipto, donde Cuba participó.²

La Organización Mundial de la Salud en 1992 definió la salud reproductiva como el estado del completo bienestar físico, mental, social y no solamente la ausencia de enfermedad durante el proceso de reproducción. La salud reproductiva se refiere a asegurar que el individuo sea capaz de tener una vida sexual responsable, satisfactoria y libre de riesgos, con la capacidad de reproducirse y la libertad de decidir cuándo y con qué frecuencia hacerlo, lo anterior fue valorado y apoyado en la Conferencia Mundial de Población y Desarrollo celebrada en mayo de 1994 en el Cairo, Egipto, donde Cuba participó. Reconoce el derecho de la pareja a recibir servicios adecuados de atención a la salud sexual y reproductiva que permitan los embarazos y los partos sin riesgos y den a la pareja las máximas posibilidades de tener hijos sanos.³ Interpreta el concepto de Salud Reproductiva como “el estado de completo bienestar físico mental y social del individuo, que favorece o determina la reproducción humana en condiciones saludables”, entendido como tal el proceso cíclico que se inicia antes de la concepción, la concepción misma, el embarazo, parto, recién nacido, desarrollo del niño, adolescentes, jóvenes, adultos, hasta

volver a la concepción como punto de partida. Se trata entonces de salud y de calidad de vida en todo el ciclo vital que repercute de forma directa en la reproducción humana, no sólo visto como ausencia de enfermedad en el proceso reproductivo.^{4,5}

Los servicios de salud sexual y reproductiva tienen como fin brindar orientación y consejería, permitir el acceso a los métodos anticonceptivos y planificación familiar, realizar la prevención, detección y manejo de las enfermedades relacionadas con la salud sexual y reproductiva tales como: las infecciones de transmisión sexual (ITS), el cáncer ginecológico y la violencia de género. Es dentro de este panorama que las actividades de anticoncepción y planificación familiar deben cumplir su cometido, de ayudar a las personas a alcanzar la fecundidad deseada y contribuir a su desarrollo dentro de una sociedad cada vez más exigente y competitiva.⁶

La salud materno-infantil es uno de los indicadores que se utilizan para medir el nivel de desarrollo de un país. Tiene como objetivo conseguir el óptimo estado de salud para las madres y los niños; se trata de obtener recién nacidos sanos, sin que las madres sufran complicaciones durante el embarazo, parto y puerperio, y también, que durante toda la vida infantil los niños tengan un crecimiento y desarrollo adecuados, con el mínimo posible de enfermedades y defunciones. La salud materno-infantil depende de las condiciones en que se inicia el embarazo y de la calidad de la atención que este reciba durante su desarrollo, parto y puerperio. Es muy importante que el embarazo sea planificado, deseado, que la madre esté en las mejores condiciones biológicas y psicológicas, así como que las condiciones socio económicas sean satisfactorias.⁷

Los problemas de salud durante el embarazo no solo surgen durante su curso, sino que en buena medida ya están presentes en la mujer desde antes de la concepción o al menos los elementos de riesgo para su aparición.⁸

El Sistema Nacional de Salud desde su inicio cuenta con acciones y programas de planificación familiar, como ejemplo tenemos, el Programa de Riesgo reproductivo Preconcepcional (RRPC) que se desarrolla sobre la base de criterios de riesgo materno infantil y como sustento de libre ejercicio, de igualdad y libre soberanía sobre la reproducción.⁹

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 los riesgos, aparte de los profesionales de la salud (y algunos de estos de manera muy parcial), ni la forma más efectiva de protegerse.¹⁰

En la Conferencia Internacional de Población y Desarrollo celebrada en Copenhague en 1994, la Organización Mundial de la Salud (OMS) se definió el riesgo reproductivo preconcepcional (RPC) como la probabilidad que tiene una mujer no gestante de sufrir daño ella o su producto, si se involucra en el proceso reproductivo, dada por factores condicionantes que interfieran durante el embarazo, parto o puerperio.¹¹ El RPC está condicionado por una serie de factores, enfermedades o circunstancias únicas o asociadas que pueden repercutir desfavorablemente en el binomio madre-hijo durante la gestación, parto o puerperio, por lo que se consideran los riesgos de carácter biológico, psicológicos y sociales, los que no deben ser valorados por igual, porque una misma condición de riesgo no repercute de igual forma en cada mujer o pareja y se debe tener en cuenta una serie de criterios principales que ayuden a identificarlos.^{11,12}, por lo que comprende: Riesgo Preconcepcional, Riesgo Obstétrico, Riesgo Perinatal, Riesgo Infantil. Esta probabilidad no es igual para todas las mujeres, aunque sea lo mismo, es decir, que la magnitud del riesgo es individual y así debemos considerarlo. No existe una condición de riesgo que sea medible por igual en cada mujer o pareja.¹¹

El riesgo preconcepcional (RPC) se aplica a mujeres en edad reproductiva, entre 15 y 49 años, no gestantes que, de acuerdo con la presencia de condiciones y factores de riesgo, tienen incremento en la probabilidad de sufrir daños. Esta probabilidad no es igual para todas las mujeres, es decir, que la magnitud del riesgo es individual y así debemos considerarlo. El riesgo reproductivo preconcepcional (RRPC), es aplicado a mujeres en edad reproductiva no embarazadas, que de acuerdo con la presencia de condiciones “tienen incremento en la probabilidad de sufrir daños a su salud o a la de su futuro hijo si se involucraran en el proceso reproductivo”¹². Esto está condicionado por una serie de

factores, enfermedades o circunstancias unidas o asociadas que pueden repercutir desfavorablemente en el binomio madre- hijo durante el embarazo, parto y 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.^{13,14}

Los factores de riesgo reproductivo preconcepcional son todos aquellos elementos o circunstancias pre condicionantes o desencadenantes de morbilidad o mortalidad relacionados con el proceso reproductivo, tanto para la pareja como para el producto. Este concepto se extiende más allá de la esfera biológica y cobra significación en la esfera psíquica y en el contexto social, aplicado a la más amplia definición de salud. El riesgo puede ser de carácter biológico, psíquico, social y ambiental, y estos factores pueden recibir influencias de otros.¹⁴

Es importante que, el enfoque de riesgo reproductivo empiece antes de la concepción. Su cuidado debe ser visto como una estrategia preventiva por lo que el punto de partida no debe ser la Concepción sino el tiempo que la precede; por ello juega un papel importante el control y manejo del RRPC; el cual está condicionado por factores de riesgos que pueden ser biológicos, psicológicos sociales y ambientales, y no debe ser valorado en la mujer, sino también a su pareja, familia y el entorno. La prevención del riesgo materno preconcepcional es importante para evitar las complicaciones y la muerte durante el proceso de reproducción, esto solo es posible si se logra el control del riesgo reproductivo en la Atención Primaria de Salud, eslabón fundamental para lograr este propósito.

El control del riesgo preconcepcional se realiza a través de la aplicación o instrumentación del programa de riesgo reproductivo preconcepcional, que consiste en modificar al riesgo reproductivo existente antes del embarazo, con el objetivo de obtener recién nacidos sanos sin que las madres sufran complicaciones durante el embarazo, parto y puerperio, también durante toda la vida infantil. Esto se logra con la implementación de acciones de salud, interdisciplinaria y multisectorial, dirigidas a brindar orientación y educación con fines de promoción que permita la toma de decisiones informadas por parte de las personas, la familia y la comunidad.

Además, se debe realizar énfasis en la atención a grupos priorizados, realizar un chequeo anual a toda mujer en edad fértil y a su pareja. Asimismo, la evaluación periódica a las mujeres con riesgo preconcepcional cuya frecuencia dependerá de la gravedad del riesgo involucrando a los especialistas del grupo básico de trabajo y otras especialidades que se consideren necesarias para la atenuación de dicho riesgo.¹⁵

El manejo del riesgo reproductivo preconcepcional, constituye un pilar básico que permite identificar aquellas mujeres, familias o poblaciones más vulnerables y dirigir hacia ellos los recursos disponibles para ofrecer una atención oportuna y planificada.¹⁶

La atención preconcepcional (APC) comprende el asesoramiento integral y continuo, así como un conjunto de intervenciones biomédicas, conductuales y actitudinales, con un enfoque de riesgo, para el cuidado del estado de salud de la mujer y su pareja previo al embarazo; para, a partir de ello, favorecer el desarrollo de una gestación saludable bajo las mejores condiciones y obtener resultados maternos y perinatales favorables.¹⁷ Las Consultas de Planificación Familiar (CPF) de la atención primaria cuentan con un equipo multidisciplinario e integral con enfoque de riesgo, las mismas se desarrollan en estrecha interrelación con los médicos y enfermeras de la familia mediante el pesquizaje activo de las mujeres con RPC. Un número importante de estas mujeres con riesgo incrementado recibe atención y seguimiento en las consultas de planificación familiar, lo cual permite una mayor eficacia en el empleo de los recursos disponibles.¹⁸ El cuidado preconcepcional debe iniciarse en las edades tempranas de la mujer. La mujer en edad fértil debe saber que los aspectos nutricionales y el cuidado de su salud impactarán en la evolución de su futuro embarazo, en el desarrollo intrauterino y desarrollo de su hijo. El cuidado y asesoramiento preconcepcional debe evaluar e informar acerca de los riesgos del estilo de vida, genéticos, médicos y psicosociales. Esta etapa es considerada como un período preparatorio para el embarazo, ya que condiciona la salud de la madre y de su futuro hijo. Además de elegir el momento oportuno para el embarazo, a partir de la decisión responsable,

la mujer debe informarse sobre los aspectos psicológicos y biológicos para asumir un embarazo seguro.¹⁹

La prevención de la enfermedad y la muerte durante el proceso de reproducción es uno de los pilares fundamentales para el desarrollo de la salud reproductiva. El enfoque de riesgo reproductivo debe empezar antes de la concepción y es a esta etapa la que se denomina preconcepcional, proceso de la reproducción es uno de los pilares para el desarrollo de la salud reproductiva, y el principal instrumento es la aplicación del concepto de riesgo reproductivo. La promoción y el desarrollo de la salud reproductiva son unos de los pilares más importantes para la prevención de la enfermedad y la muerte durante el proceso de la reproducción. Los principales instrumentos para lograr este fin son la educación en salud y el manejo del concepto de riesgo reproductivo. El pesquiasje de las mujeres con RRPC es liderado por el médico y la enfermera de la familia, desde la Atención Primaria de Salud; en pos de una vez identificadas reciban la orientación y seguimiento para lograr modificar o atenuar el riesgo, lo cual permite una mayor eficacia en el empleo de los recursos disponibles en estas mujeres con riesgo incrementado.²⁰

La obtención de buenos resultados en el PAMI depende, en gran medida, de aquellas acciones que se realicen para la reducción del riesgo reproductivo preconcepcional (RRPC) por lo que resulta imprescindible que el embarazo se produzca de forma planificada, deseada y que la madre tenga condiciones biológicas, psicológicas y socioeconómicas adecuadas para enfrentarlo. Con la consulta del riesgo preconcepcional se logra promover la salud de la mujer y de su descendencia, se ha demostrado su utilidad en el descenso de la morbilidad y mortalidad materna e infantil. Esta es una consulta importante; que debe realizarse preferentemente un año antes del embarazo, y que permite promover, educar y garantizar las mejores condiciones de salud de los futuros padres, identificando en la historia clínica los elementos físicos o las situaciones psicosociales negativas que podrían poner en riesgo la vida de la gestante o del futuro bebé.²⁰

Una de las formas de evitar complicaciones maternas durante el embarazo, es lograr que la mujer en edad fértil llegue al embarazo en buen estado de salud; con la reducción al mínimo posible de los diferentes factores de riesgo presentes en la

pareja desde la etapa preconcepcional. La mujer debe estar informada de su estado de salud.²⁰

La medicina en la comunidad tiene como objetivo fundamental la prevención basada en un conjunto de actuaciones y consejos médicos. Se hace necesario brindarle a la población en edad fértil que posee algún factor de riesgo el modo de controlar la fecundidad, ya que en ocasiones no tienen la motivación suficiente para llevar adelante este control o no conocen como realizarlo.²⁰

A nivel internacional, se reporta que las dos terceras partes de las muertes de mujeres en edad fértil se relacionan con complicaciones del embarazo. En África 1 de cada 21 mujeres tienen riesgo de muerte materna; en Asia, 1 de cada 54; Norteamérica, 1 de cada 6366, y Europa, 1 de cada 9850. Además, varían dentro de un mismo país con grandes diferencias entre las distintas zonas. Por ejemplo, en España la tasa media del país, que es 16,1 oscila de 12,7 a 24,8; la mortalidad perinatal e infantil se comporta de manera similar, sobre todo a expensas de la perinatal.²¹

La situación de salud en América Latina no ha mejorado sustancialmente en los últimos 5 años. El análisis epidemiológico del estado de salud de la población revela que uno de los grupos más vulnerables continúa siendo el de la mujer en especial en edad fértil, en quienes se considera existe mayor riesgo de enfermar y morir por causas relacionadas con la gestación. La tasa global de fecundidad es alrededor de 3.5 hijos por mujer al final de los años 90, pero en países como Bolivia, Nicaragua, Guatemala, Honduras y Haití sigue siendo más de 4.8% .²²

En Cuba se establecieron programas dirigidos a proteger la salud materno-infantil entre ellos, el Programa Nacional de Atención Materno Infantil y el Programa del Manejo y Control del Riesgo Reproductivo Preconcepcional. Este programa tiene entre sus objetivos contribuir a la disminución de la tasa de morbilidad y mortalidad infantil y perinatal, además brinda ayuda a las mujeres en edad fértil a evitar embarazos no deseados, busca disminuir el índice de recién nacidos bajo peso, el parto pretérmino, la reducción de las malformaciones congénitas y las muertes fetales. “Se estima que en Cuba entre el 15 y 25% de las mujeres con edades entre 15 y 49 años, tienen alguna condición, afección o conducta que permita

clasificarlas como mujeres con riesgo preconcepcional real”. La Atención Primaria de Salud en Cuba, el médico y la enfermera de la familia como su célula básica en la comunidad “ocupan una posición privilegiada en el pesquizaje de las mujeres con RRPC con la cooperación interactiva, la evaluación de sus necesidades sentidas y la gestión intersectorial” ²³

En Cuba, la atención integral a la familia constituye una prioridad para el sistema de salud. La detección de factores de riesgo, la promoción y prevención constituyen frentes de trabajo del equipo de salud desde la atención primaria. Resulta vital identificar los factores de riesgo maternos preconcepcional para poder actuar sobre los mismos y preparar adecuadamente a la mujer para el embarazo. El programa de Manejo y Control del Riesgo Preconcepcional emitido por la dirección Nacional de Salud y Planificación Familiar, plantea para Cuba que de un 15 a un 25% de las mujeres en edad fértil poseen alguna condición biológica, obstétrica o socioeconómica vinculada al riesgo. ²⁴

En La Habana se realizó un estudio sobre el RRPC que como resultado obtuvo que la anemia y la sepsis vaginal fueron las que más aportaron. Se propuso trabajar más con el RRPC e influir en el estado nutricional de la madre, pues se observó que existía relación entre la malnutrición de la madre por defecto y el nivel socioeconómico familiar con el bajo peso al nacer. La Dirección Materno Infantil del Ministerio de Salud Pública (MINSAP) resalta que factores tales como el estado nutricional de la madre, la sepsis vaginal, la edad materna, el embarazo no deseado en la adolescencia, madre soltera y bajo nivel educacional, así como la presencia de patologías crónicas como la hipertensión arterial son las causas más frecuentes de parto pretérmino y bajo peso al nacer. ²⁵

Producto de los cambios existentes en la fecundidad en nuestro país se define un nuevo enfoque hacia el RRPC, aunque se mantiene la clasificación del riesgo como: biológicos, psicológicos, sociales y ambientales. El nuevo enfoque al RRPC se fundamenta en cambios en los procesos de atención a grupos específicos, en favorecer los embarazos en los grupos priorizados (énfasis en menor de 20 años y 30 años y más) y en lograr seguridad en el embarazo mediante la atención al riesgo, logrando atenuarlo o eliminarlo con celeridad, además se consolida el

control a las mujeres que presentan diferentes factores de riesgo y se realiza la búsqueda activa en su pareja, fundamentalmente en aquellos que presenten alcoholismo, consumo de otras drogas, desnutrición, enfermedades crónicas, enfermedades hereditarias, los antecedentes o infecciones de transmisión sexual (ITS) activa, incluido VIH/SIDA, entre otras.²⁶

En la provincia de Cienfuegos según los últimos registros estadísticos referente al Programa Materno Infantil (PAMI), se aprecia una correspondencia con los valores alcanzados a nivel nacional donde del 15 al 25 % de mujeres en edad fértil poseen algún factor predisponente que permite dispensarizarlas como RRPC. Además se ha evidenciado que existen problemas en el control de RPC, lo que sin dudas incide en los resultados que se obtienen en el PAMI, por lo que se pudieran mejorar. Además, resulta importante mostrar la relación que existe entre el comportamiento del RPC y su repercusión en el desarrollo adecuado de la salud materno-infantil con vistas a promover estudios y acciones que reduzcan RPC.

El índice de prematuridad también se ha visto comprometido en el municipio de Cumanayagua, lo que se puede apreciar en el comportamiento de este índice desde 2015 con un valor de 3,7x100000 nv, en 2016 esta cifra disminuyó a 1,9, en 2017 y 2018 ascendió a 2 y 2,2 respectivamente, pero al finalizar el 2019 se evidencio un aumento marcado a 4,3. Además el bajo peso al nacer también se ha visto afectado en los últimos años, mostrando en 2015 con un índice de 4,8 mientras que en 2016 fue de 6,4, en el 2017 existió una disminución a 4, pero en 2018 y 2019 aumento a 5,3 y 7,8 respectivamente. Otro de los indicadores que se han visto afectados en el municipio es la mortalidad infantil donde en 2015 fue de 3,7x100000 nv, 2016 disminuyo a 1,9, ascendiendo en 2017 y en el 2018 a 2 y a 2,2. En 2019 se vio un marcado aumento a 4,3. A pesar del evidente problema que existe en el municipio con el control del RPC se ha logrado mantener en los últimos 5 años la tasa de mortalidad materna en 0 aun cuando las otras se vieron afectadas.²⁷

En la práctica asistencial se han detectado insuficiencias en el control del RPC, además hay ausencia de información con base científica sobre la situación del RPC, que posibilite la elaboración de acciones a diferentes instancias que

contribuyan a mejorar la situación existente en los indicadores del PAMI del municipio.

En el municipio de Cumanayagua se han detectado insuficiencias en el control del RRPC, además de ausencia de información con base científica sobre la situación del RRPC, que posibilite la elaboración de acciones a diferentes instancias que contribuyan a mejorar la situación existente en los indicadores del PAMI en el CMF# 16 y del municipio. En el Policlínico existen un total de 1 708 mujeres en edad fértil con riesgo preconcepcional y en el CMF# 16 en el 2018 existían 46 pacientes con este riesgo, en la actualidad hay un total de 48, con un ligero aumento pero que incide en el PAMI.²⁸

En el Programa Materno Infantil, el riesgo reproductivo preconcepcional (RRPC) sigue siendo un problema de salud en el mundo y en Cuba a pesar que en esta última se cuenta con la gratuidad y la accesibilidad a los servicios de planificación familiar, y la población ha alcanzado un nivel elevado de escolaridad y de cultura médica. Los argumentos comentados anteriormente demuestran que aún existen dificultades no solo por los resultados en las tasas de los indicadores de mortalidad fetal, infantil y bajo peso, sino también que muchas mujeres se embarazan sin estar en condiciones óptimas para este y sin haber acudido previamente a los servicios de planificación familiar; en otras ocasiones no se ha logrado controlar, modificar y atenuar los factores de riesgo o patologías asociadas adecuadamente, lo que de una forma u otra incide en la presencia de resultados negativos en los indicadores antes comentados.

En el Municipio Cumanayagua se han diseñado acciones para disminuir los riesgos y propiciar la calidad de los indicadores del Programa Materno Infantil, pero estas no han estado sustentadas en un diagnóstico de las necesidades de capacitación de las mujeres en edad fértil. Esto ha conducido a que no se hayan detectado, previo al embarazo, las mujeres con riesgo reproductivo preconcepcional (RRPC), lo que trae consigo un inicio de la gestación sin las condiciones óptimas para que este transcurra y finalice sin dificultades, así como las mujeres han presentado una insuficiente preparación sobre sus riesgos, pues no han sido preparadas por el equipo de salud para enfrentar estos y modificarlos, de modo que pueda

concebirse un embarazo con el mínimo de factores negativos desde su inicio.

Problema Científico:

¿Cómo contribuir a modificar los conocimientos en mujeres con riesgo preconcepcional (RRPC) del Consultorio Médico de la Familia número 16 del Municipio de Cumanayagua?

Hipótesis

Si se aplica una intervención educativa que aborde temáticas sobre el riesgo preconcepcional y sus factores de riesgo predominantes, se contribuirá a desarrollar sus conocimientos de forma oportuna y estos influenciarán a largo plazo en el mantenimiento de su salud y la de sus futuros hijos.

Marco teórico Conceptual

Los recién nacidos, plantea Mendoza-Tascón²⁹ en su investigación realizada en Chile, son susceptibles a enfermarse debido a que son un grupo vulnerable por su condición inmunológica inmadura y por otros factores que podrían prevenirse con una asistencia médica oportuna y eficaz, particularmente con el control de aquellos riesgos que puedan favorecer así la morbilidad neonatal, dígase espacios intergenésicos cortos, el comienzo de un proceso reproductivo con infecciones vaginales no tratadas, patologías crónicas no compensadas, entre otros muchos factores de riesgo que pueden influir en el logro de un desarrollo fetal óptimo y lo que demostró con los resultados de su estudio.

Estudios anteriores, pertenecientes a Jorna Calixto y colaboradores muestran que el RPC tiene alguna influencia en la morbilidad neonatal, son la prematuridad y el bajo peso al nacer (BPN) los de mayor representatividad. Así lo exponen varias instituciones de nivel primario y secundario de salud, donde el tema del bajo peso al nacer es un problema de salud. Asociado a ello hay una serie de factores de riesgos que subyacen desde la etapa preconcepcional, donde sobresale la hipertensión arterial crónica, la edad materna, los números de embarazos, anemia, hábito de fumar, infección vaginal, diabetes mellitus, infección urinaria como los más predominantes, entre otros como lo demuestran Telpez García, Acevedo Vega

30

Riesgo Preconcepcional.

La Organización mundial de la Salud interpreta el concepto de Salud Reproductiva como: “El estado de completo bienestar físico, mental y social del individuo que favorece o determina la reproducción humana en condiciones saludables, entendido tal el proceso clínico que se inicia antes de la concepción misma, el embarazo, el parto, recién nacido, desarrollo del niño, adolescente, jóvenes, adultos, hasta volver a la concepción como punto de partida.”³¹

El Riesgo Reproductivo Preconcepcional (RRPC) se aplica a mujeres en edad reproductiva entre 15 y 49 años, no gestantes; el cual está condicionado por una serie de factores, enfermedades, circunstancias únicas o asociadas que pueden

repercutir desfavorablemente en el binomio, durante el embarazo, parto o puerperio.³²

Uno de los componentes o áreas de atención de la salud reproductiva lo constituye el RRPC, conceptualizándose como la probabilidad que tiene una mujer no gestante de sufrir daño (ella o su producto) si se involucra en el proceso reproductivo. Esta probabilidad está dada por factores condicionantes, bien sea enfermedades o circunstancias que interfieran durante el embarazo, parto o puerperio.

Dicha probabilidad no es igual para todas las mujeres, aunque sea lo mismo, es decir, que la magnitud del riesgo es individual y así se debe considerar. No existe una condición de riesgo que sea medible por igual en cada mujer o pareja. Existen diversas clasificaciones de RRPC, pero ninguna puede sustituir el pensamiento médico en cada caso en particular, es decir, que teniendo en cuenta los diversos factores que pueden conceptualizarse, se debe aplicar un enfoque integral, analítico e individualizado en cada caso.³²

Los factores de RRPC son todos aquellos elementos o circunstancias preconditionantes o desencadenantes de morbilidad o mortalidad relacionadas con el proceso reproductivo, tanto para la pareja como para el producto. Este concepto se extiende más allá de la esfera psíquica y en el contexto social, aplicado a la más amplia definición de salud.³²

Algunos autores señalan como factores de RPC las edades extremas de la vida reproductiva por su inmadurez o envejecimiento, el espacio intergenésico corto por su incidencia en la mortalidad perinatal, la multiparidad y el embarazo no deseado por la morbilidad materna y perinatal que somete al binomio madre-hijo, al mismo tiempo que su adverso efecto socioeconómico, la desnutrición y otras complicaciones maternas durante embarazos anteriores, el nivel intelectual y cultural deficiente, las madres solteras, el tabaquismo, así como la presencia de enfermedades crónicas asociadas al embarazo, las cuales actúan nocivamente sobre el proceso reproductivo.³³

Es muy importante que el embarazo sea planificado, deseado, que la madre esté en las mejores condiciones biológicas y psicológicas, así como que las condiciones

socioeconómicas, entorno familiar y social sean las mejores. En ello desempeña un papel muy importante el manejo del riesgo reproductivo.³³

El período fértil de una mujer se considera entre los 15 y 49 años de edad. En Cuba del 15 al 25% de las mujeres en edad fértil tienen alguna condición social, biológica, afección o conducta que permiten clasificarlas como RPC que no es más que la probabilidad que tiene una mujer no gestante de sufrir daño ella o su producto si se involucrara en el proceso reproductivo.³⁴

El Médico y la Enfermera de la Familia en su contexto laboral, que es la comunidad, ocupan una posición privilegiada que les permite detectar el riesgo de toda la población femenina en edad reproductiva, y poner en práctica medidas para actuar sobre ellas con la cooperación interactiva de la comunidad, la evaluación de sus necesidades sentidas y la gestión intersectorial.³⁵

En Cuba, el modelo de APS llamado Medicina Familiar, logra una profundización en el estudio de los factores de riesgo en grupos vulnerables de la población. La vulnerabilidad es el resultado de un número de características interactuantes: biológicas, ambientales, sociales, psicológicas, etcétera, las que reunidas confieren un riesgo particular de sufrir una enfermedad en el futuro.³⁵

Metodología para el manejo y control del riesgo reproductivo.

Para lograr el manejo y control adecuados del RPC es importante que se desarrolle como un proceso, en el cual se involucren: el médico de la familia, la pareja o mujer, el grupo básico de trabajo (GBT), el grupo de la Consulta de Planificación Familiar del policlínico, y el grupo que atiende el PAMI en el municipio y la provincia.³⁶

Pasos del proceso

1. Dispensarización

2. Manejo y control

Dispensarización

Es un proceso dinámico, el cual requiere de una reevaluación periódica en la que puede haber modificaciones. También se necesita una adecuada información estadística para controlar el proceso.³⁷

La dispensarización debe reflejar los criterios médicos que la fundamenten en la historia clínica individual, de salud familiar y en la hoja de cargo.

En la hoja de cargo hay que especificar lo siguiente:

- Si se trata de un caso nuevo.
- Captación de RRPC.
- Especificar si es en consulta o en terreno.
- Si el caso sale del programa.
- Baja del RRPC.

Esto permitirá tener un control del comportamiento, y del manejo y control del riesgo reproductivo.³⁷

Manejo y control del riesgo Preconcepcional.

Se trata de un proceso multidisciplinario e intersectorial. El papel más importante lo desempeña el médico de familia, pero cada parte debe cumplir su función.

En la historia clínica individual debe recogerse:

1. Criterios médicos. Para dispensarizar como riesgos reproductivos:

- Factores de riesgo que presenta.
- Si son modificables o no.
- Deseo de tratamiento quirúrgico de la pareja.
- Plazo en el que la pareja desea tener su hijo.

2. Convenio. Se debe llegar a un acuerdo con la pareja de que es lo que se necesita hacer para eliminar, atenuar o modificar los factores de riesgo, para valorar cual es el mejor momento para el embarazo y que método anticonceptivo van a utilizar para espaciarlo.

3. Acciones de salud. Plan de acción que se va a desarrollar para modificar el factor de riesgo, determinar quienes participan, y realizar la valoración periódica de este. Estas acciones pueden ser médicas, psicológicas, de modificaciones de conducta y sociales. En ellas pueden participar no solo el personal de salud, sino también las organizaciones de masas cuando se considere necesario. Es importante la utilización adecuada de los recursos materiales y humanos, y no subvalorar el importante papel que pueden desempeñar los diferentes factores.

Para considerar que una paciente está controlada debe encontrarse reflejado en la historia clínica individual todo lo que hasta aquí se describe. Se recomienda, por el médico de familia, un seguimiento de dos consultas y un terreno al año, pero la periodicidad puede variar de acuerdo con las necesidades de cada caso en particular, según el criterio médico para el control del método anticonceptivo o del plan de acción.

4. Criterios para dar salida del riesgo reproductivo (según el nuevo enfoque del RRPC)

- Mujeres con anticoncepción permanente y no desean tener hijos
- No desean el embarazo y usan método anticonceptivo de larga duración y larga eficacia.
- Desaparición de la condición de riesgo

El GBT interconsulta a las parejas con riesgo reproductivo, participa si es necesario en la elección del método anticonceptivo y controla el manejo del riesgo por el médico de la familia. Se conoce que una de las formas de evitar complicaciones maternas durante el embarazo, el bajo peso al nacer y las malformaciones congénitas, entre otras, es lograr que la mujer en edad fértil llega al embarazo en buen estado de salud; con la reducción al mínimo posible de los diferentes factores de riesgo presentes en la pareja desde la etapa preconcepcional. La mujer debe estar informada de su estado de salud.³⁸

Factores de riesgo preconcepcional

Antecedentes y condiciones generales:

1. Edad menor de 18 y mayor de 35 años.
2. Mujeres en estado de malnutrición.
3. Condiciones sociales desfavorables o conductas personales (o de pareja) inadecuadas.

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 corto menor de un 1 año y menor de dos años para mujeres con cesárea anterior
3. Abortos espontáneos, malformaciones congénitas y muertes perinatales en embarazos anteriores
4. Embarazos anteriores con hijos nacidos de bajo peso y pretérminos.
5. Cesárea anterior. Como toda intervención sobre el útero debe considerarse hasta los 2 años, ya que es un factor que no podemos modificar.
6. Rh negativo sensibilizado.³⁹

Antecedentes patológicos fundamentales:

-Principales enfermedades crónicas: Entre éstas se encuentran hipertensión arterial, Diabetes Mellitus, cardiopatías, nefropatías y hepatopatías, siendo las más frecuentes.

Factores de riesgo.

Biológicos:

- Enfermedades crónicas degenerativas.
- Edad: el riesgo es muy elevado para las adolescentes.
- Estado nutricional.
- • Afecciones Psiquiátricas.
- Patologías ginecológicas.
- Antecedentes obstétricos desfavorables. ³⁹

Psicológicos:

- Poca cooperación a las orientaciones médicas. • Trastornos de la personalidad.

Ambientales:

- Atmosfera enrarecida.
- Fuente de abasto de agua insegura.
- Convivencia con algunos animales transmisores de enfermedades del hombre.
- Poca higiene.
- Otras condiciones del medio. ³⁹

Sociales:

- Alcoholismo.
- Drogadicción.
- Tabaquismo.
- Hacinamiento.
- Baja escolaridad.
- Bajo nivel socio-económico.
- Madre soltera. ³⁹

Riesgos aportados por el hombre:

- Alcoholismo y drogas
- Desnutrición
- Enfermedades crónicas significativas: Hipertensión arterial, Diabetes,
- Enfermedades hereditarias.
- Antecedentes o infecciones de transmisión sexual activa, incluido VIH/sida.

39

En Cuba el Programa para el Control de Riesgo Preconcepcional permite establecer 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. ⁴⁰

Su finalidad es reducir la morbilidad materna e infantil, que la pareja disfrute plenamente la sexualidad y lograr una paternidad y maternidad responsable. Al disminuir, eliminar, atenuar o compensar el riesgo preconcepcional con un enfoque clínico epidemiológico, se promueve la salud reproductiva, ya que se reduce el número de veces que la mujer y su hijo se exponen al peligro que conlleva estar embarazada en circunstancias desfavorables. El Programa de Riesgo Reproductivo Preconcepcional como política de salud permite la decisión libre, consciente y

voluntaria de las parejas para determinar cuántos y cuándo tener los hijos que deseen, mediante la utilización de los diferentes métodos anticonceptivos. Su finalidad es reducir la morbilidad materno infantil, que la pareja disfrute plenamente la sexualidad y lograr una paternidad y maternidad responsable.⁴⁰

Planificación familiar:

Conjunto de actividades, procedimientos e intervenciones dirigidas a mujeres y hombres en edad fértil, dentro de las cuales se encuentran la información, educación, orientación/consejería y la prescripción y provisión de métodos anticonceptivos, para que las personas o parejas ejerzan su derecho a decidir libre y responsablemente, si quieren o no tener hijos, así como el número y el espaciamiento entre ellos.⁴¹

La planificación familiar no solo está asociada a la disminución de casos de embarazos no deseados y abortos, sino también a menores tasas de fecundidad y de mortalidad materna y mejora del acceso a la educación infantil. Asimismo, fomenta el empoderamiento de las mujeres y reduce la pobreza, propiciando el desarrollo económico. Dentro del servicio de Planificación Familiar se busca obtener una población informada en salud sexual y reproductiva, y con acceso a métodos anticonceptivos tradicionales o modernos, con las diferencias correspondientes entre los dos grupos, ya que los métodos tradicionales presentan importantes tasas de falla, a causa de la información limitada entre las usuarias sobre el período fértil del ciclo menstrual, mientras que los métodos modernos presentan mayor eficacia.⁴¹

La reproducción y el ejercicio de la sexualidad –condición indispensable– deberían ser actos deseados y planificados. Sin embargo, frecuentemente no ocurre así, pues de 213 millones de embarazos que ocurren cada año en el mundo, se reportan prevalencias de embarazo no planificado desde 29,8 %, en países europeos como España, hasta prevalencias del 51 %, en países latinoamericanos como Chile. Esto evidencia un inequitativo control de la sexualidad y reproducción, al tiempo que impide a las mujeres ejercer libremente el goce pleno de su autonomía reproductiva, de acuerdo con sus intereses, convicciones y proyecto de vida.⁴²

La Organización Mundial de la Salud (OMS) menciona que la planificación familiar permite que las personas tomen decisiones bien fundamentadas con relación a su salud sexual y reproductiva. Brinda además la oportunidad de que las mujeres mejoren su educación y puedan participar más en la vida pública. Especialmente, el profesional de salud responsable de la atención debe cumplir con las expectativas del paciente.⁴³

Anticoncepción

Método anticonceptivo (MAC) o método contraceptivo es aquel que impide o reduce significativamente las posibilidades de una fecundación en mujeres fértiles que mantienen relaciones sexuales de carácter heterosexual. 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, y la prevención de embarazos no deseados y embarazos en adolescentes.⁴³

No existe un método anticonceptivo único que satisfaga las necesidades de todas las personas. Algunos métodos protegen contra el embarazo mejor que otros. Además, algunos métodos también protegen contra las infecciones de transmisión sexual (ITS), incluida el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH). Cada método tiene ventajas, desventajas y efectos secundarios distintos, y ciertos métodos tal vez no sean apropiados para algunas mujeres o algunos hombres. Por consiguiente, la selección de un método debe basarse en las necesidades y las preferencias de cada paciente. También es importante que los pacientes estén completamente informados acerca de los métodos y que su decisión en cuanto a comenzar a usar o a seguir usando un método en particular sea voluntaria.⁴⁴

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 irreversibles)
- Eficacia de cada método en la prevención del embarazo

- Efectos secundarios del anticonceptivo.
- Facilidad y comodidad de uso del método elegido.

Los métodos anticonceptivos disponibles, se clasifican de acuerdo con el tiempo de duración de su efecto en transitorios o temporales, reversibles, y definitivos o permanentes, irreversibles. Existen otras muchas clasificaciones, pero en la actualidad se hace difícil poder ubicar en cada grupo los diferentes anticonceptivos, porque en la práctica se combinan muchas de sus propiedades en busca de una mayor efectividad.⁴⁴

Se prefiere dividirlos en:

❖ **Métodos de barrera:**

- Espermicidas: cremas, jaleas, aerosoles de espumas, supositorios o tabletas espumantes y supositorios solubles.
- Mecánicos sin medicar: preservativo, o condón masculino, diafragma, capuchón cervical, escudo vaginal o condón femenino.
- Mecánicos medicados: esponjas vaginales.

❖ **Dispositivos intrauterinos (DIU):**

- Inertes.
- Bioactivos o medicamentosos.

❖ **Hormonales:**

- Locales.
- Orales: combinados o progestágeno solo.
- Sistémicos: inyectables, implantes, parches, etc.

❖ **Biológicos o naturales:**

- Abstinencia periódica.
- Coito interrumpido.
- Lactancia materna exclusiva.

❖ **Quirúrgicos:**

- Femeninos.
- Masculinos.

Anticoncepción hormonal

Los métodos anticonceptivos hormonales son sumamente eficaces, aunque algunos requieren uso correcto y sistemático por parte de las mujeres. También son seguros. Sin embargo, dado que las hormonas pueden tener efectos en diversos sistemas del cuerpo, se debe prestar atención especial a los efectos secundarios y a las cuestiones de seguridad.⁴⁴

Primero examinaremos los anticonceptivos orales y el uso de las píldoras anticonceptivas para la anticoncepción de emergencia. Luego examinaremos los anticonceptivos inyectables y los implantes su dérmico. También se presentará información acerca de los nuevos sistemas intrauterinos liberadores de hormonas. Todos los tipos de anticonceptivos hormonales previenen el embarazo mediante dos mecanismos principales. La inhibición total o parcial de la ovulación es uno de los mecanismos de acción. Las hormonas que contienen estos anticonceptivos actúan en el cerebro. Hacen que el hipotálamo y la glándula pituitaria reduzcan la producción de las hormonas necesarias para el desarrollo folicular y la ovulación. Los anticonceptivos combinados orales e inyectables y los inyectables solo de progestina inhiben sistemáticamente la ovulación.⁴⁴

El espesamiento del moco cervical, causado por la progestina, es otro mecanismo de acción de los anticonceptivos hormonales. El moco más espeso actúa como una barrera contra los espermatozoides, dificultándoles la entrada a la cavidad uterina. Si la mujer ovulara, esta barrera de moco reduce considerablemente las probabilidades de que el ovulo sea fecundado.⁴⁴

Todos los anticonceptivos hormonales también tienen efectos en el endometrio y lo hacen más delgado. Teóricamente, esto podría reducir las probabilidades de que un ovulo fecundado se implante. Es posible que los cambios del endometrio desempeñen una función en la prevención del embarazo con métodos como los implantes y las píldoras solo de progestina, que no impiden la ovulación en todos los ciclos, pero no se han notificado pruebas científicas acerca de este efecto.⁴³

Dado que la ovulación se inhibe al mismo tiempo que se espesa el moco cervical, hay pocas probabilidades de que haya un ovulo fertilizado en el útero. Así pues, no es probable que el adelgazamiento del endometrio desempeñe una función en la eficacia observada con los anticonceptivos hormonales. Ninguno de los métodos

hormonales es eficaz una vez que se ha establecido un embarazo. No tienen un efecto abortifaciente. ⁴⁴

Anticonceptivos Orales

Existen dos tipos de anticonceptivos orales (AO): las que contienen estrógeno y progestina, llamadas comúnmente anticonceptivos orales combinados (AOC) y las que contienen solo progestina. Las píldoras combinadas son los anticonceptivos orales que más se usan.

Los AOC se categorizan comúnmente como píldoras de baja dosis o de alta dosis, según el contenido de estrógeno. Las píldoras de baja dosis, que son las píldoras anticonceptivas que más se usan, contienen generalmente entre 30 y 35 microgramos (mcg) o entre 0,030 y 0,035 miligramos (mg) o menos del estrógeno etinil estradiol. Las píldoras de alta dosis contienen 50 mcg (0,05 mg) de etinil estradiol. En uso típico, de estos generalmente son considerados más eficaces que las Píldoras solo de Progestina (PSP). Es más fácil cometer errores que resultan en embarazo cuando se están tomando las PSP porque estas píldoras deben tomarse a la misma hora cada día para que den el mejor resultado. Sin embargo, estas son muy eficaces para las mujeres que están amamantando y no afectan a la producción ni la calidad de la leche como ocurre con los AOC.

Así mismo, las PSP pueden ser especialmente adecuadas para un número reducido de mujeres que desean tomar píldoras anticonceptivas pero que no pueden usar estrógeno por razones de salud.

Los anticonceptivos orales, así como otros métodos, tienen ventajas y desventajas.

Entre las ventajas de los AO figuran las siguientes:

- ▶ Su seguridad y eficacia han sido demostradas en amplios estudios; de hecho, los AO son los fármacos de venta con prescripción médica que más se han estudiado. Cuando se usan en forma sistemática y correcta, su tasa de prevención de embarazos es superior al 99 por ciento.
- ▶ El efecto anticonceptivo de los AO es reversible y, cuando las píldoras dejan de tomarse, la fertilidad regresa rápidamente. Esto hace de ellos una buena opción para retrasar y espaciar los embarazos.
- ▶ No hay que hacer nada en el momento del acto sexual

- ▶ Las complicaciones graves son sumamente raras
- ▶ Los AO tienen muchos beneficios para la salud no relacionados con la anticoncepción, lo cual describiremos más adelante.
- ▶ La mujer es quien controla el uso de la píldora. Por consiguiente, las píldoras se pueden usar sin que lo sepa el compañero, si se desea. Entre las desventajas de los AO figuran las siguientes:
- ▶ En uso típico, los AO no se usan en forma correcta y sistemática, lo cual reduce la eficacia. Los AO, para que sean más eficaces, se deben tomar diariamente.
- ▶ Con frecuencia, tienen efectos secundarios que para algunas mujeres son difíciles de tolerar.
- ▶ Pueden plantear riesgos de salud para un número reducido de mujeres
- ▶ Su suministro se debe hacer con regularidad
- ▶ Los AO no protegen contra las ITS, incluido el VIH

Los efectos secundarios que los AOC pueden tener no suelen ser perjudiciales, aunque algunos pueden ser desagradables o inaceptables. Entre los efectos secundarios más comunes están los siguientes: náuseas, mareos, sensibilidad mamaria anormal, dolores de cabeza, cambios de estado de ánimo y aumento de peso. (22) Esos efectos secundarios ocurren casi siempre entre las usuarias de píldoras de alta dosis. Para muchas mujeres, estos efectos secundarios disminuyen después de los primeros tres meses de uso.⁴⁴

Los AOC también pueden causar sangrado intermenstrual. Este sangrado generalmente produce manchado o sangrado muy leve. El sangrado intermenstrual es más común entre las usuarias de AOC de baja dosis que entre las usuarias de píldoras de alta dosis, y es más común durante los primeros meses de uso. Un número reducido de mujeres que usan los AOC llegan a padecer de amenorrea.⁴⁴

Además de reducir el riesgo de cáncer ovárico y del endometrio, los AOC ofrecen muchos otros beneficios para la salud no relacionados con la anticoncepción. Entre esos beneficios están el menor riesgo de padecer de enfermedad mamaria benigna y de embarazo ectópico.

Los AOC también hacen que los ciclos menstruales sean más regulares y predecibles, y hacen disminuir tanto el volumen como la duración del sangrado. Puesto que hay menos sangrado cada mes, es posible que algunas usuarias de las píldoras corran un menor riesgo de anemia. Pueden reducir los síntomas de condiciones ginecológicas, por ejemplo, endometriosis y menstruación dolorosa. La endometriosis es una condición en la que el tejido endometrial se forma fuera del útero, con lo cual produce dolor en la parte baja del abdomen. Reducen también el síndrome premenstrual, que produce síntomas desagradables en muchas mujeres antes de la menstruación, por ejemplo, cansancio, ansiedad, tensión y calambres.

Los efectos combinados de los AOC (espesamiento del moco cervical y menos flujo menstrual) también reducen los riesgos generales de enfermedad pélvica inflamatoria sintomática. Esta inflamación del aparato genital superior de la mujer puede producir dolor pélvico crónico, embarazo ectópico y a veces, la muerte. Se cree que las PSP tienen algunos de los mismos beneficios para la salud no relacionados con la anticoncepción que tienen los AOC.⁴⁴

Píldoras anticonceptivas de emergencia (PAE):

Otro uso de las píldoras anticonceptivas es la anticoncepción de emergencia. Esto se refiere al uso de píldoras anticonceptivas para prevenir el embarazo poco después de haber tenido un coito sin protección.

La anticoncepción de emergencia no se ha diseñado como una forma habitual de anticoncepción. Después del uso, se debe iniciar o continuar un método habitual si no se desea el embarazo. Las píldoras anticonceptivas de emergencia o PAE, son un régimen especial de píldoras solo de progestina o de anticonceptivos orales combinados.⁴⁴

Se pueden usar en cualquier momento durante el ciclo menstrual y más de una vez durante un ciclo, si es necesario. Puesto que se recetan por un tiempo breve, estas píldoras de emergencia casi no tienen contraindicaciones (es decir, las condiciones que hacen que su uso no sea aconsejable). Esto quiere decir que casi todas las mujeres que por razones médicas no pueden usar con regularidad las píldoras anticonceptivas que contienen estrógeno, si pueden usar las PAE. Así

mismo, parece que estas píldoras no tienen los beneficios para la salud o los beneficios a largo plazo relacionados con el uso habitual de las píldoras anticonceptivas.⁴⁴

Las PAE se pueden proporcionar por adelantado a las mujeres que usan un método anticonceptivo habitual, para que las usen cuando falle el método o cuando los anticonceptivos no se tomen a tiempo, o cuando haya habido relaciones sexuales sin protección ni consenso. No se entiende del todo el mecanismo de acción exacto de las píldoras anticonceptivas de emergencia. Sin embargo, la información existente indica que el efecto anticonceptivo ocurre antes de la implantación. Cuando ya hay implantación, las PAE ya no surten efecto. Por lo tanto, no perturbarán ni perjudicarán un embarazo ya establecido. Son mucho más eficaces si se toman poco después del coito sin protección.⁴⁵

Anticonceptivos orales solo de progestina

Para la anticoncepción de emergencia, el régimen especial de píldoras solo de progestina es más eficaz y produce menos efectos secundarios que el régimen especial de anticonceptivos orales combinados. La mujer que está tomando píldoras solo de progestina para la anticoncepción de emergencia debe tomar una sola píldora que contenga 0,75 mg de levonorgestrel dentro de un periodo de 72 horas después del coito sin protección (cuanto más pronto mejor), seguida de la misma dosis 12 horas después.⁴⁶

Según las investigaciones, cuando se usan antes de haber transcurrido 24 horas después del coito sin protección, las píldoras que contienen levonorgestrel previenen el 95 por ciento de los embarazos previstos. Cuando se usan antes de haber transcurrido 72 horas después del coito sin protección, previenen aproximadamente el 85 por ciento de los embarazos previstos. En los países donde no se pueden conseguir las píldoras que contienen 0,75 mg de levonorgestrel, las mujeres que desean usar la anticoncepción de emergencia pueden usar formulaciones normales de píldoras solo de progestina que contienen levonorgestrel o norgestrel. Sin embargo, en esas formulaciones, cada píldora contiene solo una pequeña cantidad de la hormona requerida para la

anticoncepción de emergencia. Por consiguiente, la mujer tendrá que tomar 20 píldoras para comenzar y deberá repetir la dosis al cabo de 12 horas, es decir, debe tomarse un total de 40 píldoras.⁴⁶

Anticonceptivos orales combinados (AOC)

El régimen especial de anticonceptivos orales combinados, conocido como la "pauta Yuzpe", es el método de anticoncepción de emergencia que más se usa. Se ha estudiado ampliamente y se ha demostrado que es seguro y relativamente eficaz. Este régimen consiste en tomar dos dosis de píldoras.⁴⁷

- La primera dosis antes de haber transcurrido 72 horas después del coito sin protección (cuanto más temprano mejor), y

- La segunda dosis a las 12 horas después de la primera.

Cada una de las dos dosis debe contener por lo menos 100 mcg (0,1 mg) de etinil estradiol y 500 mcg (0,5 mg) de levonorgestrel. Cada dosis se puede obtener tomando ya sea cuatro píldoras de "baja dosis" o dos píldoras de "alta dosis". Según un estudio de la OMS, los AOC usados dentro de un periodo de 24 horas después del coito sin protección impidieron aproximadamente el 77 por ciento de embarazos previstos. En cambio, cerca del 57 por ciento de los embarazos previstos no ocurrieron cuando los AOC se usaron dentro de las 72 horas después del coito sin protección. Aproximadamente el 50 por ciento de las mujeres que usan el régimen de los AOC para la anticoncepción de emergencia experimentan náuseas como efectos secundarios y aproximadamente el 20 por ciento de ellas experimentan vómito. Estos efectos secundarios, aunque de poca duración, son más graves en las mujeres que usan los AOC como un método anticonceptivo regular.⁴⁷

Anticonceptivos Inyectables⁴⁸

Los anticonceptivos inyectables contienen hormonas femeninas que se inyectan profundamente en el músculo y se liberan gradualmente en el torrente sanguíneo; de este modo, proporcionan anticoncepción por largo tiempo. El tiempo que cada tipo de inyectable suite efecto después de la inyección depende principalmente de los tipos y las cantidades de hormonas que contiene.

Los inyectables son seguros y se encuentran entre los métodos anticonceptivos más eficaces. Las tasas típicas anuales de embarazo son del 0,4 por ciento o menos. Hay dos tipos de anticonceptivos inyectables. El primer tipo son los inyectables solo de progestina, que contienen una forma sintética de la hormona femenina progesterona. Los dos inyectables solo de progestina que están disponibles en el mercado son:

- Acetato de medroxiprogesterona de depósito (DMPA), que se administra en una dosis de 150 mg cada tres meses, y comúnmente se conoce con el nombre comercial de DepoProvera.
- Enantato de noretisterona (NET-EN), que se administra en una dosis de 200 mg cada dos meses, y comúnmente se conoce con el nombre comercial de Noristerat o Norigest.

El segundo tipo se conoce como inyectables combinados (AIC), que contienen progestina y estrógeno. Se administran una vez al mes. Dos inyectables combinados, relativamente nuevos y que la OMS ha estudiado ampliamente, se conocen comúnmente con el nombre comercial de Cyclofem (que contiene 25 mg de DMPA y 5 mg de cipionato de estradiol) y Mesigyna (que contiene 50 mg de NET-EN y 5 mg de valerato de estradiol). Hay otros AIC que se han usado por muchos años. Entre ellos están el feladroxato (combinación de 150 mg de acetofenida de dihidroxiprogesterona), que se usa ampliamente en algunos países latinoamericanos, donde se vende con los nombres comerciales de Perlutan, Perlutan y Topasel.⁴⁸

El DMPA es el inyectable que más se usa y se estudia en todo el mundo. Entre sus ventajas figuran las siguientes:

- La mayoría de las mujeres pueden usar el DMPA sin peligro. Este anticonceptivo figura entre los anticonceptivos disponibles más eficaces. Es fácil de usar correcta y sistemáticamente porque no requiere una rutina diaria.
- El efecto del DMPA es prolongado, pero reversible. En general, una mujer puede quedar embarazada a los 9-10 meses después de recibir la última inyección de DMPA. Se puede dejar de usar sin ayuda de un proveedor. Para discontinuar el

uso, la mujer simplemente deja de recibir las inyecciones, y el nivel de DMPA en la sangre y sus efectos anticonceptivos disminuyen gradualmente.

- ▶ El uso del DMPA no requiere ninguna acción en el momento del acto sexual. Puesto que no se guardan suministros en casa, su uso puede ser privado.
- ▶ El DMPA no tiene ningún efecto en la lactancia, por lo tanto, lo pueden usar las mujeres que están amamantando.
- ▶ Las complicaciones graves son sumamente raras y el DMPA, en efecto, ofrece algunos beneficios para la salud no relacionados con la anticoncepción que se describirán más adelante.⁴⁸

Entre las desventajas del DMPA figuran las siguientes:

- ▶ Los efectos secundarios y de anticoncepción no se pueden detener inmediatamente. Pueden resistir todo el tiempo que dura el efecto de la inyección (tres meses por lo menos).
- ▶ En general, el regreso a la fertilidad después de la discontinuación suele retrasarse.
- ▶ Con frecuencia produce efectos secundarios, especialmente cambios en el sangrado.
- ▶ El DMPA no ofrece ninguna protección contra las ITS, incluido el VIH.

El efecto secundario del DMPA que se notifica con más frecuencia es el cambio de las características del sangrado menstrual, incluidos el sangrado irregular o manchado, el sangrado abundante o prolongado y la amenorrea. Así mismo, las usuarias del DMPA suelen notificar un aumento de peso. Entre los efectos secundarios que menos se notifican están los dolores de cabeza, mareo y cambios de estado de ánimo, como por ejemplo ansiedad. En un estudio multinacional en gran escala realizado por la OMS, cerca de la tercera parte de las usuarias dejaron de usar este método el primer año debido a efectos secundarios. Los efectos secundarios que con más frecuencia dieron lugar a la discontinuación fueron los cambios menstruales.⁴⁸

Entre los beneficios para la salud no relacionados con el efecto anticonceptivo que los anticonceptivos inyectables ofrecen figuran los siguientes:

- ▶ Reducción del riesgo de cáncer endometrial, embarazo ectópico e infecciones vaginales por hongos.

- ▶ Reducción del riesgo de fibrosis, o masas no cancerosas del musculo uterino que pueden causar menstruación dolorosa o abundante.

Entre otros beneficios para la salud no relacionados con el efecto anticonceptivo figuran los siguientes:

- ▶ Reducción de la frecuencia y la gravedad de las crisis drepanocíticas

- ▶ Reducción de la frecuencia de los ataques de epilepsia

- ▶ Reducción de los síntomas de endometriosis

Los inyectables combinados ofrecen muchas de las ventajas que ofrecen los inyectables solo de progestina.

- ▶ Son seguros, considerablemente eficaces y fáciles de usar correcta y sistemáticamente.

- ▶ Son reversibles y pueden dejar de usarse sin la ayuda de un proveedor. La fertilidad regresa más rápidamente que cuando se ha usado el DMPA.

- ▶ Su uso no requiere ninguna acción en el momento del acto sexual

- ▶ No se han observado complicaciones cardiovasculares

Entre las desventajas figuran las siguientes:

- ▶ Las usuarias de los AIC pueden experimentar efectos secundarios, incluidos los que se relacionan con el estrógeno.

- ▶ Los efectos anticonceptivos y los efectos secundarios no pueden eliminarse inmediatamente. Después de que la mujer ha recibido la última inyección, las concentraciones de las hormonas en la sangre disminuyen gradualmente.

- ▶ No ofrecen ninguna protección contra las ITS, incluido el VIH.

Los efectos secundarios más comunes de los inyectables combinados son el cambio de sangrado; en particular, el manchado o el sangrado prolongado o irregular. En esta diapositiva se comparan los cambios de sangrado durante el primer año en las usuarias del inyectable combinado Cyclofem y del inyectable solo de progestina DMPA

Con ambos tipos de inyectables, el sangrado irregular y el prolongado son más comunes en los primeros meses de uso; luego disminuyen con el tiempo. Sin embargo, los cambios de sangrado son menos frecuentes con los AIC que con los Inyectables solo de progestina. Con Cyclofem, la amenorrea también es mucho menos común que con el DMPA.

Muchas mujeres que usan los AIC tienen sangrado menstrual regular. Los episodios de sangrado en general comienzan aproximadamente a los 15 días después de cada inyección. Al cabo del primer año, casi el 75 por ciento de las usuarias experimentan sangrado regular. Entre los efectos secundarios menos comunes que se han notificado con los AIC figuran dolores de cabeza, mareo, sensibilidad anormal mamaria y aumento de peso.⁴⁸

Implantes Subdérmicos

Los implantes subdérmicos son cápsulas que se colocan debajo de la piel del brazo de la mujer y que liberan lentamente una progestina en el torrente sanguíneo. De todos los implantes subdérmicos, el más estudiado y utilizado es el Norplant. Este método consiste en seis capsulas del mismo tamaño que se implantan y que durante cinco años liberan continuamente en el torrente sanguíneo dosis bajas de la progestina levonorgestrel.

También se han elaborado sistemas de implantes que usan una o dos capsulas. Norplant II o Jadelle, que consiste en dos capsulas que liberan levonorgestrel, también es eficaz por lo menos durante cinco años. Implanon, que consiste en una capsula que libera la progestina 3 ketodesogestrel, se recomienda para tres años de uso.⁴⁸

Entre las ventajas del Norplant figuran las siguientes:

► Es seguro y su eficacia es de por lo menos 99 por ciento en la prevención del embarazo. Durante los primeros tres años de uso, el Norplant es tan eficaz como la esterilización femenina, aunque puede que sea levemente menos eficaz en las mujeres que pesan más de 70 kilogramos.

Es fácil de usar. No se necesita hacer nada durante el acto sexual

► Su efecto es prolongado, pero reversible. La eficacia del Norplant comienza a las pocas horas después de la inserción y dura por lo menos cinco años. Después

de quitar la primera serie, se puede insertar inmediatamente otra serie de implantes por el tiempo que se necesite o se requiera protección. Sin embargo, este anticonceptivo es reversible en cualquier momento; basta con extraer las capsulas para que se restablezca rápidamente la fertilidad.

► No contiene estrógeno; por lo tanto, pueden usarlo las mujeres que están amamantando o las que tienen condiciones de salud que puedan impedirles el uso de anticonceptivos que contienen estrógeno. Además, ofrece beneficios para la salud no relacionados con la anticoncepción; por ejemplo, disminuye la pérdida de sangre menstrual.

Entre las desventajas del Norplant figuran las siguientes:

- Suele producir efectos secundarios, especialmente cambios en el sangrado
- No se puede comenzar a usar ni discontinuar su uso sin la ayuda del proveedor.
- Se requiere un procedimiento quirúrgico menor para insertarlo o extraerlo
- El Norplant, así como otros métodos hormonales, no ofrece protección contra las ITS, incluido el VIH.

Muchas mujeres que usan el Norplant notifican sangrado irregular. Aunque no suele ser perjudicial desde el punto de vista médico, esas irregularidades de sangrado pueden ser inaceptables para algunas mujeres. Entre las irregularidades más comunes están el manchado o el sangrado leve irregular. Entre las irregularidades menos comunes están el sangrado prolongado, que disminuye generalmente después de los primeros meses, y la amenorrea, aunque es menos común que con los inyectables solo de progestina.

Los cambios de las características de sangrado menstrual constituyen la razón más común para que las mujeres pidan que les extraigan el Norplant durante los primeros dos años después de la inserción. Los proveedores deben acceder cuando las mujeres pidan que les extraigan los implantes y asistirles en la selección de otro método.⁴⁹

El uso del Norplant, así como el uso de las PSR está relacionado también con los folículos ováricos que no se rompen, lo cual puede causar malestar en la parte baja del abdomen. Esos folículos, sin embargo, no son perjudiciales y suelen desaparecer por si solos sin que se necesite una intervención quirúrgica.⁴⁹

Sistemas intrauterinos (SIU) liberadores de hormonas

Los sistemas intrauterinos (o SIU) liberadores de hormonas constituyen un nuevo método de anticoncepción hormonal. Así como los DIU de uso más generalizado, tienen forma de T y se insertan en el útero. Sin embargo, a diferencia de los DIU, los SIU contienen progestina que se libera lentamente en el útero.

En algunas partes del mundo pueden obtenerse dos tipos de SIU. El primero es el sistema liberador de levonorgestrel o sistema intrauterino de levonorgestrel (SIU de LNG), que se comercializa con los nombres de Mirena o Levonova y es eficaz durante cinco años. El segundo es el sistema liberador de progesterona, que se comercializa como Progestasert en los Estados Unidos y es eficaz durante un año. Los SIU liberadores de hormonas ofrecen la ventaja de ser sumamente eficaces, de tener efecto prolongado y de ser seguros y reversibles. Los mecanismos de acción principales de estos sistemas son iguales a los de otros métodos hormonales: supresión parcial de la ovulación y prevención de la fertilización, principalmente debido al espesamiento del moco cervical, que impide que los espermatozoides entren en el útero. Estos sistemas también causan adelgazamiento del endometrio que, teóricamente, puede contribuir a su efecto anticonceptivo.⁵⁰

El SIU de LNG reduce considerablemente el dolor y la duración y la cantidad del sangrado menstruales. Sin embargo, el dispositivo puede causar manchado y sangrado irregular. Los estudios clínicos a largo plazo han indicado que el SIU de LNG también puede proporcionar cierta protección contra la EPI. No obstante, los SIU no protegen contra las ITS, incluido el VIH. Estos dispositivos también son costosos y su disponibilidad no se ha generalizado todavía.⁵¹

Métodos de barrera

Los condones masculinos, condones femeninos, diafragmas, capuchones cervicouterinos y espermicidas son métodos de barrera para la anticoncepción. Estos métodos actúan mediante el bloqueo físico o químico de los espermatozoides y contribuyen a evitar algunas ITS.

Todos los métodos de barrera dependen del cliente. Para que sean eficaces, deben usarse en forma correcta y sistemática. El uso correcto y sistemático requiere motivación, aptitud y con frecuencia, comunicación entre compañeros.⁵²

El condón masculino

El condón masculino de látex, cuando se usa en forma correcta y sistemática, es eficaz contra el embarazo, aunque es menos eficaz en el uso típico. Es seguro para casi todo el mundo, salvo para las poquísimas personas que son alérgicas al látex. El condón masculino de látex está disponible ampliamente en casi todo el mundo, pero debe ser accesible en el momento del coito.

Se ha demostrado que el condón masculino de látex es el único método anticonceptivo que protege contra la transmisión de casi todos los tipos de ITS. Esto incluye un alto grado de protección contra la infección por el VIH.

Sin embargo, la transmisión de ITS sigue siendo posible si hay lesiones genitales fuera del área que cubre el condón. El uso del condón masculino requiere la cooperación del compañero. Es posible que muchas mujeres tengan que negociar el uso del condón con sus compañeros, y para algunas de ellas esa negociación puede ser difícil o imposible. Los condones de látex se pueden dañar si se exponen a los lubricantes a base de aceite, el calor excesivo, la humedad o la luz.⁵³

El condón femenino

Se ha elaborado un condón femenino en respuesta a la necesidad de más métodos iniciados por la mujer que protejan contra el embarazo y la transmisión de las ITS. El condón femenino, hecho de poliuretano, se puede usar sin peligro y no tiene efectos secundarios.

Así como el condón masculino, cuando se usa en forma correcta y sistemática, protege contra el embarazo bloqueando físicamente el paso de los espermatozoides al aparato reproductor femenino. Además, así como el condón masculino, es menos eficaz en el uso típico. La aprobación y cooperación del compañero aumentan las probabilidades de que se use correcta y sistemáticamente.

El condón femenino es una funda de plástico holgada con un anillo flexible en cada extremo. Uno de los anillos está en el extremo cerrado de la funda y cuando se

inserta, sirve de soporte en el cuello uterino. El anillo exterior forma el borde externo del dispositivo y se mantiene fuera de la vagina después de ser insertado, lo cual protege los labios y la base del pene durante el acto sexual. Este diseño puede hacer reducir el riesgo de transmisión de organismos causantes de ITS que se encuentren en úlceras de los genitales externos.⁵⁴

Los estudios de laboratorio han observado que los condones femeninos protegen contra las ITS bacterianas y virales. Los estudios realizados con seres humanos son limitados, pero indican que el condón femenino ofrece protección que puede compararse con la que ofrece el condón masculino contra las ITS. Se necesitan más investigaciones para determinar si el condón femenino protege contra las ITS virales, como la infección por el VIH.

Actualmente el condón femenino está aprobado para usarse una sola vez. Sin embargo, dado que el dispositivo es costoso, se están llevando a cabo estudios para determinar si se puede lavar con agua y jabón y volverse a utilizar eficazmente. Además, se están elaborando otros tipos de condón femenino.

Diafragma y capuchón cervicouterino

Todos los diafragmas cervicouterino que existen actualmente están hechos de caucho de látex suave; se insertan en la vagina y se ajustan al cuello uterino. Ambos tipos de dispositivos se usan con crema o gelatina espermicida para proteger mejor contra el embarazo. Después del acto sexual, se deben dejar colocados por lo menos durante seis horas. Ambos se pueden volver a utilizar, pero se requiere tener acceso a agua pura para lavarlos bien después del uso.

Los diafragmas y los capuchones cervicouterino son los únicos métodos de barrera que requieren la intervención de un proveedor capacitado para que determine el tamaño adecuado para la usuaria. Este proceso requiere un examen pélvico. Las ventajas de estos métodos son que pueden ser iniciados por la mujer y pueden insertarse hasta seis horas antes del acto sexual. Sin embargo, el diafragma tiene la desventaja de que a veces causa efectos secundarios como escozor e irritación.

También hace aumentar el riesgo de infecciones de las vías urinarias y vaginitis. El capuchón cervicouterino es menos eficaz para las mujeres que han tenido partos vaginales. Ambos tipos de dispositivos, cuando se usan correcta y

sistemáticamente con espermicida, hacen reducir el riesgo de algunas ITS bacterianas. No se sabe si hacen reducir el riesgo de ITS virales.⁵⁵

Espermicidas

La mayoría de los espermicidas surten efecto al inactivar los espermatozoides. Cuando se usan solos, los espermicidas son notablemente menos eficaces que la mayoría de otros métodos modernos en la prevención del embarazo. Esto ocurre especialmente con el uso típico. Por consiguiente, los espermicidas solos no son una buena opción, a menos que no se disponga de otros métodos o que estos sean inaceptables. No obstante, los espermicidas usados con otros métodos de barrera (como diafragmas o capuchones cervicouterino) pueden aumentar la eficacia anticonceptiva de esos métodos.⁵⁵

Los productos espermicidas se diferencian respecto a las dosis y a la forma en que se administran, por ejemplo, laminas, tabletas espumantes, supositorios o gel. Los agentes químicos espermicidas que con más frecuencia se usan actualmente son los siguientes: nonoxinol-9, o N-9, menfegol y cloruro de benzalkonio, o BZK. N-9 es el espermicida más común en el mundo y el que más se ha estudiado.

La medida en que los espermicidas reducen el riesgo de ITS no se entiende bien. Al parecer, el N-9 protege levemente contra las ITS bacterianas, pero no se ha demostrado que protejan contra las ITS virales. Por lo tanto, no se recomienda el uso de espermicidas solos como medio de protección contra la infección por el VIH. Se están realizando más investigaciones para determinar la protección que proporcionan diversos espermicidas.⁵⁵

Como el condón femenino, los espermicidas tienen la ventaja de que su uso puede ser iniciado por la mujer. Por otra parte, los productos espermicidas pueden ser molestos por su consistencia. Algunos pueden causar irritación o sensación de quemazón en las mujeres y los hombres. El uso prolongado de espermicidas puede hacer aumentar el número de infecciones de las vías urinarias femeninas.⁵⁶

DIU de cobre

Los dispositivos intrauterinos (DIU) que existen actualmente son muy seguros y se encuentran entre las opciones anticonceptivas más eficaces disponibles. El DIU

que se usa frecuentemente es la TCU380A de cobre, cuya eficacia dura hasta 10 años. Este dispositivo tiene una espiral de cobre en el tallo vertical de la "T" y una placa del mismo material en cada uno de los brazos horizontales. Las usuarias de la TCU380A experimentan tasas de fracaso muy bajas; a saber, menos de uno por ciento anual, cifra comparable con la de la esterilización femenina.

El mecanismo de acción principal de la TCU380A y de otros DIU es provocar una reacción inflamatoria endometrial que impide el paso de los espermatozoides. Pocos espermatozoides alcanzan a llegar al lugar de la fertilización en las trompas de Falopio, y los que llegan no tienen probabilidades de fertilizar un ovulo.

En los pocos casos en los que ocurre fertilización, es posible que el DIU impida el embarazo al interferir con la implantación en la cavidad uterina, pero no hay pruebas directas de que el DIU impida realmente la implantación. La OMS ha declarado que no es probable que la eficacia anticonceptiva de los DIU resulte, principal o exclusivamente, de su capacidad de interferir con la implantación.⁵⁷

Entre las ventajas del DIU de cobre, aparte de su seguridad y alta eficacia, figuran las siguientes:

- ▶ No se necesita hacer nada durante el acto sexual ni en ningún otro momento. Sin embargo, es aconsejable que la mujer verifique regularmente la presencia de los hilos del DIU, generalmente después de la menstruación, para cerciorarse de que el dispositivo sigue en su sitio.
- ▶ Tiene efecto prolongado y es fácilmente reversible; por lo general, la fertilidad regresa muy pronto después de la extracción.
- ▶ No tiene efectos secundarios sistémicos.
- ▶ Rara vez ocurren complicaciones, como la perforación o expulsión.
- ▶ Las mujeres que están amamantando pueden usarlo sin peligro.⁵⁷

Entre las desventajas del DIU de cobre figuran las siguientes:

- ▶ Puede tener efectos secundarios, como dolor y calambres durante la menstruación, y sangrado menstrual más abundante.

- Se requiere la intervención de un proveedor de servicios de salud capacitado para que inserte y extraiga el dispositivo.
- No es adecuado para las mujeres que corren el riesgo de contraer ITS.
- No protege contra la transmisión de ITS, incluida la infección por el VIH.⁵⁷

Los calambres y el sangrado menstrual prolongado o más abundante, y también de vez en cuando sangrado entre un periodo y otro, constituyen efectos secundarios comunes de los DIU. El sangrado mayor o prolongado en las mujeres que tienen pocas reservas de hierro puede causar anemia por deficiencia de hierro. Los cambios en el sangrado constituyen la razón principal por la que las mujeres dejan de usar el DIU, aunque esos efectos no requieren la extracción del dispositivo. Los efectos secundarios son más comunes durante los primeros meses después de la inserción del DIU de cobre, pero generalmente estos disminuyen con el tiempo.⁵⁷

El uso de DIU se ha asociado con un leve aumento del riesgo de enfermedad pélvica inflamatoria (EPI) durante el primer mes después de la inserción. Se cree que este riesgo se debe a la introducción en el útero de bacterias presentes en el aparato genital inferior, cuando se inserta el DIU. Después del primer mes, el riesgo de EPI entre las usuarias del DIU es parecido al de las no usuarias, el cual es muy bajo.⁵⁶

Los estudios científicos recientes han indicado que el riesgo que corre la usuaria de un DIU de experimentar EPI puede reducirse considerablemente si los proveedores siguen directrices importantes. Las mujeres deben ser objeto de un examen minucioso para determinar la presencia de signos o síntomas de ITS actuales, y evaluar su riesgo de ITS. No se debe insertar un DIU si la mujer corre un riesgo elevado de ITS, a menos que no haya otros métodos disponibles, o cuando los que hay no son aceptables para la cliente.

Así mismo, se deben aplicar estrictamente las técnicas de prevención de infecciones durante la inserción para reducir el riesgo de introducir bacterias en el útero. La mayoría de las directrices de los servicios recomiendan que la paciente regrese al cabo de un mes después de la inserción del DIU para determinar si hay infección.⁵⁷

Esterilización femenina y masculina

La esterilización voluntaria ofrece protección permanente contra el embarazo no deseado con un solo procedimiento que se puede realizar en cualquier centro de atención de salud con capacidad quirúrgica básica. Sin embargo, dado que la esterilización es permanente, se debe asesorar a los clientes cuidadosamente antes de que la elijan como su método anticonceptivo para reducir al mínimo el arrepentimiento futuro. Tanto la esterilización femenina como la masculina tienen pocas complicaciones cuando la realizan en entornos apropiados proveedores de salud debidamente capacitados.⁵⁸

La esterilización femenina voluntaria es el método de planificación familiar moderno que más se usa en el mundo. Consiste en cerrar y cortar o atar las trompas de Falopio para impedir que los óvulos se unan con los espermatozoides y sean fertilizados. Actualmente se están estudiando métodos no quirúrgicos de esterilización femenina que emplean sustancias químicas para producir una cicatriz en las trompas de Falopio, pero su uso en programas no se ha aprobado en la mayoría de los países.⁵⁸

La esterilización masculina voluntaria o vasectomía, es un procedimiento quirúrgico menor en el que los conductos deferentes, que son los tubos por donde pasan los espermatozoides desde los testículos hasta la uretra, se atan y se cortan para impedir que los espermatozoides se mezclen con el semen. El semen eyaculado que no contiene espermatozoides no puede fecundar el ovulo. Desde el punto de vista técnico, la vasectomía es más segura y más sencilla de realizar que la esterilización femenina y se está utilizando cada vez más en muchos países en desarrollo.⁵⁹

Entre las ventajas de la esterilización figuran las siguientes:

► Es muy segura y sumamente eficaz. La eficacia de la esterilización femenina es del 99,5 por ciento en la prevención del embarazo en un año de uso, y el riesgo de fracaso es de 1,9 por ciento en 10 años de uso. La esterilización masculina también es sumamente eficaz, pero un poco menos que la esterilización femenina. No hay que confiar en que la vasectomía proteja contra la concepción antes de que hayan

transcurrido 12 semanas o haya habido 20 eyaculaciones después del procedimiento. Entre tanto, se debe usar otro método anticonceptivo.

- Puesto que la esterilización es permanente y no requiere ninguna acción por parte del cliente durante el acto sexual, puede ser muy conveniente para quienes ya tienen el número de hijos deseado.

- Puede producir algunos efectos secundarios menores a corto plazo relacionados con la intervención quirúrgica, pero no produce efectos secundarios a largo plazo. Entre las desventajas de la esterilización figuran las siguientes:

- El costo inicial puede ser relativamente alto.⁵⁹

- Si los clientes cambian de parecer y deciden tener hijos, las oportunidades de invertir el procedimiento de esterilización son muy limitadas. Menos del 30 por ciento de las mujeres y solo un pequeño porcentaje de los hombres que piden que se invierta el procedimiento pueden ser operados. Incluso si se dispone de los medios para efectuar la inversión y el cliente es elegible, no se puede garantizar el éxito. La tasa de nacidos vivos es de 50 por ciento en las mujeres o los hombres que se han sometido al procedimiento de inversión.

- Por ser un procedimiento quirúrgico, la esterilización expone a los clientes a un leve riesgo de complicaciones quirúrgicas, por ejemplo, lesión de otros órganos, infección o sangrado.

- La esterilización femenina y la masculina no protegen contra las ITS, incluida la infección por el VIH.⁵⁹

Método de amenorrea de la lactancia (MELA)

El método de amenorrea de la lactancia o MELA, es una opción anticonceptiva temporal para la mujer en el postparto. Para que el MELA sea eficaz, la mujer debe usarlo durante los primeros seis meses de postparto, estar amenorreica y estar amamantando plenamente o casi plenamente. Los estudios han demostrado que el MELA ofrece más del 98 por ciento de protección contra el embarazo siempre y cuando existan esas tres condiciones.

Los estudios recientes indican que si una mujer permanece amenorreica y sigue amamantando, el MELA sigue siendo altamente eficaz hasta un período de 12

meses. Se siguen realizando investigaciones en torno a la duración de la eficacia de este método.⁶⁰

Abstinencia periódica

La abstinencia periódica es un método anticonceptivo que las parejas siempre tienen a su disposición y a diferencia de otros métodos, no cuesta nada.

La eficacia de la abstinencia periódica se basa en saber cuándo ocurre el periodo de fertilidad. La mujer se vale de diferentes signos para saber cuándo esta fértil y durante ese tiempo, no tiene relaciones sexuales. La abstinencia periódica usa las técnicas siguientes para que las mujeres identifiquen la fase fértil del ciclo menstrual:

- ▶ El método del calendario o del ritmo: las mujeres usan los ciclos menstruales anteriores para calcular el periodo en que estarán fértiles.
- ▶ El método de la temperatura corporal basal: las mujeres saben cuándo están fértiles cuando observan el ligero aumento de la temperatura corporal que ocurre justo después de la ovulación.
- ▶ El método del moco cervical: las mujeres saben cuándo están fértiles al observar cambios en el aspecto y la textura del moco cervical.
- ▶ El método sintotérmico: se combinan varias técnicas para predecir cuándo estará fértil la mujer. Generalmente, este método incluye el monitoreo de los cambios de temperatura y del moco cervical, y puede incluir otros signos de ovulación, por ejemplo, sensibilidad anormal mamaria, dolor de espalda, dolor o "pesadez" abdominal, o sangrado intermenstrual leve.

Además de la abstinencia periódica, se puede usar el condón o la anticoncepción de emergencia si la pareja no quiere abstenerse de las relaciones sexuales durante el periodo de fertilidad.⁶¹

La abstinencia periódica tiene las ventajas de que es controlada por los usuarios, es fácil de usar, es de bajo costo y no produce efectos secundarios ni complicaciones médicas. Las mujeres de cualquier edad pueden usar este método sin ningún peligro, como también las mujeres que por problemas de salud no pueden usar ciertos métodos, por ejemplo, los que contienen estrógeno

Sin embargo, la abstinencia periódica requiere destreza y motivación. Los clientes necesitan considerable capacitación para que puedan reconocer los cambios fisiológicos normales que indican el periodo de fertilidad de la mujer. ⁶¹

Entre otras desventajas de la abstinencia periódica figuran las siguientes:

► Es posible que los signos que las mujeres usan para predecir la fertilidad no sean fiables, ya que pueden ser modificados por factores físicos o emocionales, por ejemplo una enfermedad o estrés, con lo cual se reduce la eficacia. Las tasas de embarazo con el uso perfecto de algunos métodos de abstinencia periódica pueden estar por debajo del tres por ciento, pero la tasa de uso típico es de aproximadamente 20 por ciento durante el primer año.

► Requiere la participación y cooperación de la pareja para abstenerse, o el uso de un método de barrera, durante los periodos de fertilidad de la mujer. Por lo tanto, la abstinencia periódica no se recomienda a las mujeres que no pueden controlar cuando van a tener relaciones sexuales y con quien.

► No protege contra las ITS, incluida la infección por el VIH Coito interrumpido
El coito interrumpido, como la abstinencia periódica, es un método anticonceptivo que las parejas siempre tienen a su disposición, no cuesta nada y no tiene ningún efecto secundario.

También conocido como "coitus interruptus", requiere que el pene se extraiga de la vagina antes de la eyaculación para impedir que haya contacto entre los espermatozoides y el ovulo. La eficacia anticonceptiva es similar a la de los métodos de barrera, con tasas de embarazo de aproximadamente 4 por ciento con el uso perfecto y de por lo menos 19 por ciento con el uso típico durante el primer

^{61,62}

Incluso cuando este método se usa correctamente, todavía hay posibilidades de embarazo ya que el líquido pre eyaculatorio puede contener espermatozoides. El uso correcto y sistemático del coito interrumpido requiere que el hombre sea disciplinado y tenga control de sí mismo para que extraiga el pene de la vagina de su compañera antes de la eyaculación.

También debe hacer que la eyaculación no ocurra en los genitales de su compañera. Si vuelve a haber coito, el hombre debe primero lavarse los genitales

con agua tibia, con jabón o sin él, y orinar para que no queden espermatozoides en la uretra.⁶³

Se debe informar a las parejas que practican el coito interrumpido acerca de la anticoncepción de emergencia como método de respaldo en caso de que algún eyaculado haya entrado en contacto con la vagina. El coito interrumpido no protege contra las ITS, incluida la infección por el VIH. Las lesiones genitales pueden transmitir agentes patógenos de ITS, y el pre eyaculado puede contener el VIH.

Programas Educativos

La promoción de la salud es el proceso que permite a las personas incrementar el control sobre su salud para mejorarla. Abarca no solamente las acciones dirigidas directamente a aumentar las habilidades y capacidades de las personas, sino también las dirigidas a modificar las condiciones sociales, ambientales y económicas que tienen impacto en los determinantes de salud.

La educación para la salud comprende las oportunidades de aprendizaje destinadas a mejorar la alfabetización sanitaria que incluye la mejora del conocimiento de la población y el desarrollo de habilidades personales que conduzcan a la mejora de la salud. Es un proceso educativo que tiene como finalidad responsabilizar a los ciudadanos en la defensa de la salud propia y colectiva. Es un instrumento de la promoción de salud y por tanto una función importante de los profesionales sanitarios, sociales y de la educación. Asimismo, la educación para la salud es una parte del proceso asistencial, incluyendo la prevención, el tratamiento y la rehabilitación.

Educación para la salud.

El aspecto educacional es esencial para afrontar las conductas inadecuadas frente al consumo de alcohol en adolescentes y jóvenes y debe iniciarse por los proveedores de salud para que puedan realizar con eficacia el cuidado y la educación de la población de este rango etario. Está comprobada la eficacia de la intervención educativa, por lo que se ha de tener en cuenta este criterio en la interpretación de cualquier estrategia de intervención, constituyendo el nivel

primario de atención un escenario ideal para ejecutar programas educativos sobre la detección temprana del consumo de alcohol en adolescentes y jóvenes en aras de elevar los conocimientos dirigido a los mismos, sus familiares y el personal sanitario.⁶³

Promoción

Es la acción o resultado de promover. Acción o resultado de promocionar. Actividad realizada para dar a conocer un producto. Tiene como objetivo promover y divulgar.⁶⁴

Promoción de salud.

La promoción de salud constituye un proceso político y social global que abarca acciones dirigidas a modificar las condiciones sociales, ambientales y económicas, con el fin de favorecer su impacto positivo en la salud individual y colectiva. Busca que todas las personas desarrollen un mayor potencial de salud, tomando en cuenta los activos de la comunidad y las condiciones sociales subyacentes que determinan una mejor o peor salud.⁶⁵

Programas Educativos

Un programa educativo es un documento que permite organizar y detallar un proceso pedagógico. Brinda orientación al docente respecto a los contenidos que debe impartir, la forma en que tiene que desarrollar su actividad de enseñanza y los objetivos a conseguir.⁶⁶

Educación para la salud.

Es un proceso de enseñanza y aprendizaje-aprendizaje y planificación que conduce a modificación de actitudes de las conductas relacionada con la salud, tras el cual las personas que reciben esta educación adoptan conductas saludables o cambian conductas perjudiciales para la salud por otras saludable. Es un tema

prioritario en materia de prevención de las enfermedades. Desde una perspectiva de promoción de la salud, se pretende el fortalecimiento de hábitos saludables.⁶⁷

Intervención educativa en salud.

Cuando se habla de intervención se hace referencia al conjunto de acciones o modos de proceder que tienen como objetivo obtener o generar un cambio, en términos de conocimientos, actitudes o prácticas, que serán susceptibles de ser evaluados antes o después de la actuación.

La intervención educativa engloba los desempeño y prácticas en diferentes esferas (pedagógicas, motivacionales, metodológicas etc., para seguir un programa o plan de intervención educativa basado en las necesidades detectadas y previamente diseñado para alcanzar los objetivos propuestos .Sus características son:

Objetivo: La línea de intervención se encuentra marcada por los objetivos propuestos, que responderán a Las necesidades detectadas.

Temporalidad: contexto en el espacio y en el tiempo.

Abierto y flexible: acepta modificaciones y cambio.

Personalización: el plan de actuación se adecua al alumnado y sus peculiaridades.⁶⁸

Técnicas participativas: están compuestas por diferentes actividades como ser dinámicas de grupo socio dramas , adecuación de juegos populares con fines de capacitación y cualquiera otro medio que tenga como objetivo generar la participación, e análisis, la reflexión y un cambio de actitud.⁶⁹

Evaluación: Es el conjunto de actividades que sirven para dar un juicio, hacer una evaluación medir, algo (objeto, situación, proceso) de acuerdo con determinado criterio de valor con que se entiende dicho juicio.⁷⁰

OBJETIVOS:

OBJETIVO GENERAL

Aplicar una intervención educativa en mujeres con riesgo preconcepcional.

OBJETIVO ESPECÍFICOS

1. Caracterizar el grupo de estudio según variables sociodemográficas edad, escolaridad y la ocupación.
2. Identificar los factores de riesgos en la población de estudio.
3. Evaluar el nivel de conocimiento que tienen las mujeres que participan en el estudio antes y después de aplicada la intervención educativa.

METODO:

Tipo de investigación: Se realizó una investigación con la aplicación de un estudio de intervención cuasi-experimental, con un diseño de antes y después.

Escenario: consultorio médico de familia número 16, Municipio Cumanayagua. Provincia Cienfuegos.

Período que abarca: enero 2021 - enero 2023.

Universo de estudio: La población en estudio quedó representada por 301 féminas de 15 a 49 años de edad pertenecientes al consultorio médico de familia número 16 del policlínico Aracelio Rodríguez Castellón del municipio Cumanayagua.

Muestra del estudio: Teniendo en cuenta el tamaño del universo y el hecho de que las encuestados deben demostrar sus conocimientos sobre riesgo preconcepcional, el muestreo se seleccionó de forma aleatorio simple, se determinó incluir 48 pacientes, las cuales dieron su consentimiento informado de participar voluntariamente en el estudio, que estuvieron aptas para responder a los cuestionarios aplicados y que se encontraron en el área en el momento de la recogida de los datos para la investigación.

Criterios de inclusión:

- ❖ Mujeres entre 15 y 49 años pertenecientes al consultorio médico de la familia número 16.
- ❖ Que deseen participar en el estudio.
- ❖ Que residan en el área permanentemente.

Criterio de exclusión:

- ❖ Pacientes que no se encuentren en plenas facultades físicas y mentales.
- ❖ Anticoncepción permanente.
- ❖ No deseo de embarazo y usa un Método Anticonceptivo.
- ❖ Desaparición de la Condición de riesgo.
- ❖ Certeza de no actividad sexual.

Criterios de salida:

- ❖ Aquellas que se ausenten a más de dos sesiones.
- ❖ Abandono voluntario de la investigación.

Este estudio de intervención se desarrolló en 3 etapas las cuales permitieron dar salida a los objetivos planteados.

1ra Etapa: Diagnóstica.

2da Etapa: Intervención propiamente dicha.

3ra Etapa: Evaluación

Etapla Diagnóstica:

Antes de comenzar la investigación se conversó con las participantes explicándoseles la finalidad de la misma y lo que significaba su aporte con sus datos, que estarían a cargo de la autora que solo los utilizaría con fines investigativos y respetándose el anonimato de las pacientes. Para la realización del estudio se contó con el consentimiento informado de la dirección municipal, del policlínico y de los participantes en el estudio. (Ver anexo I-II-III-IV)

Una vez definida la muestra de estudio se utilizó la observación directa como técnica cualitativa y se aplicó la encuesta inicial (Anexo V) al grupo ,(la cual fue tomada de un estudio publicado por la cual fue tomada de trabajo publicado por Pupo Góngora ⁷¹, con el objetivo de determinar las variables sociodemográficas pertinentes así como identificar y evaluar los conocimientos básicos que sobre riesgo preconcepcional tenían las encuestadas antes de aplicado el instrumento de intervención. Para la evaluación se consideró la escala de evaluación (Anexo VI) CONOCIMIENTO ADECUADA: si responde correctamente 6 o 7 de los ítems y CONOCIMIENTO INADECUADA: si responde correctamente 5 o menos ítems. Esta etapa le dio salida a los objetivos # 1,2 del estudio.

Etapla de intervención educativa:

Después de realizado el diagnóstico de los participante en la etapa anterior y detectadas las necesidades de aprendizaje , se procedió a trazar la estrategia educativa en el salón de reuniones del Policlínico Aracelio Rodríguez Castellón en Cumanayagua , el cual reúne todas las condiciones requeridas de iluminación,

ventilación, así como buen estado del mobiliario, para un mejor desarrollo de las actividades realizadas se tuvo en cuenta las bases psicopedagógicas de la educación para la salud se imparte el Programa Educativo el cual fue tomado de una publicación publicada que fue consultada para la realización del presente estudio con el objetivo de modificar el nivel de conocimiento sobre riesgo preconcepcional (Anexo VII) que tuvo como objetivo fundamental abordar los temas que fueron identificados en el cuestionario aplicado (antes) como conocimientos inadecuados. La intervención educativa se desarrolló en 7 secciones donde se trabajaron 6 temas, con 2 hora de duración para los que se utilizaron las siguientes técnicas participativas: lluvia de ideas, charla educativa, discusión grupal. Se realizó una vez a la semana en el horario de 4 a 6 de la tarde durante 7 semanas. Para facilitar la aplicación de la actividad se dividió el grupo en cuatro subgrupos de 12 participantes cada uno. Se utilizaron técnicas de trabajo en grupos.

TEMAS	TÍTULO	TIEMPO
I	Presentación de la intervención educativa.	2 horas
II	Caracterización biopsicosociales de las mujeres en edad fértil.	2 horas
III	Repercusión de los determinantes biológicos en la salud reproductiva de la mujer.	2 horas
IV	Repercusión de las determinantes medio ambiental en la salud reproductiva de la mujer.	2 horas
V	Diagnóstico y control del riesgo reproductivo preconcepcional.	2 horas
VI	Planificación familia (Consulta y métodos anticonceptivos)	2 horas
VII	Conclusiones.	2 horas

Etapas de evaluación:

Realizada la intervención se esperó tres meses para aplicar nuevamente el cuestionario inicial. Esta vez sin incluir los datos generales, para evaluar los conocimientos adquiridos a través de la intervención. El nivel de conocimiento se evaluó por el cuestionario. Los pacientes marcaron con una X solamente la opción que consideraron correcta en cada pregunta. El resultado de la encuesta fue evaluado según clave de calificación. (Anexo VI)

Se compararon las frecuencias y porcentajes obtenidos antes y después de la capacitación. **A la encuesta de conocimiento se le aplicó el siguiente criterio de evaluación:**

PREGUNTAS	RESPUESTA CORRECTOS
2.	b.
3.	a. c: tres respuestas correctas
4.	a, b, c, d, e. f, g, h.
5.	a, b, c, d, e, g, h, i, j, k.
6.	a, b, d, e.
7.	a.
8.	1,3,5,6,8.
9.	Si la respuesta es correcta
10	Si enumera de tres o más servicios

Operacionalización de las variables

Variable	Clasificación	OPERACIONALIZACION		
		Escala	Descripción	Indicador
Edad	Cuantitativa Discreta	15-19 años 20-24 años 25-29 años 30-34 años 35-49 años	Edad en años cumplidos que conforman el grupo.	Frecuencia absoluta y porcentual
Nivel Educativo	Cualitativa nominal politónica	Primaria T Secundaria T Pre –Univ. T Universitario T	Estudio terminado según nivel de enseñanza	Frecuencia absoluta y porcentual.
Estado Civil	Cualitativa nominal politónica	Soltera Casada Unión consensual Divorciada	Según el estado civil referido por la paciente	Frecuencia absoluta y porcentual.
Conocimientos acerca de la edad idónea para	Cualitativa nominal	15-19 años 20-24 años	Según la edad que refiera la	Frecuencia absoluta y

la gestación	dicotómica	25-29 años 30-34 años 35 a 49 años	paciente	porcentual.
Conocimientos acerca de los antecedentes obstétricos que constituyen factores de riesgo	Cualitativa nominal dicotómica	a) Período intergenésico corto b) Multiparidad c) Abortos espontáneos d) Cesáreas anteriores e) Nuliparidad f) Abortos provocados g) Recién nacido Bajo peso h) Inflamación pélvica recurrente i) Segundo parto	Recopilación de información sobre la salud reproductiva de la mujer(historia obstétrica)	Frecuencia absoluta y porcentual.

Conocimientos acerca de las enfermedades crónicas que constituyen factores de riesgo	Cualitativa nominal dicotómica	- HTA - D Mellitus - C. Isquémica - Ttos Psiquiátricos - Obesidad - Anemia - Desnutrición	Conocimiento sobre enfermedad o afecciones que por lo general duran 3 meses o más , y es posible que empeoren con el tiempo	Frecuencia absoluta y porcentual.
Conocimientos acerca de los método anticonceptivo utilizado	Cualitativa Nominal politónica	1.DIU 2.Abortos provocados 3.Vacunas 4. Implantes 5. Método del ritmo 6.Condón 7. Regulación menstrual 8. Tablet as anticonceptivas	Conocimiento sobre todos aquellos métodos anticonceptivos capaces de evitar o reducir un embarazo	Frecuencia absoluta y porcentual.
Conocimientos sobre el riesgo	Cualitativa nominal	Adecuado	La posibilidad que tiene una	Frecuencia absoluta y

preconcepcional	dicotómica	Inadecuado	no gestante de ser dañada durante el proceso de la reproducción	porcentual.
Conocimiento sobre planificación familiar	Cualitativa Nominal politónica	Adecuado Inadecuado	Son los elementos precondicionados de mortalidad y morbilidad ante una gestación.	Frecuencia absoluta y porcentual.
Evaluación del nivel de conocimiento	Cualitativo Ordinal	Adecuado Inadecuado	Se refiere a la evaluación que se le da al avance en la producción del saber y representan un incremento en la complejidad	Frecuencia absoluta y porcentual.

Análisis y Discusión de los Resultados:

La mujer desempeña un rol protagónico en la sociedad, cumple con la reproducción biológica, el rol doméstico y está presente en las organizaciones sociales y comunitarias. El ejercicio de la función reproductiva genera en las mujeres mayor vulnerabilidad, que, ligada a la reproducción, requiere apoyo y protección, tanto familiar como de la sociedad en su conjunto porque sobre ella recaen la mayor parte de los problemas relacionados con el riesgo reproductivo.

En Cuba, la atención integral a la familia constituye una prioridad para el sistema de salud. La detección de factores de riesgo, la promoción y prevención constituyen frentes de trabajo del equipo de salud desde la atención primaria. Resulta vital identificar los factores de riesgo maternos preconcepcional para poder actuar sobre los mismos y preparar adecuadamente a la mujer para el embarazo.⁷²

El programa de Manejo y Control del Riesgo Preconcepcional emitido por la dirección Nacional de Salud y Planificación Familiar, plantea para Cuba que de un 15 a un 25% de las mujeres en edad fértil poseen alguna condición biológica, obstétrica o socioeconómica vinculada al riesgo.⁷³

Tabla # 1: Distribución de las féminas con riesgo reproductivo preconcepcional según la edad. CMF# 16. Municipio de Cumanayagua, 2021-2023.

Rango de edades	Frecuencia	%
15 a 19 años	14	29.2
20 a 24 años	11	22.9
25 a 29años	6	12.5
30 a 35 años	4	8.3
36 a 49 años	13	27.1
TOTAL	48	100

Fuente: Encuesta del estudio

Al analizar la población de estudio según edad, se comprobó que predominio de riesgo preconcepcional se encuentra en las adolescentes pertenecientes al grupo de 15 a 19 años 14(29.2%) y el de 36 a 49 años con 13(27.1 %), el menos representativo fue el de 30 a 35 años con un 4(8.3%). De forma general el grupo que mayor número de participantes mostró fue el de 15 a 19 años con el 29.2% del total de la muestra.(tabla # 1)

La autora infiere que la edad constituyen un factor de riesgo en las mujeres estudiadas , ya que el mayor por ciento de las mujeres dispensarizadas con riesgo preconcepcional en el CMF 16 se encuentra en el grupo de 15 a 19 años de edad , edad donde existe mayor riesgo de embarazo lo que constituye un doble riesgo debido a que las mujeres jóvenes tiene que asumir responsabilidades para las cuales aún no está capacitada ,por lo que hay que aumentar las estrategias y acciones preventivas e informativas con este grupo poblacional para aumentar en ellas la percepción del riesgo y poder modificar los conocimientos inadecuados que tenga sobre riesgo preconcepcional y esto contribuyan a modificar los riesgos que sean modificables.

Los resultados coinciden con los de **Lugones Botell** ⁷⁴y **Arechea Greta** ⁷⁵ quien obtuvieron mayor representatividad de riesgo preconcepcional en féminas contempladas en el rango de edad de 15 a19 años.

Prendes⁷⁶ y **Quevedo**⁷⁷ quienes encontraron un mayor número de mujeres entre 36 y 49 años, es decir predominio de las añosas.

Los resultados de la investigación difieren de los encontrados en el estudio realizado por González, quien detectó que un 41% de las pacientes se encontraban en edades mayores a los 35 años de edad.⁷⁸

Los resultados de la presente investigación no coinciden con internacionales y nacionales donde:

En una comunidad de Tabasco **Zetina**, reportó “predominio de pacientes entre 20 y 30 años en edad reproductiva con riesgo preconcepcional resultados que no coinciden con los de la presente investigación.¹⁹

Estos resultados no coinciden con los que exponen **Figueredo y cols**⁷⁹ , en un estudio realizado en Niquero. Granma, quien muestra en sus resultados que en

las pacientes con riesgo preconcepcional según edad, prevalece el grupo etáreo de las menores de 20 años con 39 pacientes para un 30,9 % lo que indica que este grupo de edad por si solo constituye un riesgo para la morbilidad materno infantil.

Peligrin⁸⁰, observa mayor representación de mujeres con riesgo preconcepcional en los grupos de edades de 26 a 30 años, destacándose las edades comprendidas de 21 a 35 años.

Los resultados de la investigación difieren de los encontrados en el estudio realizado por González, quien detectó que un 41% de las pacientes se encontraban en edades mayores a los 35 años de edad.⁸¹

Tabla # 2: Distribución de las féminas, según nivel de escolaridad y estado civil de las pacientes con riesgo reproductivo preconcepcional según nivel educacional y ocupación. CMF# 16. Municipio de Cumanayagua, 2021-2023.

Nivel educacional y ocupación	Clasificación	Frecuencia	%
Escolaridad	Primario	0	0
	Secundario	19	39.6
	Preuniversitario	24	50.0
	Universitario	5	10.4
Estado civil	Soltera	14	29.2
	Casada/ Unión consensual	29	60.4
	Divorciada	5	10.4
TOTAL		48	100

Fuente: Encuesta del estudio

El nivel de escolaridad alcanzado por las encuestadas se muestra en la tabla número 2. Predominó el nivel preuniversitario con el 50% del total de la muestra, seguido por los del nivel secundario con el 39.6 % y en tercer lugar el nivel universitario con tan solo el 10.4 % del total de participantes respectivamente y en ocupacion predominan las féminas Casada/ Unión consensual 29(60.4%)de las pacientes.(tabla número 2)

La autora infiere que los resultados del cuadro estadístico anterior se corresponden con el nivel de escolaridad exhibido por la población cubana, donde la mayoría de la población alcanza al menos un nivel de escolaridad medio superior. El nivel educacional influye en la vida de las personas de formas tanto directa como indirecta , los conocimientos de una persona se derivan de la formación educacional y información que ha adquirido durante su vida , a menor nivel educacional , menor conocimiento por lo que los pacientes con menor nivel educacional tiene mayor riesgo de tener ,mas vacios sobre el tema tratado y más posibilidad de manejar conceptos erróneos , además de tabúes y mitos sobre el manejo correcto del riesgo preconcepcional. El predominio de la escolaridad media superior permite trabajar con las pacientes y lograr resultados en el control del riesgo reproductivo preconcepcional. A mayor nivel educacional, mayor conocimiento e información, por lo que las pacientes tendrán mayor percepción del riesgo preconcepcional.

Los resultados del presente estudio son similares a los encontrados en la literatura consultada.

Pupo Góngora⁷¹ evidenció en su investigación un predominio del nivel preuniversitario en las mujeres objeto de estudio que reportaron el 71.9 % del total de las participantes en la investigación , seguida de las de escolaridad secundaria básica con 10 féminas que representa el 17.5 % ,la escolaridad universitaria representa el 7.1, resultados estos que se relacionan con las edades de las mujeres , ya que entre mayor es la escolaridad debe ser también mayor la percepción del riesgo de las misma a cerca de procrear en la edad adecuada

Álvarez y cols¹⁴ observa en su estudio que el 40 % de los pacientes encuestados tienen un nivel preuniversitario sin terminado, seguido de nivel universitario en un 30 %.

Los resultados de este estudio coinciden con un estudio internacional donde **Fekene D.B., Woldeyes B.S., Erena M.M. y Demisse G.A**⁸², en Etiopía realizaron un estudio en mujeres en edad reproductiva, en el cual observo que el 37% de los pacientes son amas de casa y 3% tienen educación superior. Concluyeron que los factores que interceden positivamente en la captación de la asistencia al control preconcepcional son el grado de instrucción, antecedente de asistencia al control prenatal y el buen conocimiento de la atención preconcepcional

Prendes⁷⁶, en su estudio, predominan el 52.8% de las mujeres de 35 a 49 años y el 21% son amas de casa. Se evidenció un predominio del nivel preuniversitario en las mujeres objeto de estudio que reportaron ser el 71.9 % del total, seguida de las de escolaridad secundaria básica con 10 féminas que representa el 17.5 % ,la escolaridad universitaria representa el 7.1, resultados estos que se relacionan con las edades de las mujeres .

Heras Pérez y colaboradores⁸³ reportan que el 65.6% de las mujeres encuestadas con RPC tienen un nivel escolar entre el nivel medio superior 54 (36.7%) y el superior con 42 pacientes (28.5%), lo cual está en estrecha relación con las posibilidades educacionales existentes en el país que implica el acceso masivo y gratuito a los servicios de educación de las mujeres; mostrando conocimiento sobre el RPC solo 21 (21.9%) del nivel medio superior y superior mientras que 58(60.45%) de esos mismos niveles de escolaridad no tenían ningún conocimiento. De las pacientes con nivel primario y secundario 51 (34.7%) sólo el 12% mostró dominio del tema y el resto clasifican en las que no tienen ningún conocimiento.

No coinciden los resultados con los de **Aman Villegas**⁸⁴ quien muestra en su estudio que las mujeres con riesgo preconcepcional atendidas en el Hospital IESS con predominio en mujeres solteras lo que corresponde al 44%, seguido de las casadas con un 32%.

El grado de educación es probablemente el factor más importante en términos de riesgo reproductivo y riesgo perinatal, mucho más que la propia edad, el control perinatal y el estado nutricional del adolescente, diagnóstico precoz y la derivación inmediata a los servicios de salud para una atención multidisciplinaria especializada de la joven madre, ayudan mucho a reducir los riesgos perinatales.⁸⁵

Tabla # 3: Distribución de las féminas con riesgo reproductivo preconcepcional según edad idónea para la gestación. CMF # 16. Municipio de Cumanayagua, 2021-2023.

Conocimiento sobre edad idónea para la gestación.	En el momento de la intervención educativa.			
	Antes		Después	
	No	%	No	%
15 a 19 años	2	4.2	3	6.2
20 a 24 años	5	10.4	13	27.1
25 a 30 años	16	33.3	15	31.2
31 a 35 años	5	10.4	9	18.7
36 a 49 años	9	18.7	5	10.4
TOTAL	37	77.1	45	93.7

Fuente: Encuesta del estudio

El cuadro estadístico número 3 muestra la distribución de los participantes, según conocimiento sobre la edad idónea para la gestación, antes de la intervención 37 de las mujeres que representa el 77.1 % no conocían la edad idónea para la procreación, este porcentaje gana en conocimiento después de aplicada la acción educativa a un 93.7% con respecto al inicial ,todas las pacientes lograron modificar sus conocimientos , conocimiento que constituye una herramienta a favor de lograr que se decidan a embarazarse en la edad de mayor garantía de éxito. En resumen el nivel de conocimiento que tienen las féminas que participan en el

estudio sobre el tema es inadecuado, lográndose mejoría después de las intervenciones educativas por lo que consideramos que los resultados alcanzados en la modificación de sus conocimientos fue posible por la técnicas de información y participación empleadas en la actividad educativa realizada .

Los resultados del presente estudio están en correspondencia con la literatura nacional e internacional:

Investigación Nacional, realizada en Ciudad Habana encontró que el 88.4 % de los adolescentes encuestados tenían conocimientos inadecuado sobre edad idónea para la gestación, refirieron necesidad de información, así como la demanda de orientación a los padres. Esta carencia constituye un importante factor de riesgo para muchos jóvenes que inician su vida sexual sin el sustento de conocimientos reales sobre la edad ideal para concebir un embarazo y los métodos anticonceptivos que pueden utilizar y los riesgos que implican para su salud.⁸⁶

Tirado Caraballo¹ en su estudio observa que las mujeres tenían conocimientos inadecuados sobre la edad óptima, antes de la intervención. Respecto al total de mujeres, terminada la intervención, el nivel de conocimientos aumentó a un 97.78 % en adecuado. La mejoría del porcentaje de mujeres después de aplicar el programa de intervención fue altamente significativa ($p < 0.05$).

Los resultados se encuentra en divergencia con los observados en el estudio realizado **por Álvarez Cortés JT, et al.**⁸⁷ Los cuales identifican, desde el principio de su investigación, que uno de los temas más conocidos estuvo relacionado con la edad óptima para la concepción (45.7 % de respuestas correctas).

La gestación adolescente interrumpe el proceso normal de identificación personal, de libre desarrollo e implica condiciones psicológicas y sociales poco favorables y complicaciones en el embarazo como: prematuridad y bajo peso neonatal, malformaciones congénitas. Varios investigadores han escrito sobre los efectos negativos que pueden ocurrir en el embarazo, cuando no se tiene la edad idónea para procrear, el embarazo en edad temprana y en edad extrema de la vida reproductiva constituyen factores de riesgo preconcepcional reconocidos. Blanco Pereira⁸⁸ y Varona de la Peña⁸⁹, que tratan en sus investigaciones temas relacionados con el riesgo reproductivo preconcepcional, también refieren

encontrar futuras madres sin conocimientos previos sobre el importante tema, elementos que coinciden con los del presente trabajo.

A criterio **Mariño**⁹⁰, la educación sexual no promueve una actividad sexual mayor ni más temprana, sino que puede conducir más bien a un incremento de las prácticas sexuales sin riesgo, logrando que se hagan elecciones más seguras y responsables.

En el caso de Cuba, varias investigaciones desarrolladas en este contexto dan cuenta de diversas peculiaridades en la comunicación en el ámbito de la familia al hablar de sexualidad, donde se ha puesto en evidencia que cuando no se tiene información y conocimiento se inicia las relaciones sexuales en edades temprana, cuando la féminas y su pareja no están preparado y desconocen sobre la edad idónea para embarazarse.^{91,92}

Cáceres⁹³ plantea que el desconocimiento de la edad óptima para quedar embarazada provoca que no se tengan en cuenta las desventajas y complicaciones que acarrea este acto, de forma fundamental en la adolescencia, por la inmadurez biológica de la joven. Por otra parte, en el grupo de edad por encima de 35 años son frecuentes también otras alteraciones como son: restricción del crecimiento intrauterino y las malformaciones congénitas. Cáceres

López⁹⁴ en su estudio refiere que a pesar de que en Cuba, se han realizado esfuerzos inmensos en el Programa Nacional de Planificación Familiar; y que el nuevo siglo XXI propone como meta lograr gestaciones en momentos y condiciones óptimas, muchas mujeres se embarazan cuando sobre ellas influyen factores biológicos, psicológicos, sociales y ambientales, potencialmente negativos para las mismas y el producto de su concepción, lo cual trae como consecuencia directa morbilidad y mortalidad materno-infantil y bajo peso al nacimiento.

Quintero²⁰refuerza la idea de que la detección de factores de riesgo, la promoción y prevención constituyen frentes de trabajo del equipo de salud desde la atención primaria de salud. Resulta vital identificar los factores de riesgo maternos preconcepcional para poder actuar sobre los mismos y preparar adecuadamente a la mujer para el embarazo.

Tabla # 4: Distribución de las féminas con riesgo reproductivo preconcepcional según conocimientos de los antecedentes obstétricos que constituyen factores de riesgo. CMF# 16. Municipio de Cumanayagua, 2021-2023.

Conocimiento sobre antecedentes obstétricos que constituyen factores de riesgo.	En el momento de la intervención educativa.			
	Antes		Después	
	No	%	No	%
Periodo intergenésico Corto	2	4.1	5	10.4
Multiparidad	6	12.5	7	14.6
Nuliparidad	7	14.6	6	12.5
Segundagesta	4	8.3	8	16.6
Abortos espontáneos	5	10.4	3	6.2
Abortos provocados	8	16.6	5	10.4
Cesáreas anteriores	3	6.2	4	8.3
Recién nacido Bajo peso	2	4.2	2	4.1
Inflamación Pélvica Recurrente	2	4.2	3	6.2
TOTAL	39	81.3	43	89.6

Fuente: Encuesta del estudio

Al reflejar los conocimientos de las encuestadas según antecedentes obstétricos que constituyen factores de riesgo preconcepcional antes de aplicada las acciones educativas se observa que 39 féminas que representan el 81.3 % tienen conocimiento inadecuado, conocimientos que fue modificado después de aplicado el programa educativo a conocimiento adecuado en 43(89.6%) casos.(tabla número 4)

La autora infiere que el conocimiento inadecuado que tienen las pacientes objeto de estudio sobre los antecedentes obstétricos, ha constituido un factores de riesgo preconcepcional en estas pacientes, en 4 de ellas se ha observado

presencia de riesgo obstétrico desfavorable como (período intergenésico menor de 2 años y abortos a repetición, principalmente provocados), lo que ha influido en la calidad del producto de la gestación, esto está en correspondencia con la literatura consultada ⁹⁵ Si la mujer conoce su condición de riesgo, esto permitirá desarrollar en ellas, capacidades para tomar decisiones responsables, en materia sexual y reproductiva.

Tirado Caraballo¹ muestra que el 36 % tenía nivel de conocimientos inadecuado sobre antecedentes obstétricos desfavorables, antes de la intervención. Luego de la misma, aumentó a un 97.78 %. La mejoría del porcentaje después de aplicar el programa de intervención fue altamente significativa ($p < 0.05$). Estos resultados están en correspondencia con los del presente estudio.

En bibliografía revisada se plantea que los antecedentes obstétricos el riesgo es mayor cuando existen antecedentes de abortos, nacidos muertos, cesáreas anteriores o Preeclampsia –eclampsia, otras afecciones como la malnutrición, la anemia por hematíes falciformes, cardiopatías, infecciones nefropatías, hepatopatías, retraso mental en otras, aumentan el riesgo de morbilidad materna –infantil. ⁶ Es importante que el embarazo sea deseado, planificado, que la madre esté en las mejores condiciones biológicas, psicológicas y socioeconómicas. En ello desempeña un papel primordial el manejo del riesgo reproductivo, por lo que médico de familia debe tener un adecuado conocimiento sobre este tema, pues le permitirá hacer una valoración real de cada caso, de esta manera mejora el estado de salud de las madres y se podrán obtener niños más sanos y saludables.

Tabla # 5: Distribución de las féminas con riesgo reproductivo preconcepcional según conocimientos acerca de las enfermedades crónicas que constituyen factores de riesgo. CMF# 16. Municipio de Cumanayagua, 2021-2023.

Conocimientos acerca de las enfermedades crónicas que constituyen factores de riesgo	En el momento de la intervención educativa.	
	Antes	Después

	No	%	No	%
Hipertensión Arterial	5	10.4	0	0
Diabetes Mellitus	2	4.2	11	22.9
Cardiopatía Isquémica	9	18.7	5	10.4
Anemia	7	14.6	3	6.2
Desnutrición	6	12.5	2	4.2
Trastornos Psiquiátricos	3	6.2	9	18.7
Obesidad	4	8.3	13	27.1
TOTAL	36	75	43	89.4

Fuente: Encuesta del estudio

El cuadro estadístico anterior se muestra la distribución de los participantes según conocimiento que tiene las pacientes sobre enfermedades crónicas que constituyen factores de riesgo, donde se observa que antes de aplicada la intervención educativa solamente 36 (75%) tiene conocimientos inadecuados, modificando sus conocimientos después de aplicado el programa educativo a 43(89.4%) de los casos.

Es criterio de la autora que los resultados obtenidos en el estudio pueden ser atribuibles al cuadro de salud del área donde predominan las enfermedades crónicas no transmisibles (ECNT) y otros daños a la salud en etapa reproductiva y que, aunque se han realizado algunas acciones, el conocimiento que tienen los pacientes aún estas son insuficientes para el control del RPC.

Tabla # 6: Distribución de las féminas con riesgo reproductivo preconcepcional según conocimientos sobre método anticonceptivo. CMF # 16. Municipio de Cumanayagua, 2021-2023.

Conocimiento sobre métodos	En el momento de la
----------------------------	---------------------

anticonceptivo.	intervención educativa.			
	Antes		Después	
	No	%	No	%
Tabletas anticonceptivas	2	4.2	9	18.7
Diu Intrauterino	11	13.4	5	10.4
Vacunas	0	0	11	13.4
Implantes	0	0	1	2.1
Método de Ritmo	0	0	3	6.2
Condón	5	10.4	17	35.4
TOTAL	18	37.5	46	96

Encuesta del estudio

La tabla número 6, muestra la distribución de pacientes según sus conocimientos sobre métodos anticonceptivos. El 37.5 % obtuvo calificaciones de conocimientos inadecuados antes de la intervención, siendo modificado como adecuado en el 96% de casos, después de aplicado el programa educativo.

A criterio de la autora resulta significativo destacar que aún existen pacientes que no tienen percepción del riesgo, es evidencia que era necesario realizar el presente estudio, las pacientes que participan en el estudio tenían la necesidad de que se aplicara el programas educativos que les ofreciera información oportuna que les permitiera modificar sus conocimientos en cuanto al uso de los métodos modernos, naturales, método biológico. Se evidencia que a pesar de la labor de promoción que se viene haciendo es importante darle continuadas a la promoción de salud por parte del médico de la familia ya que esta labor educativa informativa es de suma importancia para fortalecer los conocimientos sobre métodos anticonceptivos y fomentar su uso según las características individuales de la población.

Los resultados planteados en el cuadro anterior se encuentran en correspondencia con lo planteado en la literatura por varios autores.

Duarte Cejas⁹⁶ en su estudio mostro conocimientos inadecuados de los participantes sobre métodos anticonceptivos, mostrando resultados favorables, al cumplir con los objetivos planteados.

En estudio internacional realizado por **Mejía y colabs**⁹⁷ en el municipio de Fusagasugá, Cundinamarca (Colombia), los encuestados tenían un conocimiento medio sobre métodos anticonceptivos, los investigadores hace énfasis sobre la importancia de fomentar conocimientos sobre métodos anticonceptivos y su uso según las características individuales de la población.

Fernández⁹⁸ reporta que el 88,2 % de los entrevistados, tanto hombres como mujeres, tienen un conocimiento alto sobre métodos anticonceptivos. Resultado que no coincide con los encontrados en la presente investigación.

Tabla # 7: Distribución de las féminas con riesgo reproductivo preconcepcional según conocimientos sobre planificación familiar. CMF# 16. Municipio de Cumanayagua, 2021-2023.

Conocimientos sobre planificación familiar	En el momento de la intervención educativa.			
	Antes		Después	
	No	%	No	%
Adecuado	12	25	46	95.8
Inadecuado	36	75	2	4.2
TOTAL	48	100	48	100

Encuesta del estudio

La tabla número 7 muestra la distribución de pacientes según los conocimientos que tienen las féminas sobre planificación familiar antes de aplicada la acción educativa don de 36 mujeres para un 75 % desconocían sobre el tema,

conocimiento que fue modificado en 46 (95.8%) de los casos después de aplicada actividad educativa.

La autora infiere el inadecuado conocimiento sobre planificación familiar es el principal factor de riesgo que ha estado presente en las pacientes estudiadas, se ha evidenciado que este no le ha permitido evitar embarazo no deseado y no planificados. El bajo nivel de conocimiento sobre la condición de riesgo, factores de riesgo y cómo modificarlos detectado en la primera evaluación de la muestra, indica que todavía la labor de orientador y asesor del equipo de salud es deficiente, pues la mayoría de las mujeres desconocen cuando se aplica la encuesta inicial cuál es su condición de riesgo, cuáles son los factores de riesgo reproductivo preconcepcional, cómo pueden influir en caso de embarazo, y mucho menos conocen la estrategia que deben seguir para modificarlos o erradicarlos; lo cual queda demostrado con los resultados del cuadro anterior y los demás análisis efectuados en el presente estudio.

Los resultados del presente estudio coinciden con varios autores que han investigado sobre el tema a nivel nacional e internacional. En investigación realizada por **Vieira⁹⁹**, los datos obtenidos antes de la intervención se corresponden con estudios realizados en mujeres con VIH, donde más del 50 % de las pacientes, no poseían conocimientos sobre planificación familiar.

Estudios internacionales realizados en Ecuador sobre conocimientos, actitudes y prácticas sobre planificación familiar en mujeres en edad fértil mostraron que posterior a la intervención educativa, el 100 % de las mujeres refirieron conocer qué es un método anticonceptivo, resultados similares a los obtenidos en nuestra investigación.¹⁰⁰

Pupo y colas y Díaz, G¹⁰¹ demostraron en sus estudios de intervención a través de prácticas grupales, resultados favorables relacionados con impactos en el nivel de conocimientos sobre planificación familiar.

Herezuelo y cols⁴. En estudio realizado, la intervención educativa fue efectiva al lograr modificar conocimiento sobre planificación familiar en las mujeres dispensarizadas por riesgo preconcepcional, Se pudo constatar una adecuada asimilación de los temas impartidos.

Tabla # 8: Distribución de las féminas con riesgo reproductivo preconcepcional según evaluación global de los conocimientos sobre riesgo preconcepcional. CMF# 16. Municipio de Cumanayagua, 2021-2023.

Evaluación global de los conocimientos sobre riesgo preconcepcional.	En el momento de la intervención educativa.			
	Antes		Después	
	No	%	No	%
Adecuado	12	25.0	45	93.7
Inadecuado	36	75.0	3	6.3
TOTAL	48	100	48	100

Encuesta del estudio

En cuadro estadístico anterior se muestra la distribución de los participantes según evaluación global sobre riesgo preconcepcional. Antes de la intervención 36 caso que representa el 75 % del total de los participantes, mostraron un conocimiento inadecuado sobre riesgo preconcepcional, conocimiento que cuando se aplicó nuevamente la misma encuesta meses después de implementado el programa educativo, se modificó en adecuado en 45 féminas en un 93.3 %, las que mostraron dominio de los aspectos básicos del tema que fue objeto de estudio.

La autora con los resultados cuantitativos alcanzados en la investigación efectuada, se afirma que si se aplican programa de intervención educativa debidamente estudiado, adecuado y vinculado con el contexto educativo a los participantes en el estudio, se logra que las acciones efectivas resulten efectivas al final de ser impartida. En el estudio esto quedó demostrado al comparar los resultados obtenidos en evaluación inicial y final, en la que se observa el avance alcanzado en el conocimiento del riesgo preconcepcional al transitar de forma ascendente por los indicadores que se miden. El incremento en el nivel de conocimiento demostró que se cumplieron los objetivos trazados para la realización de la investigación de

forma productiva y positiva. Por tanto, queda demostrado que el nivel de conocimientos sobre riesgo preconcepcional cambió favorablemente después de aplicada la estrategia de intervención.

Existe consenso internacional de que únicamente con una intervención sobre la esfera cognitiva del adolescente se puede modificar la conducta; además de lograr cambios importantes en estilos de vida y así se plantea actualmente incluso para la prevención de otras entidades. En nuestro estudio se profundizó en este tema para así poder influir que se lograra un nivel de conocimientos que llevara a una modificación importante de la conducta sexual, y que no sería sólo mediado por el médico sino también por la escuela, la familia, y los medios de comunicación masiva.

Algunos autores reconocen la Educación y promoción de salud como una excelente intervención para elevar el nivel de conocimiento, y mucho más si utilizamos para ello actividades grupales que corrigen tanto el proceso como el producto del aprendizaje.^{102,103}

Aparicio et al¹⁰⁴. La aplicación de la intervención educativa tuvo un impacto favorable, que permitió elevar el conocimiento mediante la práctica grupal para promover comportamientos saludables y desempeñar el rol de facilitador en este proceso, mediante actitudes y habilidades básicas.

T ejeda y Macías¹⁰⁵, luego de aplicada la estrategia de intervención se lograron elevar los conocimientos sobre el riesgo preconcepcional genético en algunos miembros de la muestra, que incorporaron lo aprendido a las diferentes actividades y procesos asistenciales en la comunidad.

Tirado Caraballo¹ Al observar la evaluación general del nivel de conocimientos sobre RRPC mostrada en la tabla 5, el 29 % tenían conocimientos generales inadecuados antes de la intervención. De ellas, el 84.62 % tenían nivel de conocimiento adecuado después de aplicado el programa educativo, y solo 2 continuaron con nivel de conocimiento general inadecuado, representado por el 15.38 %. El 100 % de las 32 mujeres que tenían conocimiento adecuado antes de la intervención, se mantuvieron después sin cambio. Terminada la intervención

aumentó a un 95.56 % el nivel adecuado. La concordancia entre ambos momentos de la intervención fue de 0.62 (acuerdo considerable).

Ramírez Romero¹⁰⁶ en su estudio pudo observar que al aplicar el diagnóstico la mayor parte de las s encuestadas tenían bajos conocimientos sobre el riesgo preconcepcional. Al concluir el mismo se comprobó que la intervención tuvo buenos resultados pues en estos momentos la mayor parte de las pacientes tiene un alto nivel de conocimientos respecto al tema abordado.

Bortolus, et al¹⁰⁷, menciona en su investigación que las mujeres que no conocen sobre APC, no buscarán información sobre el tema a diferencia de las mujeres que sí la conocen. Esta situación podría estar sujeta a factores socioeconómicos, donde influye el grado de instrucción al deseo de cada mujer sobre informarse acerca de los cuidados preconcepcionales. Concluyó que los profesionales de salud no apropian la responsabilidad de concientizar a las mujeres en edad fértil acerca de la salud preconcepcional.

Pozo Madera y otros¹⁰⁸ lograron cambios positivos en el nivel de información de 94,8 % de las pacientes, lo que coincide con los resultados de nuestro estudio.

Resultados fundamentales

En el estudio predomino

- ✚ Predomina el grupo de 15 a 19 años 14(29.2%) y el de 35 a 49 años con 6 (12.5 %).
- ✚ El nivel preuniversitario con el 50%, estado civil Casada/ Unión consensual 29 (60.4%).
- ✚ Conocimiento inadecuado en un 77.1 % para edad idónea para la gestación, antes de la intervención.
- ✚ El 81.3 % del conocimiento inadecuado sobre antecedentes obstétricos que constituyen factores de riesgo preconcepcional, antes de la intervención.
- ✚ El 75 % del conocimiento inadecuado sobre enfermedades crónicas que constituyen factores de riesgo, antes de la intervención.
- ✚ El 62.5 % de conocimiento inadecuado sobre métodos anticonceptivos, antes de la intervención.
- ✚ El 75 % del conocimiento inadecuado sobre sobre planificación familiar antes de aplicada la acción educativa.
- ✚ El 75 % de las féminas tenían conocimientos inadecuados sobre riesgo preconcepcional de aplicado en programa educativo.
- ✚ Después de aplicado educativo predomina el conocimiento adecuado en 45 féminas para un 93.3 %.

Conclusiones

Se evidencia que la intervención educativa fue efectiva al lograr modificar de manera positiva el nivel de conocimiento en las mujeres dispensarizadas por riesgo reproductivo preconcepcional. Se pudo constatar una adecuada asimilación de los temas impartidos.

Recomendaciones

Proponer a las autoridades de salud y al equipo metodológico docente ,hacer extensivo este tipo de estudio a los demás consultorios del municipio, con vista a identificar los conocimientos que tienen las féminas sobre riesgo preconcepcional , problema de salud que está incidiendo de forma desfavorable en el programa materno infantil de la localidad , con vista a trazar acciones y estrategias encaminadas a modificar el desconocimiento en conocimiento y con ello contribuir a modificar los factores de riesgo modificables para lograr mejor prevención y control del riesgo preconcepcional y elevar la calidad de vida en la esfera sexual reproductiva en la población femenina del consultorio médico de la familia número 16 del municipio de Cumanayagua.

Referencias bibliográficas

- 1 .Tirado Caraballo R, Favier Torres MA, Galano Vázquez K, Calzado Begué D, Lastres Montalvo C. Intervención educativa sobre riesgo preconcepcional en mujeres de un Área de salud en Guantánamo. Gac méd espirit [Internet]. 2022 [citado 23 Jun 2023]; 24(3). Disponible en:
<https://revgmespirituana.sld.cu/index.php/gme/article/view/2461>
- 2 . Carrillo Alfonso TM, Fernández Cárdenas EJ, Santamaría Machin W. Influencia del riesgo preconcepcional en la salud materna. Medicentro [revista en Internet]. 2021 [cited 25 May 2022] ; 25 (1): [aprox. 9p]. Disponible en:
<http://scielo.sld.cu/scielo>
- 3 . Organización Mundial de la Salud. [Internet]. 2020Ginebra [citado 2023 Ene 26]. Disponible en:
http://apps.who.int/adolescent/seconddcade/files/WHO_FWC_MCA_14.05_spa.pdf
- 4 . Hierrezuelo Rojas N, Fernández Gonzáles P , León Guilart A, Girón Pérez E. Conocimientos sobre planificación familiar en mujeres dispensarizadas por riesgo reproductivo preconcepcional. Revista Cubana de Obstetricia y Ginecología. 2020;46(3):e540
- 5 .Pérez-Rodríguez L, Utrera-Díaz G, Toledo-Yanes P. Factores de riesgo reproductivo preconcepcional en mujeresdel consultorio 12 del Área II. Cienfuegos, 2018. Medisur [revista en Internet]. 2021 [citado 2023 Jun 23]; 19(4):[aprox. 7 p.]. Disponible en:
<https://medisur.sld.cu/index.php/medisur/article/view/4957>
6. Rodríguez Duran VN. Planificación familiar en varones a través de la percepción de obstetras del primer nivel de atención [Tesis en Internet] 2018 [citado 14/10/2022]. Lima: Universidad Nacional Mayor de San Marcos .

Disponible en:

http://cybertesis.unmsm.edu.pe/bitstream/handle/cybertesis/8433/Rodriguez_dv.pdf?sequence=1&isAllowed=y

7. Dairon César Miranda Hardi y Eilen Cañete Téllez . “Estrategia de intervención al riesgo preconcepcional reproductivo del CMF Ciruelito. Jobabo, Las Tunas”, Revista Caribeña de Ciencias Sociales [Internet]. 2020 [citado 27 May 2023];1. Disponible en: <https://www.eumed.net/rev/caribe/2020/03/riesgo-preconcepcional-reproductivo.htm>
<http://hdl.handle.net/20.500.11763/caribe2003riesgo-preconcepcional-reproductivo>
8. Salazar Matos I O. Intervención Educativa sobre riesgo reproductivo preconcepcional en mujeres de edad fértil .II Jornada Científica de residentes Profesionales de Salud. [Internet]. mayo 2023 [citado 27 May 2023];1. CENCOMED(Actas del Congreso).Disponible en: <https://www.apscfg.sld.cu>
- 9 . Rodríguez Vega L . Intervención educativa sobre planificación familiar en mujeres con riesgo preconcepcional perteneciente al consultorio 27[Internet]. 2021[[citado 20 Ene 2023]Universidad de Ciencia Medicas de Holguín . Disponible en: <https://www.tesis.hlg.sld.cu>
- 10 . Tejeda Dilou Y, Macías González Y. Riesgo preconcepcional genético como herramienta de prevención en la Atención Materno Infantil. Rev Cubana Med Gen Integr [Internet]. diciembre de 2019 [citado 20 Ene 2023]; 35 (4): 1-12. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S086421252019000400004&lng=es&nrm=iso&tlng=pt
11. Díaz Molleda Maritza, Puentes Rizo Elisa, González Cárdenas Lilia T.

Caracterización de la población femenina con riesgo preconcepcional del municipio Arroyo Naranjo. Rev Cubana Med Gen Integr [Internet]. 2021 Jun [citado 2023 Jun 23]; 37(2): e871. Disponible en: http://scieloprueba.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-21252021000200014&lng=es. Epub 01-Jun-2021

- 12 . Quintero, P. Caracterización del riesgo reproductivo preconcepcional en las mujeres en edad fértil. Revista Archivo Médico de Camaguey, . [Internet]. 2021. [citado sept 2023]. ;25(3):377-390.Disponible en: <http://www.revistaamc.sld.cu/index.php/amc/article/view/7795/4085>
- 13 . Rondón Carrasco J, Morales Vázquez CL, Fajardo Rodríguez M, Rondón Carrasco RY, Rondón Aldana R. Educar para mejor control del riesgo reproductivo preconcepcional. CIBAMANZ 2021.[Internet]. 2021. [citado sept 2023]. Disponible en: <http://www.enfermeria2019.sld.cu/index>
- 14 . Álvarez García YR, Moreno Muñoz B, Rodríguez Aldana AM. Factores biopsicosociales asociados al riesgo preconcepcional CMF No 9. Campechuela. Multimed [Internet]. 2019 Dic [citado 2023 Feb 27]; 23 (6): 1349-1367. Disponible en: https://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1028-48182019000601349&lng=es
- 15 . Caracterización de la población femenina con riesgo preconcepcional del municipio Arroyo Naranjo. Rev Cubana Med Gen Integr [Internet]. 2021 Jun [citado 2023 Sep 21]; 37(2): e871. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-21252021000200014&lng=es

-
- 16 .Alcolea Walde M , Mojena Fernández O: “Intervención educativa para elevar el nivel de conocimiento en mujeres con riesgo preconcepcional en CMF no. 25 Las Pelonas”, Revista Caribeña de Ciencias Sociales [Internet]. marzo 2020 [citado 18 de enero 2023];2254-7630. Disponible en: <https://www.eumed.net/rev/caribe/2020/03/intervencion-educativa-conocimiento.html>
<http://hdl.handle.net/20.500.11763/caribe2003intervencion-educativa-conocimiento>
- 17 . Chiquillán Cabrera D M. Factores asociados al conocimiento de la atención preconcepcional en gestantes atendidas en el Hospital Nacional Sergio E. Bernales. [Internet]. 2022. [citado 18 de enero 2023].Universidad Nacional Mayor de San Marcos. Lima-Perú. Disponible en: <https://www.cybertesis.unmsmedu.pen>
- 18 . Capitán Jurado M et al. Atención preconcepcional. La consulta preconcepcional en atención primaria . Medifam [Internet]. 2021. [citado 18 de enero 2023]; 11(4). Disponible en : <https://www.Ascielo.isc000.es>
19. Zetina-Hernández E, Gerónimo-Carrillo R,Herrera-Castillo Y, de los Santos-Córdoba L,Mirón-Hernández G. Factores de riesgo reproductivo preconcepcional en mujeres en edad fértil de una comunidad de Tabasco. Rev. Salud Quintana Roo . [Internet]. 2018 [citado 18 de enero 2023]; 2021;11(4). Disponible en: <https://www.mediagraphic.com>
- 20 . Quintero Paredes PP. Caracterización de riesgo reproductivo [Internet]. 2021 [citado 20 Ene 2023]; 25(3). Disponible en: <http://www.revitaamc.sld.cu>
- 21 . Ponce Fernández A. Intervención educativa para mejorar el conocimiento

sobre riesgo preconcepcional. Horquita . Abreus. 2019-2021. Policlínico: “Tomás Romay Chacón”, Cienfuegos, 2021.

22 . Moreira Díaz LR, Palenenzuela Ramos Y, Gamboa Díaz Y, Díaz González L, Valdés González G. Caracterización de mujeres con riesgo preconcepcional en un consultorio médico. Rev Galeno.Universidad Médica Pinareña [Internet]. 1 de mayo de 2020 [citado 20 de julio de 2023]; 16 (2): 1-8. Disponible en: <http://www.revgaleno.sld.cu>

23 .Aparicio Meneses L M , Aparicio Meneses L M, Hernández Méndez O, Igarza Varona R. Impacto de una estrategia de intervención educativa en pacientes con riesgo preconcepcional. Apuntia Bravo [Internet]. 2022[citado 20 de julio de 2023];14(3) .Disponible en: <https://www.opuntiabrava.ult.edu.cu>

24. Pérez Marín D . Riesgo reproductivo preconcepcional en mujeres en edad Fértil. Las Caobas, 2020-2021. [Tesis de Especialidad en Internet]. 2022[citado 20 de julio de 2023].Universidad de Granma. Disponible en: <https://www.mefagram.sld.cu>

25 . Nápoles Méndez D. Principales resultados en el Programa de Atención MaternoInfantil durante el 2017 y nuevas estrategias en Cuba para el 2018. MEDISAN [Internet]. feb. 2018 [citado 18 Ene 2023]; 22 (2): [aprox. 3 p.]. Disponible en: <http://medisan.sld.cu/index.php/san/article/view/1950/html>

26 .Carrillo Alonso T M. Influencia del riesgo preconcepcional . Mediento [Internet]. 2021 [citado 18 Ene 2023]; 25 (1):105-112.Disponible en: <http://www.scielo.sld.cu/scielo>

-
- 27 . MINSAP. Anuario estadístico Provincial 2019. [Internet]. 2020 [citado 18 Ene 2023] .Reporte de los principales indicadores del PAMI. Departamento de Estadística de la Dirección Provincial de Salud. Cienfuegos Cuba. Disponible en : <http://www.cfg.sld.cu>
- 28 .Informe estadístico de la Dirección Municipal de Salud. 2020. Cumanayagua. Cienfuegos. Cuba,2021
29. Mendoza-Tascón LA, Claros-Benítez DI, Peñaranda-Ospina CB. Actividad sexual temprana y embarazo en la adolescencia: estado del arte. Rev chil Obstet Ginecol [Internet]. 2016 Jun [citado 2022 Dic 08]; 81(3): 243-253. Disponible en: https://www.scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-75262016000300012&
- 30.Telpez García IM, Acevedo Vega MA, Falcón Segura B. Caracterización de mujeres del municipio Manatí con riesgo reproductivo preconcepcional. Rev Electr Zoilo Marinello [Internet]. 2018 [citado 2022 Dic 04]; 43(1). Disponible en: <http://revzoilomarinello.sld.cu/index.php/zmv/article/view/1242>
- ³¹ OPS/OMS. Salud y derecho sexuales en el curso de vida. Salud sexual y reproductiva. [Internet]. 2022[citado 2022 Dic 04]. Disponible en :<http://www.paho.org>
- 32 .Quispe-Apolinario Rocio, Limo-Alvarez Manola, Runzer-Colmenares Fernando M. Association between contraceptive use and intimate partner violence against peruvian women in reproductive age. An. Fac. med. [Internet]. 2020 Mar [citado 2023 ener 01]; 81(1): 40-46. Disponible en:

http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S102555832020000100040&lng=es. <http://dx.doi.org/10.15381/anales.v81i1.16667>..

33 . Zena Bravo C M. Identificación de riesgo obstétrico en tiempo de covid-19

en un área comunitaria de salud. Ecuador. Rev Información Científica

[Internet]. 2022[citado 2023 ener 01] ; 101(3). Disponible en:

<http://www.revcientifica.sld.cu>

34. García Hermida María Isabel, Lucero Arcos Geovanna Paola. Riesgo

preconcepcional y embarazo en la adolescencia desde un enfoque

epidemiológico y preventivo. Rev Eug Esp [Internet]. 2019 Jun [citado

2023 Nov 06] ; 13(1): 88-102. Disponible en:

http://scielo.senescyt.gob.ec/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2661-67422019000100088&lng=es. <https://doi.org/10.37135/ee.004.06.07>.

35 Cabeza Cruz E. Riesgo Preconcepcional. Metodología y control en Procederes

de Obstetricia y Ginecología para médicos de la familia. La Habana: Editorial

Ciencias Médicas; 2014 .p. 5-7.

36 . Gárce García AE, Casado Méndez PR, Santos Fonseca RS, Gonzáles

Lastres T, García Díaz Y. Caracterización de la conducta sexual y

reproductiva en adolescentes femeninas de 12 a 15 años. Rev Méd Electrón

[Internet]. 2019 Mar- Abr [citado 4 Ene 2023]; 41 (2). Disponible en:

<http://www.revmedicaelectronica.sld.cu/index.php/rme/article/view/2884/4230>

37 .Álvarez Gavilán Y, Roblejo Balbuena H, Lantigua Cruz A, Rojas Betancourt IA,

Toro Gutierrez E. Conocimientos en Médicos Generales Integrales, sobre el

control del riesgo genético preconcepcional para prevenir defectos

congénitos. En: genetica2019 [Internet]. 2019 [citado 20 Ene 2023].

Disponible

en:

<http://genetica2019.sld.cu/index.php/genetica/2019/paper/view/56>

38 . Mascort J Actualización del programa de actividades preventivas y de

promoción de salud PAPPS 2022 Atención Primaria de Salud. Rev Elsevier [Internet]. 2022[citado 20 Ene 2023].; 54(1).Disponible en:

<http://www.pappa.es>

39 . Rivero Torres J et al. Factores de riesgo reproductivo preconcepcional en

mujeres de edad fértil del área Este de Guantánamo ,2020. Gaceta Médica Estudiantil [Internet]. 2020[citado 20 Ene 2023]; 1(2): 104-112.

Disponible en : <http://www.esquisa.bcvsalud.org>

40 Maganha e Melo,et al. Uso de métodos anticonceptivos e intencionalidad de

embarazo entre las mujeres usuarias del Sistema Público de Salud Brasileño. Rev. Latino-Am. Enfermagem [Internet]. 2020 [citado 2/02/2023]; 28():[aprox. p.]. Disponible en: <https://doi.org/10.1590/1518-8345.3451.3328>

41 .Lenarte da Silva J, Fernandes Costa MJ, de Oliveira Távora RC, Nogueira

Valença C. Planificación para familias homoafectivas: relectura de la salud pública brasileña. Rev. Bioét. [Internet]. 2019 Jun [citado 17/8,2023];27(2):276-80. Disponible en:

http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1983-80422019000200276&lng=en. Epub Jul 01, 2019.

<https://dx.doi.org/10.1590/198380422019272310>

42 .Chilipio-Chiclla MA, Santillán Árias JP. Embarazo no planificado como factor

de riesgo para inicio tardío y abandono de la atención prenatal. Revista Internacional de Salud Materno Fetal [Internet]. 2019 [citado 16/8/2023];4(1):3-9. Disponible en:

<http://ojs.revistamaternofetal.com/index.php/RISMF/article/view/85/92>

43 . OMS. Anticoncepción de urgencia [Internet]. 9 de noviembre de 2023 [citado 16/8/2023];4(1):3-9. Disponible en: <https://www.who.int>

44 .Jiménez Rodríguez L et al. Nivel de conocimiento sobre responsabilidad sexual y anticoncepción en las adolescentes de una secundaria básica Rev la Columna Medica[Internet]. 2023[citado 16/8/2023]; 2(2).Disponible en : <https://www.revcolumnamedica.sld.cu>

45 .Valverde-Espinoza, et al. Método anticonceptivo de elección en el postaborto. Ginecología y Obstetricia de Mexico [Internet]. 2019 [citado 12/3/2023]; 87(12):[aprox. p.]. Disponible en: <https://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&profile=ehost&scope=site&authtype=crawler&jrnl=03009041&AN=139594598&h=doq1KzWyzQtIKbbJR%2F%2FIH1CucABlwtYgi m6Rbg9V5JBb34fAaAOU7APUMt6vIATP72UtlGhrvp3KmlM8XOH8Ng%3D%3D&crl=c>

46 . Valdés Banco M de . Anticoncepcion con solo progestina [Internet]. 21 marzo 2023[citado 2023 sep 01] ; 35(4) : e897. Disponible en: <https://www.medigraphic.com>

47 . Mejía Ituyán Luz Dary, Trujillo Martínez Javier David, Hernández Forero Paola, Aguilar Rodríguez Linda Katherine, Cárdenas Romero Jennifer. Conocimiento y uso de métodos anticonceptivos de gestantes adolescentes y sus parejas. Rev Cubana Med Gen Integr [Internet]. 2019 Dic [citado

2023 sept 01] ; 35(4): e897. Disponible en:
[https://scielo.sld.cu/scielo](https://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S086421252019000400005&lng=es)php?script=sci_arttext&pid=S086421252019000400005&lng=es. Epub 05-Abr-2019.

48 . Salgado S , Azaña Gutiérrez S. Métodos anticonceptivos

inyectables.[Internet]. 2022 Dic [citado 2023 sept 01]. Reproducción

Asistida. Disponible en: <https://www.reproduccionasistida.or>

49 .Centro Médico Mujer . [Implante Anticonceptivo. Ventajas y desventajas.](#)

. [Internet]. 2021octubre [citado 2023 sept 01].Disponible en :

www.centromedicomujer.mx > blog

50.Métodos anticonceptivos hormonales.[Internet]. 2021octubre [citado 2023

sept 01].Disponible en : www.centromedicomujer.mx > blog

51 . Monterrubio García C. Actualidad en dispositivos intrauterinos. Panorama

Actual Med. [Internet]. 20202021octubre [citado 2023 sept 01]; 44(437):

1.168-1.172. Disponible en:

https://www.google.com/url?esrc=s&q=&rct=j&sa=U&url=https://gruposdetrabajo.sefh.es/gps/images/stories/publicaciones/PAM4_2020_437_1168-1173_-_Actualidad-dispositivos-intrauterinos.pdf&ved=2ahUKEwjDqoO0qbKCAxUuVTABHbrlDPo4ChAWegQIABAC&usq=AOvVaw3PVGI6OE_hEFum1UJfRKyq

52. Merck. Anticonceptivos de barrera. Manual Merck .[Internet].may. 2023 [citado

2023 sept 01]. Por The Manual's Editorial Staff .Revisado/Modificado .Disponible en : <https://www.merckmanuals.com/es-pr/hogar/breve-informaci%C3%B3n-salud-femenina/planificaci%C3%B3n-familiar/anticonceptivos-de-barrera>

53.Hernández V. Preservativo y cordón masculino. [Internet].18 nov 2022[citado

2023 sept 01] .Disponible en : <https://areafertilidad.com/salud-reproductiva/metodos-anticonceptivos/metodos-anticonceptivos-de-barrera/preservativo-o-condon-masculino/>

54.Quebradas-Jiménez S, Rodríguez-Torres E. Análisis en el uso del condón

femenino en estudiantes de una universidad privada de Cali-Colombia. Rev MedUNAB . [Internet].20 de agosto de 2021[citado 2023 sept 01];24(2).

Disponible en :

<https://www.revistas.unab.edu.co/index.php/medunab/article/view/3930/>

55.Jacobson J D. Método anticonceptivos de barreras. Serie diafragma.

MedlinesPlus [Internet].octubre 2020[citado 2023 sept 01].Disponible en

<https://www.medinedlus.gov>

56. Coronado Quipe J et al. Percepción de las madres respecto al uso de los métodos anticonceptivos en comunidades anexas en región de la selva 2018.[Internet].2021[citado 2023 sept 01]. Rev Cuerpo Med HNAAA[citado 2023 sept 01];14(1):18-22 Disponible en: <https://www.scielo.php.org.pe>

57 . Instituto de Ginecología y Obstetricia. Dispositivos intrauterino. Gynenova

.[Internet].2023[citado 2023 sept 01]. Disponible en:

<https://www.gynenova.com>

58. Muñoz Estrada G et al Características de las mujeres usuarias del método

anticonceptivo de esterilización femenina Rev Cubana de Medic Militar
.[Internet].2023[citado 2023 sept 01]; 52(1). Disponible en:
<https://revmedmilitar.sld.cu>

59 .MindrayHealthcare Within reach Mastectomía: ventajas y riesgos.

.[Internet].20 agosto 2021. [citado 2023 sept 01]. Promedio. Disponible en :
<https://promedco.com>

60 Healrhy Children.org. Control de la natalidad y lactancia maternal.[Internet].

traducido al español actualizacion del 18 se agosto de 2022[citado 2023
sept 01]. New Mothers Guide to Breasfeeding.3raed. Disponible en:
<https://reathychildren.org>

61. Fondo Europeo de desarrollo regional. Métodos naturales o de abstinencia

periódica.Interrg.Salud. [citado 2023 sept 01].4 jun 2020[citado 2023 sept
01]. Disponible en: <https://www.extremadura.ses.es>

62 .Peña García, et al. Patrones de comunicación dominantes en el conocimiento

y empleo de los métodos anticonceptivos en adolescentes. Revista de
Investigación en Tecnologías de la Información: RITI [Internet]. 2018 [citado
12/02/2021]; 6(12):[aprox. p.]. Disponible en:
<https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=7107396>

63.Villalobos A. Prevalencias y factores asociados con el uso de métodos

anticonceptivos modernos en adolescentes, 2012 y 2018. Salud Pública de México Intervención educativa en mujeres con riesgo preconcepcional. Consultorio 9. Cruces. 2021. [Internet]. 2020 [citado 14/02/2021]; 62(6):[aprox. p.]. Disponible en: <https://saludpublica.mx/index.php/spm/article/view/11519>

64 Promoción. Wikipedia , la enciclopedia libre [Internet].2022 [Cited 2023 marzo 28]. Disponible en: <https://es.m.wiktionary.org>

65 . OMS, Estrategia y plan de acción sobre la promoción de la salud en el contexto de los objetivos de desarrollo sostenible 219-2030. Carta de Ottawa. [Internet].2019 [Cited 2023 marzo 28]. **Disponible en :** <https://paho.org>

66 Programas educativos /Normal de San Felipe del Progreso. [Internet].2022 [Cited 2023 marzo 28]. **Disponible en :** <https://normalsfelipedelprogreso.edomex.gob.mx>

67 . Educación para la salud-INR. [Internet]23 dic 2022 [Cited 2023 marzo 28]. Disponible en: : <https://www.inr.gob.mx>

68 . EDECA. Intervención educativa: Que es , tipos y como aplicarla en el aula. Centro de estudio de postgrado en psicología y educación. [Internet]. 2022. [Cited 2023 marzo 28].Disponible en : <https://www.edecaformacion.com>

69 . Guerrero. Técnicas participativas para la planeación. Manual e técnicas

participativas-I.I.R.S.A. [Internet].2022 [Cited 2023 marzo 28]. Disponible en ;<https://www.lirsa.org>

70 . Cano Ramírez A. Tema 5 .Elementos para una definición de evaluación.

[Internet].2005 [Cited 2023 marzo 28].Disponible en <https://www2.ulpgc.es>

71 Pupo Góngora Y . Intervención educativa sobre el riesgo preconcepcional en

mujeres entre 15-49 años. Consultorio 1. San Andrés . [Internet]. 2021[citado 2023 Mar 06].Facultad de Ciencias Medicas Mariana Grajales Coello.Policlinoco Sanandres .Holguin. Disponible en: <https://www.tesis.hlg.sld.cu>

72. Aparicio Meneses LM, Hernández Méndez O, Igarza Varona R. Impacto de

una estrategia de intervención educativa en pacientes con riesgo preconcepcional. Opuntia Brava [Internet] 24 julio 2022. [citado 21 Sept 2023]; 14(3): 170-83. Disponible en: <https://opuntiabrava.ult.edu.cu/index.php/opuntiabravaarticle/view/1628>

73.Cuba. Ministerio de Salud Pública. Protocolo de atención al Riesgo

Reproductivo y preconcepcional. La Habana: ECIMED, 2020.

74. Lugones Botell M, Quintana Riverón T. Análisis del riesgo Preconcepcional en

un grupo básico de trabajo. Rev. Cubana Med Gen Integr [Internet].2013[citado 2023 Ene 04]; 11(2): 112. Disponible en: <https://scielo.sld.cu/scielo.php?scrip=sciarttext&pid=SO864-21252005000200002&Ing=es&nrm=iso&ting=es>

75. Arrechea García G. Programa educativo. Factores de riesgo reproductivo preconcepcional. Tesis presentada en opción al título académico de máster en Atención integral a la mujer. Cienfuegos. 2012.

76 .Prendes Labrada Marianela de la C, Guibert Reyes Wilfredo, González Gómez Isabel, Serrano Borges Elsa. Riesgo preconcepcional en la consulta de planificación familiar. Rev Cubana Med Gen Integr [Internet]. 2001 Ago [citado 2023 may 03] ; 17(4): 360-366. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S086421252001000400009&lng=es

77. Quevedo Freitas Gilberto, Vázquez Ortiz Marta Eugenia, Zulueta Yate Morayma, Fernández Charón Eddy, Ruz Domínguez Josefa Eugenia. Comportamiento del riesgo preconcepcional en el consultorio médico El Turagual de Venezuela. Rev Cubana Med Gen Integr [Internet]. 2012 Jun [citado 2022 mayt 03]; 28(2): 104-111. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S086421252012000200012&lng=es.

78 . González, A. P. El riesgo preconcepcional y su vínculo con la salud materna. Rev Cubana Medicina general Integral. [Internet]. 2016 [citado 2023 may 03]; 32(3), 123-135. Recuperado de: <http://www.revmgi.sld.cu/index.php/mgi/article/view/115>

79 . Figueredo Fonseca M, Fernández Núñezm D, Hidalgo Rodríguez M, Rodríguez

Reyna R, Álvarez Paneque T. Factores de riesgo asociados al riesgo reproductivo preconcepcional. Niquero. Granma . Multimed. [Internet] 2019 [citado 21 Sept 2023]; 2019; 23(5) Disponible en: <https://www.revistamultimedia.sld.cu>

80 .Pelegrín García N , Infante Rodríguez O , Ramírez Rodríguez A M , Pérez

Martín M M. Intervención educativa sobre salud sexual y reproductiva en mujeres con riesgo reproductivo preconcepcional. Rev Univers. Med Pinareña. [Internet]. 2014 [citado 2023 marzo 18]; 10(1):109-131. Disponible en: <https://www.revistamedicapinareña.sld.cu>

81 . González, A. P. El riesgo preconcepcional y su vínculo con la salud materna.

Rev Cubana Medicina general Integral. [Internet]. 2016[citado 2023 may 03]; 32(3), 123-135. Recuperado de: <http://www.revmgi.sld.cu/index.php/mgi/article/view/115>

82 .Fekene DB, Woldeyes BS, Erena MM, Demisse GA. Knowledge, uptake of

preconception care and associated factors among reproductive age group women in West Shewa zone, Ethiopia, 2018. BMC Women's Health. 2020;20(1):30.

83 .Heras Pérez B, Gobernado Tejedor J, Mora Cepeda P, Almaraz Gómez A. La

edad materna como factor de riesgo obstétrico. Resultados perinatales en gestantes de edad avanzada. Prog Obstet Ginecol. 2011; 54(11):575-80. 47.

84 . Aman Villagas E. Mujeres con riesgo preconcepcional atendidas en el Hospital

IESS AMBATO". [Tesis].Facultad de Ciencias Medicas. Ambato- Ecuador ;2015 .

85 Álvarez C, Grande ML, Linares M, Cecilia A. Análisis del embarazo

adolescente: miradas cualitativas a casos de Bucaramanga y Jaén. Matronas Prof. [revista en internet]. 2018 [citado 18 de enero 2023]; 18: 51-9. Disponible en: <https://www.federacmatronas.org/wp-content/uploads/2018/01/original-embarazo-adolescente.pdf>

86 . Triviño Ibarra CP, Acosta Castro FE, Veintimilla Cedeño JB. Embarazo

precoz: riesgos, consecuencias y prevención. Dominio de las Ciencias [serie en Internet], 2019 [citado 13 mayo 2023];5(2):554-71. Disponible en: <https://www.dominiodelasciencias.com/ojs/index.php/es/article/view/1107/>

87 . Álvarez Cortés JT, Blanco Álvarez A, Torres Alvarado M, Guilarte Selva OT,

Asprón Fernández A. Programa educativo sobre el embarazo no deseado dirigido a las adolescentes. Correo Científico Médico [Internet]. 2018 [citado 20 Ene 2023];22(4):559-570. Disponible en: <http://scielo.sld.cu/pdf/ccm/v22n4/ccm03418.pdf>

88. Blanco Pereira M. Educación preconcepcional del adolescente. Curso

Postcongreso Universidad , 2012.

89 . Varona de la Peña Florinda. Pesquisa de riesgo preconcepcional y prenatal.

Rev cubana de Obstetricia y Ginecología [Internet]. 2014 [citado 13 jun 2023]; 36 (4), 20- 26. Disponible en: <http://www.revGINECOBstetricia.sld.cu>

90 . Mariño Membribes ER, Ávalos González MM. Impacto del embarazo en la

adolescencia en un grupo básico de trabajo en la atención primaria de salud. Rev cubana Obstetr Ginecol [Internet]. 2020 [citado 13 jun 2023];46(4): [aprox. 15 p.]. Disponible en: <http://www.revginecobstetricia.sld.cu/index.php/gin/article/view/504/638>

91 Peñate AI, Semanat R, Del Risco O. Dinámicas de adolescentes y jóvenes cubanos en los ámbitos de familia y pareja [informe de investigación]. La Habana: Centro de Estudios sobre la Juventud, 2016.

92 del Risco Sánchez O, Guerrero Borrego N. Sistema de talleres sobre sexualidad responsable para facilitar la comunicación entre adolescentes y sus figuras parentales .Revista Sexología y Sociedad. [Internet]. 2020 [citado 13 jun 2023]; 26(1) 35-54 Disponible en: <http://www.revsexologiasociedad.sld.cu>

93 Cabrera AC, García Núñez RD, San Juan Bosch MA. Relación entre condiciones sociodemográficas y conocimiento sobre riesgo preconcepcional en mujeres en edad fértil. Medisur [Internet]. 2017 [citado 20 Ene 2023];15(6):807-818. Disponible en: <http://scielo.sld.cu/pdf/ms/v15n6/ms09615.pdf>

94. Pascual López V, Toirac Lamarque A. Patrón de riesgo en la gestante adolescente primípara: un problema latente. Medisan [Internet]. 2011 [citado 25 jun 2023]; 15(12). Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S102930192011001200006&script=sci_art_text

-
- 95 .López J I, Lugones Botell M, Valdespino Pineda LM, Virella Blanco J, Algunos factores maternos relacionados con el bajo peso al nacer. Rev Cubana obstetginecol [en línea]. 2004 [7 mayo de 2023]; 30(1).http://www.bvs.sld.cu/revistas/gin/vol30_1_04/gin01104.htm#cargo
- 96 Duarte Cejas E et al .Estrategia educativa para incrementar el nivel de conocimientos de métodos anticonceptivos en adolescentes. South Florida Journal of Developmet [Internet]. 2022 [citado 25 jun 2023];3(2). Disponible en : <http://www.ojs.southfloridapublishing.com>
- 97 Mejía Ituyán L D et al. Conocimiento y uso de métodos anticonceptivos de gestantes adolescentes y sus parejas. Revista Cubana de Medicina General Integral [Internet]. 2019[citado 25 jun 2023];;35(4):e897. Disponible en: <http://www.revmedicinageneralintegral.sld.cu>
98. Fernández I. Conocimiento y uso de los métodos anticonceptivos en adolescentes de centros educativos del distrito de San Juan de Lurigancho. Rev. Cient. Ágora. 2015 [acceso: 13/17/2023];2(1):79-88. Disponible en: <http://www.revistaagora.com/index.php/cieUMA/article/viewFile/21/2>
- 99 . Vieira de Lima IC, Da Conceição dos Santos Oliveira Cunha M, Holanda da Cunha G, Gimenez Galvão MT. Aspectos reproductivos y conocimiento sobre planificación familiar de mujeres con Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida. Rev. esc. enferm. USP [Internet]. 2017 [citado 08/7/2023];51:e03224. Disponible en: http://www.scielo.br/scielo.phpscript=sci_arttext&pid=S008062342017000100

422&lng= enEpub May 25, 2017. <https://dx.doi.org/10.1590/s1980-220x2016039403224>

- 100 . Zapata Naula JF. Conocimientos, actitudes y prácticas sobre planificación familiar en mujeres en edad fértil que acuden a la unidad anidada del Hospital Aida de León Rodríguez Lara de Girón, enero-junio 2017 [Tesis]. Cuenca, Ecuador: Universidad Católica de Cuenca; 2017 [citado 16/5/2023]. Disponible en: <http://dspace.ucacue.edu.ec/bitstream/reducacue/7552/1/9BT2017-MTI80.pdf>
- 101 . Pupo, P., Díaz, G. y Rodríguez, C. Intervención educativa para elevar el nivel de conocimiento sobre la Covid-19 en gestantes de los hogares maternos del municipio Las Tunas. Opuntia Brava [Internet]. 2021 [citado 08/7/2023]; 13(3), 23-35. Recuperado de <https://opuntiabrava.ult.edu.cu/index.php/opuntiabrava/article/view/1396>
- 102 . Educación para la salud-INR. [Internet]23 dic 2022 [Cited 2023 marzo 28]. Disponible en : <https://www.inr.gob.mx>
- 103 Alavi y Leidner. El conocimiento. Una aproximación a su definición. 2003, libre [Internet].2022 [Cited 2023 marzo 28]. Disponible en <https://www.revistaespacios.com>
- 104 Aparicio Meneses L M ,Hernández Méndez O,Igarza Varona R . Impacto de

una estrategia de intervención educativa en pacientes con riesgo preconcepcional . Rev Opantia Brava. [Internet].2022[Cited 2023 marzo 28].;14(3) Disponible en: <http://www.revistaopantiabrava.com>

105 Tejeda Dilou Y , Y Macías González Y. Riesgo preconcepcional genético

Como herramienta de prevención en la Atención Materno Infantil. Revista Cubana de Medicina General Integral [Internet]. 2019[Cited 2023 marzo 28].;35(4):e851. Disponible en: <http://www.revistamedicinageneralintegral.sld.cu>

106 .Ramírez Romero B. Intervención educativa acerca del riesgo preconcepcional

en la adolescencia en el consultorio 23 del Policlínico Manuel Díaz Legrá. Holguín Septiembre 2017- marzo 2018. . UNIVERSIDAD DE CIENCIAS MÉDICAS HOLGUÍN, 2018

107 Bortolus R, Oprandi NC, Rech Morassutti F, Marchetto L, Filippini F, Agricola E,

et al. Why women do not ask for information on preconception health? A qualitative study. BMC Pregnancy Childbirth [Internet]. 5 de enero de 2017 [citado 22 de enero de 2023];17. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5217233>

108 Pozo Madera E, Amaro Labrador J, Camejo Labrado J, Cordero González A.

Efectividad de intervención educativa en el nivel de conocimientos de mujeres sobre riesgo reproductivo preconcepcional. XVIII Congreso de la Sociedad Cubana de Enfermería. [Internet]. 2019 [citado 17/10/2023]. Disponible en: <http://enfermeria2019.sld.cu/index.php/enfermeria/2019/paper/view/689/306>

Anexo # I: CONSENTIMIENTO INFORMADO.

Yo _____ estoy dispuesta (o) participar en la investigación titulada: Intervención educativa en mujeres con riesgo reproductivo preconcepcional. Consultorio médico de la Familia número 16. Cumanayagua 2021-2023.

Una vez que se me han explicado los objetivos de la misma y los beneficios que me portará, además, todos los datos que ofrezca se mantendrán en el anonimato tendré la posibilidad de retirarme de la investigación si lo considero necesario.

Por tal motivo firmo la presente, como constancia de mi aceptación.

Firma: _____

Anexo # II: CONSENTIMIENTO INFORMADO DEL TUTOR.

Yo Dctra: Dayami Rodríguez Soto. Especialista 1er Grado Medicina General Integral. Facilitadora en Gineco-Obstetricia. Profesor Asistente estoy dispuesta a participar en la investigación titulada: Intervención educativa en mujeres con riesgo reproductivo preconcepcional. Consultorio Médico Familia número 16. Cumanayagua 2021-2023.

Una vez que se me han explicado los objetivos de la misma y los beneficios que aportará los resultados del estudio, en la toma decisiones del grupo básico de trabajo.

Por tal motivo firmo la presente, como constancia de mi aceptación.

Firma: _____.

Anexo III: DICTAMEN DEL COMITÉ ÉTICA DE LA INVESTIGACIÓN.

Nombre de la Institución:

Los miembros del CEIC debajo firmantes, nombrado por la Resolución _____, hemos revisado el proyecto de investigación:

_____ del autor
_____ y encontrado que el mismo cumple con:

1. Los elementos esenciales que sustentan el problema científico. S ☐ N ☐ NP ☐
2. Los objetivos claramente enunciados. S ☐ N ☐ NP ☐
3. La sustentabilidad económica, social y ambiental. S ☐ N ☐ NP ☐
4. La descripción de las características del producto, equipo o materiales y métodos. S ☐ N ☐ NP ☐
5. Los anexos, encuestas, cuestionarios y modelos necesarios. S ☐ N ☐ NP ☐
6. El procedimiento para el consentimiento informado. S ☐ N ☐ NP ☐
7. La evaluación del procedimiento de selección de los sujetos. S ☐ N ☐ NP ☐
8. La información sobre el manejo ético de los animales de laboratorio. S ☐ N ☐ NP ☐
9. La información sobre las pruebas farmacológicas. S ☐ N ☐ NP ☐
10. La información sobre la toxicidad preclínica y clínica y reacciones adversas. S ☐ N ☐ NP ☐
11. El correcto diseño experimental y análisis estadístico. S ☐ N ☐ NP ☐
12. Los criterios de diagnóstico, inclusión, exclusión, interrupción del tratamiento y salida. S ☐ N ☐ NP ☐
13. La definición y evaluación objetiva de las variables. S ☐ N ☐ NP ☐
14. La información sobre el balance los beneficios esperados y los riesgos. S ☐ N ☐ NP ☐
15. La información sobre los recursos necesarios. S ☐ N ☐ NP ☐

-
16. La competencia científica de los investigadores. S ☐ N ☐ NP ☐
17. La bibliografía adecuada. S ☐ N ☐ NP ☐
18. Las normas de buena práctica clínica S ☐ N ☐ NP ☐
19. El diseño del proyecto en formato CITMA. S ☐ N ☐ NP ☐
20. La información sobre el cálculo económico. S ☐ N ☐ NP ☐
21. La conducta a seguir ante los eventos adversos u otros daños. S ☐ N ☐ NP ☐

Leyenda: S = Sí, N = No, NP = No procede.

Por lo que se recomienda:

_____ Aprobarlo sin modificaciones

_____ Aprobarlo luego de hacer las modificaciones propuestas por el CEI

_____ Que se reelabore y se vuelva a presentar al CEI

_____ No aprobarlo

Dado en _____, a los ____ días del mes de _____ de 2021.

Nombre del Evaluador	Cargo en el CEI	Firma

Anexo IV: AVAL DEL DIRECTOR DEL POLICÍNICO ARACELIO RODRÍGUEZ CASTELLÓN.

UNIDAD EJECUTORA PRINCIPAL:

El que suscribe: _____,
Hago constar que estoy de acuerdo que nuestra institución participe en condición de institución ejecutora en el proyecto de investigación titulado: "Intervención educativa en mujeres con riesgo reproductivo preconcepcional. CMF número 16. Cumanayagua 2021-2023".

De la autora: Doctora Arasay Rodríguez González. Residente de 3er año de la Especialidad de Medicina General Integral.

Se trata de una investigación cuyos objetivos responden al Banco de problemas del centro, y principales problemas de salud del territorio, que tiene como propósito obtener resultados científicos, económicos y/o sociales:

Científicos:

_____.

Social:

_____.

Económico:

_____.

Y para que así conste firmo el presente documento conjuntamente con el jefe del proyecto a los ____ días del mes de _____ del 2021.

Director de la Entidad Ejecutora

Jefe del Proyecto

Anexo V: CUESTIONARIO DE LA ENCUESTA.

Estimada paciente: usted está participando en una investigación médica, se le realizará esta encuesta con el objetivo de conocer aspectos relacionados con el riesgo preconcepcional. Este cuestionario es anónimo y totalmente voluntario. Si tiene alguna duda acerca de cualquier terminología médica usada en el mismo puede preguntarle al médico o a la enfermera que se encuentre con usted. Responda según corresponda.

1. Edad de la paciente:

☐ 15-19 años

☐ 20-24 años

☐ 25-29 años

☐ 30-35 años

☐ 36-49 años

2. ¿Conoce usted cuál es la edad idónea para la gestación? .Marque con una (x) la que considere correcta.

a) ☐ 15-19 años

b) ☐ 20-24 años

c) ☐ 25-29 años

d) ☐ 30-35 años

e) ☐ 36-49 años

3. ¿Conoce usted que es el riesgo reproductivo preconcepcional?

a) ☐ Sí

b) ☐ No

c) Mencione 3 factores que constituyen un riesgo reproductivo preconcepcional:

_____,'

_____,'

_____ .

4. ¿Qué antecedentes obstétricos constituyen un riesgo para el embarazo? Marque con una (x) la que considere correcta.

a) ☐ Período intergenésico corto.

b) ☐ Multiparidad.

c) ☐ Abortos espontáneos.

d) ☐ Cesáreas anteriores.

e) ☐ Nuliparidad.

f) ☐ Abortos provocados.

g) ☐ Recién nacido Bajo peso.

h) ☐ Inflamación pélvica recurrente.

i) ☐ Segundagesta.

5. ¿Conoce las enfermedades crónicas que constituyen un factor de riesgo para el embarazo? Marque con una (x) la que considere correcta.

a) ☐ Hipertensión Arterial

b) ☐ Diabetes Mellitus

c) ☐ Cardiopatía Isquémica

d) ☐ Anemia

e) ☐ Desnutrición

f) ☐ Trastornos psiquiátricos

g) ☐ Obesidad

6. ¿Conoce usted los hábitos tóxicos que constituyen un riesgo para la gestación?
Marque con una (x) la que considere correcta.

a) ☐ Cigarro

b) ☐ Alcohol

c) ☐ Café

d) ☐ Medicamentos no prescritos

e) ☐ Alcoholismo y drogas de la pareja

7. ¿Conoce usted algún método anticonceptivo? b) Si la respuesta es sí,
especifique con una x:

a) ☐ Si

b) ☐ No

a. 1. ☐ DIU

2. ☐ Abortos provocados

3. ☐ Inyecciones o implantes

4. ☐ Método del ritmo

5. ☐ Condón

6. ☐ Regulación menstrual

7. ☐ Tabletas anticonceptivas

8. ¿Se considera el aborto un método anticonceptivo?

a) ☐ Si

b) ☐ No

9. ¿Qué es la consulta de planificación familiar?

10. ¿Qué servicios te ofrece la consulta de planificación familiar?

Anexo VI.

CLAVE DE CALIFICACIÓN	
PREGUNTAS	RESPUESTA CORRECTOS
2.	b,c
3	a.Si c: tres respuestas correctas
4	a, b, c, d, e. f, g, h. l
5	a, b, c, d, e, f, g.
6	a, b, d, e.
7.	a. b) 1,3,4,5,7
8	b)
9	Si la respuesta es correcta
10	Si enumera de tres o más incisos

CONOCIMIENTO ADECUADA: si responde correctamente 10 32 de los ítems que representa el 70%.

CONOCIMIENTO INADECUADA: si no se cumple lo anterior.

Anexo # VII: Estrategia de intervención educativa en mujeres en edad fértil para favorecer el nivel de conocimientos acerca del riesgo preconcepcional en féminas del CMF# 16. Cumanayagua 2021-2023.

Título: Estrategia de intervención educativa en mujeres en edad fértil para favorecer el nivel de conocimientos acerca del riesgo preconcepcional.

Total de horas: 16

Fundamentación: Se considera mujer con riesgo reproductivo preconcepcional (RRPC), aquella que se encuentre en edad fértil y presente elementos preconcepcionales, condicionantes o desencadenantes de daño a la madre o al producto de la concepción.

Hoy en día un gran número de países subdesarrollados o en vías de desarrollo son incapaces de satisfacer el derecho que cada mujer tiene a que se le oriente y controle adecuadamente, para lograr un embarazo y un producto de la concepción lo más saludable y humano posible.

Los logros en el desempeño de la medicina cubana han logrado erradicar esta problemática en un 90 por ciento; el Médico de la familia requiere de un continuo perfeccionamiento en su función fundamental que es la prevención por lo que cada día en las áreas de salud se diseñan estrategias de intervención a nivel poblacional o individual o de riesgo (diseños de algoritmos, cursos, talleres y programas basados en las técnicas de trabajo en grupo) con el objetivo de elevar los niveles de competencia y desempeño de los profesionales de la salud previstos en el diseño curricular, tanto en su rol asistencial, docente, investigativo, en aras de erradicar estas problemáticas y de elevar el nivel de cultura sanitaria de la población.

El programa de intervención está concebido para ser aplicado en un local habilitado al efecto en el Policlínico Aracelio Rodríguez Castellón, con sesiones educativas con contenido sobre cada aspecto a evaluar en la encuesta, con una duración de 2

horas y una frecuencia semanal, y con la utilización de técnicas participativas de manera que se logre la interacción activa.

Las temáticas a desarrollar que se proponen están sobre la base de los pilares del diagnóstico precoz, con énfasis en lo que debe conocer la mujer sobre el Riesgo reproductivo Preconcepcional.

Objetivo general: Capacitar a las mujeres dispensarizadas con riesgo preconcepcional perteneciente al CMF número 16 del municipio de Cumanayagua.

Temáticas a tratar en el programa de intervención

TEMAS	TÍTULO	TIEMPO
I	Presentación de la intervención educativa.	2 horas
II	Caracterización biopsicosociales de las mujeres en edad fértil.	2 horas
III	Repercusión de los determinantes biológicos en la salud reproductiva de la mujer.	2 horas
IV	Repercusión de la Psiquis en la salud reproductiva en la mujer	2 horas
V	Repercusión de los determinantes medio ambientales en la salud reproductiva de la mujer	2 horas
VI	Diagnóstico y control del riesgo reproductivo preconcepcional.	2 horas
VII	Planificación familiar (Consulta y métodos anticonceptivos)	2 horas

VIII	Conclusiones.	2 horas
------	---------------	---------

Sesión I

Tema: Presentación de la intervención educativa.

Objetivos:

1. Presentación del curso y sus objetivos (brindar un ambiente cálido).
2. Presentación de los participantes utilizando técnicas participativas de presentación y de integración grupal.
3. Diagnóstico inicial (Aplicación del cuestionario, para conocer la magnitud del problema identificado).

Método de enseñanza: Conferencia

Medios: Pancarta, tizas, papel, lápices, video.

Materiales: Caramelos surtidos con 4 envoltorios de diferente color, de esta manera se logrará subdividir en 4 grupos.

Técnica de presentación: "El Caramelo" en la presentación del grupo y el color de la envoltura será la representación del subgrupo.

Desarrollo: Se inicia la sesión con la presentación de la tutora y autora de la investigación y de cada uno de las participantes. Luego se les explica a los participantes en qué consiste dicha intervención, el tiempo de duración, los propósitos y lo que se pretende lograr al finalizar el mismo.

Se aplica la encuesta (Anexo V)

La autora y tutora del estudio se presentan ante el auditorio y explica brevemente la importancia de que los pacientes participen activamente en la investigación, además explico cómo se llevaría a cabo el taller y sus temas principales, le explica que en cada encuentro se aplicaran técnicas participativas, para una mejor comprensión del participante les explica que es una técnica participativa. La investigadora le explican al grupo que van a desarrollar una técnica participativa de

presentación (" El Caramelo") , que consiste en utilizar un caramelo el cual está cubierto por una envoltura de diferentes colores , les explica que mientras se va retirado la envoltura pueden expresar algún deseo, inquietud o dudas , lo que ellas deseen y que guarden la envoltura de su caramelo ya que será utilizada en otro momento de la actividad , una vez dada las explicaciones pertinente la autora con un caramelo en la mano se presenta nuevamente al grupo ,diciendo su nombre y apellido, se dirige al grupo señala a una participante, esta se presenta y así de a una por vez quedo presentado el grupo. Una vez terminada la presentación, la autora explica que el grupo se va a dividir en cuatro subgrupos por lo que deben agruparse según el color de la envoltura de su caramelo. (Esta activada se desarrollo en 45 minutos).

La autora le pide a las participantes que se agrupen, según el color de la envoltura de su caramelo , le entrego a cada participante una tarjeta de cartulina un alfiler y un lápiz , les explica que en este segundo momento de la actividad se aplicara otra técnica participativa nombrada dinámica de nombres completos , donde se les orienta escribir su nombre completo en la tarjeta y después se la pongan en la parte delante de la blusa , de esta manera el grupo se identificara . La autora les explica que está identificación desde este momento es una integrante más del grupo que asistirá a cada encuentro y permanecerá colgada en la parte delantera de la blusa hasta la finalización del evento. Esta activada se desarrollo en 55 minutos).

Una vez presentado el grupo y creado un ambiente cálido y participativo, la autora explica el por qué el título del programa educativo, pregunta al grupo que entiende por riesgo preconcepcional, deja expresar el concepto que tiene las participante y se abre el debate del tema, al final del debate la autora dijo el concepto correcto , una vez explicado el mismo informo que durante todo el programa se estaría aplicando este término y terminologías relacionadas con él que en cada encuentro se irían desarrollando a través de un cronograma que, y se le entrega a cada participante el cronogramas de las actividades que se realizarán durante todo el

evento, con el objetivo de que investiguen sobre los temas a tratar . (Esta activada se desarrollo en 30 minutos).

Seguidamente se presenta el siguiente tema: Comportamiento del riesgo preconcepcional de las mujeres en edad fértil , el cual se desarrolla mediante conferencia , se proyectaron diapositiva donde se expuso cómo se comporta la problemática en el Mundo, Cuba, Provincia, Municipio y la situación en la que se encuentran las participantes, según factores de riesgos preconcepcionales presentes en el CMF # 16 donde se realiza el trabajo , siendo ellas las protagonistas de este estudio, de esta manera se trata de espera concientizar e incentivarlas a que inicien con mayor interés de aprender en cada encuentro. . (Esta activada se desarrollo en 45 minutos).

Se les muestra un video el cual transmite en resumen de la importancia de la atención preconcepcional, de forma breve sus riesgos y cuando embarazarse frente a ellos. (Esta activada se desarrollo en 45 minutos).

Finalizado el video debate la autora recoge las opiniones sobre la capacitación recibida, posteriormente se aplicará la encuesta (Anexo V) que recoge todos los temas abordados.

La autora da las conclusiones del encuentro calificándolo de provechoso y positivo ya que se logró integral al grupo con buena participación. Hace referencia de lo que trata el próximo encuentro

Responsable: Autora

Duración: 2 horas

Sesión. II

Tema: CARACTERÍSTICAS BIOPSIICOSOCIALES DE LAS MUJERES EN EDAD FÉRTIL.

Objetivos: Que las pacientes conozcan el concepto de biopsicosociales y las características biopsicosociales de las mujeres en edad fértil.

Desarrollo: Para el desarrollo de esta sesión se sugiere aplicar una técnica participativa cual consiste en dividir el grupo en equipos. Se les entregarán un papel con una pregunta

¿Qué entiende por biopsicosocial?,

¿Qué rango de edad debe tener la mujer para considerarla como fértil?,

¿Cuáles son las características biopsicosociales de las mujeres en edad fértil?

Se les dará un tiempo de aproximadamente 10 min para que en equipo socialicen sus criterios y luego un representante expresará las consideraciones analizadas, así hasta que cada equipo exponga, esto le permitirá al profesor introducir las definiciones y analizar los puntos de vista de las participantes.

Posteriormente se hará alusión a cómo se comporta este tema a nivel mundial, en Cuba y en el área de salud. Se utiliza como medio de enseñanza un laminario relacionados con la temática a abordar. Se motiva a las pacientes a participar en la próxima actividad.

Responsable: Autora

Duración: 2 horas

Sesión III

Tema: REPERCUSIÓN DE LOS DETERMINANTES BIOLÓGICOS EN LA SALUD REPRODUCTIVA DE LA MUJER.

Objetivo: Que las mujeres dispensarizadas como RRPC conozcan la repercusión de los factores biológicos tienen en la salud reproductiva de la mujer

Desarrollo: Se inicia la sesión con un breve recordatorio sobre la actividad anterior. Luego se procede a realizar la actividad, durante la cual la autora explica que se considera por riesgo biológico preconcepcional, y cuál es la influencia y repercusión en la mujer durante el embarazo y en el producto de la concepción. Se

informa a las participantes otros aspectos relacionados con la temática. En la conferencia se abordarán los factores biológicos que afectan a la mujer en edad fértil en general y la que presenta riesgos preconcepcional en particular.

Responsable: Autora

Duración: 2 horas

Sesión IV

Tema: REPERCUSIÓN DE LA PSIQUIS EN LA SALUD REPRODUCTIVA DE LA MUJER

Objetivo: Que las participantes conozcan la influencia de los factores psicológicos en la salud reproductiva de la mujer en edad fértil

Desarrollo: Se inicia la sesión con un breve recordatorio sobre la actividad anterior. Luego se procede a realizar la actividad, durante la cual la autora explica que se considera por riesgo psicológico preconcepcional, y cuál es la influencia y repercusión en el riesgo preconcepcional informa a las participantes otros aspectos relacionados con la temática. En la conferencia se abordarán los factores Riesgo psicológico que afectan a la mujer con riesgos preconcepcional.

Responsable: Autora

Duración: 2 horas

Sesión V

Tema: REPERCUSIÓN DE LOS DETERMINANTES MEDIO AMBIENTAL Y SOCIALES EN LA SALUD REPRODUCTIVA DE LA MUJER.

Objetivo: Que las mujeres conozcan la influencia de los factores ambientales y sociales del medio ambiente en la salud reproductiva de la mujer.

Desarrollo: Se inicia la sesión con un breve recordatorio sobre la actividad anterior. Luego se procede a realizar la actividad, durante la cual la autora explica que se

considera por riesgo socio ambiental, y cuál es la influencia y repercusión en el riesgo preconcepcional. Hará énfasis en el ambiente familiar Informa además a las participantes otros aspectos relacionados con la temática relacionándolo con el RRPC. A esta actividad se podrá invitar a la familia de la mujer por su la repercusión.

Responsable: Autora

Duración: 2 horas

Sesión VI

Tema: DIAGNÓSTICO Y CONTROL DEL RIESGO REPRODUCTIVO PRECONCEPCIONAL.

Objetivo: Proveer a las participantes de conocimientos sobre la Importancia de la detección y control del riesgo preconcepcional.

Desarrollo: Se efectuará una conferencia donde se abordarán elementos concretos de la importancia que se le concede a la detección y control del riesgo preconcepcional y se les explica las acciones que se están llevando en el área de

salud para prevenir estos riesgos. Se sugiere que algunas pacientes expongan al inicio de la actividad ejemplos de algunas vivencias sobre las consecuencias de no controlar del riesgo preconcepcional sobre esa base se irá analizando los aspectos correctos e incorrectos.

Responsable: Autora

Duración: 2 horas

Sesión VII. Planificación familiar (Consulta y métodos anticonceptivos)

Objetivo: Proveer a las participantes de conocimientos sobre:

- Métodos anticonceptivos
- Servicios que se prestan en la consulta de planificación familiar

Desarrollo: Se efectuará una conferencia donde se abordarán elementos concretos de la importancia que se le concede a la consulta de planificación familiar donde se orienta a la féminas y su pareja sobre salud sexual reproductiva , detección y control del riesgo preconcepcional y se les explica las acciones que se están llevando en el área de salud para prevenir estos riesgos.

Se abre un debate para explorar los conocimientos y conceptos que tienen las participantes sobre la consulta de planificación familiar sugiere que algunas pacientes expongan ejemplos de algunas vivencias sobre el sobre esa base se irá analizando los aspectos correctos e incorrectos.

Sesión VIII. Cierre del evento. EVALUACIÓN DE LA INTERVENCIÓN EDUCATIVA Y CONCLUSIONES

Objetivos: Evaluar la efectividad de la intervención educativa implementada.

Técnica Participativa: Lluvia de ideas

Desarrollo: Se inicia la sesión con un breve recordatorio de todos los temas anteriores y se aplica la técnica “Lluvia de Ideas”, a través de la cual se recogerán las opiniones sobre la capacitación recibida, posteriormente se aplicará la encuesta por la autora que recoge todos los temas abordados. Se analizarán las respuestas correctas con el grupo y se aclararán las dudas que se puedan generar.

Se aplica la encuesta nuevamente, se evalúa sus resultados y se hace la presentación mediante un esquema comparativo (pre y post intervención educativa) del nivel de conocimiento sobre riesgo preconcepcional. Como se modificó el nivel de conocimiento que se cumplieron las los objetivos trazado para la investigación ya que se aspiraba elevar el nivel de conocimiento sobre factores de riesgo preconcepcional. Se les comunicó a todas las integrantes de la investigación el agradecimiento por su participación e interés mostrado en cada una de las sesiones impartidas.

Responsable: autora

Duración: 2 horas